



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**PROCESO ENFERMERO A NEONATO DE SEXO MASCULINO DE SEIS
(6) DÍAS DE VIDA, CON DIAGNOSTICO DE GASTROSQUISIS,
UBICADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DEL
HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA DE PORLAMAR.**

Trabajo de Grado modalidad Cursos Especiales de Grado, presentado como
Requisito parcial para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Tutor Académico

Lcda. Lárez Julioscar

Tutor Metodológico

Lcda. Velásquez Ysabel

Autor

Díaz González Rosangelica del Valle

C.I 23.591.248

Guatamare, abril 2023



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**PROCESO ENFERMERO A NEONATO DE SEXO MASCULINO DE SEIS
(6) DÍAS DE VIDA, CON DIAGNOSTICO DE GASTROSQUISIS,
UBICADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DEL
HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA DE PORLAMAR.**

Trabajo de Grado modalidad Cursos Especiales de Grado, presentado como
Requisito parcial para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Tutor Académico

Lcda. Lárez Julioscar

Tutor Metodológico

Lcda. Velásquez Ysabel

Autor

Díaz González Rosangelica del Valle

C.I 23.591.248

Guatamare, abril 2023



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

ACTA DE APROBACION DEL TUTOR ACADÉMICO

De conformidad a lo establecido en el artículo 9 de las Normas Internas para la Tramitación, Entrega, Discusión y Evaluación de Trabajo de Grado de la escuela de Ciencias de la Salud, Núcleo Nueva Esparta de la Universidad de Oriente, se hace constar que el Trabajo de Grado, titulado: **PROCESO ENFERMERO A NEONATO DE SEXO MASCULINO DE SEIS (6) DÍAS DE VIDA, CON DIAGNOSTICO DE GASTROSQUISIS, UBICADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DEL HOSPITAL DR.LUIS ORTEGA DE PORLAMAR**, presentado por (el) (la) bachiller: Díaz González Rosangelica del Valle, portadora de la Cedula de Identidad: 23.591.248, como requisito parcial para optar al Título de Licenciada en Enfermería, ha sido revisado y evaluado, encontrándose apto para su presentación y defensa.



Tutor Académico

Leda. Julioscar Lárez



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

ACTA DE APROBACION DEL TUTOR METODOLÓGICO

De conformidad a lo establecido en el artículo 9 de las Normas Internas para la Tramitación, Entrega, Discusión y Evaluación de Trabajo de Grado de la escuela de Ciencias de la Salud, Núcleo Nueva Esparta de la Universidad de Oriente, se hace constar que el Trabajo de Grado, titulado: **PROCESO ENFERMERO A NEONATO DE SEXO MASCULINO DE SEIS (6) DÍAS DE VIDA, CON DIAGNOSTICO DE GASTROSQUISIS, UBICADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DEL HOSPITAL DR.LUIS ORTEGA DE PORLAMAR**, presentado por (el) (la) bachiller: Díaz González Rosangelica del Valle, portadora de la Cedula de Identidad: 23.591.248, como requisito parcial para optar al Título de Licenciada en Enfermería, ha sido revisado y evaluado, encontrándose apto para su presentación y defensa.

Tutor Metodológico
Lda. Isabel Velásquez



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO
MODALIDAD CURSOS ESPECIALES
ACTA DE EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

TGLECEG-15-2023

Núcleo: Nueva Esparta
Escuela: Ciencias de la Salud
Departamento: Enfermería
Periodo: I-2022

PERIODO	CÓDIGO	SEMINARIO	NOTA	PROFESOR
I-2022	161-5103	UCI ADULTO	8	
I-2022	161-5203	UCI PEDIÁTRICO	8	

Los profesores de los Cursos Especiales de Grado del Área Enfermería de Cuidados Intensivos reunidos el día 28 de abril de 2023, visto el rendimiento obtenido en los seminarios y aceptados los informes escritos y exposiciones respectivas, presentadas por (el) (la) bachiller: **DÍAZ GONZALEZ ROSANGELICA DEL VALLE**, Cédula de Identidad **V- 23.591.248**, como requisito parcial para optar al título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

En concordancia con el Artículo 53 del Reglamento de Trabajo de Grado d Pregrado de la Universidad de Oriente, se levanta la presente acta. Los miembros del jurado han acordado el siguiente veredicto:

Aprobado

NOMBRE DE LOS PROFESORES	Nº CÉDULA	FIRMA
Carlos Sulbarán	6.362.359	
Yulitza Narváez	11.143.819	
Julioscar Lárez	18.112.413	

Lcda. Andreina Noriega
Coordinadora Comisión de Trabajo de Grado

Firma y Sello

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

DEDICATORIA

Quiero dedicar principalmente este trabajo a quien hizo posible culminar con esta barrera que no le veía un final a ti mi DIOS mil GRACIAS, por permitirme tener miles de experiencias en esta larga vida Universitaria, porque a pesar de decaer muchas veces si se pudo y puedo decir que a pesar de tantas caídas lo LOGRÉ.

A mi Familia, sobre todo a mis Padres quienes fueron mi pilar y apoyo por siempre hasta poder lograrlo, a mi hermana gracias.

A mi compañero quien siempre estuvo allí apoyándome, a mi Hijo Matheus José que a pesar de ser tan pequeño es el niño con el corazón más grande y a quien especialmente dedico por quien fue y es este trabajo.

A mi ser quien siempre confió en mí y que sé que desde donde está, se siente muy orgullosa de mi, a mi adorada Abuela.

AGRADECIMIENTOS

Agradecida eternamente con mi DIOS y todos mis Santos, mi Amada Madre nuestra Virgen del Valle, por escuchar mis suplicas y guiarme por el camino correcto para demostrarme que, si se podía vencer con esas barreras, con esfuerzo y dedicación si se pudo porque tu tiempo siempre será mucho más que perfecto.

Infinitamente agradecida contigo Madre, porque siempre estuviste allí desde un principio, por confiar en mí y apoyarme hasta lograrlo, mil GRACIAS Angélica González por impulsarme a seguir que yo si podía. Gran parte de lo logrado es por ti y para ti. E igualmente a ti padre, Arturo Díaz porque de una u otra manera también me apoyaste en este transitar. Y a ti hermana Gabriela Díaz por confiar en que si se podía obtener un título universitario como lo hiciste tú.

A mi compañero de Vida, Alcides Ramón, quiero darte las gracias por tu apoyo incondicional en los días grises, por estar allí batallando conmigo hasta lograrlo, por nuestro Hijo Matheus José a quien dedico especialmente este logro, por tantas noches de desvelo con sueños imparables, por dejarte solo y ausentarme para estudiar, porque a pesar de ese tiempo que parecía ser perdido valió la pena y hoy se puede decir que es recompensado.

Agradezco grandemente a mi amigo Idelfonso del Jesús, poncho, gracias por soportarme por más de 10 años a nivel de educación por ayudarme y guiarme en todas mis carreras y muy especialmente en está, por nunca decirme que no y estar para mí cuando más eh necesitado de tu ayuda, eres un ser bondadoso, pido a DIOS que te cuide para que sigas guiando y ayudando a todos los que necesitamos de ti.

Quiero agradecer a mis compañeros universitarios y a los profesores que fueron parte de éste proceso durante esta carrera Universitaria, a los Cursos Especiales de Grado, porque de una u otra forma complementaron mis conocimientos y me apoyaron con lo que pudieron, a la Dra. Lourdes Coello (lulita), gracias por todos los conocimientos que me permitiste adquirir, por ser tan especial conmigo y tan particular, por brindarme siempre esa mano amiga.

Gracias a una personita que a pesar de que eh tenido que lidiar con ella desde nuestra etapa en el liceo, en nuestra primera carrera universitaria y finalmente en esta última y la vencida, ha sido ese apoyo que siempre estuvo allí para que no desistiera y abandonara esta trayectoria, la que me decía ¿tú eres loca? dale que falta poco, ya vamos a salir de eso, y así fue hemos podido lograrlo aunque no fue fácil y solo nosotras sabemos por todo lo que pasamos hoy podemos decir que si se pudo, gracias Reina Marchan....finalmente, gracias a la

Universidad de Oriente por abirme las puertas por segunda vez hasta lograrlo y
culminar esta hermosa carrera.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
ÍNDICE DE CUADROS.....	xii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiv
ÍNDICE DE TABLAS.....	xv
RESUMEN.....	xvi
Introducción.....	17
CAPÍTULO I	
PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA	
1.1. Reseña histórica.....	21
1.2. Propósito.....	26
1.3. Filosofía.....	27
1.4. Valores.....	27
1.5. Misión.....	28
1.6. Visión.....	29
1.7. Objetivos.....	30
1.8. Tipo de Establecimiento de Salud.....	31
1.9. Ubicación Geográfica.....	33
1.10. Estructura Administrativa.....	35
1.11. Jefatura de enfermería.....	38
1.12. Aproximación Diagnóstica.....	43
CAPÍTULO II	
DESCRIPCION DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTESIVA NEONATAL DEL HOSPITAL LUIS ORTEGA DE PORLAMAR	
2.1. Reseña Histórica.....	48
2.2. Importancia y Justificación.....	53
2.3. Ubicación y Descripción.....	54
2.4 Recursos y Talento Humano.....	58
2.5 Misión.....	62
2.6. Visión.....	62
2.7 Objetivo.....	63
2.8 Funciones, Actividades y Tareas del Equipo de Enfermería.....	64

2.9 Aproximación Diagnostica de la Unidad De Cuidados Intensivos Neonatales Del Hospital Luis Ortega De Porlamar.....	67
--	----

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DEL CASO

3.1 Marco Metodológico de la Investigación	71
3.1.1 Enfoque: Cualitativo-cuantitativo.....	72
3.1.2 Investigación Acción Participante	73
3.1.3 Estudio de Caso	74
3.1.4 Diseño de Estudio: Documental y de Campo.....	74
3.1.5 Nivel de la Investigación: Descriptiva.....	75
3.1.6 Técnicas e Instrumentos de recolección de Información.....	75
3.2 Marco Legal	76
3.2.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Publicada en Gaceta oficial N. ° 36.860, de fecha 30 de enero de 1999).....	76
3.2.2 Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y adolescente (LOPNA, Publicada en Gaceta oficial 5.859 Extraordinaria, de fecha 10 de diciembre de 2007).....	78
3.2.3 Ley Orgánica de la Salud (LOS, Publicada en la Gaceta Oficial N° 36.579, de fecha 11 de noviembre de 1998).....	81
3.2.4 Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (publicada en Gaceta Oficial N° 38.263, el 1 de septiembre de 2005).....	83
3.2.5 Código Deontológico de los Profesionales de la Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (2008)	86
3.3 Marco Referencial de la investigación y Estudio de Caso.....	88
3.3.1 Antecedentes Internacionales	88
3.3.2 Antecedentes Nacionales.....	90
3.3.3 Antecedentes Regionales	91
3.4 Marco Teórico de la Patología: Gastrosquisis.....	93
3.4.1.3 Fisiopatología.....	100
3.4.1.4 Manifestaciones Clínicas	101
3.4.1.5 Complicaciones.....	102
3.4.1.6 Tratamiento.....	104
3.4.1.6.1 Tratamiento Dietético	104
3.4.1.6.2 Tratamiento Nutricional.....	104

3.4.1.6.3 Tratamiento quirúrgico.....	106
3.4.1.6.1 Tratamiento farmacológico.....	106
3.4.1.7 Ficha farmacológica.....	107
3.5. Teorías y Modelo de Enfermería.....	118
3.5.1 Ramona Mercer/ Adopción del Rol Materno.	118
3.5.1.1 Aspectos Biográficos	118
3.5.1.2 Fundamento Teórico	120
3.5.1.3 Relación del caso con la teoría de Ramona Mercer.....	124
3.5.2. Ida Jean Orlando/ Teoría del Proceso Enfermero.....	124
3.5.2. 1 Aspectos biográficos.....	124
3.5.2.2 Fundamento teórico.	126
3.5.2.3 Relación de la teoría del proceso enfermero de Ida Orlando en el caso clínico del neonato con Gastrosquisis.....	132
3.5.3 Kristen Swanson/ Teoría de los Cuidados/Aceptación del duelo.	132
3.5.3.1 Aspectos Biográficos	132
3.5.3.1 Fundamento Teórico.....	133
3.5.3.2 Relación de la teoría del proceso enfermero de Kristen Swanson en el caso clínico del neonato con Gastrosquisis.....	138
3.6. Glosario de términos	139

CAPÍTULO IV

ESTUDIO DE CASO CLINICO

4.1 Título del Caso Clínico.....	140
4.2 Resumen del Caso	140
4.3 Objetivos	141
4.3.1 Objetivo General.....	141
4.3.2 Objetivos Específicos	141
4.4 Historia de Enfermería.	142
4.4.1 Anamnesis.....	142
4.4.2 Valoración Objetiva.....	144
4.4.3 Valoración objetiva: Examen Físico Céfalo-Caudal	144
4.2.3 Datos Subjetivos de acuerdo a la Teorizantes	145
4.2.3.1 Conceptos principales de Ramona Mercer	145
4.4.3 Cuadros Analíticos.....	154

4.4.4 Planes de Cuidado.....	163
------------------------------	-----

CAPÍTULO V

Experiencia Profesional durante el Proceso Enfermero en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar.

5.1 Proceso Enfermero (PE).....	173
5.2 Funciones Asistenciales para atención de caso clínico.	177
5.3 Funciones Docentes para atención de caso clínico.....	180
5.4 Funciones Administrativas para atención de caso clínico.....	181
5.5 Funciones Investigativas para atención de caso clínico.	183
5.6 Retos, Desafíos y Perspectiva del Profesional de Enfermería en el Contexto Actual.	186
5.6.1 Opinión de un Profesional de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal/Pediátrica.	187
5.6.2 Opinión del participante del CEGE (investigador) sobre la experiencia profesional desarrollada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital.	190
Conclusiones	192
Recomendaciones	194
Referencias bibliográficas	197

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1	
Matriz FODA del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar	46
Cuadro 2	
Ficha farmacológica para el Omeprazol	107
Cuadro 3	
Ficha farmacológica para la Vitamina K	108
Cuadro 4	
Ficha farmacológica para la Vancomicina	109
Cuadro 5	
Ficha farmacológica para la Amikacina	110
Cuadro 6	
Ficha farmacológica para el Meropenem	111
Cuadro 7	
Ficha farmacológica para el Fluconazol	112
Cuadro 8	
Ficha farmacológica para el Dextrosa al 10%	113
Cuadro 9	
Ficha farmacológica para el Dextrosa al 5%	114
Cuadro 10	
Ficha farmacológica para el Gluconato de Calcio	115
Cuadro 11	
Ficha farmacológica para el Sulfato de Magnesio	116
Cuadro 12	
Cuadro analítico para los enunciados teóricos: Adopción del Rol Materno y Estar Con	155
Cuadro 13	
Cuadro analítico para los enunciados teóricos: Estado de Salud del Niño, Función de Enfermería Profesional, Hacer Por y Posibilitar	156
Cuadro 14	
Cuadro analítico para el enunciado teórico: Características del Niño	157
Cuadro 15	
Cuadro analítico para los enunciados teóricos: Ansiedad y Estar Con	158
Cuadro 16	
Cuadro analítico para los enunciados teóricos: Autoconcepto y Posibilitar	159
Cuadro 17	
Cuadro analítico para el enunciado teórico: Separación Precoz	160
Cuadro 18	
Cuadro analítico para el enunciado teórico: Tensión debida al Rol	161
Cuadro 19	
Cuadro analítico para el enunciado teórico: Señales de los Lactantes	162

Cuadro 20	164
Plan de cuidado para el enunciado teórico 1: Adopción del Rol Materno y el enunciado teórico de Swanson: Estar Con	
Cuadro 21	165
Plan de cuidado para el enunciado teórico 14: Estado de Salud del Niño, para el concepto alterado de Orlando: Función de Enfermería Profesional y los enunciados teóricos de Swanson: Hacer Por y Posibilitar	
Cuadro 22	166
Plan de cuidados para el enunciado teórico 15: Características del Niño	
Cuadro 23	167
Plan de cuidado para el enunciado teórico 9: Ansiedad y el enunciado teórico de Swanson: Estar Con	
Cuadro 24	168
Plan de cuidado para el enunciado teórico 6: Autoconcepto y el enunciado teórico de Swanson: Posibilitar	
Cuadro 25	169
Plan de cuidado para el enunciado teórico 4: Separación precoz	
Cuadro 26	170
Plan de cuidado para el enunciado teórico 10: Tensión debida al Rol	
Cuadro 27	171
Plan de cuidado para el enunciado teorico 16: Señales de los lactantes	
Cuadro 28	177
Diagrama de Gantt para las actividades ejecutadas en el PE del presente objeto de estudio en la UTIN del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar	
Cuadro 29	179
Descripción de las actividades asistenciales ejecutadas durante el periodo de pasantías en la UTIN para la atención del caso clínico	
Cuadro 30	181
Descripción de actividades docentes ejecutadas durante el periodo de pasantías en la UTIN para la atención del caso clínico	
Cuadro 31	183
Descripción de las actividades administrativas ejecutadas durante el periodo de pasantías en la UTIN para la atención del caso clínico	
Cuadro 32	185
Descripción de actividades investigativas ejecutadas durante el periodo de pasantías en la UTIN para la atención del caso clínico	

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1	
Mapa de la ubicación geográfica del Hospital Dr. Luis Ortega	34
Figura 2	
Organigrama estructural del Hospital Dr. Luis Ortega	38
Figura 3	
Organigrama de la jefatura de enfermería del Hospital Dr. Luis Ortega	43
Figura 4	
Organigrama estructural de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega	61
Figura 5	
Situación actual de la ventilación mecánica en la UTIN	67
Figura 6	
Opinión con respecto a la dotación de incubadoras en la UTIN	68
Figura 7	
Evaluación de la capacitación de los profesionales de enfermería en cuanto a la utilización de los equipos de ventilación mecánica en la UTIN	69
Figura 8	
Evaluación sobre la influencia de la dotación de ventilación mecánica e incubadoras en la profundización del estado de salud del recién nacido en la UTIN	70
Figura 9	
Descripción de las funciones de enfermería en el contexto clínico	175

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	
Ficha técnica de la preparación de la nutrición para enterar (NPP) del paciente a objeto de estudio	104
Tabla 2	
Ficha técnica del tratamiento farmacológico del paciente	106



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**PROCESO ENFERMERO A NEONATO DE SEXO MASCULINO DE SEIS
(6) DÍAS DE VIDA, CON DIAGNOSTICO DE GASTROSQUISIS,
UBICADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DEL
HOSPITAL DR.
LUIS ORTEGA DE PORLAMAR.**

Tutor Académico

Licda. Lárez Julioscar

Tutor Metodológico

Lcda. Velásquez Ysabel

Autor

Díaz González Rosangelica delValle

C.I 23.591.248

RESUMEN

La Gastrosquisis constituye un defecto congénito de todas las capas de la pared abdominal anterior, localizado a un lado del cordón umbilical normal (en general del lado derecho), a través del cual se hernia el contenido abdominal, desprovisto de cualquier tipo de envoltura. El presente trabajo tiene como objetivo aplicar el proceso enfermero al neonato de sexo masculino de seis (6) días de vida, con diagnóstico de Gastrosquisis ingresado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar. Desde el punto de vista teórico el proceso enfermero se sustenta en Ramona Mercer, Ida Orlando y Kristen Swanson. Por su parte, el aspecto metodológico estuvo apoyado bajo los principios del enfoque cuali-cuantitativo, porque existieron circunstancias donde fue necesario describir, caracterizar el fenómeno abordado y en otros casos los datos fueron cuantificados al trabajarse de manera objetiva. Igualmente, el método utilizado correspondió a la investigación acción participativa (IAP) y estudio de caso debido al intercambio permanente de información e interacción constante con los diferentes actores corresponsables de UTIN, teniendo además la observación participante, la entrevista no estructurada, revisión documental como técnicas propiciadoras de la recolección de la información. Finalmente, se indica que la experiencia con la aplicación del proceso enfermero fue fructífera, llenó las expectativas trazadas, logrando atender las necesidades del neonato y familia.

Palabras Claves: Proceso Enfermero, Gastrosquisis, Ramona Mercer, Adopción del Rol Maternal, Binomio Madre-Hijo.

Introducción

Los niños sufren diversas patologías cuando sus madres durante el periodo de gestación no controlan su embarazo, conllevando a diferentes efectos, consecuencias sobre su salud que pueden llegar a ser mortales, destacando la Gastrosquisis. La misma se distingue por ser un tipo de malformación con un defecto de la pared abdominal anterior, para umbilical. Según Cochran (2019, 2) plantea “si incidencia a nivel mundial es de 1 por cada 2.500 nacidos vivos”. De acuerdo a lo establecido, no es considerable su existencia, debido a que puede evitarse si se mantiene un estrecho cuidado, vigilancia médica desde el mismo momento de la gesta, porque eso ayuda a detectar a tiempo cualquier tipo de anomalía en el feto y tomar las medidas correspondientes.

Es oportuno añadir que la Gastrosquisis también tiene estadísticas a nivel Latinoamericano, donde muchas féminas procrean hijos con malformaciones congénitas, muchas de ellas con desenlace mortales al no tener la vigilancia gineco-obstetra adecuada. En ese sentido, Barreto (2020) indica “que en América Latina la incidencia entre 8 y 9 por 1.000 vivos con una tasa de mortalidad de 15 a 50%”. Es lamentable como todavía se fallezcan tantos seres inocentes en esta región, debido a diferentes factores influyentes, cuyo impacto repercute sobre la salud, dada la profundidad de los daños originados y por esa razón se requiere de mayor compromiso familiar con el propósito de avanzar satisfactoriamente.

Ahora bien, Venezuela no escapa de esta realidad ante la existencia de diferentes casos de Gastrosquisis, donde generalmente mueren los niños afectados porque la infección es difícil de atacar convenientemente, son múltiples las complicaciones derivadas de este defecto de la pared abdominal. Para Garriga (2021) sostiene que en Venezuela existe “una tasa de mortalidad que oscila de cada 20 a 40 % a pesar de recibir un abordaje adecuado por cada 1 a 10 por cada 1000 vivos”. De acuerdo a esta información, es un problema de salud conducente a cifras mortales y esa situación debe ser atendida con mayor enfoque en lo preventivo, asistencial, porque de esta manera se podrán identificar a tiempos esos casos de malformaciones congénitas.

Esa situación es tratada a nivel del estado Nueva Esparta, principalmente en el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, donde han sido atendidos seis (6) casos durante los meses de enero y febrero del presente año 2023, de acuerdo a la información obtenida durante la realización de las presentes prácticas profesionales, campo enfermero, al entrevistar a profesionales perteneciente a esta institución de salud. Por lo tanto, es necesario buscar los mecanismos alternativos con la finalidad de orientar a las madres e impulsar el abordaje del control prenatal, para reducir los factores de riesgo.

Es relevante acotar que la UTIN, se encuentra constituida por un equipo de profesionales de la salud, quienes tienen una visión o enfoque claro, preciso e integrador, asumiendo un lenguaje acorde a la orientación, educación e información a las madres. Igualmente, el cuidado del neonato debe partir de la ternura, el cariño y el amor fundamentales para atender sus necesidades básicas, tratando de aportar las contribuciones más viables conducentes a experimentar resultados favorables.

A lo anteriormente expuesto se agrega que, en la V Cohorte de los Cursos Especiales de Grado de la Escuela de Ciencias de la Salud del Departamento de Enfermería de la Universidad de Oriente del Núcleo de Nueva Esparta, en el área de Cuidados Intensivos, se llevó a cabo un conjunto de actividades propias de las prácticas profesionales en el Hospital Dr. Luis Ortega. En este sentido, las mismas tienen como propósito fundamental aplicar proceso enfermero a neonato de sexo masculino de seis (6) días de Vida, con diagnóstico de Gastrosquisis, ingresado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar.

Cabe destacar que fueron utilizados los modelos teóricos de Ramona Mercer teoría de la adopción del rol materno binomio-madre e hijo, Ida Orlando teoría del proceso del cuidado para la percepción enfermero paciente y Kristen Swanson teoría de los cuidados para la aceptación del duelo. El paciente seleccionado se trata de Neonato de sexo masculino de seis días de vida, producto de madre de 21

años de edad, III gesta, embarazo no controlado. Fue obtenido por parto eutócico simple y posterior al nacimiento el neonato presenta déficit de la pared abdominal, motivo por el cual ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, donde es valorado por el médico pediatra quien decide su ingreso con el diagnóstico de Gastrosquisis.

Las directrices de los modelos teóricos mencionados previamente sirvieron de base referencial al momento de llevar adelante la práctica profesional, buscando siempre la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación del proceso enfermero, enfocado en el binomio madre – hijo. En tal sentido, resultó provechoso cumplir con un conjunto de acciones bajo criterios que conllevaron a la atención integral incluyendo la parte física, mental y/o espiritual, pensando en el bienestar del neonato y su desenvolvimiento futuro.

En conformidad a lo anteriormente explicado, la presente investigación estuvo basada en una metodología donde el enfoque seleccionado involucró la parte cualicuantitativa, al medir y describir datos e informaciones ajustadas a las necesidades existentes. Igualmente, la experiencia conllevó a implementar un plan de cuidados individualizados en medio de la comunicación, el entendimiento e interacción sana con el equipo de salud cuyos miembros siempre demostraron su capacidad para responder a cualquier interrogante, disipando dudas sobre los procedimientos llevados a cabo.

El actual trabajo de investigación está conformado por cinco (5) capítulos distribuidos de la siguiente forma: El capítulo I, basado en la presentación de los aspectos históricos, descriptivos y funcionales del Hospital Dr. Luis Ortega, como institución donde se realizó la práctica clínica necesaria para el desarrollo de la investigación. El capítulo II, enfocada en los aspectos históricos, descriptivos y funcionales de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, la aproximación diagnóstica del servicio, donde se ejecutaron acciones de enfermería para el desarrollo del caso de estudio.

Seguidamente, el tercer capítulo III, que corresponde al marco teórico y metodológico de la investigación, así como también el desarrollo de los modelos teóricos utilizando la relación – aplicación de ellos con el caso clínico. Sumado a los anteriores, se encuentra el capítulo IV en donde se desglosa el estudio del caso clínico, los cuadros analíticos y los planes de cuidados dirigidos al paciente objeto de esta investigación y familia. Finalizando con el capítulo V, donde se aborda el cronograma de actividades ejecutadas en el periodo de pasantías, la descripción de las respectivas tareas que se llevaron a cabo durante la práctica, la opinión del personal de enfermería y del investigador sobre la acción profesional de enfermería y recomendaciones a las futuras generaciones.

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA

El presente capítulo se efectuó gracias a la recopilación de datos directamente, a través de la investigación documental, revisión bibliográfica y la aplicación del estudio de campo, permitiendo el registro de información valiosa acerca de aspectos relacionados con el establecimiento de salud donde corresponde asumir las prácticas profesionales. Por lo tanto, la presentación del contenido abarca la reseña histórica, propósito, filosofía, misión, visión, objetivos, entre otros puntos interesantes detallados organizadamente con la intención de tener a la mano una noción representativa de la realidad organizativa del primer centro dispensador de salud en el Estado Nueva Esparta, escogido para la realización de las pasantías en el marco de los Cursos Especiales de Grado de la Carrera Licenciatura en Enfermería.

1.1. Reseña histórica

De forma descriptiva las instituciones presentan su reseña histórica, siguiendo un orden cronológico importante para dar a conocer esas transformaciones realizadas para mantenerse activos con el paso del tiempo, efectuando las más convenientes modificaciones, buscando presentar la información del pasado y presente. De este modo, pueden presentar a la comunidad su hoja de vida o transformaciones manifestadas desde fundación hasta la actualidad, mostrando partes de la historia recorrida.

Pérez y Merino (2021), asumen la reseña histórica como “un texto breve que se propone repasar los hechos históricos de un determinado asunto. Este tipo de notas brinda una visión general sobre el objeto reseñado con un formato descriptivo-informativo” (párr. 5). En otras palabras, se trata de una visión realista de acontecimientos desarrollados mediante el transcurrir de los años y que es presentada en un documento reproducido de forma cronológica y ordenada.

A continuación, se proporciona información pertinente a la reseña histórica del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar. De acuerdo con, León (2022) quien indica que:

La historia socio-política del Estado Nueva Esparta cuenta en su haber con un gran número de hospitales, generalmente improvisados debido a las crisis generadas por las guerras; muchos de ellos sostenidos primordialmente por la caridad del colectivo insular. De esta manera, en el año 1891, como respuesta obligada, aunque tardía el presidente Raimundo Andueza Palacios decretó la edificación de un inmueble destinado al funcionamiento de un hospital, pero este nunca se llevó a cabo.

Tiempo después, con fecha del 19 de diciembre del año 1918 se decreta la construcción del hospital de Margarita. Siendo el General Juan Alberto Ramírez, quien un año después toma la iniciativa y empieza la construcción del hospital; el cual, es terminado dos (2) años después (el 12 de octubre de 1921), quedando instaurado el funcionamiento del primer hospital del estado, llamado “Hospital de Margarita”, ubicado en el sector Punda de Porlamar, contando con una capacidad inicial de setenta (70) camas. Dicho acontecimiento, no podía pasar desapercibido, y es por eso que el día de la inauguración se trasladó la imagen de la Virgen del Valle hasta el hospital, donde fue bendecido por el obispo de Guayana, acompañados de las hermanas de la Congregación de Carmelitas Venezolanas, quienes fungirían después como las principales enfermeras.

Posteriormente, el 28 de febrero de 1936 esta institución de salud es identificada con el nombre del fallecido Dr. Luis Ortega (1850-1901), en honor a este destacado margariteño cuya labor fue reconocida dentro de la región insular. De la misma manera, el 27 de junio de 1951, el hospital pasa a centralizarse y a pertenecer al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS).

Seguidamente, el entonces presidente de la República Isaías Medina Angarita, debido a la creciente demanda de servicios hospitalarios del estado, y a la insuficiencia física del inmueble, decreta la construcción del Hospital Dr. Luis

Ortega. Para dicha obra, la nación adquirió un terreno en el centro de Porlamar, que pertenecía a la comunidad indígena Francisco Fajardo. Allí la estructura fue culminada en el año 1956, bajo el mandato del General Marcos Pérez Jiménez. Sin embargo, cabe destacar que el hospital no entró en funcionamiento sino hasta el año siguiente, el 16 de mayo de 1957.

Este Hospital, una vez inaugurado, tenía una estructura arquitectónica conformada por cinco (5) pisos, distribuidos con salas de hospitalizaciones ventiladas, cantinas, comedor y con capacidad para ciento cincuenta (150) camas, previsto para aumentar al doble; además, de ofrecer todos los servicios médicos y administrativos. Aunado a ello, poseía el primer ascensor del Estado Nueva Esparta.

Desde su inauguración atendió un sin fin de pacientes, entre emergencias, partos e ingreso hospitalarios. En el año 1972, se iniciaron los primeros trámites para hacer un incremento de camas, y también se propuso la remodelación y ampliación de la planta física de dicho establecimiento, especialmente del Servicio de Emergencia, de Ginecología y Pediatría, por ser estos los que se encontraban más deteriorados. Estas modificaciones se realizaron en el año 1977, junto con la modificación a la fachada y entrada principal, los jardines, el estacionamiento, las puertas de acceso, y el área administrativa.

Igualmente, se realizan remodelaciones entre los años 1980 y 1981 en los servicios de Emergencia Adulto y Emergencia Pediátrica, el Área de Cuidados Intermedios, Sala de Nebulización, Sala de Triage, Sala de Cura, Sala de Cirugías, Sala de Yeso y la Consulta de Traumatología. Asimismo, se incorporan cuatro (4) salas quirúrgicas amplias, dos (2) pabellones en el segundo piso para obstetricia y cuatro (4) en el tercer piso, totalizando así, diez (10) pabellones. Las remodelaciones al centro hospitalario siguieron, y para el año 1986 se remodelan el Área de Laboratorio, la Terapia Intensiva, el Helipuerto, y se repara el aire acondicionado central, y a su vez, se realizan una redistribución de las consultas.

Posteriormente, el hospital fue cambiando y mejorando tanto sus instalaciones, como al personal y los servicios que ofrecía; tanto así que, el 17 de diciembre del año 1987, se inicia en el hospital el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), trayendo como resultado un centro asistencial con un servicio paralelo de ochenta (80) camas. No obstante, las divergencias en la atención que se generan consecuente a los dos (2) tipos de pacientes (asegurados y no asegurados), así como las diferencias en los beneficios contractuales del personal médico, empleados y obreros del IVSS, con respecto a los del MSAS, produjo discusiones, revisiones, decisiones y acciones, que configuraron un hospital único en Venezuela, con dos (2) turnos de asistencias.

Después de la firma del comodato, el 01 de abril de 1991, el hospital es absorbido y dirigido completamente por el IVSS. En consecuencia, todo el personal de salud que había trabajado en el hospital para el MSAS, pasaba a la nómina del IVSS, organismo que se comprometió a cumplir con todos los beneficios contractuales establecidos.

En este contexto, debido al aumento de la población y sus necesidades, el hospital debe someterse a más remodelaciones, y es por eso que, en el año 1991, vuelve a sufrir un cambio, específicamente en el incremento de la capacidad hospitalaria a doscientas sesenta y cinco (265) camas en total y se ofrece una gama de consultas sub-especializadas. Más adelante, en el año 2004 el hospital sufre una nueva y profunda remodelación en varios servicios como: Neonatología, Gineco-obstetricia, Pabellones de Emergencia, Pediatría, Traumatología y Terapia Intensiva.

En conjunto a las remodelaciones y al funcionamiento diario del hospital, los doctores Edgar Moglia y Franklin Cortez, encontraron un déficit de personal de enfermería en dicho establecimiento. Debido a ello, llegan a un convenio entre la Universidad de Oriente (UDO) núcleo Bolívar y el Hospital Dr. Luis Ortega, donde se establece un curso propedéutico de tres (3) meses en el Colegio de Médicos, dicho curso inicia el 27 de abril de 2004.

Los años fueron pasando y las remodelaciones y mejoras no se detuvieron. Así, el gobierno nacional, se dispone a crear en el año 2007, la Unidad de Hemodiálisis, y a mejorar y actualizar las áreas de Banco de Sangre, Laboratorio, Pediatría, Cirugía, Traumatología, y Gineco-Obstetricia. Luego, para el 27 de octubre del año 2012 se inaugura otra importante área, la Unidad Terapéutica Oncológica; la cual, dispone de dos (2) módulos para brindar servicios de Radioterapia y Quimioterapia.

Para el año 2016, se hace la más grande e innovadora remodelación de la institución, debido a que se cambian de lugar las emergencias, y se actualizan con mejor tecnología y mejores acabados, quedando está distribuida de la siguiente manera: Emergencia Obstétrica, Emergencia Pediátrica, Emergencia de Adulto y Trauma Shock. En cada área de observación se dispone de doce (12) camas, cuatro (4) consultorios, una (1) sala de yeso y ocho (8) sillas de nebulización. El área de Trauma Shock es exclusiva para pacientes con politraumatismo; allí se encuentran catorce (14) camas para adultos y ocho (8) para infantes, mientras que Obstetricia cuenta con siete (7) salas de parto, tres (3) salas de parto con alta tecnología y atención al recién nacido. La Unidad de Terapia Intensiva cuenta con catorce (14) camas para adultos y ocho (8) camas para niños.

En los años 2020-2021, se habilitaron dos (2) espacios nuevos en el hospital, el primero destinado al cuidado de los pacientes contagiados por la enfermedad Coronavirus de 2019 (Covid-19); y el segundo llamado Ruta Materna en donde se desarrolla el Plan Nacional Parto Humanizado, con el fin de brindarle una atención segura y eficaz a las gestantes. Cabe destacar, que actualmente en pleno año 2022, el Área de Cuidados Intensivos Adulto del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar no se encuentra en funcionamiento, siendo atendidos los pacientes críticos, en otras áreas, como, por ejemplo, en Observación Adulto o Trauma Shock, además el Área Covid-19 puesta en operatividad en el año 2020, fue completamente desmantelada, debido a la disminución de pacientes críticos contagiados, a la falta de material y personal que labore en el Área mencionada.

Finalmente, se acota que actualmente el Hospital Luis Ortega de Porlamar mantiene un déficit de medicamentos, equipos, camas e insumos medico quirúrgicos, inoperatividad de la terapia intensiva, situación riesgosa debido a que es un servicio indispensable con el fin de atender necesidades de salud en aquellos pacientes afectados por algún accidente de gravedad, ameritándose el desarrollo de una intervención efectiva por parte del personal médico y enfermero.

1.2.Propósito

El propósito de una organización, se logra mediante el trabajo consciente, armónico, efectivo e integrador, buscando darle alcance a la razón de ser de la organización, siempre intentando no desviarse de la verdadera esencia de la labor emprendida, estableciendo parámetros asociados a la satisfacción de necesidades. En otras palabras, el propósito representa la meta propuesta, materializada cuando se conjugan esfuerzos e identifican las debilidades con el fin de convertirlas en fortalezas, vinculando cada uno de los departamentos o servicios propios de las instituciones.

Para Cao (2018) “el propósito es aquello que mueve a una persona a llevar a cabo cierta acción. Se relaciona con los objetivos y el deseo de lograr algo en concreto para cumplir una meta” (p.1). En referencia a este contenido, se puede decir que el propósito se relaciona con el fin a cumplir dentro de la institución, buscando concretar lo dispuesto en la misión, propiciando el logro de objetivos significativos que vienen a fortalecer la credibilidad institucional.

Según Romero (2015), el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, tiene como propósito cubrir las necesidades de atención médica, tanto integral como especializada, desde la perspectiva de promoción, rehabilitación de la salud, prevención y curación de las enfermedades que aquejan a la población del Estado Nueva Esparta, ya que en ese momento no se contaba con un centro de salud acorde que cubriera todas las necesidades médicas de la población, solo se tenía acceso a centros de salud improvisados.

1.3.Filosofía

La filosofía de trabajo se apega a valores, e ideologías propias de la institución, orientando la labor del talento humano bajo una sola dirección reflexionando sobre procedimientos alusivos a encontrar puntos concordantes de trabajo bajo un solo pensamiento operativo. Por este motivo, todos los integrantes de una organización se comprometen a respetar las directrices manteniendo el enfoque colocado hacia el alcance de metas, objetivos y propósitos establecidos con anterioridad, sin perder el norte de ese camino institucional.

Jiménez (2020) “la filosofía abarca un conjunto de principios que se encargan de guiar la actividad laboral a todos los niveles, desde el funcionamiento de la institución a la forma de trabajar de los empleados” (p.1). De acuerdo a esta información, se trata de los lineamientos vinculados con valores, líneas de trabajo, directrices y demás aspectos orientadores de la labor a llevar a cabo dentro de una organización o institución.

En cuanto al Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, Rojas (2022) señala que, tiene como filosofía el cumplimiento de una atención médica especializada, a fin de mantener, proteger y mejorar la salud de los pacientes, mediante esfuerzos de un equipo de salud organizado y multidisciplinario, que busca brindar una atención de calidad y gratuita para todos los grupos etarios, sin ningún tipo de discriminación de sexo ni de raza hacia los pacientes, respetando sus creencias, indistintamente de su situación financiera, alcanzando así un mayor nivel de salud y conservación de la vida en la población.

1.4.Valores

Los valores son cualidades humanas, capaces de impulsar la energía necesaria para responder favorablemente ante cualquier proceso de la vida personal y laboral, manifestando responsabilidad, tolerancia e integración con compañeros, dejando huella positiva si se mantienen con el tiempo. Por lo tanto, estas pautas de comportamiento se encuentran acorde a lo estipulado en la

filosofía adoptada, la misión y visión, estableciendo los canales comunicativos ajustados al respeto mutuo.

Según Martínez (2022), " los valores aluden a todos aquellos principios que les permiten a los seres humanos, mediante su comportamiento, realizarse como mejores personas". En atención a estos criterios, son aquellas virtudes capaces de favorecer el correcto desempeño en las relaciones laborales, sirviendo de punto de partida para compartir sanamente e integrarse dejando atrás cualquier tipo de diferencias.

Con base a lo estipulado, Marcano (2017) establece que, el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, conserva valores trascendentales colocados en práctica diariamente con la intención de ofrecer servicios de calidad mientras son respetados los derechos humanos fundamentales. Por consiguiente, destaca la beneficencia, atención de calidad, autonomía, dignidad, responsabilidad, ética profesional, honestidad y sentido de pertenencia a la hora de intervenir con el fin de canalizar necesidades de salud e impulsar la preservación de la vida como el bien máspreciado de la humanidad. Además, el trabajo colaborativo y la consideración del paciente como un ser integral se unen a la justicia social, procurando evidenciar virtudes sustentadas en principios cónsonos a lo dispuesto en las normativas que rigen su funcionamiento pleno.

1.5.Misión

El enfoque central de una organización es direccionado gracias a la elaboración de una misión específica donde se condensa el propósito máximo a materializar a través de la gestión llevada a cabo durante la operatividad de las actividades planificadas, estimulando un recorrido caracterizado por la unificación de esfuerzos. Es decir, se plantea el rumbo hacia dónde dirigir los destinos máspreciados de la entidad, socializando, trabajando en equipo e integrando voluntades en un marco de entendimiento mutuo.

La misión de una institución es su propósito fundamental. Para Drucker (2021), “siempre se trata de alcanzar una mejora sustancial en la vida de las personas y en la sociedad, reconocer y comprender el valor de la misión de la empresa es la primera clave” (párr.3). En consonancia a estos argumentos, presentados, es una descripción macro, a nivel general de lo que se busca lograr mediante la labor realizada por el equipo de trabajo dependiente de una organización específica.

Para Lárez (2012) el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, tiene como misión desarrollar y aplicar procesos integrales de salud de alta calidad, mediante actividades de prevención, asistencia, investigación y docencia, con la finalidad de atender residentes y visitantes del Estado Nueva Esparta que demanden servicios relacionados con la salud. Todo ello con recursos humanos de excelente formación académica y conocimientos actualizados, tratando de contar con la aplicación de tecnologías avanzadas en procura de brindar servicios de mejor calidad a la población.

1.6. Visión

El desarrollo secuencial de tareas, actividades, labores conjuntas e iniciativas organizacionales constituyen la esencia de la denominada visión, porque se hace una proyección a futuro de cómo se visualiza la posición de la entidad dentro de un tiempo prudente, para ir ajustándose a los cambios, transformaciones y de este modo lograr alcances significativos. No es fácil llegar a conseguir esa propuesta, pero el talento humano nunca se da por vencido e impulsa las bases referenciales para establecer los mecanismos de respuestas más efectivos.

Kotler (2012) concibe la visión como “aquella definición que trasciende de la misión y da una propuesta al futuro de la organización. Concreta lo que quiere ser la organización y por lo tanto permite la identificación clara de los objetivos estratégicos” (p.30). Según lo expuesto, la visión intenta aportar una orientación

clara del sendero a recorrer hasta alcanzar el máximo objetivo o fines supremos, comprometiendo al personal con esa lucha diaria con una proyección firme.

Laréz (2012) afirma la visión del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar se enmarca en las del IVSS; cumpliendo con los acuerdos y las actividades de asistencia médica integral y docente, mediante la aplicación de estrategias de salud e implementación de programas en concordancia con los recursos para el desarrollo de las funciones propias de la institución, en una estructura organizada, que responda a las exigencias del entorno. En este sentido, en el marco de su visión se aspira que, administrando con transparencia, disponiendo de un presupuesto acorde a la planificación estratégica de los diversos servicios de Salud Integral, los pacientes sean oportunamente atendidos por profesionales altamente capacitados. Para ello, el personal percibirá sueldos y salarios adecuados a su nivel de responsabilidad y eficacia, contará con los recursos y el entrenamiento para mejorar el desempeño personal e institucional a fin de mantener abiertos los canales de comunicación.

1.7.Objetivos

Las organizaciones tienen objetivos fijos que son alcanzados cuando se trabaja constantemente, unificando los argumentos más válidos dentro de un esquema colaborativo e identificado, esperando resultados conjugados al deber ser, en un marco de actividad dinámica distinguida por la sana convivencia e integración de profesionales conformantes de un equipo multidisciplinario. Por lo tanto, se requiere de un nivel de compromiso amplio, con la finalidad de luchar juntos en la búsqueda de la consolidación institucional.

Según Antúnez (2018) “los objetivos son una guía para el aprendizaje y que pueden ser abordados desde diferentes direcciones, adaptando así la programación institucional al contexto” (párr. 2). De acuerdo con esta información, corresponde a los fines que se intentan materializar a través de una programación donde se toman en cuenta las necesidades existentes para luego

realizar labores consecuentes, oportunas e identificadas plenamente con una línea de acción definida.

Según Moreno (2014), el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar tiene objetivos claramente establecidos como institución pública de salud al servicio de la colectividad y los mismos son nombrados a continuación:

- Brindar atención especializada en situaciones de emergencia y urgencias médico quirúrgicas.
- Garantizar el desarrollo de las actividades de capacitación del recurso humano.
- Promover planes de Asistencia Médica Integral de manera universal, solidaria y gratuita, orientados a elevar la calidad de vida a la población.
- Aplicar tratamientos y atención médica especializada a pacientes con enfermedades crónicas a través de instituciones que mantienen convenios con el IVSS; a fin de atender a la población demandante.

1.8. Tipo de Establecimiento de Salud

Según Pérez y Merino (2021) las instituciones de salud “son aquellas que prestan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas” (p.2). En ese sentido, guarda relación directa con los establecimientos dotados de recursos indispensables al momento de atender las necesidades de salud de la ciudadanía, mediante diversidad de procedimientos y bajo un esquema ordenado de trabajo. Igualmente, describe la operatividad de unidades de carácter público, responsabilidad del Estado y otros entes privados atendidos por consorcios no gubernamentales ocupados de su funcionamiento efectivo.

En lo que respecta al territorio venezolano, se cuenta con diferentes establecimientos de salud cuya misión y objetivos se focalizan hacia beneficiar el

trabajo de la población a través de planes, proyectos que permiten asumir la responsabilidad de atender a todos por igual. Por consiguiente, a lo largo del tiempo, han sido estipuladas normativas concretas para la categorización de los mismos, partiendo de lo dispuesto por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

En la Gaceta Oficial N° 32.650 de fecha 21 de enero de 1983, quedaron fijados los criterios para la categorización, clasificando a los hospitales en tipo I, II, III y IV, dependiendo de la cantidad de habitantes atendidos, el territorio donde se ubica y el tipo de atención proporcionada. En lo referido a estas categorías, para esa fecha, el Hospital Dr. Luis Ortega se ubicaba en la categoría de Hospital tipo III debido a que desarrollaba acciones de asistencia en los niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria y su capacidad de camas estaba entre ciento cincuenta (150) y trescientas (300).

Después de pasadas las décadas siguientes, aparecieron modificaciones relevantes en relación a la clasificación de los hospitales, registrando en la Gaceta Oficial N° 41.796 de fecha 09 de enero del 2020, otra forma de clasificación de los establecimientos de salud dependientes del Sistema Público Nacional de Salud. Concretamente, los artículos del 31 al 43 estipulan la clasificación de los hospitales de este modo:

1. Hospital General
 - 1.1 Hospital General Nacional
 - 1.2 Hospital General Estadal
 - 1.3 Hospital General Regional
 - 1.4 Hospital General Municipal.
2. Hospital Especializado
 - 2.1 Hospital Especializado Nacional

2.2 Hospital Especializado Estatal

2.3 Hospital Especializado Regional.

Una vez efectuada la interpretación del contenido anterior, se deduce que el Hospital Dr. Luis Ortega se encuentra ubicado como un Hospital General Nacional al poseer capacidad cercana a las trescientas (300) camas, con atención de más de cien mil (100.000) personas; no solo de los once (11) municipios conformantes del estado Nueva Esparta, sino también a turistas, visitantes y cualquier persona que por una u otra razón requiera ser atendida en los niveles de salud primaria, secundaria y terciaria. Además, incluye varias especialidades previstas en este tipo de establecimientos, manteniendo una amplia cobertura y accesibilidad.

Cabe destacar que estas especialidades abarcan, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Cirugía Blanda, Gastroenterología, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Puericultura, Psiquiatría, Reumatología, Traumatología, Urología, entre otros. Del mismo modo tiene unidades especializadas en Oncología, Terapia Intensiva de Adultos, Terapia Intensiva Neonatal, Terapia Intensiva Pediátrica, Hemodiálisis y Hemodinamia,

Por su parte, cuenta con servicios de Emergencia Obstétrica, Emergencia Pediátrica, Farmacia, Inmunización, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Consultas, Emergencia de Adulto, Quirófano Electivo, Quirófano de Emergencia, Comedor, Mantenimiento y Suministros. En el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, se ofrecen oportunidades para la formación del talento humano, incluyendo programas académicos a nivel de Pregrado de Medicina y Enfermería, ofreciendo residencias de postgrado de Medicina Interna, Pediatría y Puericultura Anestesiología, Cirugía, Gineco-obstetricia y Traumatología.

1.9.Ubicación Geográfica

Sánchez (2021) establece que la ubicación geográfica “es la identificación de un sitio específico, ubicado en algún punto geográfico del planeta, en el que se

encuentra un objeto determinado” (p.10). En consideración a esta información, se asocia con el entorno específico donde se puede localizar un establecimiento o estructura, facilitando el acceso a la misma, para de este modo utilizar sus servicios y solventar necesidades.

Según Marcano (2017), el Hospital Dr. Luis Ortega se encuentra ubicado en la región Este del Estado Nueva Esparta, en la ciudad de Porlamar del Municipio Mariño. Limita al Norte con la Calle Milano, al Sur con la Avenida 4 de Mayo, al Este con la Calle San Rafael y al Oeste con la Avenida Llano Adentro. En sus adyacencias se encuentra la Estación de Servicio (E/S) Petróleos de Venezuela (PDV) Genovés, la Panadería La Estrella de Oro y la Panadería La Gran Esquina de la 4 de Mayo, Funda Farmacia Porlamar, la Farmacia Profarma Hospital, la Farmacia Zona Libre, Insumos Médicos La Isla y el Automercado Nova Express (ver figura 1).

Figura 1

Mapa de la ubicación geográfica del Hospital Dr. Luis Ortega



Fuente: <https://mapcarta.com/es/W942019650>. (2022)

1.10. Estructura Administrativa

De acuerdo con Criado (2017), la estructura administrativa “es un esquema formal que representa las relaciones, comunicaciones, procesos de decisión y los procedimientos que articulan a un conjunto de personas, unidades, factores materiales y funciones, que están orientados a la consecución de unos objetivos determinados” (p.5). Según esta información, hace mención a un modelo práctico y útil, relacionado con el orden jerárquico facilitador de la operatividad plena de la institución, al aportar la coordinación necesaria de voluntades.

Cabe destacar que el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar forma parte de las instituciones de salud pública adscritas al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), pero al ser una institución de salud obedece directrices establecidas por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). En ese sentido aumenta con una Dirección General, cuyas funciones abarcan la organización, dirección y control de los servicios, mediante el apoyo de un personal capacitado.

Según Rojas (2022), la Dirección General, incluye cinco (5) Sub-Direcciones, las cuales están designadas al manejo y supervisión de los distintos servicios que se encuentran en la institución, entre ellos están:

Sub-Dirección Administrativa

Se encarga de la gestión de los recursos humanos, financieros, físicos, logísticos y de abastecimiento, mediante la planificación y organización, controlando y dirigiendo el área administrativa, asesorando técnicamente al director en esta materia. Se encuentra constituida por un área de caja, reproducción, bienes nacionales, contabilidad, compras y suministros.

Sub-Dirección Médica

Se encarga de la gestión, funcionamiento, coordinación y producción de los servicios clínicos y la producción quirúrgica, las prestaciones médicas, en pro de mejorar la calidad y seguridad de las atenciones brindadas. Además, presta

asesoramiento en materia de salud a la Dirección General. Está constituida por el área de Registros Clínicos, Nutrición y Dietética, Enfermería, Farmacia, Servicio Social y Epidemiología. Los servicios clínicos que son parte fundamental de dicha sub-dirección son:

- Departamento auxiliar de Diagnóstico y Tratamiento, que se encuentra conformado por: Anestesiología, Laboratorio, Anatomía Patológica, Rehabilitación, Radiología, Hemoterapia y Servicio de Odontología.
- Servicio de Gineco-Obstetricia, que se encuentra conformado por: el Servicio de Ginecología y el Servicio de Obstetricia.
- Servicio de Pediatría, que se encuentra conformado por: Cirugía Pediátrica, Terapia Intensiva Neonatal y Reten de Alto Riesgo.
- Medicina General.
- Servicio de Medicina, que se encuentra conformado por: la Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencia, Medicina Interna, Infectología, Gastroenterología, Endocrinología, Cardiología, Psiquiatría, Nefrología, Neumonología, Reumatología, Neurología y Dermatología.
- Servicio de Traumatología.
- Servicio de Cirugía, que se encuentra conformado por: Cirugía General, Urología, Cirugía Plástica, Oftalmología, Otorrinolaringología y Neurocirugía.

Sub-Dirección de Ingeniería y Mantenimiento

Se encarga del mantenimiento de la infraestructura hospitalaria, de los equipos médicos y de tipo industrial, asegurando el fortalecimiento y desarrollo de las instalaciones físicas de la institución. Se encuentra constituida por el área de mantenimiento de equipos e instalaciones médicas y servicios generales.

Sub-Dirección de Recursos Humanos

Se encarga de la gestión de los recursos humanos de la institución; planificando, desarrollando, evaluando y supervisando el cumplimiento de las normas técnicas en la administración del personal y garantizando el cumplimiento de los beneficios económicos y sociales de los trabajadores. Se encuentra constituida por la sección de pago, verificación y archivo.

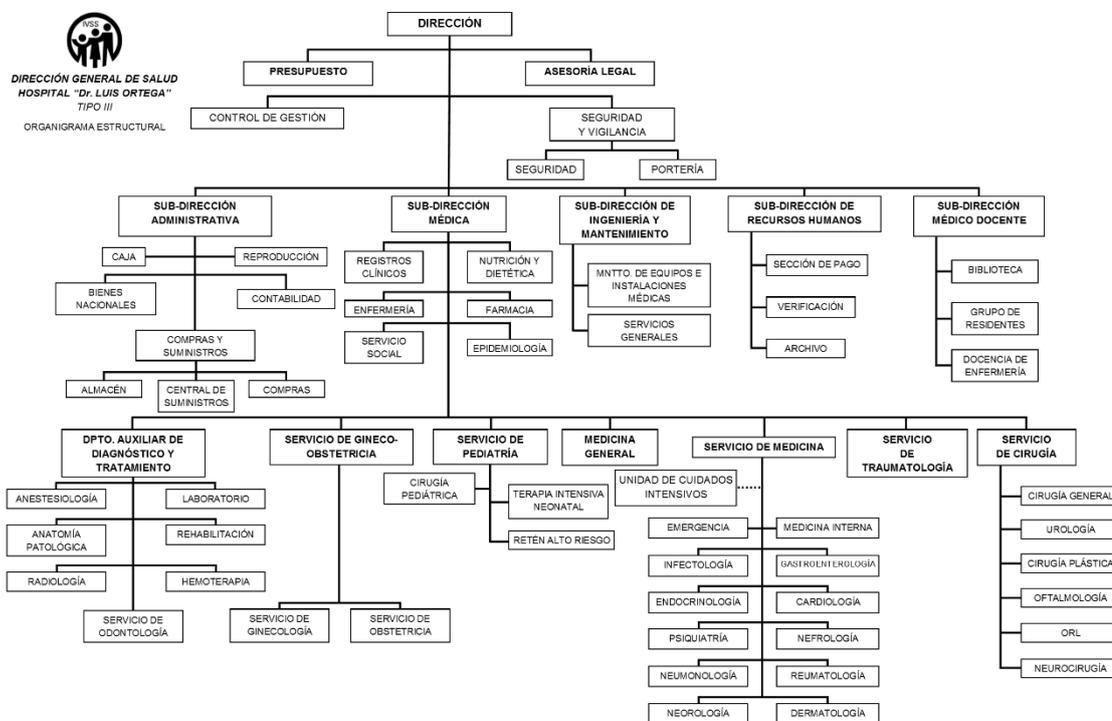
Sub-Dirección Médica Docente

Se encarga de diseñar, planificar, ejecutar y evaluar las diferentes actividades académicas de cada servicio, así como de mantener relaciones interdisciplinarias y fomentar las actividades de investigación. Ésta sub-dirección contribuye con la capacitación de estudiantes de medicina y enfermería de diversas Universidades, donde destacan: la Universidad de Oriente (UDO), la Universidad Central de Venezuela (UCV), la Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos (UNERG) y la Universidad Nacional Experimental Politécnica de la Fuerza Armada (UNEFA). Se encuentra constituida por la biblioteca, los grupos de residentes y la docencia de enfermería.

En atención al contenido tratado los establecimientos de salud se sustentan en una estructura organizativa compaginada con el orden, coordinación y control de los recursos disponibles, a fines de materializar objetivos trazados, garantizando la articulación de esfuerzos. En ese sentido, los servicios son prestados gracias a una eficiente relación de trabajo que viene a favorecer la dinámica institucional y es así como el Hospital Dr. Luis Ortega dispone de una estructura administrativa, donde cada Sub-Dirección se responsabiliza de gestionar, organizar y coordinar las áreas de asistencia que le corresponde monitoreando la correcta operatividad. (Ver figura 2).

Figura 2

Organigrama Estructural del Hospital Dr. Luis Ortega



Fuente: Cartelera informativa de la Jefatura de Enfermería (2022).

1.11. Jefatura de enfermería

Para Rojas (2015) la Jefatura de Enfermería “es el área donde se integran las acciones del equipo de salud, las cuales culminan en una proyección de la institución hacia los usuarios” (p.3). En consonancia a los argumentos anteriores, es un espacio de trabajo desde donde se coordinan diversidad de acciones con la

finalidad de mantener el contacto directo con los profesionales de enfermería encargados de facilitar los cuidados y atenciones de los usuarios.

En el caso específico del Hospital Dr. Luis Ortega, Moreno (2014) señala que: la Jefatura de Enfermería se encuentra adscrita a la sub-dirección médica, desde allí se presta colaboración a las restantes áreas, específicamente a la administración médica, llevando a cabo diversidad de gestiones pertinentes a las competencias asignadas, posee funciones propias y direcciona los planes particulares con el propósito de asumir responsablemente los deberes y tareas asignadas. Es oportuno indicar que la Jefatura de Enfermería presenta una estructura jerárquica cuyos integrantes asumen los retos surgidos, acatando principios éticos, morales e institucionales, buscando aportar resultados ampliamente positivos. (Ver figura 3). Ahora bien, los cargos designados en la Jefatura de Enfermería del Hospital Dr. Luis Ortega son los siguientes:

Jefe de los Servicios de Enfermería

Es el encargado de dirigir, supervisar y evaluar al personal de enfermería (licenciado, técnico y auxiliar) en sus diferentes cargos, donde deben realizar un diagnóstico situacional y mantenerlo actualizado. Asimismo, debe conocer las normas, políticas, leyes y reglamentos para actuar apegadas a ellas, y dar solución a los problemas que se puedan suscitar.

Secretaria

Se encarga de recibir, analizar, ordenar, clasificar y archivar la documentación y expedientes remitidos al departamento. Coordina reuniones y prepara la agenda diaria de la jefatura. Habilita y ordena la documentación para reuniones y conferencias.

Enfermero Adjunto Administrativo

Se encarga de diseñar, manejar y realizar actividades administrativas. Participa en la evaluación de la calidad de los servicios de enfermería, además de efectuar trámites para la adquisición de insumos materiales necesarios en la

realización de procedimientos. Lleva a cabo controles estadísticos mensuales y en caso de ausencia del Jefe del Departamento ofrece alternativas de solución a eventualidades surgidas durante la jornada, trabajando en conjunto con los demás adjuntos de enfermería.

Enfermero Adjunto Asistencial

Se encarga de formular, elaborar, proponer y ejecutar protocolos, métodos, proyectos y procedimientos de enfermería según avances clínicos, actualizando al personal a su cargo. Realiza propuestas en la elaboración de manuales, protocolos, guías y otros documentos de gestión asistencial. Controla el uso adecuado y facilita el mantenimiento de equipos y materiales con los que dispone el departamento asistencial para el cumplimiento de las actividades de enfermería, optimizando así los cuidados brindados.

Enfermero Adjunto Docente

Se encarga de elaborar, coordinar, planear y ejecutar programas educativos destinados a la ejecución de cursos basados en las necesidades detectadas en el personal en conjunto con el Jefe de Enfermería. También se encarga de inspeccionar las capacitaciones y pasantías en los diferentes servicios de la institución, facilitando también la participación de programas de formación de estudiantes de pregrado y postgrado. Es responsable del personal de enfermería que realiza capacitación o pasantía en los diferentes servicios de la institución.

Enfermero(s) Supervisor(es)

Se encargan de planificar, organizar, dirigir, supervisar y evaluar a todo el personal de enfermería del hospital. Realiza la distribución general del personal en cada servicio, actuando en conjunto con las enfermeras coordinadoras para

detectar las necesidades requeridas por cada área y aportar soluciones para llevar a cabo el cumplimiento de todas las actividades de enfermería.

Enfermeros Asistenciales Tipo IV

Son los profesionales a los que se les asciende por estudios académicos o por años de servicio. Normalmente, son enfermeros adjuntos, coordinadores y supervisores. Además, deben cumplir con todas las funciones de enfermería.

Enfermeros Asistenciales Tipo II

Se encargan de planificar, coordinar, supervisar y realizar la revista de enfermería, garantizando la aplicación del proceso de atención de enfermería al paciente, persona, familia y comunidad, desde el ingreso hasta su egreso, preservando las condiciones óptimas para el traslado intra o extra hospitalario. Es su deber recibir y entregar pacientes con información de sus tratamientos, evolución y procedimientos efectuados. Procede a la solicitud, recepción y entrega de equipo médico, instrumental y material de curación. De igual modo, participa en la ejecución de planes estratégicos en contingencia, realizando actividades técnicas especializadas de enfermería, colaborando con el desarrollo de los planes de docencia y propiciando un ambiente organizacional saludable para favorecer la productividad y las relaciones interpersonales y multidisciplinarias armoniosas en el entorno laboral.

Enfermeros Asistenciales Tipo I

Se encarga de recibir, atender y entregar los pacientes en el área clínica al momento de la ronda de enfermería, garantizando el cuidado humano y personalizado, bajo el marco de los valores éticos y humanísticos. Realiza el pedido de fármacos, cateterización de vías periféricas, prepara y administra los medicamentos y hemoderivados. Participa en el tratamiento médico quirúrgico y efectúa tratamientos específicos. Cumple con las indicaciones médicas, previa a la verificación de las mismas y colabora en la terapia ocupacional, rehabilitadora y

recreativa del paciente. Además, usa normas esenciales de cortesía manteniendo un trato cordial enfermero-paciente, persona, familia y comunidad.

Auxiliar de Enfermería

Se encarga de asistir al equipo enfermero de cada servicio en el cumplimiento de sus funciones de atención básica a los pacientes.

Camilleros(as)

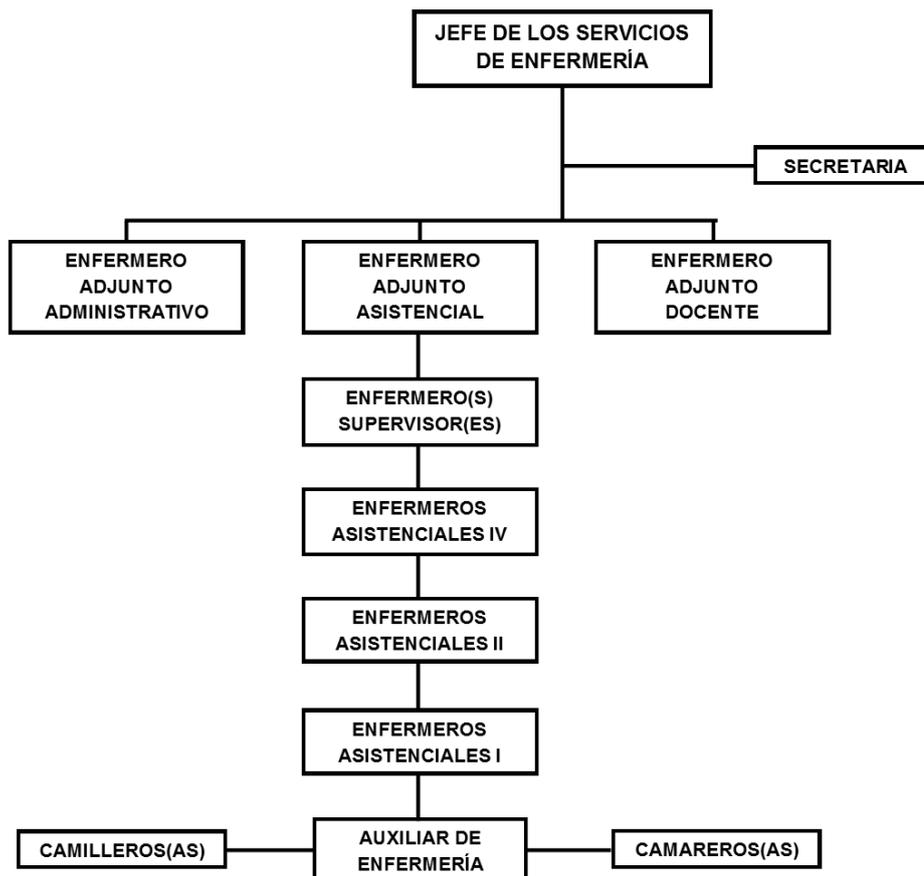
Se encargan de trasladar pacientes o fallecidos en camillas, camas de mano o dispositivos hospitalarios. Verifican que se encuentren disponibles y funcionales las sillas, camillas y equipos de traslado correspondientes a cada servicio, con la intención de movilizar cómodamente a los pacientes que lo requieran según su estado de salud, usando la mecánica corporal. Debe conocer el funcionamiento del equipo electromédico, para el traslado de paciente. Agiliza de forma oportuna la atención de las urgencias en coordinación con su jefe inmediato, y realiza otras funciones inherentes a su puesto.

Camareras

Se encargan de cumplir con la función de limpieza y desinfección de los equipos médicos, superficies, mobiliario, elementos complementarios y accesorios del recinto hospitalario, manteniendo discreción a la hora de su actuación, utilizando productos de limpieza y desinfectantes para el correcto mantenimiento, utilizando las normas de asepsia. Debe ser ágil y con capacidad de organización de su trabajo.

Figura 3

Organigrama de la Jefatura de Enfermería del Hospital Dr. Luis Ortega



Fuente: Cartelera informativa de la Jefatura de Enfermería (2022).

1.12. Aproximación Diagnóstica

La aproximación diagnóstica está representada por el conjunto organizado de pasos sucesivos, articulados entre sí que permite asumir directamente la responsabilidad de detectar debilidades evidenciadas dentro de una organización o institución, teniéndose un pilar fundamental de información genuina y actualizada. Cabe destacar que la persona encargada de afrontar ese procedimiento sistemático tiene a su disposición diversidad de alternativas e instrumentos como, por ejemplo, la entrevista, la cual fue realizada a dos (2) Médicos y dos (2) Licenciadas en Enfermería que cumplen funciones de Salud en el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, siendo énfasis en los factores internos y externos influyentes en su situación actual.

Según, Lozsán (2022) la entrevista no estructurada es “un instrumento de recolección de datos a través de preguntas abiertas que realiza un entrevistador a un entrevistado” (p.1). Desde esta perspectiva, constituye una técnica de utilidad al momento de establecer un intercambio de opiniones con gran flexibilidad. Las entrevistas realizadas a los informantes mencionados previamente arrojaron los siguientes resultados.

Entrevistado 1

De acuerdo con su opinión ¿Cuáles son las principales fortalezas del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar?

“Este establecimiento cuenta con profesionales que demuestran vocación, a lo que se suma la unidad de cuidados intensivos y médicos especialistas”

¿Cuáles oportunidades considera que se pueden aprovechar en favor del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar?

“Bueno, existen instituciones tanto públicas como privadas que prestan su apoyo y comercios, los cuales contribuyen con donaciones y debe considerarse su fácil acceso”

¿Qué debilidades observa usted en este centro hospitalario?

“Tenemos un déficit de enfermeros, ambulancias, medicamentos e insumos y a ello se suma las fallas en los ascensores”

¿Cuáles amenazas están presentes en el ambiente externo y que pueden afectar al Hospital Dr. Luis Ortega?

“Actualmente la situación país, la pandemia e inseguridad en los alrededores son unas amenazas serias”.

Entrevistado 2

De acuerdo con su opinión ¿Cuáles son las principales fortalezas del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar?

“En realidad, el equipo de salud trabaja responsablemente, se están realizando especializaciones y la sala de parto esta operativa”

¿Cuáles oportunidades considera que se pueden aprovechar en favor del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar?

“Bueno, existe un comité de voluntarios, se recibe apoyo de algunos comercios que llevan almuerzos a la institución para el personal de salud y pacientes, además, el hospital está ubicado en una zona estratégica”

¿Qué debilidades observa usted en este centro hospitalario?

“En realidad son muchas las debilidades, incluyendo la falta de ambulancias para el traslado de los pacientes, la inoperatividad de camas y el déficit de personal de salud”

¿Cuáles amenazas están presentes en el ambiente externo y que pueden afectar al Hospital Dr. Luis Ortega?

“La contaminación que observa en los alrededores, el escaso presupuesto asignado a la institución, así como la situación país e inseguridad son series amenazas que pudieran afectar a este establecimiento de salud”

Luego de realizadas las entrevistas, sus resultados fueron sistematizados a través de una Matriz FODA. De acuerdo con Zuñiga (2015), la Matriz FODA es “un instrumento de análisis institucional que determina la situación de la organización, enfocándose en el análisis interno y externo, de lo cual en el interno se encuentran las fortalezas/debilidades y en el externo las oportunidades/amenazas” (p.31). En ese sentido, corresponde a un soporte de gran utilidad porque facilita el registro ordenado de aspectos claves generadores de información pertinente a elementos capaces de beneficiar o perjudicar el funcionamiento pleno de una unidad o establecimiento. Por lo antes expuesto, los resultados son apreciados en el siguiente punto. (cuadro 1)

Cuadro 1

Matriz FODA del Hospital DR. Luis Ortega de Porlamar

FACTORES INTERNOS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipo de salud responsable, con vocación de servicio y demostración de valores éticos. ✓ Existencia de Unidad de Cuidados Intensivos. ✓ Realización de Post-grados y Especializaciones. ✓ Presencia de Médicos Especialistas. ✓ Sala de Parto Operativa. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Déficit de personal de Enfermería. ❖ Falta de medicamentos e insumos. ❖ Deficiencia en la dotación de camas. ❖ Fallas en los ascensores. ❖ Falta de ambulancias para el traslado de pacientes.
FACTORES EXTERNOS	
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Convenios con Universidades para la formación de Especialistas. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inseguridad en los alrededores de la institución. ○ Situación País.

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comité de voluntarios activos dispuestos a colaborar con la Institución. ➤ Presencia de Instituciones y Comercios que contribuyen con donaciones. ➤ Apoyo de instituciones de Salud Publicas y Privadas. ➤ Ubicación estratégica para el acceso a la Institución. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Asignación de presupuesto. ○ Existencia de Pandemias. ○ Contaminación o residuos sólidos, en los alrededores de la Institución.
--	---

Posterior a la conformación de la Matriz FODA, se añade que los factores internos vinculados con aspectos positivos en el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar incluyen un talento humano profesional dispuesto a llevar a cabo cada una de sus actividades con vocación de servicios, contribuyendo a la canalización de las necesidades de salud. Aunado a ello, resalta la existencia y operatividad de servicios, Unidad de Cuidados Intensivos (Pediátricos) y especialistas dispuestos a dar lo mejor de sí. Sin embargo, ciertas debilidades comprometen la calidad de la atención ante la carencia de camas, ambulancias, medicamentos e insumos que sumado al déficit del personal de enfermería evidencian una situación preocupante.

Por su parte, los factores externos vinculados con las oportunidades, abarcan la existencia de personas e instituciones que de manera voluntaria logran aportar sus contribuciones para de este modo ayudar a disminuir las debilidades existentes, colaborando con diversas actividades, donaciones y acciones de gran valor. Además, los profesionales de la salud acceden a cursos, especialidades y post. grado para continuar capacitándose, formándose y especializándose acorde a sus competencias, aunque también persisten amenazas como la situación país, la Pandemia del Covid-19 y la contaminación ambiental e inseguridad en los alrededores, aspectos generadores de riesgos sobresalientes.

CAPÍTULO II

DESCRIPCION DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DEL HOSPITAL LUIS ORTEGA DE PORLAMAR

Este capítulo fue diseñado utilizando la investigación de campo, al visitar directamente el espacio de salud asignado para la inserción propia de la práctica profesional en el campo enfermero, complementando con revisiones bibliográficas consultando autores como Bermúdez (2020), Gómez (2020), Hernández (2021), Salazar (2022). Por lo tanto, la descripción de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Luis Ortega de Porlamar incluye reseña histórica, importancia y justificación, ubicación, descripción, recursos, talento humano, misión, visión, funciones, actividades y tareas del equipo de enfermería, finalizando con el desarrollo de una aproximación diagnóstica.

2.1. Reseña Histórica

Seguidamente, se reproduce de manera textual la reseña histórica de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Luis Ortega de Porlamar, transcrita por Bermúdez (2020) quien, plantea:

El Hospital Dr. Luis Ortega para el año 1989 no contaba con un servicio de neonatología organizacionalmente definido, sin embargo, poseía un área conocida como reten patológico en el cual se les brindaba atención a bebés que requerían mayor cuidado y presentaban infecciones; también contaba con un retén de alto

riesgo donde se ingresaban a bebés que requerían conservar su estado durante las primeras horas de vida por presentar algún problema transitorio o de algún riesgo no identificado.

El promedio de bebés atendidos en estas dos áreas era aproximadamente de 60 recién nacidos, sin embargo, tales no contaban con equipos para ofrecer los cuidados intensivos que estos requerían, el recurso humano también era escaso, para estas fechas era la Dra. Cecilia Rojas para el turno de la mañana, la Dra. Darvelys Linares para el turno de la tarde, y una o dos auxiliares de enfermería por turno. Por tal motivo se plantea la propuesta a las autoridades de iniciar la preparación de una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal donde se brindará atención a aquellos bebés que requerían soporte vital, ventilación mecánica y mayor cuidado clínico.

Con el fin de avalar dicha propuesta y de demostrar la alta tasa de morbi-mortalidad que se estaba presentando por la falta de una UTIN que contara con equipos y recurso humano especializado en este tipo de atención, la Dra. Cecilia Rojas inicia un registro manual de los RN que ingresaban a estos servicios ya que la institución no contaba con uno, en estos se reflejaban datos como: fecha de ingreso, diagnóstico, edad gestacional, nombre de la madre y fecha de egreso. Para implementar este nuevo método que consistía en registrar datos estadísticos, fue un trabajo arduo dado que no era una práctica común en el servicio, siendo las enfermeras en conjunto con la Dra. Cecilia Rojas las que lograron concientizar sobre la importancia de su aplicación.

El número de pacientes que ameritaban de cuidados intensivos eran muchos, sin embargo, el primer ingreso fue un paciente producto de una cesárea segmentada llevada a cabo en quirófano. Fue la Dra. Cecilia Rojas al realizar la valoración quien observa signos de cianosis y decide un requerimiento de soporte ventilatorio de inmediato. En el hospital había un equipo respirador en el servicio de pediatría al cual nunca se le había dado funcionamiento, en vista de la necesidad, la Dra. Cecilia Rojas decide su utilización y conectar al paciente a dicho equipo conocido como Borge P200, también era indispensable la

monitorización de los signos vitales para evaluar la evolución del paciente, por ende, se busca un monitor en el área de quirófano.

De la misma manera, se alega que se ingresó dicho paciente con un diagnóstico de una Neumonía Cognatal. Luego de su recuperación y al ser extubado el abuelo del bebe busca y dona al servicio el primer equipo de nebulización con calentador. Siendo este el punto de partida para la implementación de cuidados intensivos neonatal en el Hospital Dr. Luis Ortega.

Aproximadamente para el año 1991 se realizaron conversaciones con una organización no gubernamental conocida como el Club de Leones para la recaudación de fondos para los RN, formando así un comité llamado “Comité de ayuda al RN” encargado de llevar a cabo las primeras jornadas para recaudar fondos para los equipos de la UTIN. Con ayuda de este equipo se realizó una tele radió maratón obteniendo un total de cuatro millones de bolívares como fondo, los cuales fueron destinados para la compra de los primeros equipos de cuidados intensivos: una (1) mesa ojayo, un (1) oxímetro, un densitómetro (1), algunos oxihood, entre otras cosas. También por medio de otras recaudaciones se fue logrando la obtención de otros equipos como kits de cirugía menor para la realización de cateterismo y otros procedimientos clínicos.

Para ese mismo año ocurren una serie de cambios a nivel del Ministerio de Sanidad y Seguro Social, como consecuencia se observa la diferenciación de las clases sociales, por tales acontecimientos el Colegio de Médicos inicia un movimiento, donde se realizaron discusiones y marchas planteando así la igualdad social para que toda persona, niño y RN recibieran la misma atención sin discriminaciones.

Posteriormente la comisión de damas del Ministerio de Relaciones Interiores de Caracas realizó una visita al Hospital Dr. Luis Ortega debido a un artículo publicado en un periódico nacional que trataba sobre la alta tasa de mortalidad neonatal en el Estado Nueva Esparta, esta visita fue realizada con el propósito ofrecer donativos para estos servicios. En menos de un mes hicieron

llegar el primer equipo de Secrip y el segundo equipo de ventilación mecánica. Seguidamente el I.V.S.S hace un donativo de un segundo equipo de Secrip y a su vez las recaudaciones del “Comité de ayuda al RN” continuaban haciéndose y a través de estas se logró adquirir el primer equipo de Dinamant para cuantificar la tensión arterial.

Debido al escaso manejo y conocimiento del personal enfermero sobre los cuidados intensivos neonatal consecuente de su poca aplicación, se establece la profesionalización de enfermería a nivel de Licenciatura y Técnico Superior Universitario por un sistema modular ejercido por el Colegio Universitario Cecilio Acosta, que consistía en clases presenciales solo los fines de semana en las instalaciones de la Universidad de Oriente. Para incrementar los conocimientos prácticos sobre los cuidados intensivos neonatal por parte de enfermería, la Lic. Stella León la cual había ejercido su labor como enfermera en la UTIN del Llanito y la Maternidad Concepción palacios de Caracas al pedir su traslado al Hospital Dr. Luis Ortega, dio inicio a cursos prácticos sobre cómo realizar los diferentes cuidados y procedimientos de cuidados intensivos neonatal.

Luego de esto, el personal enfermero adopto un papel fundamental en la extracción de muestras sanguíneas para gases arteriales y hemocultivo, punción lumbar, entubación y extubación, aspiración de secreciones por tubo endotraqueal, sondaje vesical u orogástrico y otros procedimientos. Así mismo, la Dra. Edith de Yacono jefe del servicio de pediatría, designa a la Dra. Cecilia Rojas encargada de la atención del área de neonatología, impulsando la realización de los recaudos dirigidos al Seguro Social para la remodelación de dicho servicio y su diferenciación como unidad independiente. Al mismo tiempo se incorpora la Dra. Diana Balochi, seguidamente la Dra. Miroslava Cova, el Dr. Luis Guevara, la Dra. Dorys Squeo, la Dra. Michel Mendoza, la Dra. Francys Zabaleta y la Dra. Isaina Fermín.

Con el pasar del tiempo, la estructura de este servicio se fue deteriorando, considerándose como un ambiente no apto para la estadía de los recién nacidos, por consecuente en el año 2000 las autoridades del Seguro Social decidieron

intervenir y realizar una inspección de las instalaciones, surgiendo la aprobación de un presupuesto por parte del presidente regente de dicha entidad el Sr. Mantilla, para así realizar la remodelación del espacio físico propio de la unidad de neonatología.

Continuamente, surgió su ejecución para el año 2004, y comienza a vislumbrarse la unidad de neonatología y su reestructuración, contando así, con una UTIN, dividida en dos (2) salas denominadas A y B, con una capacidad de seis (6) cupos cada una, contando con una disponibilidad total de doce (12) cupos. Posteriormente se remodela uno de los anteriores espacios, y queda constituida como la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN), destinada a la administración de tratamiento, recuperación de peso en caso de bebés prematuros, y vigilancia de las constantes vitales de RN que se encontraban en terapia intensiva y fueron trasladados a esta área; una Unidad de Alto riesgo (ARO) dirigida a bebés con procesos infecciosos o sospechas de los mismos, contando con una disponibilidad de seis (6) incubadoras y veinte (20) cunas.

Dentro de las remodelaciones, se incluyó un área de alojamiento conjunto donde se encuentran los recién nacidos sanos con sus madres donde reciben lactancia materna y por último la sala de parto en quirófano y sala de parto básico, dirigida para brindar una atención inmediata a los RN posterior al nacimiento y donde se toman conductas acerca de su estado de salud. Además de ello, recibió una importante dotación de incubadoras de última generación, nuevos equipos de ventilación Newport, monitores de signos vitales y otros equipos especializados.

En el año 2016, por motivos de mantenimiento a la estructura física de la UTIN, se decide inhabilitar dicha área, siendo trasladada a los espacios de la UCIN. Para el 22 diciembre del año 2019 es ubicada nuevamente en el espacio físico de origen en donde se encontró por cierto tiempo totalmente operativo y funcional brindándole la vigilancia oportuna según era el caso. Actualmente la unidad está nuevamente trasladada a la UCIN, desde hace aproximadamente dos meses (según las enfermeras del servicio como desde septiembre) debido a que la UTIN se

encuentra inhabilitada, en donde se busca ofrecer, ayudar y brindar la atención necesaria, que requieren los RN de más alto cuidado según sea su caso.

2.2. Importancia y Justificación

Barboza (2016) afirma que “la unidad de cuidados intensivos neonatales es un lugar importante donde médicos y enfermeras altamente capacitados le brindan a tu bebé cuidados durante las 24 horas en los primeros 28 días de vida” (p.6). Desde esta perspectiva, representa un espacio de alta relevancia cuando se trata de conservar la vida de los neonatos, cuyas condiciones no son estables, ofreciéndoles las atenciones fundamentales con el uso de conocimientos y equipos especializados.

Cabe destacar que basa parte de su importancia en facilitar los cuidados gratuitos durante esos momentos difíciles cuando se compromete el bienestar de un bebe, aportándole cuidados humanos cuyos efectos permiten impulsar avances satisfactorios, luchando contra las adversidades. Así mismo, se convierte en el área de intervención propiciadora del auxilio requerido no solo por las madres Neoespartanas sino también por aquellas provenientes de otros Estados, las cuales necesitan que sus hijos recién nacidos estén recuperados.

De la misma manera, se justifica por la presencia de especialistas como Neonatólogos, pediatras e intensivistas, cuyo trabajo permite orientar a las madres sobre el estado de salud, las expectativas de vida y los tratamientos más efectivos según el caso presentado. En otras palabras, se educa e informa brindando una noción significativa sobre el estado actual de los neonatos hospitalizados. Adicionalmente, el conjunto de talento humano proporciona la asistencia multidisciplinaria, a través de un plan funcional, para garantizar la calidad, eficiencia en la atención de necesidades sustanciales de los RN.

En suma, durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal pueden ocurrir situaciones comprometedoras de la continuidad de la vida de los neonatos, razón por la cual la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Luis Ortega de

Porlamar, reviste elevada relevancia al ser la única de carácter público dentro de la región insular, con los recursos para atender eficientemente las enfermedades críticas. De esa manera, no se expone la vida con traslados a otros lugares ni se deben cancelar cantidades considerables de dinero en pagos por servicios privados.

2.3. Ubicación y Descripción

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, se encuentra ubicada en la región Este del Hospital Dr. Luis Ortega, en el Piso N° 1 “sala vieja”. Se halla estratégicamente en medio de las salas de hospitalización de Gineco-Obstetricia “A y B”. La misma se localiza estructuralmente y su conformación según Hernández (2021) es la siguiente:

- ❖ **Estar de Enfermería:** Área destinada a la permanencia del personal enfermero, su ubicación debe ser próxima a las incubadoras y cunas de los RN, para facilitar el rápido acceso, y la constante monitorización de signos vitales. Mayormente se encuentra equipada con la papelería que se utiliza en la unidad, entre ellas la gráfica de signos vitales y tratamiento, reporte de enfermería, evolución médica, orden médica, hojas de laboratorios, pedidos de almacén, pedidos de farmacia, solitud de radiografías y hemoderivados.
- **Sala de Tratamiento:** Lugar donde se lleva a cabo la preparación de medicamentos, hidratación parenteral (HP), nutrición parenteral parcial (NPP) o total (NPT). Cuenta con un refrigerador donde se almacenan los medicamentos que necesitan ser conservados en altas temperaturas, y se encuentra equipado con insumos necesarios para realizarlas preparaciones antes mencionadas.
- **Faena Limpia:** Lugar destinado a la preparación de procedimientos y almacenamiento de material estéril y limpio. Se encuentra señalado por un cartel de identificación visible, posee estantes cerrados para conservar el

material estéril y limpio, cuenta con un lavamanos, dispensador de jabón, toallas desechables y recipiente de basura para material desechable.

- **Faena Sucia:** Lugar destinado a la limpieza o prelavado del material y almacenamiento transitorio del material sucio derivado de la atención del paciente. Se encuentra identificada con su respectivo cartel, posee estantes y repisas abiertas para contener el material sucio, cuenta con lavadero para el prelavado del material sucio, además de un lavamanos, dispensador de jabón y toallas desechables.
- **Almacén:** Es un espacio amplio donde se guarda equipos, materiales e insumos médicos, quirúrgicos, desechables y reutilizables. Cuenta con estantería, repisas y gabinetes que facilitan su distribución en el sitio.
- **Baño:** Se encuentra ubicado en la parte interna de la unidad. Su acceso solo es para el personal médico y enfermero del servicio. Cuenta con retrete, lavamanos.
- **Cuarto de Descanso:** Se encuentra ubicado en el interior de la unidad. Su uso es exclusivo para el personal médico y enfermero que laboran en el servicio. Cuenta con una litera y un baño con retrete, lavamanos y ducha.

De la misma forma la unidad, esta surtida con equipos especializados que permiten la estadía de los pacientes durante el tiempo que estos lo ameriten, que ayudan a su recuperación y favorecen la estabilización de los RN, resaltando que ciertos de ellos son pertenecientes a la UCI, pero que de igual forma son utilizados con la misma finalidad, teniendo en cuenta que algunos están inoperativos y otros funcionales, los cuales se describen a continuación:

- ❖ **Incubadoras:** Es un equipo cerrado, que consta de un capicete transparente lo que permite aislar al paciente sin perder contacto visual, tiene como propósito brindar soporte vital y confort al recién nacido, simulando el útero materno. Está compuesta por el compartimiento para el paciente, colchón, plataforma, base rodante y módulo de control, en el cual se encuentran todos los parámetros que se van a controlar como

temperatura, humedad y oxígeno. Actualmente, en la unidad se encuentran operativas diez (10) incubadoras para el ingreso de aquellos pacientes que requieran de ella.

- ❖ **Incubadora de Traslado:** Posee las mismas funciones y características de una incubadora convencional, diferenciándola de las demás, el uso al cual está destinada, siendo este el traslado de RN a las diferentes unidades según sea su necesidad. Actualmente, la unidad cuenta con dos (2) incubadoras de estas, para llevar a cabo dicha función.
- ❖ **Incubadora de Alto Riesgo:** Se utiliza para bebés que presentan: Dificultad para mantener una temperatura corporal apropiada (36/37 grados es lo necesario). Debajo de estas temperaturas, el funcionamiento de los órganos no sería el óptimo. Inmadurez de los pulmones y, por consiguiente, dificultad respiratoria. Actualmente la unidad cuenta con una (1) sola incubadora de riesgo, perteneciente de la unidad de UTIN.
- ❖ **Lámpara de Calor:** Son equipos diseñados para proporcionar calor radiante a los neonatos, con el fin de que puedan mantener una temperatura corporal de 36° a 37° C. En la unidad se encuentran funcional tres (3) lámparas de calor, la cual se usa mayormente en pacientes con protocolo de mínima manipulación, debido al fácil manejo que ofrece las dimensiones de esta y a su vez cuenta con cinco lámparas de fototerapia.
- ❖ **Monitores de Signos Vitales:** Es un dispositivo que tiene la capacidad de medir simultáneamente los parámetros de las constantes vitales del recién nacido, es decir, la respiración (RESP), la frecuencia cardíaca (FC), oximetría o saturación de oxígeno (SpO₂), la temperatura (T°) y tensión arterial (TA). Actualmente, la unidad cuenta con un número de catorce (14) monitores, ubicados respectivamente en las bases de las incubadoras (11 operativos).
- ❖ **Tomas de Gases Medicinales:** Se trata de unidades terminales de canalización que permiten el suministro de los gases medicinales y de vacío a través de las distintas tuberías conectadas a la fuente de suministro principal de la institución. En la unidad estos se encuentran localizados en

las paredes e identificados con los siguientes colores: verde para oxígeno medicinal, amarillo para aire medicina, y blanco para el vacío y evacuaciones. En la misma se cuentan con trece (13) unidades terminales, pero (2) se encuentran dañadas.

- ❖ **Ventilador Mecánico:** Equipo que brinda un soporte vital respiratorio, el cual es capaz de controlar, asistir y sincronizar de forma espontánea las respiraciones del neonato según sea su necesidad. La unidad cuenta con ocho (8) ventiladores mecánicos, de los cuales seis (6) de ellos están dañados y solamente dos (2) se encuentran operativos.
- ❖ **Oxihood:** Es un dispositivo plástico transparente, que cubre la cabeza del neonato, posee una entrada posterior por donde suministra oxígeno húmedo a través de una goma corrugada. Actualmente a unidad dispone de cinco (5) equipos, que se utilizan en casos de RN con trastornos respiratorios.
- ❖ **Presión Positiva Continua de la vía Aérea (CPAP):** Es un dispositivo que se utiliza para tratar la dificultad respiratoria moderada mediante presión positiva, utilizando una cánula nasal a través de una goma corrugada, que suministra oxígeno de alto flujo. La unidad cuenta con ocho (8) equipos de CPAP que se encuentran actualmente operativos.
- ❖ **Flujómetros:** Se utilizan para controlar el caudal de los gases procedentes de un sistema de suministro central o de una bombona de gas comprimido. Se utilizan normalmente en las plantas de hospitalización para pacientes adultos, pediátricos y neonatales. La unidad cuenta con veinte (20) de los cuales solo once (11) se encuentran operativos.
- ❖ **Balanza Electrónica Infantil:** Es una pesa digital que permite registrar el peso en pacientes pediátricos y neonatales, soporta hasta 25 kilos con precisión de 5 gramos, diseñada con una amplia pantalla LCD retroiluminada para tomar nota de las mediciones. Actualmente la unidad sigue contando con una (1) sola balanza infantil.
- ❖ **Desfibrilador:** Se basa en la aplicación brusca y breve de una corriente eléctrica de alto voltaje para detener y revertir las arritmias

cardíacas rápidas (taquicardia ventricular sostenida o fibrilación ventricular). Actualmente la unidad continúa con un (1) solo desfibrilador.

- ❖ **Laringoscopio:** Instrumento delgado en forma de tubo que se usa para examinar la laringe, contiene una luz y un lente para observar, y a veces tiene una herramienta para extraer tejido. La unidad cuenta con dos (2) equipos, pero solo uno (1) está operativo.
- ❖ **Bomba de Infusión:** Es un sistema para administrar fármacos directamente a la sangre del paciente. Es necesario supervisar el procedimiento para evitar infecciones. Actualmente la unidad cuenta con cinco (5) equipos operando.
- ❖ **Equipo de Doppler:** Es un transductor de ultrasonido de mano/portátil usado para detectar los latidos de un feto durante los cuidados prenatales. La unidad actualmente solo cuenta con un (1) equipo Doppler operativo.
- ❖ **Lámpara Fototerapia:** Imita la luz exterior, se cree que este tipo de luz puede provocar un cambio químico en el cerebro que mejora el estado de ánimo y alivia otros síntomas del trastorno afectivo estacional, como estar cansado la mayor parte del tiempo y dormir demasiado. Actualmente la unidad cuenta con tres (3) equipos operando.

2.4 Recursos y Talento Humano

Los profesionales de la salud representan el talento humano vital para asumir de manera responsable, altruista, digna e identificada con competencias propias de su trabajo, contribuyendo enormemente al sustento de cuidados y atenciones humanistas. En el caso de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega, cuenta con un grupo recurso humano dispuesto a dar lo mejor de sí, satisfaciendo necesidades al intervenir en el caso de enfermedades críticas u otras circunstancias comprometedoras del RN.

La UTIN del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar tiene a su disposición especialistas cuya trayectoria, valores destrezas y conocimientos permiten sustentar el trabajo unido e integrado a la realidad, favoreciendo enormemente la

atención gratuita, para respaldar el derecho a la salud. Por consiguiente, se ejecutan procedimientos apegados a las necesidades de cada uno de los neonatos, actuando con vocación de servicio, elevado nivel de responsabilidad y una visión social que permite comprender la parte afectiva, el sufrimiento de las madres.

Según Hernández (2021) este talento humano está conformado por: seis (6) Médicos Especialistas: 1 Neonatólogos y once (11) Pediatras, referente al personal de Enfermería en el turno de la mañana (7am-1pm) laboran siete (7) Enfermeras asistenciales, y en el turno tarde-noche (1pm-7pm) cinco (5) Enfermeras asistencial, a su vez el turno de la noche (7pm-7am) divididas en dos grupos de 3 (Grupo A Y B) conformando un total de doce (12) enfermeras asistenciales. Además, también se cuenta con el apoyo de camarera y 1 camillero por turno.

Actualmente para Noviembre del presente año, mediante información recopilada en la jefatura de enfermería del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, la UTIN cuenta con una estructura organizativa mediante niveles jerárquicos en la cual, ésta es liderada por el jefe del servicio de Pediatría, Dra. Grey Molina, Pediatra Intensivista, a su vez cuenta con un equipo médico conformado por una (1) especialista en Neonatología, la Dra. Francys Zabaleta y Médicos especialistas en Puericultura y Pediatría que asisten a la unidad dos (2) residentes por turno ya sean en horarios de 7am / 1pm, 1 pm/ 7pm o 7pm / 7am, cumpliendo guardias de una (1) vez por cada seis (6) días. (Ver figura N° 4) En cuanto al personal de enfermería actualmente, cuenta con la siguiente distribución jerárquica:

- Coordinadora de enfermería: Lic. Carmen Figuera

Grupo A- Turno de 7am / 1pm:

- Supervisoras de Enfermería: Lic. Almarys Domínguez y Lic. Elena Mujica.
- Enfermeras Asistenciales: Lic. Julioscar Larez, Lic. Luzmelis Romero, y Lic. Petra Rojas.

Grupo B- Turno de 7am / 1pm:

- Supervisoras de Enfermería: Lic. Roxana Rojas y Lic. Milagros Salazar.
- Enfermeras Asistenciales: Lic. Iriannis Malaver, Lic. Carmen Figuera, Lic. Kleimiris Pino, Lic. Solmaira Amundarain y Lic. Leonidas Malaver.

Grupo A- Turno 1pm / 7pm:

- Supervisoras de Enfermería: Lic. Claudeth Fernández, Lic. Gabriela Rodríguez y Lic. Jorge Monedero.
- Enfermeras Asistenciales: Lic. Luisa Bueno, Lic. Rosauris León y Lic. Andrelis Presilla.

Grupo B- Turno 1pm / 7pm:

- Supervisoras de Enfermería: Lic. Cira González y Lic. Vimer Palma.
- Enfermeras Asistenciales: Lic. Noris Bravo, Lic. Mileidis Velgara y Lic. Sandri Brito.

Grupo A-B Turno 7 pm / 7am:

- Supervisoras de Enfermería: Lic. Narcelys Márquez, Lic. Rosa Lugo, Lic. Yolanda Fuentes, Lic. Ana López, Lic. Diameis López, Lic. Deliannys Narváez, Lic. Namir García, Lic. Greannys Rodríguez y Lic. Dibisay Palacios.

Grupo A- Turno 7pm / 7am:

- Enfermeras Asistenciales: Lic. Yaneth Marín, Lic. Lisbeth Suarez, Lic. Patricia Fernández y Lic. Oriannis D`egilio.

Grupo B- Turno 7pm / 7am:

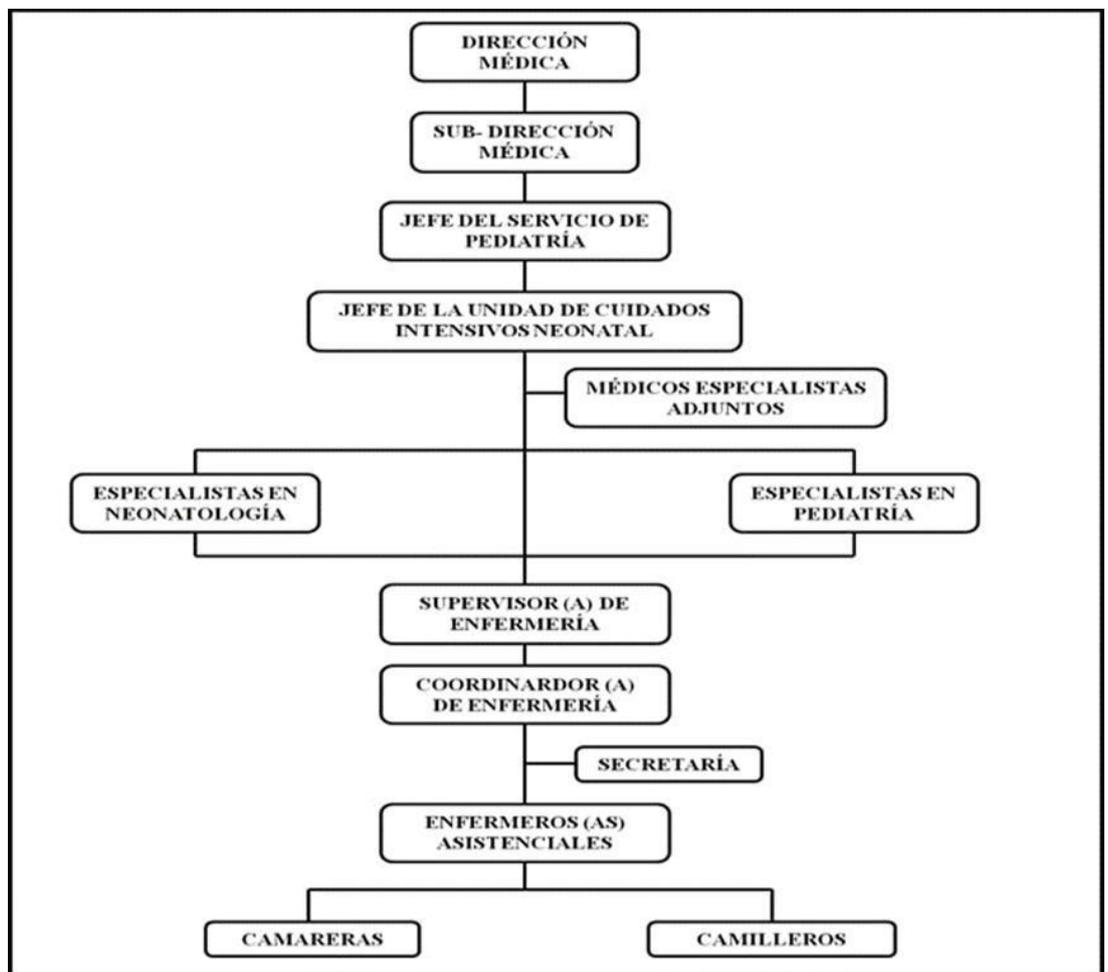
- Enfermeras Asistenciales: Lic. Cenaida González, Lic. Rosa Alcalá, Lic. Lourdes Rosal, Lic. Briannellis Salazar, Lic. Osmarys Silva y Lic. Marcedric Bedialauneta.

Personal Obrero:

- Camilleros y Camareras: este personal varía, ya que no tienen un área asignada como tal, es decir, este servidor no es permanente en el servicio, sino que presta el apoyo en diversas áreas del hospital.

Figura 4

Organigrama estructural de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Luis ortega



Fuente: Recopilación de datos obtenidos en la Jefatura de enfermería del Hospital Dr. Luis Ortega

2.5 Misión

Una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, constituye el centro de atención primordial para gestionar eficientemente los cuidados y atenciones de los RN, gracias al manejo de criterios lógicos, coherentes, utilizando los recursos tecnológicos disponibles. En conformidad a estos argumentos, forma parte de su misión atender sin marginación alguna a quienes requieran de cuidados especializados, el uso de incubadoras, equipos para mantener firmes las esperanzas de vida, no decaer ante las primeras dificultades o situaciones adversas.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega, según Salazar (2022) tiene como misión fundamental impulsar y proporcionar asistencia sanitaria, gestionada con la máxima eficacia, eficiencia, efectividad, flexibilidad, calidad y seguridad a los recién nacidos prematuro o a término, con patologías que requieran un manejo especializado, bajo criterios establecidos que requieran el uso de incubadoras, ventiladores de alta frecuencia, monitores, entre otros equipos que pertenecen al área.

Presta la atención necesaria a los problemas médicos y quirúrgicos más complejos, así como el seguimiento de los recién nacidos que presentan alto riesgo de secuelas relacionadas con la prematuridad o con acontecimientos adversos en la etapa perinatal, Contado con un equipo profesional especializado como Neonatólogos, Pediatras, Terapeutas y Enfermeras especializadas, aportando un servicio oportuno, accesible, confiable y de calidad, brindándole las mejores condiciones al paciente, familia y o a comunidad en general.

2.6. Visión

Las estimaciones formuladas con la intención de ubicarse en un futuro con

mayor proyección en lo asistencial representan la visión de la UTIN, buscando fortalecer el contacto directo con madres y familiares de los neonatos, con quienes se mantienen un trabajo cooperativo informando sobre las condiciones de la salud. Se trata de ir contribuyendo gradualmente con el mantenimiento de la vida humana para recoger los frutos cuando hayan transcurrido diferentes etapas.

Para Salazar (2022) La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega, tiene como visión brindar una asistencia integral centrada en el paciente y su familia, apoyada sobre política de mejora continua de la calidad de la atención y satisfacción del paciente y familia, fomentando la docencia, la investigación y la innovación. En el servicio se presta asistencia a pacientes de alta complejidad, cualquier patología frecuente que se puedan presentar en los primeros veintiocho (28) días de vida.

2.7 Objetivo

Barboza (2016) plantea que el objetivo de una Unidad de Cuidados de Intensivo de Neonatos es “lograr un egreso que le garantice un futuro prometedor, sin secuelas o las menos posibles, además de centrar la atención en la familia, facilitando el vínculo temprano” (p.5). De acuerdo a esta información, se busca alcanzar resultados positivos en la atención de los neonatos, salvarles de esas enfermedades severas causantes de efectos profundos respecto a sus condiciones de salud. Al mismo tiempo, busca como propósito orientar a los familiares acerca del mejor modo posible de llevar la situación, fortaleciendo nexos significativos de comprensión, articulación de esfuerzos e integración sana.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega, Gómez (2020) establece como objetivo desarrollar la cultura hacia la excelencia, valorando la importancia de los pequeños detalles, que muchas veces son los que marcan la diferencia en los resultados. Caber destacar, que es un equipo de salud con sensibilidad humana y que ve al recién nacido que ingresa a la terapia intensiva con el amor y la posibilidad de lograr que salga vivo, con el menor riesgo de morbilidad.

Además, generando valores positivos, respeto a la opinión y actuación del otro, tendencia a aceptar y colaborar en los objetivos. El Servicio de Neonatología considera valores como: el derecho a la vida, calidad, autonomía y compromiso con el paciente y su familia. También confidencialidad e información veraz y rigurosa, Trabajo en equipo bajo liderazgo clínico y compromiso con el Sistema Sanitario Público.

2.8 Funciones, Actividades y Tareas del Equipo de Enfermería

El talento humano de enfermería con responsabilidad en la atención y cuidado del neonato tiene funciones, actividades y tareas bien definidas cuyo desarrollo permitirá cumplir una loable misión, con un trato digno, fundamentando el abordaje de situaciones específicas. De esta forma, asiste a los especialistas mediante un desempeño altamente ético-moral, asumiendo el rol educativo, orientador al afrontar a las madres con mensajes llenos de esperanzas.

Para Bermúdez (2021) las funciones, actividades y tareas del equipo de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, son las siguientes:

Funciones:

1. **Función Asistencial:** Está encaminada a apoyar al neonato en la conservación de su salud mediante la implementación de cuidados, técnicas y tratamiento para restituir las necesidades alteradas y recuperar las funciones deterioradas, ya sea por un proceso patológico, prematuridad o malformaciones congénitas.

2. **Función Docente:** Permite impartir conocimientos para la formación de futuros profesionales de enfermería, conduce procesos de enseñanza, aprendizaje y orientación a los padres del recién nacido, dependiendo de la situación patología que presente el neonato.

3. **Función Administrativa:** Esta se encarga de que las actividades sean desarrolladas por profesionales capacitados en los distintos campos de actuación, que se cumplan de forma sistemática, racional y organizada, asegurando el uso adecuado de los recursos y que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía y dinero, pero, siempre compatible con la calidad.

4. **Función Investigativa:** Es el conjunto de actividades que desarrolla el personal de enfermería, con el objetivo de seguir avanzando en el enriquecimiento de sus conocimientos a través de la investigación de los problemas de salud de la población neonatal, en unión con el equipo multidisciplinario, así como también la actualización de conocimientos en el área de neonatología siguiendo el avance de la ciencia.

Actividades:

Las actividades de enfermería son importantes, porque comprenden un conjunto de tareas que se realizan para el logro de una intervención. De acuerdo con Téllez, S y García, M (2012), las actividades son:

Acciones específicas que realiza la enfermera para llevar a cabo una intervención y que ayuda al paciente/cliente a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta. Para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades.

Estas actividades son encaminadas para el cumplimiento de las funciones y objetivos planteados en el proceso de atención de enfermería para la conservación y el incremento de la salud y restauración de las necesidades alteradas. A continuación, se mencionan las principales actividades de enfermería:

- ✓ Aplicar y asumir disposiciones, normas y procedimientos establecidos en la UTIN.
- ✓ Brindar una adecuada atención de enfermería en base a las necesidades y requerimientos del neonato.
- ✓ Cumplir con el tratamiento médico indicado utilizando los cinco (5) correctos de enfermería.

- ✓ Participar e impartir conocimientos para el proceso de formación de los profesionales de medicina y enfermería como también a los residentes del postgrado de Puericultura y Pediatría.
- ✓ Planificar y supervisar planes de cuidados, actividades asistenciales, docente e investigación a ser llevados a cabo en la unidad.
- ✓ Controlar la distribución de insumos, instrumental y equipos médicos utilizados en la unidad.
- ✓ Supervisar y registrar la correcta esterilización de los equipos utilizados en la UTIN.
- ✓ Coordinar el trabajo junto con el equipo multidisciplinario.

Tareas:

- Realizar la recepción y la entrega de pacientes en el área clínica, garantizando el cuidado humano y personalizado bajo el marco de los valores éticos y humanísticos.
- Establecer relación enfermero-paciente y familia, cumpliendo con normas esenciales de cortesía manteniendo un trato cordial y una atención humanizada.
- Brindar todos los cuidados de higiene y confort requeridos por el neonato.
- Preparación y administración de Hidrataciones Parenterales, Nutrición Parenteral Parcial o Nutrición Parenteral Total.
- Preparar y administrar el medicamento indicado en órdenes médicas.
- Realizar canalización de vías periféricas, toma de muestra sanguínea para exámenes de laboratorio y medición de glicemia capilar.
- Monitorización de signos vitales de forma horaria.
- Orientar y educar a la madre en cuanto a los cuidados del recién nacido y la correcta lactancia materna.
- Realizar al neonato cambio postural, oxigenoterapia y Fototerapia.
- Asistir al médico y preparar los materiales para la colocación de sondas orogástrico o nasogástricas, onfaloclísis, punción lumbar, caracterización de vía central, intubación y extubación de tubos endotraqueales, aspiración.

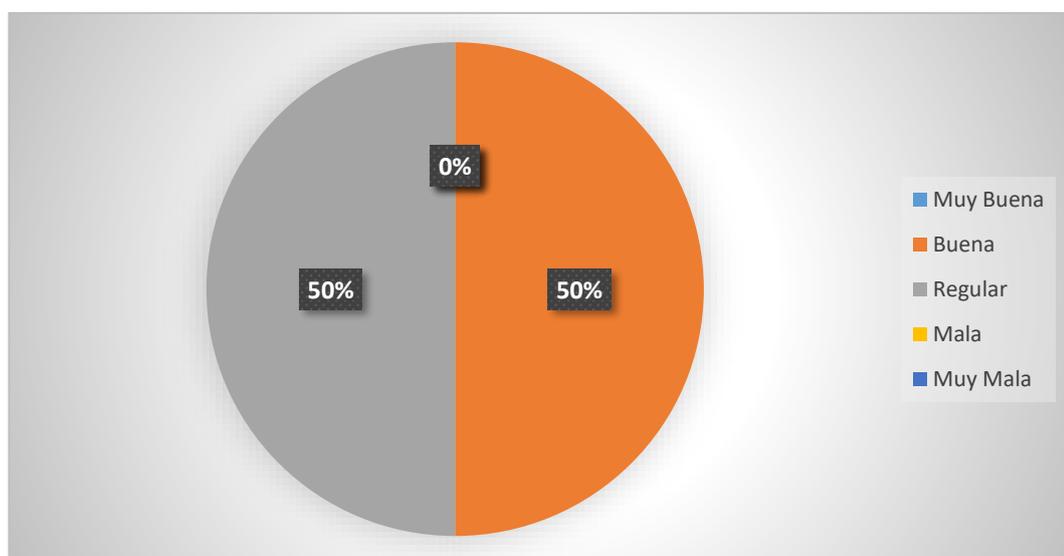
- Alimentar al neonato con leche materna extraída a través de sonda orogástrica o nasogástrica.
- Realizar evolución de enfermería de forma detallada de estado del neonato y los cuidados brindados.

2.9 Aproximación Diagnostica de la Unidad De Cuidados Intensivos Neonatales Del Hospital Luis Ortega De Porlamar

El acercamiento a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Luis Ortega De Porlamar, se realizó aplicando la aproximación diagnostica, focalizando el interés en determinar la situación actual respecto a la ventilación mecánica e incubadoras. En ese sentido, se tomó en consideración la opinión de cuatro (4) enfermeras que laboran en este servicio en el turno de 7:00 am a 1:00 pm, utilizando la técnica de la encuesta con preguntas de selección simple, las cuales no ameritan justificación de las respuestas. Ahora bien, los instrumentos útiles durante esta recolección de información fueron el equipo celular inteligente (grabar), bolígrafo y cuaderno de notas. Seguidamente son presentados los gráficos circulares (tortas) con los datos obtenidos producto de la encuesta realiza.

Figura 5

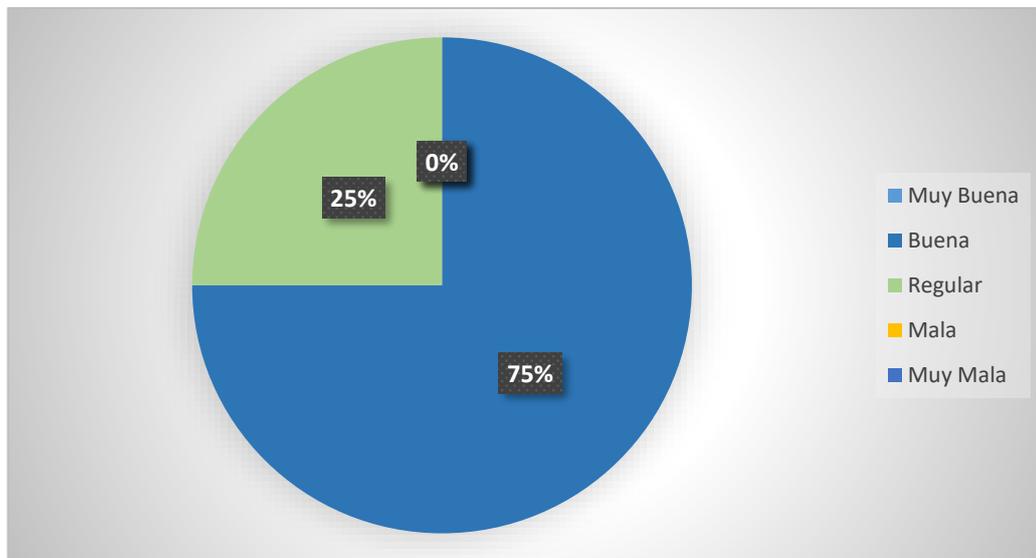
Situación actual de la ventilación mecánica en la UTIN.



Según las opiniones facilitadas por los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, el 50% considera regular la situación de la ventilación mecánica de la UTIN y el restante 50% la califica como buena. En tal sentido, algunos equipos se encuentran inoperativos ante la ausencia de mantenimiento y otros funcionan adecuadamente, para de esta manera atender a los pacientes requeridos de estas alternativas artificiales.

Figura 6

Opinión con respecto a la dotación de incubadoras en la UTIN.

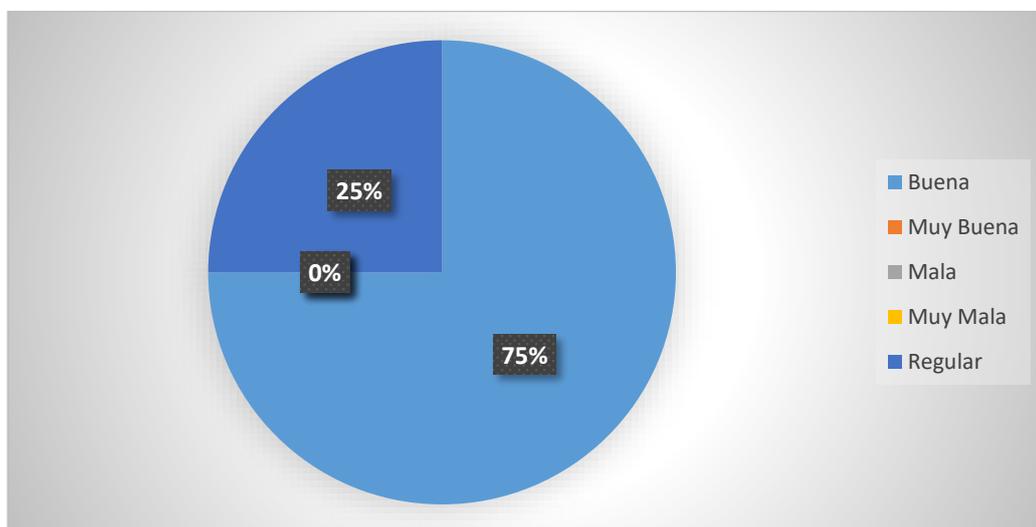


En relación a los resultados obtenidos, mediante la encuesta aplicada a los cuatro (4) profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, se pudo evidenciar que un 75% considera como buena la dotación de incubadoras en la UTIN. El otro 25% asume la situación como regular, admitiendo que no son suficientes las incubadoras disponibles, ante la

presencia de muchas que se encuentran dañadas y exigen sean recuperadas mediante el mantenimiento correctivo

Figura 7

Evaluación de la capacitación de los profesionales de enfermería en cuanto a la utilización de los equipos de la ventilación mecánica en la UTIN.

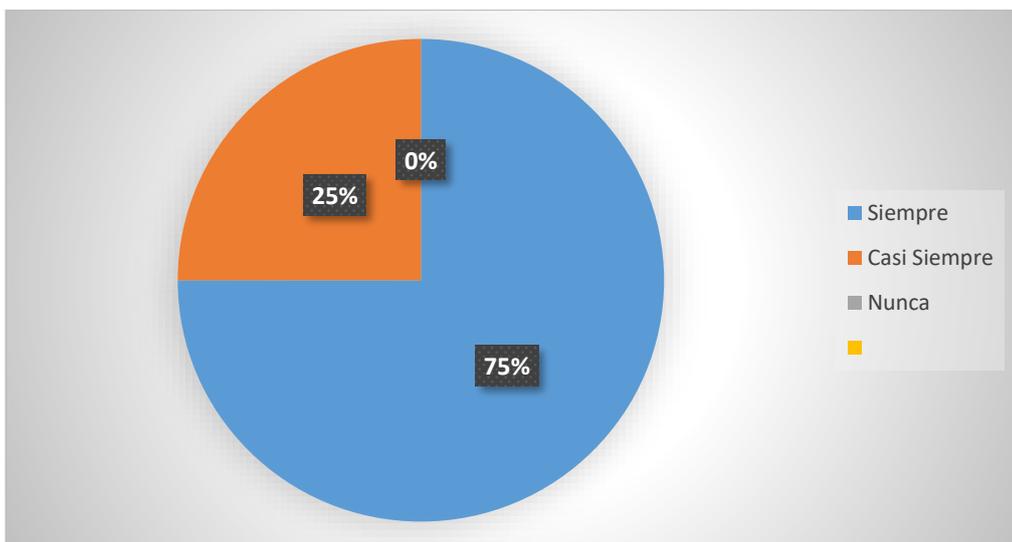


Acorde a las respuestas suministradas por los encuestados el 75% aseguró que la capacitación de los profesionales de enfermería en cuanto a la utilización de los equipos de la ventilación mecánica en la UTIN, es buena y el restante el 25% indicó que es regular. De este modo, se afirma la existencia de algunas

deficiencias por parte de enfermeros, quienes necesitan de sus compañeros a la hora de proceder al manejo de estos equipos.

Figura 8

Evaluación sobre la influencia de la dotación de ventilación mecánica e incubadoras en la profundización del estado de salud del recién nacido en la UTIN.



En consideración a los resultados obtenidos, el 75% de los profesionales de enfermería consultados asume que siempre influye la dotación de ventilación

mecánica e incubadoras en la profundización del estado de salud del recién nacido y el restante 25% opino casi siempre al respecto. Por consiguiente, existen situaciones donde al no contarse con una cantidad suficiente de esos equipos, es complejo atender con la debida inmediatez y eficiencia a los RN, complicando sus condiciones.

En síntesis, la dotación de equipos de ventilación mecánica e incubadoras o es la más adecuada al contarse con insuficiencias respecto a la cantidad de los mismos, afectando la atención, el servicio de calidad requerido por los recién nacidos y eso influye en la profundización de su estado de salud. A ello se suma el hecho de que algunos profesionales de enfermería no tienen una capacitación que les permita manejar con solvencia esos componentes y deben ser asistidos por compañeros para poder efectuar su labor.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DEL CASO

El siguiente espacio está destinado a seleccionar contenidos pertinentes al marco teórico y metodológico que sustenta la actual investigación, abarcando un conjunto de información valiosa vinculada a datos primarios recopilados directamente en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar. Igualmente, se complementa con datos secundarios a un caso clínico, detallando la patología diagnosticada en el neonato masculino de 6 días de vida y se enfatiza en un marco legal, ficha farmacológica y las teorizantes de enfermería que sustentan el abordaje del estudio de caso, a lo cual se añade el glosario de términos.

3.1 Marco Metodológico de la Investigación

El marco metodológico de la presente investigación enmarcada dentro de las prácticas profesionales de enfermería de los Cursos Especiales de Grado ofrecidas por la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta., es de utilidad para el desarrollo de ésta investigación, donde se contó con el apoyo de los

principios propios del enfoque cuali-cuantitativo. El mismo permitió obtener objetivos claros del caso que se ejecutó en este contexto de investigación.

3.1.1 Enfoque: Cuali-cuantitativo.

Según Hernández, Méndez y Mendoza (2014) en los últimos años, numerosos investigadores han apuntado a un método “mixto”, que integra ambos enfoques, argumentando que al probar una teoría a través de dos métodos pueden obtenerse resultados más confiables. Este enfoque aun es polémico, pero su desarrollo ha sido importante en las últimas décadas (p. 15-16).

Dependiendo de las características del estudio, puede ser categorizado como cuantitativo o cualitativo. En los estudios cuantitativos, se analiza un problema y sus posibles soluciones al plantear una hipótesis y examinar datos numéricos. Estos estudios trabajan con variables y datos numéricos. Dado que los estudios cuantitativos tienen un amplio campo de acción, su realización implica un gasto significativo por parte del investigador. (Bamberger, 2012)

En contraposición a los estudios cuantitativos, los estudios cualitativos se enfocan en las características y cualidades de un objeto, persona o situación en lugar de su cantidad o magnitud. En estos estudios, se utilizan preguntas que plantean problemas y no se busca establecer una hipótesis previa. Para llevar a cabo este tipo de investigación, se selecciona intencionalmente a un grupo específico de personas que poseen ciertas cualidades o características, en lugar de seleccionar una muestra aleatoria como se hace en los estudios cuantitativos.

En el campo de la salud, es común emplear un método híbrido en las investigaciones, con el objetivo de combinar las características más adecuadas de cada tipo de investigación para el estudio en cuestión. En este contexto, se puede llevar a cabo una evaluación de un número limitado de individuos seleccionados de manera intencional, donde se registra y analiza la información de manera estadística y se obtienen conclusiones a partir de las características observadas durante el estudio. (Bermudez, 2013)

El presente trabajo será bajo el enfoque cuali-cuantitativo, porque facilita el manejo de datos subjetivos y objetivos en el contexto de esta investigación, ante la importancia de precisar características y necesidades, aplicando la observación para la recolección de datos pertinentes al trabajo desarrollado. Al mismo tiempo, es fundamental incluir información cuantificable sobre la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, el caso clínico e institución de salud pública donde son ejecutadas las acciones de indagación. Asimismo, para certificar el enfoque cuali-cuantitativo de esta investigación, se hace uso de los métodos Investigación Acción-Participante y Estudio de Caso.

3.1.2 Investigación Acción Participante

Para Eizarrigue y Zabala (2016), la investigación acción participante (IAP) combina dos procesos, el de conocer y el de actuar, implicando en ambos a la población cuya realidad se aborda. Al igual que otros enfoques participativos, la IAP proporciona a las comunidades y a las agencias de desarrollo un método para analizar y comprender mejor la realidad de la población (sus problemas, necesidades, capacidades, recursos), y les permite planificar acciones y medidas para transformarla y mejorarla. En relación a lo expuesto, se trata de un estudio donde es indispensable el abordaje directo del caso clínico, datos del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar y la Unidad Clínica bajo principios colaborativos e integrados entre sí con la finalidad de trabajar en equipo y generar transformaciones relevantes dentro del entorno.

Este trabajo de investigación usa este método, porque incluye una evaluación de participación con el neonato a estudiar, en el que es diagnosticado y se brindan las orientaciones necesarias de las cuales se obtiene un conocimiento significativo e implica un proceso, donde se selecciona un estudio de caso para ejecutar acciones como parte de un acto investigativo con el familiar del paciente objeto de estudio. Además, se interacciona con miembros del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar y personal de la Unidad de Terapia Intensiva, conociendo la realidad que lo rodea de un modo participativo.

3.1.3 Estudio de Caso

Hartley (2016,12) postula que el estudio de caso es una “herramienta de investigación fundamental en el área de las ciencias sociales”. De acuerdo con el texto, el estudio de caso analiza temas actuales, fenómenos contemporáneos, que representan algún tipo de problemática de la vida real, el investigador intenta responder el cómo y el por qué, utilizando múltiples fuentes y datos. Es decir, se trata de escoger una situación con el propósito de ejecutar acciones relevantes a mejorar la salud del paciente caso de estudio.

En ésta oportunidad, luego de haber revisado la historia clínica de los pacientes en la Unidad Clínica donde se desarrollan las prácticas profesionales de enfermería, en el marco Cursos Especiales de Grado ofrecidos por la UDONE e interactuar con el talento humano enfermero, fue seleccionado un caso específico. El mismo está relacionado con un neonato ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega y exige aplicar el Proceso Enfermero (PE) como fundamento para atender de forma planificada y organizada las necesidades del recién nacido.

3.1.4 Diseño de Estudio: Documental y de Campo.

Rus (2022) define la investigación documental como “aquella que obtiene la información de la recopilación, organización y análisis de fuentes documentales escritas, audiovisuales”. Con esta estrategia se busca indagar, interpretar, y presentar informes sobre un tema determinado usando un análisis metódico para obtener la base que permita desarrollar una creación científica.

También encontramos como parte de un diseño investigativo, la investigación de campo que según significados.com (2023) la define “el proceso que permite obtener datos de la realidad y estudiarlos tal y como se presentan, sin manipular las variables”. Por esta razón, su característica esencial es que se lleva a cabo fuera del laboratorio, en el lugar de ocurrencia del fenómeno.

En atención a lo expuesto, es significativo el apoyo de este diseño, porque se necesita recolectar, registrar, analizar e interpretar datos primarios en el sitio de los acontecimientos, a fines de tener una información precisa, real y oportuna de la patología diagnosticada. En consecuencia, se entra en contacto directo con la madre del neonato y se interactúa con profesionales de enfermería hasta contar con una base referencial generadora de la visión adecuada de las circunstancias de salud. Al mismo tiempo, son percibidas directamente evidencias asociadas con el funcionamiento del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar y la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

3.1.5 Nivel de la Investigación: Descriptiva

De acuerdo con Bisquerra (2013,133), plantea “los estudios descriptivos como su nombre lo indica, tienen por objeto la descripción de los fenómenos, se basa fundamentalmente en la observación, la cual se realiza en el ambiente natural de aparición de los fenómenos”. En ese sentido, buscan caracterizar aspectos significativos sobre la problemática abordada, especificando elementos constitutivos de la misma.

En esta oportunidad, los principios de la investigación descriptiva permiten detallar aspectos funcionales del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar y de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, así como describir la etiología, fisiopatología, complicaciones y tratamiento recibido por el neonato Masculino de 6 días de vida diagnosticado con Gastrosquisis. De ese modo, se tiene un enfoque actualizado para poder aplicar con certeza el proceso enfermero.

3.1.6 Técnicas e Instrumentos de recolección de Información.

Hay varias técnicas e instrumentos de recolección de información para abordar un trabajo, pero en este caso se utilizaron dos técnicas: la observación participante y la entrevista. Según Ruiz (2019,6) “la observación participante implica recolectar información de forma activa al sumergirse en la realidad del

sujeto de estudio para comprender mejor su situación”. Es un método que permite obtener información detallada y activa a través de la observación directa del paciente objeto de estudio, las instalaciones del hospital, la unidad clínica y los profesionales de enfermería, para luego analizarla e incorporar nuevos elementos al proceso investigativo.

Además, se utilizó la técnica de la entrevista, que según Juárez (2021,5), “permite conocer en profundidad el punto de vista de la persona como un procedimiento de investigación, donde se pretende explorar, describir y explicar una serie de características, debido a que las encuestas tienen una variedad de propósitos”. En este caso, la entrevista fue una herramienta útil para recolectar y analizar datos precisos, directos del fenómeno de estudio, al consultar a la madre del neonato y al equipo intensivo de salud.

3.2 Marco Legal

La investigación se fundamenta en un conjunto de normativas y pautas que se vinculan directamente con el asunto que se está tratando. El propósito es ubicar el estudio en un marco jurídico sólido y fundamentado, respetando la jerarquía establecida. Para esta investigación, se consideraron como instrumentos jurídicos útiles para sustentar legalmente la investigación, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), la Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (2007), la Ley Orgánica de Salud (1998), la Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (2005) y el Código Deontológico de los Profesionales de la Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (2008), cuyos artículos se muestran seguidamente con el fin de lograr dicho objetivo.

3.2.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Publicada en Gaceta oficial N. ° 36.860, de fecha 30 de enero de 1999).

Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 84: Para garantizar el derecho a la salud, el Estado establecerá una entidad encargada de supervisar los sistemas de salud pública a nivel nacional, los cuales estarán sujetos a una serie de regulaciones, procedimientos y directrices para asegurar su correcto funcionamiento. El objetivo principal de este sistema es garantizar la salud, el bienestar y la prevención de enfermedades de los pacientes, y estos organismos son propiedad del Estado y de naturaleza pública, lo que significa que los miembros de la comunidad pueden participar en ellos.

Artículo 85: El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

Artículo 86: Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión

social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección.

Los artículos de la Constitución Nacional establecen el derecho a la salud, la creación de un sistema de salud pública nacional, el aporte monetario para cumplir políticas sanitarias y la seguridad social como un sustento para una mejor calidad de vida. Por lo tanto, ayuda a comprender como es asumida la responsabilidad bajo parámetros colaborativos que intentan proteger el bienestar de la población, sin ningún tipo de actos discriminatorios, atendiendo a todos por igual.

El contenido de la Ley Fundamental de la Republica es útil para la realización de esta investigación porque aclara aspectos vinculados con los derechos de los pacientes a recibir una atención de calidad, porque el Estado financia la dotación del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar y por ende a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. Igualmente, se hace mención a la colaboración con universidades y centros de investigación para promover y desarrollar la formación de profesionales, entre ellos quienes toman la carrera de enfermería como principal apoyo para salir adelante.

3.2.2 Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y adolescente (LOPNA, Publicada en Gaceta oficial 5.859 Extraordinaria, de fecha 10 de diciembre de 2007).

Artículo 41. Derecho a la salud y a servicios de salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud. En el caso de niños, niñas y

adolescentes de comunidades y pueblos indígenas debe considerarse la medicina tradicional que contribuya a preservar su salud física y mental.

Parágrafo Primero. El Estado debe garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes, acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad. **Parágrafo Segundo.** El Estado debe asegurar a los niños, niñas y adolescentes el suministro gratuito y oportuno de medicinas, prótesis y otros recursos necesarios para su trata para su tratamiento médico o rehabilitación.

Artículo 42. Responsabilidad del padre, la madre, representantes o responsables en materia de salud. El padre, la madre, representantes o responsables son los garantes inmediatos de la salud de los niños, niñas y adolescentes que se encuentren bajo su Patria Potestad, representación o responsabilidad. En consecuencia, están obligados a cumplir las instrucciones y controles médicos que se prescriban con el fin de velar por la salud de los niños, niñas y adolescentes.

Artículo 45: Protección del vínculo materno-filial. Todos los centros y servicios de salud deben garantizar la permanencia del recién nacido o la recién nacida junto a su madre a tiempo completo, excepto cuando sea necesario separarlos o separarlas por razones de salud. Es artículo establece que se debe garantizar en todos los centros de salud.

Artículo 46: Lactancia materna. El Estado, las instituciones privadas y los empleadores o las empleadoras proporcionarán condiciones adecuadas que permitan la lactancia materna, incluso para aquellos o aquellas hijos e hijas cuyas madres estén sometidas a medidas privativas de libertad.

Artículo 48: Derecho a atención médica de emergencia. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a recibir atención médica de emergencia. **Parágrafo Primero.** Todos los centros y servicios de salud públicos deben prestar

atención médica inmediata a los niños, niñas y adolescentes en los casos de emergencia.

Parágrafo Segundo: Todos los centros y servicios de salud privados deben prestar atención médica inmediata a los niños, niñas y adolescentes en los casos de emergencia en que peligre su vida, cuando la ausencia de atención médica o la remisión del afectado o afectada a otro centro o servicio de salud, implique un peligro inminente a su vida o daños graves irreversibles y evitables a su salud.

Parágrafo Tercero: En los casos previstos en los párrafos anteriores, no podrá negarse la atención al niño, niña o adolescente alegando razones injustificadas, tales como: la ausencia del padre, la madre, representantes o responsables, la carencia de documentos de identidad o de recursos económicos del niño, niña, adolescente o su familia.

La LOPNA consagra el derecho a la salud y servicios de salud para niños, niñas y adolescentes, estableciendo que ellos han de disfrutar del mejor nivel posible de salud física y mental, así como a servicios gratuitos. Asimismo, las madres deben facilitar la lactancia materna, buscando protegerlos de enfermedades, apoyando los planes desarrollados por el estado, llevando controles médicos desde temprana edad. Dicho de manera diferente, es corresponsabilidad de la familia, el Estado y la comunidad garantizar condiciones propiciadoras de atención, abrigo, comprensión e integración favorable que fomente el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes.

Cabe destacar que los contenidos de la LOPNA constituyen un marco referencial para la presente investigación porque aportan un conjunto de normativas pertinentes a reconocer los derechos, la atención, la protección que amerita el neonato masculino de 6 días de vida diagnosticado con Gastrosquisis en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, por ser un sujeto pleno de derecho. Por lo tanto, se le debe proporcionar los cuidados y atenciones requeridos, contando con el apoyo de sus padres.

3.2.3 Ley Orgánica de la Salud (LOS, Publicada en la Gaceta Oficial N° 36.579, de fecha 11 de noviembre de 1998)

Artículo 2: Se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental.

Artículo 3. Los servicios de salud garantizaran la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionaran de conformidad con los siguientes principios:

- ✓ **Principio de Universalidad:** Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.
- ✓ **Principio de Participación:** Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.
- ✓ **Principio de Complementariedad:** Los organismos públicos territoriales nacionales, estatales y municipales, así como los distintos niveles de atención se complementarán entre sí, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa de los mismos.
- ✓ **Principio de Coordinación:** Las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos.
- ✓ **Principio de Calidad:** En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales.

Artículo 25: La promoción y conservación de la salud tendrá por objeto crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de la salud de las personas, la familia y de la comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo. El Ministerio de la Salud actuará coordinadamente con los organismos que integran el Consejo Nacional de la Salud, a los fines de garantizar la elevación del nivel socioeconómico y el bienestar de la población; el logro de un estilo de vida tendente a la prevención de riesgos contra la salud, la superación de la pobreza y la ignorancia, la creación y conservación de un ambiente y condiciones de vida saludables, la prevención y preservación de la salud física y mental de las personas, familias y comunidades, la formación de patrones culturales que determinen costumbres y actitudes favorables a la salud, la planificación de riesgos laborales y la preservación del medio ambiente de trabajo y la organización de la población a todos sus niveles.

Artículo 34: Son establecimientos de atención médica los hospitales, clínicas y ambulatorios públicos y privados debidamente calificados y dotados de los recursos necesarios para cumplir las funciones previstas en las leyes y los reglamentos correspondientes.

A título explicativo, existen principios que regirán el funcionamiento de los servicios de salud en el país incluyendo la garantía de la protección del bienestar de todos los ciudadanos, contando con un talento humano capacitado e insumos suficientes dentro de cada institución asistencial. Esto se logrará a través de la universalidad, asegurando servicios sin ningún tipo de discriminación, bajo la participación activa de los diferentes corresponsables sociales.

En esta oportunidad, los artículos de la LOS permiten sustentar la presente investigación, porque contribuye con un conjunto de principios que orientan la coordinación de esfuerzos entre la investigadora, el equipo de salud y familiares del neonato diagnosticado con Gastrosquisis en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar. De ese modo, el trabajo cooperativo será desarrollado bajo criterios de calidad, armonía, no discriminación y participación.

3.2.4 Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (publicada en Gaceta Oficial N° 38.263, el 1 de septiembre de 2005).

Artículo 2: A los efectos de esta Ley, se entiende por ejercicio de la enfermería, cualquier actividad que propenda a:

1. El cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, tomando en cuenta la promoción de la salud y calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, debiendo mantener al máximo, el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano.
2. La práctica de sus funciones en el cuidado del individuo, donde ésta se sustenta en una relación de interacción humana y social entre el o la profesional de la enfermería y el o la paciente, la familia y la comunidad. La esencia del cuidado de enfermería está en cuidar, rehabilitar, promover la salud, prevenir y contribuir a una vida digna de la persona.
3. Ejercer sus funciones en los ámbitos de planificación y ejecución de los cuidados directos de enfermería que le ofrece a las familias y a las comunidades.
4. Ejercer las prácticas dentro de la dinámica de la docencia e investigación, basándose en los principios científicos, conocimientos y habilidades adquiridas de su formación profesional, actualizándose mediante la experiencia y educación continua.

Las funciones que determinan las competencias de los o las profesionales de la enfermería serán las establecidas en el manual descriptivo de cargos, aprobado por el Ministerio con competencia en materia de salud, así como en el Reglamento de la presente Ley (p.1).

Artículo 13: Sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones legales vigentes, los o las profesionales de la enfermería están obligados a:

- 1) Respetar en toda circunstancia la vida y a la persona humana, como el deber principal del enfermero o enfermera.
- 2) Asistir a los usuarios y usuarias, atendiendo sólo a las exigencias de su salud, sin discriminación en la raza, el sexo, el credo, la condición social o política.
- 3) Actuar en forma acorde con las circunstancias y los conocimientos científicos que posean los enfermos o las enfermas en estados de inconsciencia y de urgencia de la salud que pueden constituir evidente peligro para la vida de éstos.
- 4) Prestar su colaboración a las autoridades en caso de epidemias desastres y otras emergencias.
- 5) Proteger al o la paciente, mientras esté a su cuidado, de tratos humillantes o cualquier otro tipo de ofensas a su dignidad como ser humano.
- 6) Ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia cualquiera que sea su ámbito de acción.
- 7) Mantenerse actualizado con relación a los avances científicos, vinculados con el ejercicio profesional de la enfermería.

Artículo 14: Son derechos de los o las profesionales de la enfermería:

1. Emitir opinión, elegir y ser elegidos en la dirección y funcionamiento de la Federación de Colegios de Profesionales de la Enfermería de Venezuela, Colegios de Profesionales de la Enfermería Seccionales, según se determine reglamentariamente.
2. Realizar todos los cursos que consideren necesarios para mayor capacitación y actualización profesionales. Los organismos empleadores darán las facilidades para hacerlo, siempre y cuando no se ponga en peligro la atención del usuario y usuarias.

3. Concurrir para optar a cargos y ascensos según las normas establecidas por los organismos competentes.
4. Asistir a eventos científicos, tales como, convenciones, congresos y otros, siempre y cuando, su ausencia al centro de trabajo no ponga en peligro la atención a los usuarios y usuarias.
5. Organizarse en redes intersectoriales para ejercer el derecho a la participación y control social, sin ninguna restricción ni discriminación, a nivel nacional, estatal, municipal y local, en la formulación de la gestión, políticas, planes y programas, así como, en el seguimiento, evaluación y control de sus beneficios (p.4).

Artículo 16: Los o las profesionales de la enfermería deberán ser notificados por el organismo empleador de todas aquellas circunstancias que puedan ser peligrosas para su salud e incluso su vida, cuando estén expuestas a riesgos mediante el contacto directo con enfermos o enfermas que padezcan enfermedades contagiosas, mortales o incurables o estén expuestos directa o indirectamente a sustancias nocivas, riesgos físicos, químicos, radioactivos, biológicos o ergonómicos que puedan afectar su salud. En ningún caso, estas condiciones deberán significar la negativa del personal a atenderlo, sino por el contrario debe utilizarse la información para adecuar las condiciones de protección y por sobre todo en beneficio del paciente o la paciente y su familia.

Artículo 17: Todo aquello que llegare a conocimiento del profesional de la enfermería con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer y constituye el secreto profesional. El secreto profesional es inherente al ejercicio de la enfermería y se impone para la protección del enfermo o enferma y la familia, el amparo y salvaguarda del honor de la profesión de la enfermería y de la dignidad humana.

De acuerdo con los contenidos anteriores, el campo enfermero implica cuidar de la salud de pacientes internado en instituciones hospitalarias mediante

un servicio profesional de elevada calidad, con la aplicación de conocimientos científicos, técnicas y valores que facilitan la intervención oportuna. Igualmente, el talento humano destacado en este campo interacciona con el personal médico, familiares a fines de asegurar atención, promover medidas preventivas y orientar sobre los hábitos a seguir, cumpliendo deberes u obligaciones al acatar sus derechos.

En resumen, las responsabilidades mencionadas previamente son asumidas adecuadamente por el personal de enfermería pertenecientes a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega, con el propósito de beneficiar a los neonatos. Ante esta realidad, ya que constituye un sustento referencial para la presente investigación.

3.2.5 Código Deontológico de los Profesionales de la Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (2008)

Artículo 2. Establece que el profesional de enfermería debe seguir principios éticos genéricos en su trabajo, brindando cuidados humanos basados en la ética profesional, la competencia, la responsabilidad y la lealtad hacia su equipo de salud, los pacientes, la familia y la comunidad.

Artículo 3. Señala los principios que deben guiar las acciones de los profesionales de enfermería, como el valor de la vida humana, la beneficencia, la no maleficencia, la terapia total, la justicia, la autonomía, la confiabilidad, la solidaridad, la tolerancia, la privacidad, la veracidad y la fidelidad.

Artículo 5. El objetivo principal de los profesionales de enfermería es promover y preservar la salud, el respeto por la vida y la integridad física, social y mental de las personas, con el fin de contribuir al bienestar social.

Artículo 7. Los servicios de enfermería son accesibles a todos, y los profesionales de enfermería no pueden hacer distinción o discriminación alguna basada en la edad, raza, género, nacionalidad, religión, opinión política o posición socioeconómica al realizar su trabajo.

Artículo 12. Los profesionales de enfermería tienen la libertad de aplicar normas y criterios científicos para brindar atención y cuidado de enfermería adecuados a cada paciente, de acuerdo con su propia competencia.

Artículo 13. Establece las obligaciones de los profesionales de enfermería, que incluyen el respeto a la vida y la dignidad humana, la asistencia a los pacientes sin discriminación, la actuación según las circunstancias y los conocimientos científicos, la colaboración en situaciones de emergencia, la protección del paciente de tratos inapropiados, el ejercicio responsable y eficaz de su profesión, y el mantenimiento de la actualización en los avances científicos relacionados con su trabajo.

Artículo 31. Los profesionales de enfermería reconocen que sus deberes se extienden a la familia del paciente, cuyos derechos siempre deben ser respetados y protegidos, aunque siempre subordinados a los del enfermo.

Artículo 32. Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta que el paciente forma parte de una familia y comunidad, y por lo tanto, procurarán involucrar a los miembros más cercanos del enfermo en el plan de cuidados con su consentimiento previo.

Artículo 33. Los profesionales de enfermería tienen la obligación de informar adecuadamente a los familiares durante todo el proceso de la enfermedad dentro de los límites de sus competencias y los deberes del paciente.

Los profesionales de enfermería reconocen que es importante considerar a la familia del paciente y proteger sus derechos, informando con claridad e incentivando la participación de todos como un solo equipo. Al proporcionar cuidados humanos, ese talento enfermero debe tener en cuenta el sentido de pertenencia e involucrar a los miembros más cercanos del usuario en el plan elaborado, asumiendo límites de sus competencias. Ha de mantener un desempeño ético autónomo asistiendo mediante tratos apropiados.

Los contenidos del texto legal mencionado representan un marco de sustento referencial para esta investigación, al proporcionar la visión adecuada del

profesional de enfermería, direccionando, cuáles deben ser los derechos que se deben respetar y proteger mientras se atienden las necesidades de salud del neonato diagnosticado con Gastrosquisis del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar. En ese sentido, bajo esa concepción legal será más fácil abordar el presente estudio de caso, de un modo responsable, respetuoso y participativo.

3.3 Marco Referencial de la investigación y Estudio de Caso.

Bracho (2014), afirma que los antecedentes “son situaciones que se han producido con anterioridad y anticipación a otras y que normalmente pueden servir para juzgar situaciones o bien para comparar hechos pasados con hechos presentes y futuros” (p.3). Desde este punto de vista, los antecedentes de una investigación constituyen un conjunto de trabajos, desarrollados, en otros tiempos y que permiten ser viables y útiles para obtener aportes que se puedan desarrollar en una investigación. En esta oportunidad se mencionan antecedentes internacionales, nacionales y regionales asociados con la Gastrosquisis, los conceptos de Ramona Mercer, Ida Orlando, Kristes Swanson, entre otros aspectos, con el fin de tomar aportes positivos con respecto a la atención que se brindara al paciente objeto de esta investigación ubicado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar.

3.3.1 Antecedentes Internacionales

En el año 2013 Peiro, desarrolla un trabajo en San Salvador, titulado “*Fortalecimiento de la seguridad del paciente en la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria en el departamento de Neonatología, abril 2013*”. Su objetivo, fue fortalecer la seguridad del paciente en el Departamento de Neonatología, a través de prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria. La investigación tuvo como resultado, implementar estrategias de cuidados orientada al personal de Enfermería del servicio de neonatología que ayuden a mejorar su condición de salud. Se utilizó como metodología con un Enfoque Cualitativo-Cuantitativo, documental y de campo. El estudio concluye que la elaboración de un sistema de información permitió registrar a los recién

nacidos que ingresan a los servicios del Departamento de Neonatología, constituyendo una herramienta para la gestión de los mismos y la disminución del hacinamiento existente, a través de la toma de decisiones oportuna en cada caso.

En el año 2019 Roldan, desarrolla un trabajo de grado, titulado “*Proyecto Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Universitario San Ignacio Proyecto NIDÚ*”. Su objetivo general fue favorecer las necesidades físicas (respirar, moverse, descansar y mantener una temperatura corporal constante) del neonato, mediante un sistema de contención y estímulos sensoriales basado en recrear la postura, temperatura y textura intrauterinas, con el fin de hacer sentir al neonato límites para desplazarse y tranquilidad durante la hospitalización en la UTIN. Su metodología se basó en una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas, páginas web, protocolos de hospitales y libros, obteniendo los principales artículos de carácter clínico para el desarrollo del plan de cuidados de enfermería. Concluye una estructura formal basada en la textura y temperatura intrauterinas que, junto con un sistema de soporte y contención con una adaptabilidad al cuerpo y emociones del neonato, promueve el confort y tranquilidad, generando un desarrollo neuromuscular seguro bajo el uso de tecnologías apropiadas.

En el año 2022 Jara desarrolló un estudio de caso en Los Ríos-Ecuador titulado “*Proceso de Atención de Enfermería en Neonato de 35 semanas de Gestación con Gastrosquisis*”. Su objetivo general fue aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente con diagnóstico médico de Gastrosquisis en el Hospital FF.AA. Presentó un enfoque cuali-cuantitativo siguiendo las diferentes directrices de la taxonomía NANDA, NIC y NOC, que fueron de mucha utilidad al momento de atender la enfermedad y poder realizar un plan de cuidados de calidad. Concluye que la Gastrosquisis es una de las malformaciones congénitas más comunes de la pared abdominal, que se debe brindar tratamiento adecuado a tiempo para prevenir la muerte del neonato.

Cabe destacar que los antecedentes internacionales aportan a la presente investigación información sobre la Gastrosquisis, ayudando a manejar el

diagnóstico del actual caso clínico, donde la madre tuvo un embarazo no controlado, conllevando al desconocimiento de que el neonato nacería con esa anomalía de la pared abdominal. Igualmente, brinda orientación científica acerca de los protocolos de actuación para ejecutar el proceso enfermero con mayor solvencia utilizando conocimientos prácticos a través de un plan de enfermería.

3.3.2 Antecedentes Nacionales.

En el año 2019 Horna, realizó un trabajo de fin de grado en la Universidad de los Andes (ULA), titulado “*Plan de cuidados a paciente neonato ostomizado*”. Su objetivo se basó en identificar las necesidades alteradas del neonato ostomizado, describir las actuaciones de enfermería encaminadas a su atención y desarrollar un plan de cuidados integral, adaptado y de calidad para cubrir dichas necesidades. Para ello se desarrolló una metodología en una búsqueda bibliográfica y posteriormente se ha elaborado un plan de cuidados estandarizados empleados a la nomenclatura NANDA, NIC y NOC. Concluye que enfermería juega un papel fundamental tanto en los cuidados del paciente como en la educación y el apoyo emocional de la familia.

En el año 2022, Infantes y Rivero, desarrollaron un trabajo de estudio en UDONE /Anzoategui, titulado “*Proceso enfermero a neonato prematuro con sepsis neonatal post operado de cierre de Gastrosquisis en el servicio de Cuidados Intermedios Neonatales del Hospital Luis Razzetti, 2022*”. Su objetivo general fue gestionar los cuidados de acuerdo al método del proceso de atención de enfermería (PAE), aplicado a un neonato con sepsis neonatal post operado de cierre de Gastrosquisis. Su metodología se basó en la recolección de la información bajo el enfoque del marco de la valoración de 11 patrones funcionales por Marjory Gordon. El estudio fue de enfoque cualitativo, tipo caso clínico único, prospectivo y transversal que incluyó a un neonato de 18 días de vida. Las etapas del estudio estuvieron comprendidas en sus 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación según la taxonomía NANDA, NIC para las intervenciones y NOC para los resultados. Concluye que de acuerdo

con los problemas identificados en el neonato prematuro, se gestionó el PAE en sus 5 etapas, mejorando el estado de salud porque permitió brindar un cuidado de calidad al neonato.

Rivera, 2016, realizó un trabajo de investigación titulado “*Conocimiento y Práctica de los profesionales de enfermería sobre las técnicas para el cuidado de neonatos con Gastrosquiasis en la UCI neonatal hospital del Edo – Carabobo, Venezuela*”. Su objetivo general fue identificar la relación que existe entre el conocimiento y las técnicas para las prácticas de los profesionales de enfermería sobre el cuidado de neonatos con Gastrosquiasis. La metodología se basó en un estudio de tipo descriptivo y un diseño de campo. El instrumento que utilizo para la recolección de datos fue la encuesta y la entrevista. Se Concluye que el personal de enfermería logró obtener un conocimiento representado por un cincuenta por ciento (50%) y en las técnicas para las prácticas se obtuvo los otros cincuenta por ciento (50%), lo que evidenció que no existe relación entre el conocimiento y las técnicas para la práctica en el cuidado y confort al neonato con Gastrosquiasis

En consideración a los antecedentes nacionales, se relacionan directamente, con la actual investigación debido a que ofrecen datos referenciales acerca de cómo atender la Gastrosquiasis, facilitando una noción alusiva a la necesidad de contar con recursos institucionales y de infraestructura a fines de proceder con celeridad a la intervención oportuna del paciente. De esa manera, resulta viable comprender la realidad vivida por los familiares del neonato masculino de seis (6) días de vida con Dx. de Gastrosquiasis ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar.

3.3.3 Antecedentes Regionales

En el año 2022 Salazar realizó su Trabajo Especial de Grado titulado “*Proceso Enfermero a Neonato de Sexo Masculino con Diagnóstico Enfermedad Hemorrágica del recién nacido, ubicado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega*”. Su objetivo consistió en aplicar el

Proceso Enfermero a neonato de sexo masculino de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega con diagnóstico médico Enfermedad Hemorrágica del Recién Nacido, enfocado en la teoría de Ramona Mercer. Este trabajo de investigación tuvo un enfoque cuali – cuantitativo, puesto que se busca una comprensión del problema de investigación tratado, utilizando las técnicas para la recolección de datos para su posterior análisis y así conocer de manera clara los resultados que se obtendrán de dicha investigación. Se aplicaron técnicas como la observación acción participante y las entrevistas; además, se utilizaron como instrumentos de recolección de información la historia clínica del paciente, cámara fotográfica y grabadora. Concluye que todos los recién nacidos con una hemorragia clínicamente significativa deben ser evaluados, en busca de una alteración hemostática; los trastornos implicados pueden ser congénitos o más frecuentemente adquiridos, afectando a la función plaquetaria, a los sistemas fibrinolíticos o a los inhibidores de la coagulación.

Bermúdez en el año 2020 realizó un estudio de caso titulado “*Proceso Enfermero a Neonato Masculino de 6 días de vida, con Diagnostico de Encefalopatía Hipóxico Isquémica, ubicado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega*”. Su objetivo general fue aplicar proceso enfermero a neonato de sexo masculino de 6 días de vida ubicado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega, con diagnóstico médico de Encefalopatía Hipóxico-Isquémica, comprendido como una lesión que afecta al encéfalo por uno o varios eventos de asfixia e isquemia. Su enfoque teórico y metodológico de las intervenciones de enfermería se fundamenta en el modelo de Ramona Mercer, con el fin de fortalecer el vínculo afectivo entre madre e hijo, por medio de la integración en los cuidados básicos del bebe. Se realizó la búsqueda de datos subjetivos obtenidos por entrevista dirigida a la madre, y datos objetivos obtenidos por observación directa, examen físico, auscultación, palpación y perfusión para lograr una exhaustiva valoración.

En el año 2021 Salazar, realizó un trabajo de investigación titulado “*Proceso enfermero a neonato de sexo masculino recién nacido, con diagnóstico*

de malformación ano rectal: ano imperforado, ubicado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis ortega". Su objetivo general fue aplicar proceso enfermero a neonato de sexo masculino ubicado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) del Hospital Dr. Luis Ortega, con diagnóstico médico malformación ano rectal: ano imperforado. La investigación tuvo un enfoque metodológico cualitativo bajo la modalidad de estudio de caso, en donde se utilizaron los modelos teóricos: Adopción del Rol Maternal de Ramona Mercer y Teoría de la Incertidumbre de Merle Mishel, para la aplicación del proceso enfermero en el cuidado del binomio madre-hijo e incertidumbre generada en los padres. En la valoración se obtuvieron datos subjetivos mediante entrevista realizada a la madre y datos objetivos a través del examen físico del paciente que permitieron identificar los enunciados teóricos alterados con los que se realizaron diagnósticos de enfermería y planes de cuidado.

En correspondencia con los antecedentes regionales, facilitan lineamientos del enfoque cuali-cuantitativo o mixto, despejando dudas acerca del recorrido metodológico a desarrollar durante la presente investigación donde se trabaja con información descriptiva y datos cuantificables para poder abarcar los diferentes aspectos involucrados. Igualmente, proporcionan postulados de la teorizante de Ramona Mercer para tener una idea oportuna correspondiente a la valoración de conceptos alterados en la adopción del rol materno del neonato, siendo el caso en estudio una situación donde hace falta la atención del binomio madre e hijo.

3.4 Marco Teórico de la Patología: Gastrosquisis.

Los defectos de pared abdominal son un grupo de malformaciones congénitas que representan defectos heterogéneos y comparten una característica en común, que es la herniación o evisceración de uno o más órganos de la cavidad abdominal, debido a un defecto en la formación de la pared abdominal. Las patologías más frecuentes de este de la pared abdominal es la Gastrosquisis y el Onfalocele, sin embargo, existen más patologías que se incluyen en este grupo

como la Pentalogía de Cantrell, complejo miembro pared, extrofia vesical y cloacal. (Feldkamp, 2019).

No existe una clasificación completa o suficiente que cubra todo el espectro de defectos de la pared abdominal anterior. En forma sencilla y práctica, estos defectos pueden ser clasificados como periumbilicales (Onfalocele y Gastrosquisis), de la línea media inferior (extrofia de vejiga y extrofia de cloaca), y de la línea media superior (pentalogía de Cantrel). Otras malformaciones menos frecuentes de la pared abdominal anterior son la hernia epigástrica congénita, la displasia de la pared corporal, el síndrome de Prune-belly (o síndrome de vientre en ciruela pasa), la hendidura epigástrica, los defectos de pared asociados al síndrome de bridas amnióticas, la aplasia cutis congénita, la herniación del epiplón mayor en neonatos que han sido sometidos a transfusión de sangre durante el tercer trimestre, antes del advenimiento de la ultrasonografía en tiempo real, etc. (Feldkamp, 2019).

Ambos representan defectos en el desarrollo de la pared abdominal anterior, pero su distinta anatomía y la diferente coexistencia de otras anomalías asociadas, condicionan que ambas patologías presenten un manejo pre y postnatal y un pronóstico distinto, que justifica una descripción individual. Todas estas patologías (excepto el onfalocele) guardan un origen embriológico en común que es la falla en el cierre de los pliegues laterales de la pared abdominal durante la cuarta semana del desarrollo embriológico. (Feldkamp, 2019).

- Examen normal. En el primer trimestre, antes de las 12 semanas, es posible observar, en planos axiales y coronales el Onfalocele fisiológico, donde identificamos asas intestinales que protruyen en la inserción abdominal del cordón umbilical. Estas asas son generalmente mínimas y deben regresar a la cavidad abdominal después de la semana 12.

En el examen de las 20 a 24 semanas y en segundo trimestre, el examen del abdomen y su pared se realiza recorriendo desde cefálico a caudal el abdomen y ponemos atención tanto en su contenido como en la integridad de su pared

para descartar defectos de ésta. Observamos la presencia de la sombra gástrica a izquierda y hacia derecha el hígado ecorrefringente con la vena umbilical, econegativa y con flujo al Doppler color, en dirección oblicua de izquierda a derecha y desde podálico a caudal

También hacia el tercer trimestre es posible observar la vesícula biliar. Más hacia podálico, observándose las glándulas suprarrenales y los riñones a ambos lados de la columna. Hacia delante, se percibe la emergencia del cordón umbilical, sitio de asiento para defecto de la pared. Al dirigirse más hacia caudal, es observable como una sombra econegativa, a la vejiga urinaria, circundada por dos estructuras vasculares, las arterias umbilicales. Las asas de intestino delgado generalmente no son identificables en el examen normal del segundo trimestre ya que su lumen es virtual. Hacia el tercer trimestre el contenido incrementa y es posible identificarlas.

A continuación, se presentan los defectos más comunes a nivel abdominal:

Onfalocele

Embriológicamente existe un onfalocele fisiológico hasta las 11 semanas de gestación, luego de lo cual su persistencia es patológica. Se asocia a cromosopatías (Trisomía 18 y 13), siendo este riesgo mayor a menor edad gestacional (50% a las 12 semanas y 15% a término) debido a la letalidad de las patologías anteriormente señaladas. La asociación con otras malformaciones alcanza el 65% de los casos. (Feldkamp, 2019).

La etiología del onfalocele no es del todo conocida, aunque existen diversas teorías que se han propuesto, incluyendo la falla en el retorno del intestino medio a la cavidad abdominal después de las 10-12 semanas, el fracaso en el cierre de la región mesodérmica lateral que impide un plegamiento central y la persistencia del cuerpo tallo más allá de 12 semanas.

Extrofia vesical y cloacal.

La extrofia vesical es un defecto en el plegamiento caudal de la pared abdominal que tiene un rango de alteraciones desde la epispadia hasta la exposición de la pared posterior de la vejiga a la cavidad amniótica¹⁶. Su diagnóstico ecográfico es en base a visualizar una inserción del cordón umbilical más baja de lo habitual, la ausencia persistente de la vejiga en la región pélvica, pero con un volumen normal de líquido amniótico y asociado a una masa hipogástrica con protrusión de asas.

Por otro lado, encontramos la extrofia cloacal (también conocida como complejo OEIS) es la asociación de un defecto urinario y gastrointestinal caracterizado por la presencia de onfalocele, extrofia vesical, ano imperforado, espina bífida. El diagnóstico de extrofia cloacal es a menudo difícil, pero puede hacerse principalmente cuando es una anomalía compleja que afecta al tracto gastrointestinal y la columna vertebral.

Pentalogía de Cantrell

También conocida como ectopia cordis toracoabdominal, síndrome de Cantrell-Heller-Ravitch, síndrome de pentalogía y hernia diafragmática peritoneo-pericárdica. Incluye la variedad toracoabdominal de la ectopia cordis y en la que se asocian cinco anomalías: defecto epigástrico de la línea media abdominal supraumbilical, defecto del tercio inferior del esternón, deficiencia del segmento anterior del diafragma, defectos pericárdicos y malformaciones cardíacas congénitas. Sin embargo, no todos los casos expresan las cinco características por lo que, en 1972, Toyama sugirió la siguiente clasificación, que depende de los hallazgos clínicos de la pentalogía y que tiene que ver con el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad.

Limb body wall complex (complejo miembro-pared)

Es una enfermedad rara, se caracteriza por un defecto muy severo de la pared abdominal originada por la falta de formación de aéreas del tronco y de miembros inferiores, asociado a trastornos disruptivos. No se conoce por qué se origina este defecto, ni se han identificado agentes etiológicos o asociación con defectos genéticos o cromosómicos.

De las malformaciones de la pared abdominal se encuentra la Gastrosquisis, un defecto, el cual es de nacimiento en la pared abdominal (área del estómago), en el que los intestinos del bebé salen del cuerpo a través de un orificio al lado del ombligo. La misma es parte de las múltiples patologías que repercuten notablemente en la calidad de vida y salud de los ciudadanos, afectando considerablemente sus capacidades e integridad física, sumado a las patologías antes mencionadas. En tal sentido, sobre esta situación comprometedora de la funcionalidad plena del organismo, se presenta el siguiente marco conceptual, por ser parte del diagnóstico que llevó al neonato objeto de estudio de esta investigación a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega en el marco de los Cursos Especiales de área de Grado.

3.4.1 Gastrosquisis.

La Gastrosquisis se caracteriza por la presencia de un pequeño defecto de la pared abdominal, para-umbilical, habitualmente derecho y generalmente pequeño, menos de 4cm. La característica de este defecto es la herniación de asas intestinales directamente en la cavidad amniótica a través de la pared abdominal, sin la participación del cordón umbilical. La palabra Gastrosquisis proviene del griego que significa “hendidura de estómago”. (Salemi, 2019).

Las Gastrosquisis se considera un evento disruptivo y existen varias teorías que explican su origen, entre ellas que es producida por alteraciones vasculares como la involución anormal de la vena umbilical derecha o isquemia de la arteria onfalomesentérica con ello necrosis de la pared. Otra es que podría ser el resultado de daño amniótico, posiblemente secundario a alguna toxina aún no identificada. Hasta hoy ninguna de estas teorías ha sido aceptada. Aunque la

patogénesis es aún desconocida, existen factores de riesgo claramente asociados, como el tabaco, la cocaína, fármacos vaso activo, analgésicos, alcohol y radiación; sin embargo, la asociación más fuerte se relaciona con la edad materna joven (menor de 20 años), así como un índice de masa corporal bajo, dieta materna insuficiente y estrato socioeconómico bajo. (Salemi, 2019).

3.4.1.1 Definición.

La gastrosquisis consiste en un defecto congénito de las capas de la pared abdominal, caracterizado por un cierre incompleto de la misma. En esta patología los órganos abdominales salen de la cavidad, por un orificio generalmente ubicado a la derecha de la base del cordón umbilical. Si no se interviene inmediatamente después del nacimiento, esta afección es incompatible con la vida. El tamaño del orificio en la Gastrosquisis puede variar y en ocasiones puede haber una protrusión de otros órganos, como el hígado o el estómago. (Martinez & Garriga, 2021).

En relación a la definición anterior, se trata de una malformación de la pared abdominal con consecuencias considerables que pueden producir una sepsis e incluso hacer protrusión de otros órganos, pudiendo conllevar a la muerte cuando surgen complicaciones debido de la gravedad de la misma. En el caso concreto de esta investigación, se trabajó con esta patología al atender las necesidades de un neonato masculino de seis (6) días de vida con diagnóstico médico de Gastrosquisis ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega, consecuencia de un post parto de 38 semanas de un embarazo no controlado.

3.4.1.2 Etiología.

Para Carrera (2020) la Etiología “es el campo de la medicina que se refiere principalmente al estudio de las causas de las enfermedades, abarcando lo alusivo a la agente y huésped.”. Según lo expuesto se trata aquellos factores incidentes en la aparición de las enfermedades, en el siguiente párrafo se muestra la etiología de la patología en curso.

Se desconocen las razones detrás de la aparición de la Gastrosquisis en la mayoría de los neonatos. Algunos pueden desarrollar esta condición debido a cambios en sus genes o cromosomas, y en otros casos, puede ser causada por una combinación de factores como la exposición de la madre a ciertos elementos del ambiente, la dieta y el consumo de ciertos medicamentos durante el embarazo. (Delgado, 2021)

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) están interesados en identificar las causas de los defectos de nacimiento, incluyendo la Gastrosquisis. Investigaciones realizadas por los CDC han encontrado ciertos factores que aumentan el riesgo de tener un bebé con Gastrosquisis. Como por ejemplo, las madres adolescentes, especialmente las de raza blanca, tienen una mayor probabilidad de tener un bebé con Gastrosquisis que las de mayor edad o de otras razas. El consumo de alcohol o tabaco durante el embarazo también aumenta las probabilidades de que un bebé desarrolle Gastrosquisis.

Además de las alteraciones genéticas, cromosómicas y los agentes infecciosos, otros factores han sido implicados en la patogénesis de la malformación. La exposición a herbicidas, pesticidas, radiación, ciertos medicamentos, factores nutricionales y condiciones psicosociales maternas adversas se han relacionado con el riesgo de Gastrosquisis. Se cree que estos diversos factores de riesgo pueden activar una vía patogénica común que induce daño oxidativo en respuesta al estrés. Este desequilibrio oxidativo puede afectar negativamente el desarrollo temprano del embrión y causar anomalías congénitas, aborto temprano, preeclampsia y restricción del crecimiento intrauterino. (Barbosa, 2019).

En el caso del paciente objeto de estudio de ésta investigación, se desconoce la etiología de la Gastrosquisis ya que fue un embarazo no controlado y la mamá del neonato no sabía que su bebe venía en estas condiciones hasta el momento de su nacimiento, sin embargo, se considera que puede ser a causa de un descontrol metabólico o algún desarreglo o factor genético que provoca la malformación de la pared abdominal del neonato. Actualmente, fue realizada una entrevista a la

madre del paciente objeto de estudio, consultando sobre los factores de riesgo de la Gastrosquisis diagnosticado al neonato, señalando que su embarazo no fue controlado y eso tuvo como consecuencia el desconocimiento de la patología en el neonato.

3.4.1.3 Fisiopatología.

La Fisiopatología es una rama de la medicina que se dedica al estudio de los mecanismos por los cuales se originan las distintas enfermedades, lo que permite explicar porque ocurren los síntomas y las diversas manifestaciones que la acompañan. (Diccionario.abc 2018). Es decir, refleja el comportamiento o avance evolutivo de la patología, incluyendo la forma en que va deteriorando o lesionando la funcionalidad del organismo.

En la Gastrosquisis el intestino carece de una membrana protectora y muestra una inflamación crónica evidente, junto con edema y enrojecimiento. En muchos casos, está rodeado de una capa de fibrina, lo que sugiere la presencia de peritonitis química como resultado de la exposición directa del intestino al líquido amniótico. Aproximadamente el 10% de los lactantes con Gastrosquisis presentan anomalías congénitas asociadas, lo que indica una incidencia relativamente baja. (Delgado, 2021).

Durante la tercera semana de desarrollo, se forman unos pliegues en los lados del cuerpo que dan lugar a la pared del cuerpo cerca de la barriga. Estos pliegues están cubiertos por piel por fuera y por una capa muy fina por dentro. Luego, durante la cuarta semana, estos pliegues se juntan en el medio del cuerpo gracias al crecimiento de algunas células del cuerpo. Esto forma la pared del cuerpo cerca de la barriga y también los huesos y músculos de las extremidades. Al mismo tiempo, se forma otro tejido que cubre al saco vitelino y que después se convierte en la pared del intestino. (Rodríguez, 2019).

A medida que el embrión se desarrolla, el intestino crece hacia abajo y se fusionan las paredes laterales del cuerpo para cerrar el tórax y el abdomen,

dejando afuera el conducto que conecta al saco vitelino. Este conducto se une al cordón umbilical que se forma con los vasos sanguíneos del embrión. Durante la sexta semana, el intestino primitivo sobresale a través del compartimento del conducto del cordón umbilical y se desarrolla allí para formar una parte importante del sistema digestivo. A medida que el intestino crece y se desarrolla, también debe girar en una dirección específica para colocarse correctamente en la cavidad abdominal. (Barbosa, 2019).

Durante las primeras semanas de desarrollo del cuerpo humano, la pared frontal del cuerpo puede no cerrarse correctamente debido a que los pliegues laterales no se unen adecuadamente en el centro. Este problema se presenta normalmente entre la tercera y la cuarta semana. Sin embargo, en el caso de que ocurra una Gastrosquisis, donde los intestinos sobresalen fuera del cuerpo, esto ocurre más tarde entre la octava y la undécima semana. Para que esto suceda, es necesario que los intestinos ya hayan sobresalido y que el cordón umbilical se haya formado completamente, especialmente en su parte que contiene los vasos sanguíneos. (Delgado, 2021).

En el caso del paciente objeto de esta investigación la Gastrosquisis ocurre porque los músculos de la pared abdominal del bebé no se formaron correctamente al inicio del embarazo. Así mismo, durante sus primeros días de vida se evidenció salida de líquido peritoneal serohemático por los bordes del defecto de la pared abdominal, en la cual se logró reducción de la cavidad abdominal, casi en su totalidad.

3.4.1.4 Manifestaciones Clínicas

Sanitas (s.f.) afirma que las manifestaciones clínicas “son la relación entre los signos y los síntomas que se presentan en una determinada enfermedad” (p.3). En otras palabras, es el conjunto de indicios expresados durante el desarrollo de la patología, las cuales, deben ser estudiadas detenidamente luego de practicar los correspondientes exámenes o pruebas, abarcando no solo aspectos subjetivos sino también objetivos.

Durante la décima semana de gestación, puede ocurrir un trastorno que causa la protrusión de los intestinos sin la protección de un saco. En casos graves, otros órganos como el estómago, la vejiga y las gónadas también pueden sobresalir hacia el final del embarazo, aunque el hígado permanece siempre en su posición normal. Este defecto inicial puede provocar daños en el intestino, como atresia intestinal o incluso perforación. Si el anillo herniario se tensa o se reduce de tamaño, es posible que el intestino protruido experimente necrosis o isquemia, lo que empeora el pronóstico en algunos casos. (Delgado, 2021).

La gravedad de las lesiones intestinales parece estar más relacionada con la calidad de la vascularización mesentérica que con el contacto de las asas intestinales con el líquido amniótico. A veces, se pueden presentar otras malformaciones junto con la hernia. (Rodríguez, 2019). Cabe destacar que la Gastrosquisis en un neonato no produce sintomatología en la madre, solo pueden apreciarse durante el embarazo, pero en este caso no se percibió debido a que la progenitora no controló su embarazo.

En el caso del paciente objeto de esta investigación el neonato presentó déficit de la pared abdominal con exposición de las vísceras sin ningún saco de protección, lo que conllevó a ocasionar daños de atresia de colon en el cual se realizó la colocación de sistema de ABS (sistema de colocación de un condón femenino para realizar soporte de la evisceración expuesta); luego de los 20 minutos de vida presentó signos de dificultad respiratoria y a su vez presentó palidez cutánea.

3.4.1.5 Complicaciones.

La Clínica Universidad de Navarra (2021) afirma que las complicaciones son un agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología incógnita que aparece espontáneamente o con una reacción causal. (p.2). El procedimiento que ameritan los neonatos con Gastrosquisis es básicamente quirúrgico para lograr la reparación de la pared abdominal. Aun después de este procedimiento, los neonatos con Gastrosquisis pueden tener

complicaciones como lo son, problemas con la alimentación, la digestión y la absorción de nutrientes.

El diagnóstico de Gastrosquisis se realiza cuando observan asas intestinales libres, no cubiertas por peritoneo, flotando en el líquido amniótico. Protruyen por una zona de defecto baja paramedial, generalmente derecha, con la inserción umbilical indemne. El defecto es posible identificarlo en el examen de las 11 a 14 semanas.

Una de las complicaciones que ocurre es la isquemia de las asas intestinales extra abdominales. El mecanismo no es del todo conocido, pero sería secundario a la compresión del anillo del defecto sobre las asas intestinales. Estas asas isquémicas se dilatan, su pared es edematosas y podrían necrosarse. Se recomienda un seguimiento estricto de estos casos desde la semana 30 con el fin de identificar estos signos, algunos autores consideran que una dilatación de asas intestinales mayor a 14mm o una pared intestinal con un grosor de 3mm es un indicio de mayores complicaciones postnatales como atresia intestinal, aumento en los días de hospitalización en terapia neonatal, deterioro en la recuperación postquirúrgica.

Dentro de las complicaciones gastrointestinales en la Gastrosquisis está el intestino corto, rotación de intestino patológica, pueden producir vólvulo, obstrucción, isquemia o atresia intestinal. Es rara la asociación con otras anomalías estructurales.

Una de las complicaciones perinatales que más se ha asociado a Gastrosquisis es el nacimiento prematuro secundario a complicaciones intestinales, pero también asociado a restricción del crecimiento intrauterino. En el año 2013, South y sus colaboradores realizaron un metanálisis con el objetivo de examinar la relación del riesgo de muerte fetal intrauterina en fetos con Gastrosquisis, la conclusión fue que la incidencia global es mucho menor que la publicada y el mayor riesgo se produce por los nacimientos pretérmino con la relación de cesáreas electivas, por lo que el riesgo o temor de muerte intrauterina no debe ser

la principal indicación para un nacimiento electivo pretérmino en los embarazos que se ven afectados por gastrosquisis.

En relación al caso en estudio el neonato presentó complicaciones tales como hipocapnia, lo que hace que se altere los canales de potasio y afecta la homeostasis del calcio, contribuyendo todo esto a un mayor daño cerebral, así mismo hizo residuo gástrico 6cc bilioso en dos (2) oportunidades para un total de 12cc, por lo que se indicó cumplir reposición de pérdida.

3.4.1.6 Tratamiento.

Para Pérez y porto (2022) un tratamiento es “un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo. El concepto es habitual en el ámbito de la medicina. En relación a éstas ideas, se trata de las alternativas factibles, propias de la intervención del equipo de salud, de acuerdo con la patología. El sustento teórico de éste apartado estará basado en los datos obtenidos en la historia clínica del paciente objeto de estudio. A continuación, se organizan contenidos relacionados con el tratamiento dietético, nutricional, quirúrgico y farmacológico.

3.4.1.6.1 Tratamiento Dietético

El tratamiento dietético es aquel que se basa mediante un plan nutricional se intenta corregir las diferentes enfermedades que podamos sufrir, esta dieta va a depender según sea el caso. De acuerdo con el caso de estudio el neonato desde su primer día de ingreso, mantuvo una dieta absoluta prescrita por el médico de guardia, ya que el neonato no puede iniciar la vía enteral debido a la evisceración de la Gastrosquisis.

3.4.1.6.2 Tratamiento Nutricional.

Es un tratamiento basado en la nutrición enteral precoz. Incluye comprobar el estado nutricional de una persona y dar los alimentos o nutrientes apropiados para tratar afecciones, puede abarcar cambios sencillos en el régimen alimentario de una persona, o alimentación intravenosa o con sonda. La terapia nutricional

puede ayudar a que los pacientes se recuperen más rápido y pasen menos tiempo en el hospital. También se llama terapia nutricional médica.

En el caso del paciente objeto de esta investigación, se indicó tratamiento nutricional parenteral (NP) desde el ingreso del neonato a la UTIN, porque su condición no amerita una nutrición enteral, por lo tanto, de acuerdo a su historia clínica el tratamiento nutricional del neonato es expresado en la tabla uno (1) para garantizar el aporte adecuado de líquidos y requerimientos nutricional.

Tabla 1

Ficha Técnica de la Preparación de la Nutrición Parenteral (NPP) del paciente objeto de estudio.

Elemento del Paciente	Proporción diaria
Datos del recién nacido	V.S
Fecha de Preparación	3/02/2023
Medicamento	Dosis
Dextrosa 10%	131 ml
Dextrosa 5%	4 ml
Gluconato de Calcio 10%	4,4 ml
Sulfato de Magnesio 10%	1,9 ml
Total	141,3 ml
A razón	5,8 ml/hr
Hora de Inicio	4:00 am

Fuente: Historia clínica del paciente (2023).

3.4.1.6.3 Tratamiento quirúrgico.

Para Correa (2017) el procedimiento o tratamiento quirúrgico es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas (p.33). Basado en las acciones quirúrgicas que son necesarias para el restablecimiento de la salud del neonato. En el caso con relación al estudio planteado, el neonato fue intervenido quirúrgicamente el 04 de febrero del 2023 luego de transcurrir nueve horas de su nacimiento. El mismo se realizó en el quirófano del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, por el médico cirujano de guardia, realizándole un procedimiento quirúrgico de: Anastomosis colon-colonoica teniendo como Dx. Post-operatorio: Gastrosquisis/ Atresia de colon, así mismo se le realizo un procedimiento de colocación de sistema de ABS con condón femenino para el soporte de las vísceras expuestas.

3.4.1.6.1 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico es el tratamiento con cualquier sustancia, diferente de los alimentos, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal. También se llama farmacoterapia, terapia medicamentosa, tratamiento con medicamentos y tratamiento farmacológico. Correa (2017) afirma que el tratamiento generalizado ara un neonato con Gastrosquisis trata de anibioticoterapias que ayudan aliviar y mejorar los síntomas que presenta el neonato previniéndolo así de una sepsis infecciosa.

En el caso del paciente objeto de investigación recibió el siguiente tratamiento farmacológico por vía endovenosa durante su estadía en la UTIN con: Omeprazol 2 mg, orden día; Amikacina 20 mg, cada 12 horas; Meromepem 45 mg, cada 12 horas; Vancomicina 40 mg cada 12 horas; Fluconazol 15 mg cada 12 horas; para prevenir cualquier infección; vitamina k 1 mg, orden día. (Ver tabla 2).

Tabla 2

Ficha Técnica del Tratamiento Farmacológico del paciente.

Medicamento	Dosis	Vía	Horario
Omeprazol	2 mg	I.V	O.D
Vitamina K	1 mg	I.V	O.D
Amikacina	20 mg	I.V	C/ 12 hr
Vancomicina	40 mg	I.V	C/ 12 hr
Meropenem	45 mg	I.V	C/ 12 hr
Fluconazol	15 mg	I.V	C/ 24 hr

Fuente: Historia clínica del paciente (2023)

3.4.1.7 Ficha farmacológica

Las fichas farmacológicas según Correa (2017) son un documento de compromiso entre las autoridades sanitarias y la compañía farmacéutica, como base para garantizar al profesional sanitario la seguridad y la eficacia del medicamento. De acuerdo a esta información, es un instrumento útil debido a que facilita la visión sobre la descripción, posología, composición, presentación y contraindicaciones de los medicamentos. Posteriormente, se presentan las fichas farmacológicas de los medicamentos usados con el neonato objeto de estudio de ésta investigación.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 2
Ficha farmacológica para el Omeprazol

Acción Farmacología	Dosis /Vía de Administración	Indicaciones	Consideraciones Especiales/ Preparación	Reacciones Adversas
Inhibición de la bomba de protones, por lo tanto, inhibe la secreción ácida gástrica.	Vía intravenosa (IV): 1-2 mg/kg/día cada 12 o 24 horas. En perfusión lenta de 15 minutos.	Patologías de reflujo gastroesofágico, profilaxis de úlceras, gastritis y como protector gástrico en tratamientos con múltiples fármacos.	Presentación en vial con polvo liofilizado, puede ser de 20 y 40 mg. Diluir en 10 ml de agua estéril; para su administración se debe rediluir quedando 1 mg/ml.	Hipergastremia y ligera elevación de las transaminasas son los únicos efectos adversos reportados por la administración en periodos prolongados.

Fuente: Vademécum (2016)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 3
Ficha farmacológica para la vitamina k

Acción Farmacología	Dosis /Vía de Administración	Indicaciones	Consideraciones Especiales/ Preparación	Reacciones Adversas
Vitamina K1 (fitonadiona) promueve la formación hepática de factores de coagulación, activa la protrombina, factor VII, factor IX y factor X. No contrarresta la acción anticoagulante de la heparina.	Vía intravenosa o intramuscular (IV-IM): Profilaxis: 0.5-1 mg al nacimiento. En caso de hemorragia 1 mg en Administración IV muy lento (no > 1 mg/min).	Profilaxis y tratamiento de la enfermedad hemorrágica del RN. Tratamiento de hipoprotrombinemia 2ª a factores que limitan la absorción o la síntesis de vitamina K.	Ampollas de 2 mg/0.2mL y 10 mg/mL. Infusión IV: diluir en SG5% o SSF, Máxima velocidad de infusión 1mg/min.	Reacciones severas por administración I.V. en adultos. Reacciones (raras): anafilaxia, shock, fallo cardíaco/respiratorio, muerte. Pueden aparecer inflamación y dolor en el lugar de inyección IM

Fuente: Vademécum (2016)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 4
Ficha farmacológica para la Vancomicina

Acción Farmacología	Dosis /Vía de Administración	Indicaciones	Consideraciones Especiales/ Preparación	Reacciones Adversas
Bactericida que inhibe la biosíntesis de la pared celular bacteriana, interfiere en la síntesis de ARN y daña la membrana celular bacteriana.	Perfusión IV (en mín. 60 min). Adultos y adolescentes > 12 años: 1 g/12 h o 500 mg/6 h o 30-40 mg/kg/día en 2-4 dosis. Niños 1 mes-12 años: 10 mg/kg c/6 h. Recién nacidos (a término): 0-7 días de edad: inicial 15 mg/kg seguido de 10 mg/kg c/12 h; de 7 a 30 días de edad: inicial 15 mg/kg seguido de 10 mg/kg c/8 h.	Infecciones graves causadas por bacterias gram+ sensibles a la vancomicina que no pueden tratarse, no responden o son resistentes a otros antibióticos, como penicilinas o cefalosporinas: endocarditis, infecciones óseas, neumonía, infecciones de tejidos blandos.	Hipersensibilidad. Perfundir en un periodo no < 60 min; ancianos, alteración renal, pérdida auditiva previa, realizar hemograma periódico en tto. Prolongado o en concomitancia con fármacos nefrotóxicos u ototóxicos; monitorizar función renal y la capacidad auditiva.	Hipotensión, disnea, estridor, exantema e inflamación de las mucosas, prurito, urticaria; I.R. manifiesta principalmente por aumento de creatinina sérica; flebitis y rubefacción de la parte superior del cuerpo y cara.

Fuente: Guía Spilva de las Especialidades Farmacéuticas (2014) y Vademécum (2016)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 5
Ficha Farmacológica para la Amikacina.

Acción Farmacología	Dosis /Vía de Administración	Indicaciones	Consideraciones Especiales/ preparación	Reacciones Adversas
Antibiótico aminoglucósido. Bactericida, inhibe la síntesis proteica bacteriana.	Vía intravenosa (IV): 15-20 mg/kg/día, cada 12 horas.	Infecciones graves por Bacterias Gram Negativas resistentes a otros aminoglucósidos (uso restringido). Generalmente asociado a un betalactámico. Infecciones como septicemia, meningitis, peritonitis entre otras.	Presentación en ampolla 5mg/ml, 10 mg/ml, 500 mg/2 ml o 125 mg/2ml Diluir hasta concentración intravenosa de 5 mg/ml. Ritmo de infusión: 30-60 min. Compatible con SG5% y SSF.	Disfunción tubular renal: aumento de pérdidas urinarias de Na, Ca y Mg. Ototoxicidad (cuidado asociaciones). Aumento de la acción de bloqueantes neuromusculares.

Fuente: Neofax Manual de Drogas Neonatológicas (2017).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 6
Ficha farmacológica para el Meropenem

Acción Farmacología	Dosis /Vía de Administración	Indicaciones	Consideraciones Especiales/ Preparación	Reacciones Adversas
Es un antibiótico carbapenem de amplio espectro que penetra bien al LCR y a casi todos los tejidos corporales. Se une a pocas proteínas plasmáticas.	Septicemia. 20mg/kg por dosis. Meningitis e infecciones causadas por especies de Pseudomonas. 40mg/kg por dosis. I.V por bomba de infusión durante 30 min, cada 12 u 8 horas.	Restringidas al tratamiento de meningitis neumococica y otras infecciones graves causadas por organismos gramnegativos susceptibles a otros antibióticos de amplio espectro.	Disponibles en polvo para inyección en frascos de 500mg y 1 gr. Cuando se reconstituye con SF. Cuando se reconstituye con D 5% la solución en el frasco permanece estable durante 1 hora a temperatura ambiente y 8 horas en refrigeración.	Diarrea (4%), náusea/vómito (1%) y erupción cutánea (2%). Puede causar inflamación en el sitio de inyección. Los antibióticos.

Fuente: Neofax Manual de Drogas Neonatológicas (2017).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 7
Ficha farmacológica para el Fluconazol

Acción Farmacología	Dosis /Vía de Administración	Indicaciones	Consideraciones Especiales/ Preparación	Reacciones Adversas
Anti fúngico y antimicótico. Triazol soluble al agua → inhibe síntesis ergosterol (inhibidor de citocromo P 450). <12% de unión a proteínas. Buena penetración en SNC 8tanto oral como IV.	Infusión intravenosa (IV): Dosis carga: 25 mg/kg. Mantenimiento: 12 mg/kg/dosis	Infección sistémica, meningitis y micosis superficial grave por Cándida especies (Resistencias en C.glabrata y C.krusei en pacientes con tratamientos prolongados). Meningitis cryptocócica y Aftas bucales.	Presentación en frasco para infusión intravenosa de 200mg/100ml. Perfusión intravenosa lenta entre 30-60min. No superar la velocidad de 10 ml/min. Vigilar función renal, transaminasas, bilirrubina directa y hemograma (eosinofilia).	Cefalea, dolor abdominal, vómitos, diarrea, náuseas. ↑ Transaminasas y ↑ bilirrubina. Interfiere en el metabolismo de barbitúricos, fenitoína, aminofilina, cafeína, teofilina y midazolam.

Fuente: Neofax Manual de Drogas Neonatológicas (2017) y Vademécum (2019).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 8
Ficha farmacológica para el Dextrosa al 10%

Acción Farmacología	Dosis /Vía de Administración	Indicaciones	Consideraciones Especiales/ Preparación	Reacciones Adversas
Solución intravenosa para nutrición parenteral.	V.I: intravenosa. Cada 100 ml de solución contiene dextrosa monohidrato equivalente a 10 g de dextrosa anhidra.	En el momento hay demostración de utilidad clínica del medicamento en los siguientes casos: Aporte hidrocalórico, reemplazante plasmático y vehículo para administración de medicamentos compatibles.	Bolsa x 250 ml en polietileno atóxico de baja densidad, con tapa, con anillo de desgarre, la cual posee un disco de caucho natural. Bolsa x 500 ml en polietileno atóxico de baja densidad.	Está contraindicada en pacientes con anuria, hemorragia intracraneal. Puede utilizarse en pacientes con diabetes.

Fuente: Neofax Manual de Drogas Neonatológicas (2017).



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 9
Ficha farmacológica para el Dextrosa al 5%

Acción Farmacología	Dosis /Vía de Administración	Indicaciones	Consideraciones Especiales/ Preparación	Reacciones Adversas
Solución intravenosa para nutrición parenteral.	Vía intravenosa. La dosis de glucosa es variable, se requiere monitoreo de la glicemia durante el tratamiento. Sus dosis máximas han sido estimadas entre 500 y 800 mg/kg de peso corporal /h. mayor cantidad a juicio del médico.	Está indicada cuando es necesario administrar agua libre de sodio: es auxiliar en el mantenimiento o corrección del equilibrio hidroeléctrico. Cuando se desea incrementar el aporte calórico y en los casos en que se requiere mantener una vena permeable.	Las soluciones inyectables de Dextrosa al 5% en agua inyectable están indicadas como una fuente de calorías, en caso de deficiencia del volumen plasmático y de la concentración sérica de electrolitos, en deshidratación hipertónica.	Hiperglucemia, diabetes mellitus no tratada, intolerancia a los carbohidratos, deshidratación hipotónica.

Fuente: Neofax Manual de Drogas Neonatológicas (2017).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 10

Ficha farmacológica para el Gluconato de Calcio

Acción Farmacología	Dosis /Vía de Administración	Indicaciones	Consideraciones Especiales/ Preparación	Reacciones Adversas
Suplecal inyectable(forma farmacéutica usada en el servicio) amp 10 ml con 0,46Meo/l: 9,3mg/ml. Calcium amp 5ml con 0,45 mEo/ml ó 9 mg/ml-	Bolo IV (10-30 min) con monitorización cardiaca. Concentracion máxima de 40mg/kg.	Uso inmediato. Diluido 24h a temperatura ambiente. Almacenar protegido de la luz.	Diluir con API (1:1)	.sistémicos, bradicardia, anemia sinusal, necrosis tisular

Fuente: Neofax Manual de Drogas Neonatológicas (2017).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 11
Ficha farmacológica para el Sulfato de Magnesio

Acción Farmacología	Dosis /Vía de Administración	Indicaciones	Consideraciones Especiales/ Preparación	Reacciones Adversas
<p>Anticonvulsivante. Antiarrítmico. Deprime el sistema nervioso central. Deprime la musculatura lisa, esquelética y cardíaca. Posee un efecto suave diurético y vasodilatador. Inicio de acción: IV 20 seg. Duración del efecto: IV 30 min.</p>	<p>PEDIATRÍA: Dosis inicio: 25-50 mg/kg IV lentos en 15-20 min, repetir cada 4-6 h. Dosis de inicio vía IV Dilución: 1 amp + 100 mL SSF o SG5%; (1 mL = 15 mg)</p>	<p>Antiarrítmico: Taquicardia ventricular tipo Torsades de Pointes. Arritmias Ventriculares asociadas a hipopotasemia e hipomagnesemia. FV refractarias. Trastornos convulsivos: Eclampsia y preeclampsia. Broncoespasmo: Mal asmático refractario a los β-adrenérgicos</p>	<p>Bloqueo cardíaco. Insuficiencia renal. En las 2 últimas horas que preceden al parto (el neonato necesitará ventilación Mecánica y calcio).</p>	<p>Hipotensión (más frecuente), en la administración IV rápida (en 1-2 min). Otros signos de hipermagnesemia: vasodilatación facial, sudación, depresión del SNC, hiporeflexia, parálisis flácida, depresión de la función cardíaca, prolongación de intervalos PR, QRS y QT, colapso circulatorio, hipotermia y Parálisis respiratoria letal.</p>

Fuente: Vademécum (2019).

3.5. Teorías y Modelo de Enfermería

En el siguiente aspecto se redacta información referente a las teorías que se aplicaron mediante la ejecución del proceso enfermero, en donde se conocerán los aspectos biográficos de las siguientes teorizantes Ramona Mercer, Ida Orlando y Kristen Swanson, en que están fundamentadas sus teorías y los conceptos que plantean con la finalidad de valorar al paciente objeto de estudio de ésta investigación.

3.5.1 Ramona Mercer/ Adopción del Rol Materno.

3.5.1.1 Aspectos Biográficos

La doctora Ramona Mercer, es una importante exponente de la enfermería, considerada como una enfermera teórica. Mercer nació en Alabama, EE.UU. en octubre de 1929. Realiza estudios de enfermería graduándose a la edad de 21. En 1960, trabajó como enfermera en planta e instructora de enfermedades contagiosas. Para el año 1962, completó su licenciatura en Albuquerque, y fue premiada por su desempeño en esta universidad. En 1964 Mercer, se especializó en el área de materno-infantil, dando inicio a su pasión por el estudio científico. (Alvarado, 2019)

Para Salazar, (2021) Ramona T. Mercer comenzó su carrera de enfermería en el año de 1950, en la Escuela de Enfermería St. Margaret en Montgomery (Alabama). Recibió el premio L; L. Hill por excelencia en sus estudios. En 1962 se graduó de licenciada en enfermería en la universidad de Nuevo México (Albuquerque), en 1964 obtuvo la Licenciatura en Enfermería Materno-Infantil en la Universidad de Emory. Completo su doctorado en la Universidad de Pittsburgh en 1973. Luego se trasladó a California y fue Profesora asistente del Departamento de Enfermería del Cuidado de la Salud Familiar de la Universidad de California, en San Francisco. En 1977 fue ascendida a profesora asociada y en 1983 aceptó el cargo de Profesora Titular que desempeño hasta su jubilación en 1987.

Mercer recibió varios premios. En 1963 cuando trabajaba y estudiaba enfermería recibió el premio del Departamento de Salud, Educación y Servicio Público de Salud y Bienestar de la Universidad de Emory. Recibió la beca Bixler para la Educación e Investigación Enfermera, del consejo regional del sur para estudios de doctorado. En 1982 recibió el premio de Enfermería Materno-Infantil. En la escuela de enfermería de San Francisco recibió el cuarto premio anual Helen Nahm premio al Profesor en 1984. Los premios que Mercer ha obtenido gracias a sus investigaciones son: Sociedad Americana en Psicoprofilaxis en Obstetricia 1987, el distinguido premio de la Cátedra de Investigación Occidental del Instituto de Enfermería en 1988 y una distinguida contribución de la Fundación Científica Americana de Enfermeras del Premio en 1990.

Además, Mercer ha realizado investigaciones que le han valido varios reconocimientos, incluido el Premio de la Sociedad Americana en Psicoprofilaxis en 1987, el Premio de la Cátedra de Investigación Occidental del Instituto de Enfermería en 1988 y el reconocimiento de la Fundación Científica Americana de Enfermeros en 1990.

El quinto libro de Mercer, los Padres en Situación de Riesgo, publicado en 1990, volvió a recibir el premio del año de la Revista Americana de Enfermería. El sexto libro, Convertirse en Madre: investigación sobre la identidad de la madre de Rubín, fue publicado por la Springer Publishing Company de Nueva York en 1995, este libro contiene una descripción más completa de la teoría de Adopción del Rol Materno y las variaciones que afectan el rol.

Mercer es miembro de varias organizaciones profesionales, ha sido miembro activo de numerosas comisiones nacionales. Entre 1983 y 1990 fue editora asociada del cuidado de salud internacional de mujeres. También ha trabajado como revisora de numerosas propuestas de becas. Ha intervenido activamente en reuniones y talleres profesionales regionales, nacionales e internacionales. En 2005, fue reconocida como uno de los alumnos y profesores más sobresalientes y su nombre aparece en la pared de la fama de la universidad de California, en San Francisco.

3.5.1.2 Fundamento Teórico

Para Tomey (2013) explican que Mercer utilizó la lógica inductiva en el desarrollo de la teoría de la Adopción del Rol Maternal, mediante la práctica y la investigación, observó la adaptación a la maternidad cuando una enfermedad materna complicaba el periodo posparto, cuando nacía un niño con un defecto y cuando una adolescente se convertía en madre.

El estímulo para la investigación y el desarrollo de la teoría proviene de la admiración de Mercer por su profesora y tutora, Reva Rubín, en la universidad de Pittsburgh, también utilizó las teorías de rol y desarrollo, utilizó un planteamiento interactivo con respeto a la teoría del rol, recurriendo a la teoría de Mead (1978), se basó en el proceso de adquisición de rol de Thornton y Nardi (1973), así como el trabajo de Burr, Leigh, Day y Constantine (1979). Además, utilizó las teorías de Werner del proceso de desarrollo (1968) y su modelo de adopción del rol maternal utiliza los círculos de Bronfenbrenner (1979) como un planteamiento general de los sistemas.

Dentro de los conceptos que orientan su teoría destacan:

- ❖ **Adopción del rol maternal:** Este se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, el mesosistema y el macrosistema.

El microsistema: Es el entorno inmediato donde ocurre la adopción del rol materno, que influyen factores como el funcionamiento familiar, la familia, relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. El niño está incluido en el sistema familiar. La familia se considera como un sistema semicerrado que mantienen los límites y el control sobre el intercambio del sistema familiar. El microsistema es la parte que más afecta la adopción del rol maternal, este rol se consigue por las interacciones con el padre, la madre y el niño. En el caso del presente caso clínico se trata del entorno directo de su familia.

El mesosistema: Incluye, interactúa y agrupa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema influyen en lo que ocurre con el

rol materno en desarrollo y el niño; en este se incluyen la escuela, guarderías, entorno laboral, lugares de culto y otras entidades de la comunidad. En el presente caso de estudio, la UTIN el hospital Dr. Luis Ortega.

El macrosistema: Se refiere a los prototipos que existen en la cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida, también incluye influencias culturales, políticas y sociales. El macrosistema lo origina el entorno del cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal, las leyes nacionales respecto a las mujeres y niños y las prioridades del rol materno en la adopción del rol materno. En el presente caso de estudio se trata del Hospital Dr. Luis Ortega y las políticas de salud del Estado Venezolano.

La adopción del rol sigue cuatro (4) estadios de adquisición del rol que son los siguientes:

Anticipación: Empieza en la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea con él, establece una relación con el feto y se inicia la adopción del rol.

Formal: Empieza cuando nace el niño e incluye el aprendizaje del rol y su activación.

Informal: Empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social, basándose en las experiencias pasadas y objetivos futuros, la mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida.

Personal: La mujer interioriza el rol, la madre experimenta un sentimiento de confianza, armonía y competencia de modo que alcanza el rol maternal. Estos estadios se ven modificados por el desarrollo del niño e influidos por el apoyo social, estrés, el funcionamiento de la familia y la relación entre la madre, el padre o algún otro familiar.

Mercer en su modelo seleccionó variantes tanto maternas como infantiles. Los factores maternos en la investigación incluían la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, el estrés social, la separación precoz del niño, las

características de la personalidad, las actitudes de crianza, salud y el auto concepto. Incluyó las variantes del niño relacionadas con el temperamento, la apariencia, la respuesta, el estado de salud y la habilidad para dar señales. Mercer (1995) y Ferketich y Mercer (1995a, 1995b, 1995c), también observaron la importancia del rol paterno. Mercer ha incluido en la investigación a adolescentes, madres mayores, madres enfermas, madres que deben afrontar defectos congénitos, familias que experimentan estrés preparto, padres de alto riesgo, madres que dieron a luz por cesárea, unión paterno filial y competencia paternal. A continuación, se definen los conceptos que se emplean para la identificación de problemas:

1. **Adopción del rol materno:** Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol.
2. **Identidad materna:** Tener una visión interiorizada de sí misma como madre.
3. **Percepción de la experiencia del nacimiento:** La percepción de la mujer durante el parto y el nacimiento.
4. **Autoestima:** Es la percepción del individuo, como las otras personas lo ven y la autoaceptación de estas percepciones.
5. **Autoconcepto:** Percepción general del yo que incluye la autosatisfacción, la autoaceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad ideal.
6. **Flexibilidad:** La flexibilidad de las actitudes de crianza aumenta el desarrollo. Las madres más mayores poseen el potencial para responder de modo menos rígido con respeto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias.
7. **Actitudes respeto a la crianza:** Actitudes y creencias maternas sobre la crianza
8. **Estado de salud:** Las percepciones de la madre y el padre acerca de su salud anterior, actual, futura; la resistencia susceptibilidad a la enfermedad; la

preocupación por la salud; la orientación de la enfermedad y el rechazo del papel de enfermos.

9. ***Ansiedad:*** Es un estado específico de la situación y puede ser estresante y/o peligroso.
10. ***Depresión:*** Padecer una serie de síntomas depresivos y en particular, el componente afectivo del estado depresivo.
11. ***Tensión debida al rol:*** El conflicto y una dificultad que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol materno.
12. ***Gratificación-satisfacción:*** La satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad.
13. ***Unión:*** Un elemento del rol paternal y de la identidad. La unión se contempla como un proceso en el cual se crea un vínculo afectivo y emocional con un individuo.
14. ***Temperamento del niño:*** Existen temperamentos fáciles y difíciles; estos últimos se relacionan con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre, difíciles de interpretar, lo que le crea sentimientos de incompetencia y frustración.
15. ***Estado de salud del niño:*** Se refiere a que las patologías del niño que producen la separación con su madre, interfieren en la vinculación.
16. ***Características del niño:*** Temperamento, apariencia y estado de salud.
17. ***Señales de los lactantes:*** Conductas que provocan una respuesta de la madre.
18. ***Familia:*** Es un sistema dinámico que incluye subsistemas, individuales y de pareja, que se incluyen dentro del sistema global de la familia.
19. ***Funcionamiento de la familia:*** La visión individual de las actividades y relaciones entre la familia y sus subsistemas y las unidades sociales más amplias.
20. ***Padre o compañero:*** Proceso de adopción del rol materno como no puede hacerlo ninguna otra persona. Las interacciones del padre ayudan a diluir las tensiones y facilitan la adopción del rol materno.

21. Estrés: Sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo y variantes ambientales.

22. Apoyo social: Cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas (red) que la proporcionan hay cuatro áreas de apoyo:

- Apoyo emocional: Sentirse amado, cuidado, digno de confianza y comprendido.
- Apoyo informativo: “Ayuda al individuo a solucionar problemas por si solos ofreciéndole información útil para cada problema y/o situación”.
- Apoyo físico: Tipo directo de ayuda.
- Apoyo de valoración: Informa a la persona sobre cómo está llevando a cabo su rol. Permite al individuo evaluarse a sí mismo en relación con la realización del rol de los demás.

23. Relación madre- padre: Es la percepción de la relación de pareja, que incluye sus valores, objetivos y acuerdos entre ambos.

3.5.1.3 Relación del caso con la teoría de Ramona Mercer

En resumen, la teoría de Ramona Mercer se relaciona directamente con el actual estudio de caso porque es necesario en el proceso de atención de enfermería al neonato con Gastrosquisis, focalizando la atención hacia el establecimiento de una relación de confianza con la madre, proporcionándole información clara y precisa, brindándole apoyo emocional, cuidados al neonato y servicios de calidad. En otras palabras, el rol de madre juega un papel importante debido a la necesidad de trabajar unidos con la intención de atender condiciones de salud, fortaleciendo los vínculos que faciliten la comprensión de los sentimientos, asegurando la mayor comodidad posible al momento del tratamiento.

3.5.2. Ida Jean Orlando/ Teoría del Proceso Enfermero.

3.5.2. 1 Aspectos biográficos.

Tomey (2007), indica que Orlando nació el 12 de agosto de 1926. En 1947 se diplomó en enfermería por el New York Medical College, Flower Fifth Avenue

Hospital School of Nursing, en Nueva York. Obtuvo su título en enfermería de salud pública en el año 1951 en la St. John's University de Brooklyn. En 1954 consiguió una licenciatura en consulta de salud mental del Teachers College de la Universidad de Columbia. Mientras realizaba sus estudios, Orlando trabajó de forma intermitente, y a veces simultáneamente con sus estudios, como enfermera obstétrica, enfermera quirúrgica, enfermera de urgencias y en medicina.

Trabajo como supervisora en un hospital general. También fue directora adjunta de enfermería, se encargó del servicio enfermero de un hospital general y de dar clases en varios cursos en la escuela de enfermería del hospital. En 1954 trabajó durante 8 años en la escuela de enfermería de Yale, en New Haven, Connecticut. En Yale, trabajó hasta 1958 como investigadora asociada e investigadora principal en el proyecto “Integración de los conceptos de salud mental en un plan de estudios”. Este proyecto pretendía identificar los factores que influyen en la integración de los principios de salud mental en un plan de estudios de enfermería. (Tomey, 2007).

Para llevarla a cabo, Orlando observó y participó en las experiencias de estudiantes con pacientes, personal médico y enfermero, y en la enseñanza, con un plan de estudios de pregrado. Recogió datos durante 3 años, y dedicó otro año a analizarlos. Los resultados de este estudio aparecieron en su primer libro, “The Dynamic Nurse-Patient Relationship: Functionn Process and Principles of Professional Nursing Practice” (se han publicado 5 ediciones en diferentes idiomas). Aunque escribió este libro en 1958, no fue publicado hasta 1961. Los resultados que ofrece el libro sirvieron como base para la teoría enfermera de Orlando. (Tomey, 2007).

Durante los siguientes 4 años (1958-1961), como profesora asociada y luego como directora del programa de graduado en enfermería psiquiátrica y de salud mental, Orlando basó el programa de estudios de estas materias en su teoría. De 1962 a 1972, Orlando trabajó como consejera en enfermería clínica en el McLean Hospital de Belmont, Massachusetts. Mientras ocupaba ese cargo, estudió las interacciones de las enfermeras con los pacientes, entre ellas mismas y

con otros miembros del personal. También estudio el efecto de esas interacciones sobre los procesos que las enfermeras utilizaban para ayudar a los pacientes. Orlando convenció al director del hospital de que era necesario elaborar un programa de formación para las enfermeras y luego se implanto un programa de formación basado en su teoría. (Tomey, 2007).

En 1972, expuso la experiencia obtenida en 10 años de trabajo en el hospital en su segundo libro, “The Discipline and Teaching of Nursing Process: An Evaluative Study. Para el mismo año hasta 1981, Orlando dio clases, trabajo como consejera y realizo alrededor de 60 talleres de trabajo sobre su teoría en Estados Unidos y Canadá. Asimismo, formo parte del consejo del Harvard Community Health Plan de Boston, Massachusetts, de 1972 a 1984, y de la comisión hospitalaria del consejo de 1979 a 1985. Desde entonces, ha trabajado realizando diferentes funciones, como en comisiones de admisión, de programas de estudio y de servicios.

En 1981, Orlando acepto el cargo de enfermera educadora en el Metropolitan State Hospital de Waltham, Massachusetts. Desde 1984 a 1987, ocupó varios cargos en la administración enfermera. En septiembre de 1987, Orlando se convirtió en la directora adjunta de enfermería para la educación y la investigación en el Metropolitan State Hospital. Se jubiló en 1992. (Tomey, 2007)

3.5.2.2 Fundamento teórico.

El fundamento teórico de Orlando hace especial hincapié en la relación recíproca entre el paciente y la enfermera. Lo que los otros dicen y hacen afectan a la enfermera y al paciente. Fue una de las primeras líderes enfermeras que identificó y destacó los elementos del proceso enfermero y la especial importancia de la participación del paciente en ese proceso. Orlando consideraba que la enfermería era una profesión distinta e independiente a la medicina. Creía que las órdenes de los médicos se dirigían a los pacientes, no a las enfermeras. A pesar de ello, pensaban que la enfermera ayuda al paciente a llevar a cabo esas órdenes o, si el paciente es incapaz de realizarlas, debe llevarlas a cabo por él. (Alligood, 2007)

Ella se planteaba un objetivo general que consistía en desarrollar "Una teoría de la práctica enfermera eficaz" que definiría un papel diferenciado para las enfermeras profesionales y que proporcionaría una base para el estudio sistemático de la enfermería. Orlando realizó grandes contribuciones a la teoría y a la práctica enfermera. Sus conceptualizaciones del proceso enfermero reflexivo cumplen los criterios de una teoría. En su teoría se incluyen:

- ✓ Una representación de conceptos interrelacionados que representan una visión sistemática de los fenómenos enfermeros.
- ✓ Una especificación de las relaciones entre conceptos.
- ✓ Una explicación de lo que sucede durante el proceso enfermero y el por qué.
- ✓ Una preinscripción de cómo los fenómenos enfermeros pueden controlarse.
- ✓ Una explicación sobre cómo el control conduce a la predicción del resultado.

La teoría de Orlando posee un mérito considerable por su aplicación a la práctica, la investigación, la docencia y la administración. Ella presenta clara y sucintamente los elementos de la teoría, describe el proceso de acción de la persona y especifica los tipos de acción que facilitan o impiden que las enfermeras identifiquen la necesidad de ayuda inmediata del paciente. (Alligood, 2007).

Describe principales conceptos tales como:

- ✚ La función de enfermería profesional: Cualquier ayuda que el paciente pueda requerir para satisfacer sus necesidades, es responsabilidad de la enfermera ver que se cubra la necesidad de ayuda al paciente.
- ✚ El comportamiento que presenta el paciente: Cualquier comportamiento observable verbal o no verbal.
- ✚ La respuesta inmediata o interna de la enfermera: Incluyen las percepciones, pensamientos y sentimientos individuales de la enfermera-paciente.

- ✚ La disciplina del proceso de enfermería: Abarca las comunicaciones por parte de la enfermera acerca de su reacción inmediata, identificando que corresponde a la enfermera y solicitando su validación.
- ✚ La mejoría: Significa evolucionar a mejor, sacar provecho.
- ✚ Objetivos: La ayuda precisa al paciente para satisfacer sus necesidades.
- ✚ Automática: Aquella que se decide por razones ajenas a la necesidad inmediata del paciente.
- ✚ Deliberada: Identificar una necesidad del paciente y con el fin de satisfacerla.

El principal supuesto de Orlando con respecto a la enfermería según su metaparadigmas, es que se trata de una profesión diferenciada que funciona con autonomía. Aunque la enfermería se sitúa al lado de la medicina y mantiene una relación muy estrecha con ésta, la enfermería y la práctica de la medicina son claramente dos profesiones independientes. (Alligood; 2007)

Orlando afirmó que la función de la enfermería profesional consiste en descubrir la necesidad inmediata de ayuda del paciente y satisfacerla. Establece que las enfermeras deben ayudar a los pacientes a aliviar su malestar físico o mental. La responsabilidad de la enfermera es comprobar que las necesidades de ayuda del paciente se satisfacen, ya sea directamente por la acción de la enfermera o indirectamente pidiendo ayuda a terceros. Esta perspectiva se amplía más en el planteamiento de Orlando para la disciplina del proceso de enfermería que, según ella se divide en los siguientes elementos básicos:

- ✓ La conducta del paciente.
 - ✓ La reacción de la enfermera.
 - ✓ Las acciones de enfermería, que están diseñadas para beneficiar al paciente.
- **Persona:** Cree que las personas tienen conductas verbales y no verbales. Este se demuestra por el énfasis que esta autora pone en la conducta, es decir, en la observación de los cambios de la conducta del paciente.

Asimismo, considera que las personas a veces son capaces de satisfacer sus propias necesidades de ayuda en algunas situaciones; sin embargo, se angustian cuando no pueden satisfacerlas. Esta es la base de la afirmación de Orlando, de que las enfermeras profesionales deben preocuparse sólo por aquellas personas que no pueden satisfacer sus necesidades de ayuda por sí solas. Las enfermeras deben observar a los pacientes periódicamente y comunicarse con ellos para determinar si existen nuevas necesidades de ayuda.

También sostiene que cada paciente es único y responde de forma individual. Una enfermera profesional puede darse cuenta de que la misma conducta en pacientes distintos puede indicar necesidades bastante diferentes.

- **Salud:** Orlando no definió salud, pero asumió que la ausencia de problemas mentales, físicos y los sentimientos de adecuación y bienestar contribuían a conseguir la salud. Orlando supuso implícitamente que los sentimientos de adecuación y de bienestar que provienen de las necesidades satisfechas mejoran la salud. Asimismo, Orlando observó que la experiencia continuada de recibir ayuda culmina a lo largo del tiempo en unos niveles superiores de mejoría. Por lo tanto, estos cambios acumulados son áreas adecuadas para futuras investigaciones.
- **Entorno:** Ella no definió entorno. Para ella, una situación de enfermería se da cuando existe un contacto entre un paciente y una enfermera, en el cual ambos perciben, piensan, sienten y actúan de forma inmediata. Sin embargo, indicó que un paciente puede reaccionar con malestar a algún elemento del entorno que, en principio, estuviera diseñado con un propósito terapéutico o de ayuda. Cuando la enfermera observa la conducta de cualquier paciente, debe analizar señales de malestar.

La teoría de Orlando se relaciona con el paradigma de transformación: En él se dice que la "persona" es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades, esto en la teoría de Orlando se observa como que "Cada persona es única y diferente, y por tal motivo se individualizan los cuidados y requieren

una atención específica”. También se relaciona con la importancia de la participación del paciente en sus propios "cuidados". En la teoría de Orlando y el Paradigma de Transformación los cuidados se dirigen a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo defina. (Alligood 2007).

De este modo, también se relaciona la situación médico-paciente donde además del respeto e interacción del que ambos, paciente-enfermera, necesitan para desarrollar un potencial propio, la teoría de Orlando agrega que el paciente y la enfermera piensan, sienten y actúan de forma inmediata, en la cual uno ayuda o facilita el trabajo del otro.

Orlando consideraba que la función profesional de la enfermería era descubrir las necesidades inmediatas de ayuda de los pacientes y satisfacerlas. Esta función se cumple cuando la enfermera descubre las necesidades inmediatas de ayuda de un paciente y las satisface. La teoría de Orlando se centra en cómo provocar la mejoría del paciente. El alivio del malestar del paciente puede apreciarse en los cambios positivos de su conducta observable. Según Orlando una persona se convierte en un paciente que precisa cuidado enfermero cuando no puede satisfacer sus necesidades de ayuda por sí sola debido a limitaciones físicas o a una reacción negativa al entorno, o cuando padece de alguna deficiencia que le impide comunicar o satisfacer sus necesidades. (Alligood; 2007).

Los pacientes experimentan malestar o sentimientos de indefensión como resultado de las necesidades que no puede satisfacer. Orlando sostiene que existe una correlación positiva entre el período de tiempo durante el cual el paciente no puede satisfacer sus necesidades y el grado de malestar. Por tanto, su teoría pone especial énfasis en la inmediatez. Según Orlando, cuando las personas son capaces de satisfacer sus propias necesidades, no sienten malestar y no necesitan el cuidado de una enfermera profesional en ese momento. Para las personas que sí necesitan ayuda, es crucial que la enfermera obtenga la confirmación o la corrección del paciente con respecto a las percepciones, pensamientos y/o sentimientos de la enfermera para determinar si el paciente necesita ayuda. (Marriner, 2010).

Cuando una enfermera actúa, da lugar a un proceso de acción. Este proceso de acción de la enfermera en una relación enfermera-paciente se denomina proceso enfermero. El valor de la disciplina del proceso enfermero es su exactitud para determinar una molestia y, si se puede, saber qué tipo de ayuda es necesaria para aliviarla. La enfermera evalúa sus acciones al final de la relación comparando la conducta verbal o no verbal del paciente con la conducta del paciente al empezar el proceso. (Marriner, 2010).

Las acciones enfermeras pueden ser automáticos o deliberados.

- Las acciones de enfermería automática o no deliberada: Son las que no tienen nada que ver con la averiguación y la satisfacción de las necesidades de ayuda del paciente, estas acciones obligan a la enfermera a que reclame la validación o correcciones de sus pensamientos y sentimientos por parte del paciente antes de que ambos sepan que acción de enfermería satisfará mejor la necesidad de ayuda.
- Reacción deliberada: Es toda aquello que incluye la percepción y la estimulación física de cualquiera de los cinco sentidos. El pensamiento o idea que surgen en la mente del individuo y el sentimiento que es un estado mental que inclina a la persona a favor o en contra de algunas percepciones pensamientos o sentimientos.

Su teoría asegura que el malestar del paciente se deriva de reacciones al entorno que no puede controlar por sí solo. Afirma también que este malestar del paciente deriva de una mala interpretación por parte de la enfermera, de la experiencia del paciente o de la incapacidad de este para comunicar con claridad su necesidad de ayuda. Aunque con frecuencia los pacientes no expresan sus necesidades con suficiente claridad una acción deliberada de enfermería puede mitigar el problema.

Finalmente, la teoría de Orlando es potencialmente beneficiosa para la consecución de resultados positivos, en el ejercicio de la enfermería resulta muy

importante identificar las necesidades de ayuda del paciente y la capacidad de la enfermera para satisfacer estas necesidades.

3.5.2.3 Relación de la teoría del proceso enfermero de Ida Orlando en el caso clínico del neonato con Gastrosquisis

Ida Orlando presenta una teoría en donde se puede valorar al neonato desde una perspectiva de enfermería más que desde la orientación médica de las enfermedades. Baso su teoría en la relación interpersonal enfermero paciente describiendo tres elementos importantes como se desarrollaron anteriormente en el accionar de enfermería como: la conducta del paciente, la reacción de las enfermeras y las acciones de enfermería. Esta teoría se relaciona con el caso clínico de estudio debido a que permite realizar una valoración holística del paciente en el cual se puede reconocer las necesidades afectadas y así realizar un plan de cuidado para satisfacerlas, como la intensidad física que permitió ayudar para cubrir requerimientos mediante proceso enfermero.

3.5.3 Kristen Swanson/ Teoría de los Cuidados/Aceptación del duelo.

3.5.3.1 Aspectos Biográficos

Kristen Swanson nació el 13 de enero de 1953 en Providence, Rhode Island, Estados Unidos. Kristen recibe un título de Enfermería en 1975 en la Universidad de Rhode Island. Para 1978 consigue su maestría en Enfermería de salud y enfermedad para adultos En la universidad de Pennsylvania. Luego de esto, obtuvo un doctorado de la Universidad de Colorado con énfasis en Enfermería Psicosocial. (Blessing, 2018)

Desde principios de la década de 1980 Sus libros, artículos de revistas, periódicos y conferencias han estado circulando. Kristen Swanson fue profesora afiliada y presidenta del programa de Enfermería Infantil y Familiar del Centro Médico de la Universidad de Washington. También es profesora de Liderazgo en enfermería y es un miembro ejecutivo de enfermería, en el hospital universitario de Estados Unidos Robert Wood Johnson. (Blessing, 2018)

3.5.3.1 Fundamento Teórico.

Swanson, en el año 1991, formuló su Teoría de los Cuidados de manera inductiva y definió que el cuidado integral en un ambiente complejo abarca un equilibrio de cuidado (de uno mismo y la persona a quien se cuida), acompañamiento (a otros y roles), enfrentarse a responsabilidades (asignadas por uno, por otros y por la sociedad) y evitar malos desenlaces, la autora concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Propone cinco procesos básicos (Conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias). Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería. (Blessing, 2018).

a) Conocer: lo importante es conocer a las personas con respeto, entendiendo sin prejuicios sus vidas, valorando cada actividad que lleven a la apropiación del conocimiento.

b) Estar con: se inicia con la identificación de la persona, como única e individual, se acompaña y estimula la expresión de emociones y de percepciones acerca del momento que se estaba viviendo.

c) Hacer por: estar emocionalmente presente con el otro y hacer por el otro lo que haríamos por nosotros mismos. Para esto se inicia un proceso de educación, acompañamiento, búsqueda de ayuda, según las necesidades individuales identificadas.

d) Mantener las creencias: se descubre, a través de interacción, creencias, experiencias, destrezas, habilidades y conocimientos que son importantes para las personas y que pueden ser redescubiertos, orientados o situados, para garantizar prácticas de cuidado adecuadas en esta etapa de la vida.

e) Posibilitar: se educa a las personas sobre recomendaciones específicas según la necesidad identificada; además se incluye en la atención, otros profesionales que acompañaron con su disciplina.

La TC es clara, sencilla y generalizable a toda relación enfermera-persona, en cualquier contexto clínico da la pauta para que enfermería la traslade a las áreas de acción donde se desempeña; enfermería a nivel asistencial (clínica o domiciliaria), administrativo, docencia e investigación. Para proporcionar un cuidado humanizado se requiere que los profesionales de enfermería cuenten con experiencia, habilidad, destreza y capacidad en el conocimiento integral y holístico de la persona en el área de su desempeño; de este modo la TC resulta ser una herramienta útil ya que ha sido contrastada en investigación, formación y práctica clínica; su utilidad se ha demostrado en la investigación, educación y práctica clínica.

Los conocimientos se refieren a las capacidades de la persona para dar cuidados, el segundo las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados, el tercero a las condiciones: enfermera, cliente, organización, que aumentan o reducen la probabilidad de suministrar cuidados, el cuarto a las acciones de los cuidados dados y por último hace referencia a las consecuencias de los resultados intencionales y no intencionales de los cuidados para el cliente y para el profesional.

La teoría apoya la reivindicación de que los cuidados son un fenómeno central de enfermería, pero no es necesariamente la práctica de enfermería, Sanabria menciona que los cuidados de enfermería no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y en la explicación científica. (Racheal, 2018).

Entre las bases teóricas de la teoría de los cuidados de Kristen Swanson (académicos que influyeron en la teoría).

Swanson recurrió a varias fuentes teóricas, para poder desarrollar su teoría del cuidado. Desde que comenzó su carrera siempre tuvo claro que los conocimientos adquiridos y la experiencia que iba adquiriendo con el tiempo

marcarían una diferencia en la vida de los pacientes. Swanson hace un reconocimiento a varias personas que influyeron en su investigación, como:

- Jean Watson (principalmente inspirada por esta): Swanson eligió a la Dra. Jean Watson como la directora de estudios del doctorado, teniendo una influencia en la indagación sobre el concepto de cuidado en la tesis doctora.
- Jacqueline Fawcett: le ayudó a comprender las diferencias entre los objetivos de enfermería y los de otras disciplinas sanitarias, sin dejar a un lado los valores personales para un mejor cuidado, ya que los dos van directamente relacionados.
- Kathryn E. Barnard: Swanson de la misma manera le agradece a la Dra. Kathryn E. Barnard porque le animó a transformar un metaparadigma interpretativo a uno contemporáneo, poniendo en práctica lo aprendido, postulando sobre los cuidados investigaciones fenomenológicas.

Esta teoría tiene como objetivo ayudar al personal de enfermería a brindar cuidados que promuevan la dignidad, el respeto y el empoderamiento. Este modelo se diseñó para garantizar comportamientos de cuidado consistentes que, a su vez, mejorarían la satisfacción del paciente, es decir, brindar bienestar y acompañamiento al paciente. Todo esto con el fin de lograr el bienestar de las personas que rodean al paciente que atraviesa una difícil situación, procurando el equilibrio entre las emociones y los pensamientos, pues todo esto influye en el bienestar de cada una de las personas. Es decir, esta teoría tiene como objetivo principal brindar un buen cuidado y generar una buena relación enfermero-paciente.

Los metaparadigmas de la teoría de los cuidados de Kristen Swanson son los siguientes:

- Enfermería: Swanson define la enfermería como la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de otros. Afirma que la disciplina de enfermería está fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y

de otras disciplinas relacionadas, así como por «el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales.

La enfermería es el cuidado informado para el bienestar de los demás. La definición de Swanson del concepto de enfermería es muy simple y directa. Afirma que la enfermería es estar bien informada y tener conocimiento sobre cómo se debe cuidar a una persona, en dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y emerger con un sentimiento de renovada plenitud. Según Swanson, experimentar la salud y el bienestar es vivir la experiencia de plenitud subjetiva y llena de significado. La percepción de la salud es diferente entre individuos. Las enfermeras deben considerar la salud desde la perspectiva del paciente, que podría incluir sus creencias y tabúes culturales, creencias religiosas y cómo afecta a su salud.

- Entorno: Swanson define el entorno de manera situacional. Sostiene que el entorno para la enfermería es cualquier contexto que influye o que es influido por el cliente. Swanson afirma que hay muchos tipos de influencias sobre el entorno, como los aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos y económicos, por nombrar sólo unos pocos. Según Swanson los términos entorno y persona-cliente en enfermería pueden verse de forma intercambiable. Por ejemplo, Swanson plantea: con fines heurísticos, el objetivo sobre el entorno/cliente puede ser especificado a nivel intraindividual, en el que el “cliente” puede estar en el nivel intracelular y el ambiente pueden ser los órganos, tejidos o cuerpo del que la célula es parte. Por tanto, lo que se considera un entorno en una situación puede ser considerado cliente en otra.

El entorno se describió situacionalmente, es cualquier contexto que influye o es influenciado por el cliente. Según Watson, el cuidado existe en todas las sociedades. La enfermera es parte del entorno y debe proporcionar un entorno terapéutico para el paciente.

Las afirmaciones teóricas de la teoría de los cuidados de Swanson derivó empíricamente de una investigación fenomenológica, explicando de manera clara y concisa lo que significa para las enfermeras cuidar en la práctica. Según Swanson, un componente fundamental y universal de la buena enfermera es atender el bienestar biopsicosocial y espiritual del cliente.

Por otro lado, Swanson postuló que independientemente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales, que fueron creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimiento), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al cliente (estar con), las acciones terapéuticas (hacer por y Posibilitar) y la consecuencia de los cuidados (desenlace deseado por el cliente).

- Mantener las creencias: Es mantener la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición y de enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación (Swanson, 1991).
- Conocer o conocimiento: Es esforzarse por comprender el significado de un suceso de la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona, en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado. (Swanson 1991).
- Estar con: Significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada. (Swanson 1991).
- Hacer por : Significa hacer por otros lo que se haría para uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad (Swanson 1991).

- Posibilitar: Posibilitar es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y de los acontecimientos, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas determinadamente y dando retroalimentación (Swanson, 1991).

La aplicabilidad de la teoría de los cuidados de Kristen Swanson, se ha utilizado tradicionalmente para definir el cuidado de los pacientes y sus familiares. Una teoría sencilla tiene un número mínimo de conceptos. La teoría de los cuidados de Swanson es sencilla, pero elegante. La sencillez y la coherencia del lenguaje utilizado para definir los conceptos permiten a los estudiantes y a las enfermeras comprender y aplicar en la práctica la teoría de Swanson.

Con el primer modelo Swanson descubrió que la teoría de los cuidados era posible aplicarlo a madres, padres, médicos y enfermeras responsables de cuidar. Empatía y trate de comprender su dolor, del espacio y tiempo a la familia, y escuche cuando quieran hablar. Hágale saber al paciente que está conectado emocionalmente tocándole el brazo o la mano y haciéndole saber cuánto lamenta su pérdida y que no puede imaginarse lo que está pasando en este momento. Ayude a los pacientes a hacer lo que normalmente harían por sí mismos, brindándoles privacidad, cuidados periódicos, nutrición y comodidad. Ayude a la paciente a superar este evento desconocido colocando un letrero o aviso en su puerta para que otros trabajadores de la salud sepan que ha ocurrido una muerte fetal.

3.5.3.2 Relación de la teoría del proceso enfermero de Kristen Swanson en el caso clínico del neonato con Gastrosquisis.

Esta teoría considera que la meta de enfermería es brindar cuidado a la mujer y a su núcleo familiar, de manera significativa que ayudara en la aceptación de la muerte de un ser querido. Lo antes mencionado hace relación con el caso objeto de estudio porque permite conocer e indagar acerca de la presencia de sentimientos, ira, negación en el ámbito familiar, ya que está enfocada al entorno y la familia del paciente que permite ayudar afrontar las etapas del duelo a través de la aplicación del proceso enfermero para la aceptación del duelo, también

sustenta las cinco (5) etapas del proceso del cuidado al neonato, logrando orientar las acciones que deben seguirse con el fin de proporcionar las atenciones con una intervención donde se tomen en cuenta todas las necesidades diagnosticadas.

3.6. Glosario de términos

- **Abs:** abreviación usada para referirse a los músculos abdominales. (Lupo,2014).
- **Anastomosis:** procedimiento para conectar las secciones sanas de una estructura tubular del cuerpo, luego de haber extirpado quirúrgicamente las partes enfermas (Salemi, 2019)
- **Anastomosis coloncolonica:** Procedimiento quirúrgico mediante el que se adhiere el colon directamente al resto del recto después que este se extirpó en su mayor parte durante una cirugía por cáncer de recto. (Salemi, 2019).
- **Atresia intestinal:** malformación congénita de nacimiento (presente al nacer) que se desarrolla cuando faltan o están bloqueadas partes de los intestinos.
- **Binomio:** Conjunto de dos personas o cosas tomadas como unidad o como elementos en equilibrio o dependientes uno de otro. (Fernández, 2015).
- **Embarazo eutócico:** parto normal, que se inicia de forma espontánea en una mujer con un feto a término en presentación cefálica flexionada,

posición de vértice y que termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución. (Fernández, 2015)

- **Evisceración:** consiste en la protrusión de las vísceras abdominales, generalmente epiplón e intestino delgado, debido a una dehiscencia de todos los planos de la pared abdominal después de una laparotomía. (Salemi, 2019).
- **Gastrosquisis:** es un defecto de nacimiento en la pared abdominal (área del estómago), en el cual los intestinos del bebé salen del cuerpo a través de un orificio al lado del ombligo. Este orificio puede ser pequeño o grande y a veces también pueden salir otros órganos, como el estómago o el hígado. (Salemi, 2019).
- **Malformación:** que consiste en el defecto congénito del cierre de la pared abdominal anterior, de modo que el niño nace con la cavidad abdominal abierta. (Salemi, 2019).

CAPÍTULO IV

ESTUDIO DE CASO CLINICO

4.1 Título del Caso Clínico

Proceso Enfermero a Neonato de Sexo Masculino de seis (6) días de Vida, con Diagnostico de Gastrosquisis, Ubicado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar.

4.2 Resumen del Caso

Se trata de neonato, de sexo Masculino de seis (6) días de vida quien nace el 03/02/2023 en el Hospital Dr. Agustín Hernández de Juan Griego, producto de madre de 21 años de edad III gesta (IIC-IP), embarazo no controlado con un numero de dos (2) consultas, madre niega infecciones durante el embarazo ni complicaciones; el mismo es obtenido por parto eutócico simple a las treinta y ocho (38) semanas por fecha de ultima regla (FUR), con salida espontanea, quien respiro y lloro al nacer, evidenciándose déficit de la pared abdominal anterior con

exposición de vísceras, quien peso 2204kg y tallo 45cm, posteriormente a los veinte (20 minutos) de vida presento signos de dificultad respiratoria, es trasladado al HLO de Porlamar el cual es evaluado por el médico de guardia Dr. Charelvys Narváez, se decidí su ingreso en el área de UTIN , donde es ubicado en incubadora bajo confort térmico, en condiciones clínicas de cuidado, recibiendo oxigenoterapia por cánula nasal a 5 litros x minutos e hidratación parenteral.

Posteriormente, es evaluado después de las cinco (5) Horas por la Dr. Elena Fermín Médico Cirujano Pediatra, quien realizo colocación de ABS (Condón femenino, para hacer soporte de las vísceras que se encontraban expuestas) así mismo planteo que el neonato se le debe realizar intervención quirúrgica, puesto que presenta Dx médico. 1) Defecto de la pared anterior de abdomen y 2) Gastrosquisis. El acto quirúrgico se llevó a acabo de las nueve (9) horas de vida por la Dr. Cirujana Pediatra antes mencionada, en la cual realizo procedimiento de Anastomosis Colocoloica en un solo Plano y Resección del Segmento Atrasico Distal, en donde se obtuvo un Dx medico de: Gastrosquisis/atresia de colon. Quedando recluido en el área en constante monitoreo de signos vitales, cumpliendo tratamiento médico indicado, cuantificando control de líquidos ingeridos y eliminados, recibiendo cuidados intensivos del equipo de salud. El mismo fallece el 09-02-2023 a las 5:16 pm por motivo de un paro respiratorio.

4.3 Objetivos

4.3.1 Objetivo General

Aplicar Proceso Enfermero a Neonato de sexo Masculino de seis (6) días de Vida, con diagnóstico de Gastrosquisis, ingresado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar.

4.3.2 Objetivos Específicos

- Valorar al neonato de seis (6) días de nacido objetivamente mediante el examen físico y subjetivamente según el concepto de Ramona

Mercer, y las cinco (5) etapas del proceso de cuidado de Kristen Swanson para el establecimiento de los diagnósticos de enfermería.

- Diagnosticar las necesidades del neonato y la familia, según los conceptos alterados y las etapas del proceso de los datos obtenidos en la valoración a través de la taxonomía NANDA (2021 – 2023), para la formulación de las intervenciones de enfermería.
- Planificar acciones de enfermería mediante el uso del sistema NOC (2021-2023) sustentadas en las teorías de Mercer, Orlando y Swanson, que permitan resolver necesidades diagnosticadas.
- Ejecutar las acciones e intervenciones de enfermería de acuerdo a las teorías de Mercer, Orlando y Swanson en el neonato y familia basados en la taxonomía NIC (2021 – 2023), para su atención.
- Evaluar la evolución del neonato de acuerdo a los resultados de las acciones de enfermería ejecutadas.

4.4 Historia de Enfermería.

4.4.1 Anamnesis

Datos del Paciente:

1. Nombre: RN C.M.
2. Sexo: Masculino.
3. Fecha de Nacimiento: 03/02/2023.
4. Hora: 12:09Am.
5. Peso: 2,204 kg.
6. Talla: 45 cm.
7. C.C:33cm.
8. C.T: 28 cm.
9. C.A: 25 cm.

Antecedentes Prenatales:

1. Embarazo único.
2. III gesta.
3. Dos (2) controles Gineco-obstétricos.
4. Niega tabaquismo.
5. Niega drogas.
6. Niega infecciones.

Antecedentes Quirúrgicos

1. Anastomosis colocolónica en un solo plano.
2. Resección del segmento trasico distal.
3. Atresia de colon ascendente, con segmento trasico en íntima relación con duodeno dilatado.
4. Colon transversal de paredes engrosadas.
5. Dx. Postoperatorio: Gastrosquisis y Atresia de Colon.
6. Se colocó sistema de ABS con condón femenino, evidenciándose salida de líquido peritoneal serohemático por los bordes del defecto de la pared abdominal.
7. Se logró reducción de contenido intestinal a la cavidad abdominal, casi en su totalidad.
8. Mantener conectado a ventilación mecánica hasta el posible cierre total del defecto, reponer líquido peritoneal y vigilar estado de hidratación.

Antecedentes Perinatales:

1. Parto eutócico simple.
2. Posición cefálica.
3. Líquido amniótico escaso.
4. Apgar 5 pts.
5. Defecto de la pared anterior de abdomen: Gastrosquisis
6. Asfixia perinatal.

Antecedentes Posnatales:

1. Sepsis neonatal.

4.4.2 Valoración Objetiva

4.4.3 Valoración objetiva: Examen Físico Céfalo-Caudal

1. **Postura y Actividad:** En posición de cúbito supino con almohadilla de base, hipoactivo, respuesta débil a estímulos externos.
2. **Piel:** Reseca, pálida con llenado capilar de 3 seg. se observan hematomas en miembros inferiores.
3. **Cabeza:** Normocefalica, móvil, fontanela anterior permeable y normotensa. No se palpan tumoraciones ni cefalohematomas. Poco cabello de color marrón oscuro.
4. **Ojos:** Simétricos, pupilas isocóricas, inconsciente a la luz.
5. **Oídos:** Pabellón auricular íntegro, de forma simétrica y tamaño normal. Conducto auditivo externo permeable sin salida de secreciones. No se observan lesiones.
6. **Nariz:** Fosas nasales permeables, de tamaño regular. Sin presencia de lesiones ni secreciones.
7. **Boca:** Labios simétricos, lengua rosa pálida y móvil, paladar indemne. Mantiene tubo endotraqueal conectado a ventilación mecánica.
8. **Cuello:** Corto, simétrico y móvil.
9. **Tórax:** Simétrico, normoexpansible, expansible se evidencia tiraje intestinal subcostal, respiraciones acopladas a ventilación mecánica, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplo ni galope. Clavículas intactas.
10. **Abdomen:** Globoso, doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes, se evidencia déficit de la pared anterior abdominal

11. **Genitales:** Normoconfigurados para sexo masculino, pene y testículos de acuerdo a la edad gestacional y prepucio adherido al glande y el meato.
12. **Ano:** Permeable.
13. **Columna:** Flexible tanto en su eje dorsoventral como lateral. Se observa mancha mongólica en la zona lumbar.
14. **Extremidades:** Simétricas, uñas limpias y largas. Con presencia de vía periférica en miembro superior derecho.
15. **Neurológico:** Activo, llanto fuerte, buen tono.

4.2.3 Datos Subjetivos de acuerdo a la Teorizantes

4.2.3.1 Conceptos principales de Ramona Mercer

1.- Enunciado teórico. Adopción del rol materno: Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol.

Dato Subjetivo. Madre manifiesta “Me siento entristecida porque no le puedo dar a mi bebé el cuidado que necesita en estos momentos por su condición crítica en la que esta, a pesar de estar día y noche estos días aquí”.

Análisis: Este enunciado teórico se encuentra alterado debido a que la madre se siente desanimada por no poder brindarle el cuidado propio a su bebe y aun así permanece allí, con la ilusión de poder ayudar a la recuperación de su bebe.

2.- Enunciado teórico. Identidad materna: Tener una visión interiorizada de sí misma como madre

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “Tengo 21 años y no me arrepiento de ser madre a temprana edad, pero son una bendición”.

Dato subjetivo. Análisis: Este enunciado teórico no se encuentra alterado, debido a que la madre tiene una buena percepción y aceptación de haber sido madre a temprana edad, asumiendo así que su maternidad es una bendición.

3.- Enunciado teórico. Percepción de la experiencia del nacimiento: La percepción de la mujer durante el parto y el nacimiento.

Dato subjetivo Madre manifiesta: “Fue un parto rápido y no tuve complicaciones durante el, no sabía que venía con este problema porque no me controle el embarazo y eso me impresiono muchísimo”.

Análisis: Este enunciado teórico se encuentra alterado, porque a pesar que la madre no tuvo complicaciones durante su embarazo, así como no tuvo un embarazo controlado, esto trajo como consecuencia la malformación presentada por el neonato, asimismo minutos después presento déficits respiratorios, ocasionando dudas e incertidumbre, sobre el estado de salud neonato.

4- Enunciado teórico. Separación precoz: Separación de la madre después del nacimiento a consecuencia de alguna enfermedad o por ser un bebe prematuro.

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “Nunca pude tener contacto ni cargarlo por cómo nació”.

Análisis: Este enunciado se encuentra alterado debido a la interrupción inmediata entre el binomio madre e hijo por la crítica condición de salud que presentaba el neonato.

5.- Enunciado teórico. Autoestima: La percepción del individuo de como los otros lo ven y la autoaceptación de estas percepciones.

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “No me importa lo que la gente piense o digan de mí, no tengo porque darles información de lo que vivo o no, yo tengo a mis hijos como quiera y a mi manera”.

Análisis: Este enunciado teórico no se encuentra alterado, porque la madre refirió ser una persona en la cual no le importaban las opiniones o críticas de terceras personas, se aceptándose así tal cual.

6.- Enunciado teórico. Autoconcepto: Percepción general del yo que incluye la autosatisfacción, la autoaceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad ideal.

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “Siento culpa por no haber tenido un control con mi embarazo y sé que no soy la madre perfecta como muchas, pero aquí estoy pidiéndole a Dios que mi niño se me salve”.

Análisis: Este enunciado teórico se encuentra alterado, debido a que la madre siente sentimiento de culpa por el estado de salud de su hijo, por no haber tenido ningún control ginecológico.

7.- Enunciado teórico. Flexibilidad: La flexibilidad de las actitudes de crianza aumenta el desarrollo... las madres más mayores poseen el potencial para responder de modo menos rígido con respeto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias.

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “He pasado todos los días desde que hospitalizaron a mi hijo aquí, pero por su estado de salud no me dejan verlo”

Análisis: Este enunciado teórico se encuentra alterado debido a que la madre participa muy poco en los cuidados del recién nacido, debido a la condición crítica de salud, no le es permitida el contacto físico con el recién nacido.

8.- Enunciado teórico. Estado de salud: Las percepciones de la madre y el padre acerca de su salud anterior, actual, futura; la resistencia susceptibilidad a la enfermedad; la preocupación por la salud; la orientación de la enfermedad y el rechazo del papel de enfermos

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “No me he sentido bien estos días porque e sagrado mucho, pero trato de ser fuerte y estar aquí de pies con el día a día”

Análisis: Este enunciado teórico no se encuentra alterado ya que la madre ha podido enfrentar su condición de salud con cordura y logrando así no tener ninguna complicación.

9.- Enunciado teórico. Ansiedad: Es un estado específico de la situación y puede ser estresante y/o peligroso.

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “Si he tenido mucha ansiedad, tristeza y miedo, e incluso me he desmallado en tres ocasiones por lo delicado que esta mi bebe”.

Análisis: Este enunciado teórico se encuentra alterado ya que la madre se encuentra en un estado muy elevado de estrés y ansiedad, e inclusive de mucha negación por el miedo elevado de llegar a perder a su bebe.

10.- Enunciado teórico. Tensión debida al rol: El conflicto y una dificultad que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol materno.

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “Es muy difícil estar ante esta situación con solo pensar que se me puede morir, y tampoco porque estoy con mis otros dos hijos”.

Análisis: Este enunciado teórico se encuentra alterado, porque la madre no puede ejercer su rol materno, por la incertidumbre del estado de salud que presenta su bebe y por otro lado el desprendimiento que tiene por la situación con sus otros dos hijos.

11.- Enunciado teórico. Gratificación-satisfacción: La satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad.

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “Estaré feliz solo cuando lo tenga conmigo en sano y en casa”.

Análisis: Este enunciado teórico no se encuentra alterado, porque a pesar de situación de salud del bebe la madre confía plenamente en Dios que pronto estará en casa sano y salvo dándole los cuidados propios que necesita.

12.- Enunciado teórico. Unión: Un elemento del rol paternal y de la identidad. La unión se contempla como un proceso en el cual se crea un vínculo afectivo y emocional con un individuo.

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “Si mi pareja ha estado conmigo aquí desde que di a luz”.

Análisis: Este enunciado teórico no se encuentra alterado, porque la madre ha tenido el apoyo de su pareja desde el primer momento que se decidió el ingreso del bebe a la UTIN.

13.- Enunciado teórico. Temperamento del niño: Existen temperamentos fáciles y difíciles; estos últimos se relacionan con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre difícil de interpretar, lo que le crea sentimientos de incompetencia y frustración.

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “Debido al estado de salud que el presento lo ingresaron en esta área y para allá uno no puede pasar y por eso mismo no he podido tener una relación bien con él”.

Análisis: Este enunciado teórico se encuentra alterado debido que la mama nunca pudo tener una interacción entre el binomio madre e hijo por el estado de salud presentado desde su nacimiento.

14.- Enunciado teórico. Estado de salud del niño: Se refiere a que las patologías del niño que producen la separación con su madre, interfieren en la vinculación.

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “Solo recuerdo cuando el parto que tenía todas sus tripitas afuera y como ya te he dicho no sé exactamente la situación

física de mi bebe, lo mucho que se es por la información que me dan los doctores”.

Análisis: Este enunciado teórico se encuentra alterado, porque el estado crítico de salud rompe con el vínculo entre el binomio madre e hijo.

15.- Enunciado teórico. Características del niño: Temperamento, apariencia y estado de salud.

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “No he podido tener ningún contacto con él desde su nacimiento, pero se por medio del personal de salud que está evolucionando bien después de su operación y que no ha tenido muchas secreciones”.

Análisis: Este enunciado se encuentra alterado debido, porque debido a la patología presentada del bebe, crea en la mama una preocupación y la apariencia se va modificando por el estado de salud del recién nacido.

16.- Enunciado teórico. Señales de los lactantes: Conductas que provocan una respuesta de la madre.

Dato subjetivo. Madre manifiesta:” Nunca lo he podido amamantar, y por su estado de salud solo recibe suerito por la vía “

Análisis: Este enunciado teórico se ve alterado, porque la mama no ha podido realizar su proceso de lactancia como debe ser debido al estado de salud del recién nacido.

17.- Enunciado teórico. Familia: Es un sistema dinámico que incluye subsistemas, individuales y de pareja, que se incluyen dentro del sistema global de la familia.

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “Mi único familiar a parte de mi pareja es mi mama, que es el apoyo y la que cuida de mis otros hijos”.

Análisis: Este enunciado no se encuentra alterado debido a que la madre refiere que ha podido contar el apoyo de su pareja y su mamá.

18.- Enunciado teórico. Funcionamiento de la familia: La visión individual de las actividades y relaciones entre la familia y sus subsistemas y las unidades sociales más amplias.

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “Mi esposo se encuentra desempleado y él es el que permanece aquí conmigo, él es quien me apoya y busca que comer, porque en estos días yo no he bajado a mi casa, mi mamá se encarga de mis niños mientras yo estoy aquí”.

Análisis: Este enunciado teórico no se encuentra alterado debido a que la madre posee el apoyo de su esposo y su madre mientras en estos días en el hospital por el ingreso de su hijo.

19.- Enunciado teórico. Padre o compañero: Proceso de adopción del rol materno como no puede hacerlo ninguna otra persona. Las interacciones del padre ayudan a diluir las tensiones y facilitan la adopción del rol materno.

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “Como toda relación no somos perfecto, pero si me ayuda con nuestros hijos”.

Análisis: Este enunciado teórico no se ve alterado ya que la madre cuenta con el apoyo de su pareja a pesar de los diferentes problemas que enfrenta para así fomentar su rol maternal.

20.- Enunciado teórico. Estrés: Sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo y variantes ambientales.

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “Pienso en positivo para que mi bebé salga de esto rápido, y de forma negativa me siento culpable ya que pude haber evitado estas complicaciones teniendo un embarazo controlado, pero no cuento con los recursos necesarios para hacerlo”.

Análisis: Este enunciado se encuentra alterado debido a que la madre se encuentra en un nivel alto de estrés muy elevado, esto causándole el no socializarse con los demás familiares de los neonatos.

21.- Enunciado teórico. Apoyo social: Cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas (red) que la proporcionan hay cuatro áreas de apoyo. Apoyo emocional, físico, informativo y de valoración.

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “Mi mama, y el son los únicos que más me ayudan a cuidar de los niños mientras yo estoy aquí”.

Análisis: Este enunciado teórico no se encuentra alterado, a pesar de que solo ha tenido el apoyo de sus familiares que son los que le brindan el apoyo económico, físico y sobre todo emocional.

22.- Enunciado teórico. Relación madre- padre: Es la percepción de la relación de pareja, que incluye sus valores, objetivos y acuerdos entre ambos.

Dato subjetivo. Madre manifiesta: “Mi pareja y yo tenemos como toda relación, no somos perfecta, pero mantenemos una buena relación y mucho más ahora con esta situación por la que está pasando unos de nuestros hijos”.

Análisis: Este enunciado teórico no se ve alterado ya que la madre comenta que cuenta con el apoyo de su pareja.

Conceptos principales de las etapas del Proceso de cuidado de Kristen Swanson:

- **Enunciado teórico. Mantener las creencias:** Mantener la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición y de enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación.

Dato subjetivo. Madre refiere: *“Soy católica, creo en Dios y en Nuestra Virgencita del Valle, a quienes siempre pido por la salud de mi hijo”.*

Análisis: Este enunciado teórico no se ve alterado, debido a que la madre refiere tener creencias solidas propias del catolicismo.

- **Enunciado teórico. Conocer o conocimiento:** Es esforzarse por comprender el significado de un suceso de la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona, en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado.

Dato subjetivo. Madre refiere: *“Estoy pendiente con lo que sucede con mi hijo”.*

Análisis: Este enunciado se encuentra alterado, porque a pesar que la madre estaba pendiente con lo que sucedía con el estado de salud de su hijo, se logró observar que la madre se mantenía aislada, sin estar atenta a la realidad que rodeaba a su hijo, sin demostrar un nivel de compromiso adecuado.

- **Enunciado teórico. Estar con:** Significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada.

Dato subjetivo. Madre refiere: *“emocionalmente acompaño a mi hijo, porque lo quiero y no he podido abrazarlo”*

Análisis: Este enunciado teórico se encuentra alterado, porque a pesar que la madre emocionalmente apoya a su hijo, no puede estar físicamente, transmitiéndole ese rol maternal.

- **Enunciado teórico. Hacer por:** Significa hacer por otros lo que se haría para uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las

necesidades, confortar, actuar con habilidad, competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad.

Dato subjetivo. Madre refiere: *“Me siento culpable por no proteger la vida de mi bebe, al o tener un embarazo controlado”.*

Análisis: En consideración a este enunciado, el patrón Hacer Por se encuentra alterado, debido a que la madre está consciente de que pudo haber hecho más por s bebe, por lo tanto, la invade el sentido de culpa.

- **Enunciado teórico. Posibilitar:** Posibilitar es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y de los acontecimientos, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas determinadamente y dando retroalimentación.

Dato subjetivo. Madre refiere: *“estoy triste, preocupada porque las enfermeras me dijeron que mi hijo está muy delicado, y eso me carga mal, creo que es mentira, me niego aceptarlo”.*

Análisis: Este patrón está insatisfecho debido a que la madre al ser informada no está aceptando la situación, se niega a considerar la gravedad de su hijo.

4.4.3 Cuadros Analíticos

Este instrumento de elevado valor representa el sustento primordial para tener a la mano un gráfico donde se logra visibilizar información inherente a temas tratados dentro de cualquier campo o área particular, para de esta manera realizar la interpretación objetiva. Se trata de trabajar con datos asociados con contenidos específicos, tratando de dar una opinión clara al examinarlos con detenimiento.

Acorde a las consideraciones de Núria (2022) los cuadros analíticos “son un tipo de herramienta para analizar datos con el propósito de exponer toda la información necesaria para que las personas adecuadas puedan identificar tendencias, hacer comparativas, jugar con las variables y las dimensiones para realizar predicciones”. Por lo antes añadido, se trata de un soporte que sirve de base al instante de realizar deducciones e inferencias para de este modo comprender las diferentes cuestiones consideradas dentro del esquema pautado.

Se presentarán a continuación los cuadros analíticos, realizados por el investigador, con el objetivo de formular los diagnósticos de enfermería que se desarrollarán más adelante en los planes de cuidados. Para la ejecución de estos se tomaron en cuenta ciertos criterios evaluativos, entre ellos están:

- ✓ **Datos subjetivos:** En el caso de esta investigación los datos subjetivos estarán compuestos por los datos aportados por la madre durante la entrevista realizada. En donde son incorporados los sentimientos, percepciones y preocupaciones.
- ✓ **Datos objetivos:** En el caso de esta investigación los datos objetivos se obtuvieron a través del examen físico mediante la observación directa del paciente, medición de signos vitales, resultados de laboratorios, estudios radiológicos, entre otros.
- ✓ **Problemas y necesidades:** Son las manifestaciones de salud que presenta el paciente y familia, el cual fueron identificados mediante la valoración de los datos subjetivos y objetivos.
- ✓ **Concepto alterado:** Es el enunciado teórico alterado según la teoría de Ramona Mercer La Adopción del Rol Maternal y las 5 etapas del proceso de Kristen Swanson.
- ✓ **Diagnóstico de Enfermería.** Son las etiquetas diagnósticas según North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2018-2020).

Seguidamente serán presentados los cuadros analíticos, realizado por el investigador, con el objetivo de formular los diagnósticos de enfermería, siendo los mismos desarrollados en los planes de cuidados a ejecutar. Por consiguiente,

se tomaron en cuenta ciertos criterios evaluativos como datos subjetivos, que se despliegan de los datos obtenidos de la madre en las entrevistas; datos objetivos reflejados a través del examen físico, cuantificación de signos vitales, resultados de laboratorios, posoperatorios, entre otros; los problemas y necesidades manifestados por el paciente bajo la valoración de los datos objetivos y subjetivos; el factor disfuncional según el enunciado alterado de las teorizantes de Ramona Mercer y Kristen Swanson y finalmente el diagnóstico de enfermería, que son las etiquetas diagnósticas según North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2021-2023).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 12

Cuadro analítico para los enunciados teóricos: Adopción del Rol Materno y Estar con.

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Concepto alterado	Diagnóstico de Enfermería
Madre manifiesta: <i>“Me siento entristecida porque no le puedo dar a mi bebé el cuidado que necesita en estos momentos por su condición crítica en la que esta, a pesar de estar día y noche estos días aquí”.</i>	Se observó la tristeza (llanto) e inquietud de la madre por no poder estar con su hijo por el estado crítico del neonato.	La tristeza de la madre por el estado crítico del bebe que no permite el vínculo de madre-hijo.	Adopción del Rol Materno. (Mercer)	Desempeño ineficaz del rol (00055) relacionado con alteraciones de salud del neonato (Gastrosquisis), manifestado por la incertidumbre.
		Necesidad	Etapa Alterada	
		Desempeño del rol de la madre del neonato.	Estar con. (Swanson)	

Fuente: Entrevista a la madre del neonato y taxonomía NANDA (2021-2023).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 13

Cuadro analítico para los enunciados teóricos: Estado de Salud del niño, Función de Enfermería Profesional, Hacer por y Posibilitar.

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Concepto alterado	Diagnóstico de Enfermería
Madre manifiesta: <i>“Solo recuerdo cuando el parto que tenía todas sus tripitas afuera y como ya te he dicho no sé exactamente la situación física de mi bebe, lo mucho que se es por la información que me dan los doctores”</i>	Se observó la evisceración expuesta al momento de su nacimiento.	Deficiencia de malformación de la pared abdominal.	Estado de salud del niño. (Mercer). Función de enfermería profesional (Orlando)	Riesgo de retraso en el desarrollo (00112) relacionado con el trastorno congénito de la malformación abdominal del neonato.
		Necesidad	Etapas del Proceso Alterado.	
		Atención adecuada, oportuna e inmediata para el desarrollo óptimo del neonato.	Hacer Por, Posibilitar (Swanson)	

Fuente: Historia clínica del neonato y taxonomía NANDA (2021-2023).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 14

Cuadro analítico para el enunciado teórico: Características del niño.

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Concepto alterado	Diagnóstico de Enfermería
Madre manifiesta: <i>“No he podido tener ningún contacto con él desde su nacimiento, pero se por medio del personal de salud que está evolucionando bien después de su operación y que no ha tenido muchas secreciones”.</i>	Se observó que el neonato, tenía un sistema de ABS, con presencia de secreciones cristalina para hacer soporte de las vísceras expuesta.	Exposición de las vísceras.	Características del niño (Mercer)	Riesgo de infección (0004) relacionado con exposición de las vísceras del neonato.
		Necesidad		
		Disminución del riesgo infeccioso por la exposición de las vísceras.		

Fuente: Historia clínica del neonato y taxonomía NANDA (2021-2023)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 15

Cuadro analítico para los enunciados teóricos: Ansiedad y Estar Con.

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Concepto alterado	Diagnóstico de Enfermería
Madre manifiesta: <i>“Sí, he tenido mucha ansiedad, tristeza y miedo, e incluso me he desmallado en tres ocasiones por lo delicado que esta mi bebe”.</i>	Se observó, angustia y fases de temor de la madre por el riesgo de la vida de su bebe.	Estrés, angustia y temor ante el estado crítico del bebe.	Ansiedad. (Mercer)	Ansiedad ante la muerte (00147) relacionado al miedo de la muerte del neonato, manifestado por el ingreso de estado crítico del bebe, la preocupación y temor de la madre.
		Necesidad	Etapas del Proceso alterado	
		Disminuir el nivel de estrés y temor.	Estar Con. (Swanson)	

Fuente: Entrevista a la madre del neonato y taxonomía NANDA (2021-2023).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 16

Cuadro analítico para los enunciados teóricos: Autoconcepto y Posibilitar.

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Concepto alterado	Diagnóstico de Enfermería
<p><u>Madre manifiesta:</u> <i>“Siento culpa por no haber tenido un control con mi embarazo y sé que no soy la madre perfecta como muchas, pero aquí estoy pidiéndole a Dios que mi niño se me salve”.</i></p>	<p>Se nota la preocupación de la madre, por las consecuencias de llevar un control prenatal adecuado.</p>	<p>Omisión de los controles prenatales.</p>	<p>Autoconcepto (Mercer)</p> <p>La función de enfermería profesional (Orlando)</p>	<p>Conductas generadoras de salud (00084) relacionado con escaso control de las prácticas de la salud, manifestado por preocupación de no dar importancia al control prenatal.</p>
		<p>Necesidad</p>	<p>Etapas del Proceso Alterado</p>	
		<p>Orientar sobre la importancia del control prenatal.</p>	<p>Posibilitar (Swanson)</p>	

Fuente: Entrevista a la madre del neonato y taxonomía NANDA (2021-2023).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 17

Cuadro analítico para el enunciado teórico: Separación Precoz.

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Concepto alterado	Diagnóstico de Enfermería
Madre manifiesta: <i>“Nunca pude tener contacto ni cargarlo por cómo nació”.</i>	Se observó la ruptura del binomio madre e hijo por la atención médica de emergencia que se le brindo al neonato al momento de su nacimiento.	Desprendimiento del lado materno por los criterios de salud del neonato.	Separación precoz. (Mercer)	Riesgo del deterioro de la vinculación (0058) relacionado con la separación de la madre hacia el neonato al momento de su nacimiento.
		Necesidad		
		Mejorar la salud del neonato para vincular directamente una relación con la madre e hijo.		

Fuente: Historia clínica del neonato y taxonomía NANDA (2021-2023).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 18

Cuadro analítico para el enunciado teórico Tensión debida al Rol.

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Concepto alterado	Diagnóstico de Enfermería
Madre manifiesta: <i>“es muy difícil estar ante esta situación con solo pensar que se me puede morir, y tampoco porque estoy con mis otros dos hijos”.</i>	Se observó que la madre se sentía muy angustiada y con mucha incertidumbre por el temor a perder a su bebé.	Incertidumbre a la muerte del bebé.	Tensión debida al rol (Mercer).	Temor (00148) relacionado con factores estresantes por la salud del neonato manifestado por miedo de la muerte de su hijo.
		Necesidad		

Fuente: entrevista a la madre del neonato y taxonomía NANDA (2021-2023).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 19

Cuadro analítico para el enunciado teórico Señales de los lactantes.

Datos Subjetivos	Datos Objetivos	Problema	Concepto alterado	Diagnóstico de Enfermería
Madre manifiesta: <i>“nunca lo he podido amamantar, y por su estado de salud solo recibe suerito por la vía”.</i>	Se pudo observar que la madre del neonato no pudo darle lactancia materna en ningún estadio por su estado de salud ya que mantenía una dieta absoluta con HP.	Lactancia materna.	Señales de los lactantes (Mercer).	Lactancia materna Ineficaz (00104) relacionado con Anomalías del lactante, manifestado por la dieta absoluta (NP).
		Necesidad		
		Mantener una adecuada alimentación del neonato, hasta su incorporación de la leche materna.		

Fuente: Entrevista a la madre del neonato y taxonomía NANDA (2021-2023).

4.4.4 Planes de Cuidado

Para Tapias (2019) el Plan de Cuidados de Enfermería “es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”. En virtud de este contenido, se trata de una herramienta útil donde se anticipan los recursos, actividades y objetivos a cumplir dentro de un futuro cercano, desde la visión de enfermería, tratando de producir resultados de valor, siempre pensando en convertir debilidades en fortalezas.

En la actual investigación se asume un estudio de caso, elaborando y aplicando, planes de cuidados específicos al paciente y su familia, según sus necesidades con el propósito de mejorar el estado de salud. Por consiguiente, esa labor condujo a implementar diagnósticos utilizando la etiqueta adecuada acorde a la taxonomía NANDA (2018-2020). Acto seguido, fueron seleccionados los criterios de resultados (Taxonomía NOC 2018-2020) y se determinaron las intervenciones (Taxonomía NIC 2018-2020), con las actividades sugeridas para alcanzar el resultado aspirado y su correspondiente evaluación. Seguidamente, se visualizan los planes de cuidados de enfermería para cada uno de los cuadros analíticos y diagnósticos de enfermería anteriormente identificados.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 20

Plan de Cuidado para el enunciado Teórico 1: Adopción del Rol Materno y el Enunciado Teórico de Swanson: Estar Con.

Diagnostico NANDA: Desempeño ineficaz del rol (00055) relacionado con alteraciones de salud del neonato (Gastrosquisis), manifestado por la incertidumbre.				
Dominio: 7 Rol/Relaciones			Clase: 3 Desempeño del Rol	
Enunciado Teórico	Criterios de resultado (NOC)	Planificación	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación
Adopción del rol maternal: Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la Gratificación con el rol.	-1305 Modificación Psicosocial: Cambio de Vida Dominio III: Salud Psicosocial Clase N: Adaptación Psicosocial	-Mostrar esperanza a los familiares, viendo la enfermedad del neonato solo como una faceta de su vida. -Enseñar a reconocer a los familiares a reconocer la realidad del estado de salud del neonato, haciendo planes para casos de emergencias. -Fomentar las relaciones terapéuticas del neonato con la interacción de sus familiares. -Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollando temas de conversación que reflejen el amor y la necesidad del paciente) -Ayudar al familiar a identificar los cambios de roles debido a la enfermedad del neonato. -Facilitar la conversación sobre la adaptación de los roles de la familia para compensar los cambios del rol del neonato enfermo.	5310- Dar Esperanza -5370 Potenciación de los Roles Dominio 3: potenciación de los roles Clase R: Ayuda para el afrontamiento.	Se logró educar a la madre, con respecto al desempeño del rol materno a través de intervenciones esperanzadoras sobre la salud de su hijo.

Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a la madre del neonato, la guía de Taxonomía NANDA (2021-2023), resultados e intervenciones según NIC, NOC (2018-2020)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 21

Plan de Cuidado para el enunciado teórico 14: Estado de Salud del niño, para el concepto alterado de Orlando: Función de Enfermería Profesional, y los enunciados teóricos de Swanson: Hacer Por y Posibilitar.

Diagnostico NANDA: Riesgo de retraso en el desarrollo (00112) relacionado con el trastorno congénito de la malformación abdominal del neonato.				
Dominio: 13 Crecimiento/Desarrollo			Clase: 2 Desarrollo	
Enunciado Teórico	Criterios de resultado (NOC)	Planificación	Intervención (NC)	Criterio de Evaluación
Estado de salud: Las percepciones de la madre y el padre acerca de su salud anterior, actual, futura; la resistencia a la enfermedad; la preocupación por la salud; la orientación de la enfermedad y el rechazo del papel de enfermos	-01120 Desarrollo infantil: 1 mes Dominio I: Salud Funcional Clase B: Crecimiento y Desarrollo	-Ayudar a los progenitores a identificar la presencia de alteraciones o trastornos del sueño y explicar las técnicas para el manejo de los mismos. -Comentar los riesgos y beneficios de que el lactante duerma junto al cuidador. -Proporcionar al neonato estimulación auditiva, visual y táctil. -Proporcionar información sobre los riesgos, beneficios, contraindicaciones de las vacunas programadas e identificar la necesidad de las inmunizaciones adicionales para grupos seleccionados de niños. - Fomentar la provisión de un espacio seguro para que el lactante explore. -Proporcionar a los progenitores información sobre el desarrollo y crecimiento de los niños.	-8278 Fomentar el desarrollo: lactantes Dominio 5: Familia Clase Z: Cuidados y Crianza de un Nuevo Bebé	Se logró evitar el retraso del desarrollo del neonato, tomando en consideración la atención oportuna del personal de enfermería.

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica del neonato, la guía de Taxonomía NANDA (2021-2023), resultados e intervenciones según NIC, NOC (2018-2020)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 22
Plan de Cuidado para el enunciado teórico: Características del Niño.

Diagnostico NANDA: Riesgo de infección (0004) relacionado con exposición de las vísceras del neonato.				
Dominio: 11 Seguridad/Protección			Clase: 1 Infección	
Enunciado Teórico	Criterios de resultado (NOC)	Planificación	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación
Características del niño: Temperamento, apariencia y estado de salud.	-1924 Control del riesgo: proceso infeccioso Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase T: Control del riesgo	-Aplicar precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas y limitar el número de visitas. -Lavarse las manos antes y después de cada actividad de los pacientes, usar guantes como lo establecen las normas universales. -Administrar tratamiento de antibioticoterapia según prescripciones médicas. -Instruir a la familia acerca de los signos y síntomas de infecciones y cuando deben ser notificadas. -Enseñar a la familia a evitar las infecciones conservando un ambiente aséptico seguro.	-6540 Control de las infecciones Dominio 4: Seguridad Clase V: Control de Riesgos	Se logró evitar el proceso infeccioso del neonato, a través de las medidas de bioseguridad y protocolos correspondientes, manteniéndolo aséptico.

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica del neonato, la guía de Taxonomía NANDA (2021-2023), resultados e intervenciones según NIC, NOC (2018-2020)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

Cuadro 23

Plan de Cuidado para el enunciado teórico 9: Ansiedad y el enunciado teórico de Swanson: Estar Con.

Diagnostico NANDA: Ansiedad ante la muerte (00147) relacionado al miedo de la muerte del neonato, manifestado por el ingreso de estado crítico del bebe, la preocupación y temor de la madre.				
Dominio: 9 Afrontamiento/ Tolerancia al Estrés			Clase: 2 Respuesta de Afrontamiento	
Enunciado Teórico	Criterios de resultado (NOC)	Planificación	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación

<p>Ansiedad: Es un estado específico de la situación, el cual puede ser estresante y/o peligroso.</p>	<p>-1300 Aceptación: estado de salud</p> <p>-1404 Autocontrol del miedo</p> <p>Dominio II: Salud psicosocial</p> <p>Clase C: Adaptación psicosocial</p>	<p>-Animar a la madre que exprese todos los sentimientos ansiedad, ira o tristeza.</p> <p>-Proporcionar apoyo a la madre durante la negación, ira y etapas del duelo.</p> <p>-Brindar seguridad a la madre en los periodos de ansiedad.</p> <p>-Abrazar a la madre para brindarle apoyo.</p>	<p>-5270 Apoyo emocional</p> <p>Dominio 3: Conductual</p> <p>Clase R: Ayuda para el afrontamiento</p>	<p>Se logró que la madre consiguiera el autocontrol, aceptando y asumiendo el estado de salud del para disminuir el grado de ansiedad.</p>
--	---	--	--	--

Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a la madre del neonato, la guía de Taxonomía NANDA (2021-2023), resultados e intervenciones según NIC, NOC (2018-2020)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 24

Plan de Cuidado para el enunciado teórico 6: Autoconcepto y el enunciado teórico de Swanson: Posibilitar.

Diagnostico NANDA: Conductas generadoras de Salud (00084) relacionado con escaso control de prácticas de la salud, manifestado por preocupación de no dar importancia al control prenatal.

Dominio: 9 Promoción de la Salud			Clase: 2 Educación	
Enunciado Teórico	Criterios de resultado (NOC)	Planificación	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación
Autoconcepto: Percepción general del yo que incluye la autosatisfacción, la autoaceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad ideal.	1705- Orientación sobre la salud Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase R: Creencias sobre la Salud 0111- Estado fetal prenatal Dominio I: Salud Funcional Clase B: Crecimiento y desarrollo.	-Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los padres del neonato. -Desarrollar materiales educativos adecuados para los padres del neonato. -Destacar la importancia de forma saludable, comer, dormir, hacer ejercicios y buen control prenatal. -Comentar la importancia de prácticas en los cuidados prenatales durante toda la gestación. -Instruir a los pacientes sobre las pruebas rutinarias y no rutinarias que se debe realizar durante el embarazo.	5510- Educación para la Salud Apoyo emocional Dominio 3: Conductual Clase S: Educación en los pacientes. 6960- Cuidados Prenatales Dominio 5: Familia Clase W: Cuidados de un nuevo Bebe.	Se logró concientizar a la madre de la importancia de los controles prenatales, para que sean considerados en próximas gestaciones.

Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a la madre del neonato, la guía de Taxonomía NANDA (2021-2023), resultados e intervenciones según NIC, NOC (2018-2020)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 25
Plan de Cuidado para el enunciado teórico 4: Separación Precoz.

Diagnostico NANDA: Riesgo del deterioro de la vinculación entre padres y el lactante (0058) relacionado con la separación de la madre hacia el neonato al momento de su nacimiento.

Dominio:			Clase:	
Enunciado Teórico	Criterios de resultado (NOC)	Planificación	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación
Separación precoz: Separación de la madre después del nacimiento a consecuencia de alguna enfermedad o por ser un bebe prematuro.	-2600 Afrontamiento de los problemas de la familia. Dominio VI: Salud familiar Clase X: Bienestar familiar	-Escuchar las preocupaciones, sufrimiento y preguntas de los familiares. -Identificar los mecanismos normales de afrontamiento y ayudarlos a desarrollar mecanismos para tratar la transición de la enfermedad. -Ayudar a los progenitores a adquirir las habilidades necesarias para realizar tareas adecuadas a la etapa de desarrollo de la familia. -Identificar el efecto del recién nacido por su estado de salud en la dinámica y equilibrio de la familia.	-7104 Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido) Dominio 5: Familia Clase W: cuidados de un nuevo bebe	Se logró prevenir el deterioro de la vinculación entre el neonato y sus padres por la interacción estimulada por el personal de enfermería

Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a la madre del neonato, historia clínica del neonato, la guía de Taxonomía NANDA (2021-2023), resultados e intervenciones según NIC, NOC (2018-2020)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 26

Plan de Cuidado para el enunciado teórico 10: Tensión debida al Rol.

Diagnostico NANDA: Temor (00148) relacionado con factores estresantes por la salud del neonato manifestado por el miedo de la muerte de su hijo				
Dominio: 9 Afrontamiento/ Tolerancia al Estrés			Clase: 2 Respuesta de Afrontamiento	
Enunciado Teórico	Criterios de resultado (NOC)	Planificación	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación
Tensión debida al rol: El conflicto y la dificultad que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol materno.	-1402 Autocontrol de la ansiedad Dominio III Salud Psicosocial Clase O Autocontrol	-Establecer una relación con la familia basada en la confianza y el respeto. -Proporcionar información objetiva acerca del estado de salud neonato. -Determinar cómo afecta el estado de salud del neonato al comportamiento de la familia. -Animar a la madre en la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. -Identificar los cambios presentados por la madre en los niveles de ansiedad. -Ayudar a la madre a realizar una descripción realista de lo que se avecina.	-5240 Asesoramiento -5820 Disminución de la ansiedad.	Se logró que la madre controlara el miedo a través del autocontrol de la ansiedad.

Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a la madre del neonato, la guía de Taxonomía NANDA (2021-2023), resultados e intervenciones según NIC, NOC (2018-2020)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO NUEVA ESPARTA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Cuadro 27

Plan de Cuidado para el enunciado teórico 16: Señales de los Lactantes

Diagnostico NANDA: Lactancia materna Ineficaz (00104) relacionado con Anomalías del lactante, manifestado por la dieta absoluta (NP).				
Dominio: 2 Nutricion			Clase:1 Ingestion	
Enunciado Teórico	Criterios de resultado (NOC)	Planificación	Intervención (NIC)	Criterio de Evaluación
Señales de los lactantes: Conductas que provocan una respuesta de la madre.	-1020 Estado nutricional del lactante Dominio II Salud Fisiológica Clase K Digestión y Nutrición	-Evaluar los conocimientos de la madre acerca del estado de salud del neonato y de la dieta prescrita. -Explicar a la madre el propósito de la dieta absoluta para la salud general del neonato. -Explicar a la madre cuanto tiempo se debe seguir la dieta del neonato. - Proporcionar a la madre técnicas que fomenten una buena producción de la leche materna, mientras que el neonato se recupere y restablezca su vía oral. - Explicar a la madre del neonato sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva para el crecimiento y desarrollo sano del lactante. -Instruir a la madre sobre la lactancia materna exclusiva y no dar ningún tipo de alimentos sólidos antes de los cuatro (4) meses.	-5614 enseñanza: dieta prescrita Dominio 1 Fisiológico Básico Clase D apoyo nutricional -5640 enseñanza: nutrición del lactante de 0- 3 meses Dominio 3 Conductual Clase S Educación de los pacientes	Se logró instruir a la madre sobre el tratamiento prescrito, acorde al estado de salud del neonato además de las técnicas que debe emplear para favorecer la buena producción de leche materna, para garantizar una buena nutrición del recién nacido, al momento de restablecer la vía oral.

Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a la madre del neonato, la guía de Taxonomía NANDA (2021-2023), resultados e intervenciones según NIC, NOC (2018-2020)

CAPÍTULO V

Descripción de las Actividades y Tareas Ejecutadas Durante el Periodo de pasantías en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar.

El campo enfermero es amplio, forma parte de tareas secuenciales donde se incluyen labores preventivas, asistenciales, educativas, de cura e información a la comunidad, permitiendo satisfacer necesidades de salud gracias a la demostración de actitudes pertinentes a facilitar cuidados y atenciones. Por tal motivo, corresponde a un trabajo laborioso ejecutado siguiendo patrones científicos, principios éticos e integración de voluntades, mientras se interviene de modo humanista.

En ese sentido, Rubio (2017,8) plantea la enfermería “es una disciplina que se puede denominar como observacional-cohabitante en ocasiones participante”. Según esa perspectiva, guarda relación estrecha con un proceso donde el profesional percibe situaciones y procede a realizar diferentes acciones teniendo el respaldo de un equipo de salud encargado de acompañar, apoyar las labores llevadas a cabo dentro del espacio comunitario e instituciones donde hace falta prestar servicios generadores de recuperación de condiciones afectadas por alguna patología.

Por lo anteriormente expuesto, este capítulo incluye la Experiencia Profesional durante el Proceso Enfermero en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, abarcando la intervención de enfermería, objetivos, funciones, actividades y tareas de manera general. Igualmente, se aporta información de la participante de los Cursos Especiales de Grado sobre el propósito del proceso y periodo de práctica profesional, integrando información proveniente de una entrevista a una enfermera, culminando con los retos y desafíos en UTIN.

5.1 Proceso Enfermero (PE).

Según Rodríguez, (1998) el proceso del enfermero (a) “es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado evaluando simultáneamente los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo”. De acuerdo a estos argumentos, representa el pilar de soporte o apoyo orientador de la intervención efectiva, para contribuir a recuperar la salud de quienes se encuentran perjudicados por alguna patología capaz de deteriorar el bienestar general de la persona.

El proceso enfermero cuenta con varios objetivos concretos hacia donde se trabaja, resaltando el diagnóstico y tratamiento de las afecciones contraídas por los seres humanos, contando con la cooperación de un equipo multidisciplinario. En su cumplimiento, el talento humano hace uso de su pensamiento crítico, alcanzando metas propuestas al proporcionar una atención holística e individualizada, comprometiéndose con los usuarios y sus familiares, gracias al dialogo e interacción constante.

De acuerdo al blog electrónico de enfermeros (2019) el proceso del enfermero (a) consta de cinco (5) etapas: Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación, definidas seguidamente:

La Valoración constituye la base de las siguientes, pudiendo ser considerada como la piedra angular del PAE. Permite reunir la información necesaria que permitirá formular el problema (Diagnostico), y a partir de éste proponer (Planificar) y llevar a cabo las intervenciones encaminadas a un logro (Objetivo), y luego proceder a la Evaluación. El Proceso de Atención de Enfermería es por tanto la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de Enfermería.

Asimismo el blog electrónico de enfermeros (2019) plantea que “las teorías o modelos de enfermería están basadas en cuatro aspectos o elementos fundamentales: Persona, Salud, Entorno y Cuidado (Rol Profesional o de

Enfermería)”. En atención a la información previa, se trata de contar con un patrón científico donde se toman en cuenta al individuo, su bienestar, el contexto donde se desenvuelve y el papel del talento humano, para de este modo generar resultados favorables dentro de un esquema capaz de brindar satisfacción.

Por otra parte, Gutiérrez (2013:4) dice que “los principios fundamentales de la enfermería son: promover la salud, prevenir las enfermedades, restaurar la salud, aliviar el sufrimiento”. Se trata de directrices que van orientado una labor donde la prevención, la atención a las patologías y la aplicación de procedimientos constituyen bases de gran impacto positivo a la hora de favorecer al individuo, la familia y la comunidad.

De acuerdo al blog electrónico de enfermeros (2019) las funciones o roles de enfermería “son aquellas acciones que se pueden desempeñar en el área laboral gracias al método científico, la formación de enfermeros y enfermeras se basa en cuatro (4) funciones”. Estas funciones en conjunto logran un desempeño óptimo de los servicios de salud en el área de enfermería, además de que permiten al personal desenvolverse en el área que más les convenga. Sin embargo, en cualquier medio donde se desempeñe el trabajo de una enfermera se da la combinación de estos tipos de funciones: asistenciales, docentes, administrativas, investigadoras. (Ver figura 9)

Figura 9

Descripción de las funciones de enfermería en el contexto clínico.



Función Investigativa

En enfermería como en todas las demás profesiones la investigación es una actividad que se lleva a cabo con la finalidad de generar conocimiento. El conocimiento es la información que hemos adquirido sobre las cosas (la naturaleza) y sobre nosotros mismos. Dependiendo de cómo se realiza la investigación, el conocimiento puede ser científico, intuitivo, de sentido común entre otros. Algunos campos de investigación son:

- La comunidad sobre la cual se actúa
- El alumno a quien se enseña la materia docente en sí misma
- Los procedimientos de enfermería y su efectividad
- Las pruebas de nuevas técnicas.

Función Administrativa

El propósito de la labor administrativa es lograr que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía y dinero pero siempre compatible con una calidad de trabajo previamente acordada. Entra algunas de sus actividades comprenden:

- Planificar y controlar los cuidados de enfermería.
- Participar en el planeamiento de acciones multidisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud

Dirigir el equipo de enfermería en unidades de atención comunitaria.

Función Docente

La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de transmitirla. Por una parte la formación de los futuros profesionales en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia.

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación permanente para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- Desarrollar actividades formativas en los estudiantes ubicados en su servicio

Función Asistencial

Encaminada a apoyar al individuo en la conservación de su salud a incrementarla o apoyarle en la recuperación

- Formar parte del equipo multidisciplinario en la atención integral en el cuidado de las personas, familia o comunidad.
- Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua
- Realizar y controlar el proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión.

Visita: yoamoenfermeria.com

Fuente: Blog electrónico de enfermeros para enfermeros (2019)

En el contexto de la V cohorte de los Cursos Especiales de Grado, ofrecido por la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta realizados en la UTIN del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, se tuvo la oportunidad de aplicar el PE a

través de funciones asistenciales, docentes, administrativas o investigativas, en etapas o momentos para la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; la planificación de estas actividades se describen esquemáticamente a través de un diagrama de Gantt.

Para Handl (2014) el diagrama de Gantt es “una herramienta que se emplea para planificar y programar tareas a lo largo de un período determinado de tiempo”. La base fundamental de estos criterios hace referencia a un formato detallado, organizado donde los investigadores logran ubicar las secuencias de actividades a efectuar dentro de un futuro cercano, buscando siempre trabajar sin ningún tipo de improvisación. Es decir, constituye un amplio respaldo a la planificación, debido al enfoque dado, manteniendo la estructura engranada entre sí, como parte de la guía oportuna diseñada desde un punto de vista objetivo y práctico.

Para la realización del diagrama de Gantt se utilizaron columnas en el extremo izquierdo en donde se señalan los meses y semanas. En el extremo derecho las columnas indican las actividades ejecutadas (asistenciales, administrativas, docentes e investigativas). Identificadas con el color verde en las celdas correspondientes según a semana y las actividades realizadas. Seguidamente, se presenta un diagrama de Gantt, donde la investigadora muestra la evidencia cronológica de las distintas actividades realizadas en el periodo de pasantías, de manera simple y entendible para comprensión. (Ver cuadro 28).

Cuadro 28

Diagrama de Gantt para las actividades ejecutadas en el PE del presente objeto de estudio en la UTIN del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar.

Meses	Semanas	Actividades			
		Asistenciales	Administrativas	Docentes	Investigativas
Noviembre	3				
	4				
Diciembre	1				
Enero	3				
	4				
Febrero	1				
	2				
	3				
	4				
Marzo	1				
	2				
	3				

5.2 Funciones Asistenciales para atención de caso clínico.

Según Bermúdez (2020) las actividades asistenciales en el ámbito hospitalario se enfocan en realizar tareas de mantenimiento y recuperación del estado de salud, reduciendo las lesiones causadas por el proceso patológico, con una atención holística para reforzar los aspectos positivos del paciente. Entre estas actividades se encuentran las siguientes:

- ❖ Brindar cuidados específicos a cada paciente.
- ❖ Tomar decisiones sobre las acciones a realizar y evaluar los resultados.
- ❖ Realizar higiene y confort al paciente.
- ❖ Preparar y administrar medicamentos, utilizando los diez (10) correctos.

- ❖ Medir y cuantificar los signos vitales, como también el peso y talla.
- ❖ Colocar al paciente en posiciones terapéuticas.
- ❖ Cumplir con las indicaciones médicas relacionadas al tratamiento nutricional, farmacológico e indicaciones especiales.
- ❖ Identificar y tomar medidas preventivas para evitar infecciones cruzadas.
- ❖ Brindar privacidad y apoyo emocional al paciente y familia.

Seguidamente, se detallan organizadamente cada una de las actividades asistenciales efectuadas al paciente objeto de estudio, señalando ordenadamente el conjunto de tareas propias de enfermería llevadas a cabo durante el periodo de prácticas profesionales y en los planes de cuidados elaborados como parte fundamental de una dinámica laboral identificada con la intervención propiciadora de avances positivos. Aportando evidencia de los resultados obtenidos después de su realización. (Ver cuadros 29).

Cuadro 29

Descripción de las actividades Asistenciales ejecutadas durante el periodo de pasantías en la UTIN para la atención del caso clínico.

Actividades	Descripción	Resultados
Cuantificación y registro de signos vitales.	Consiste en medir y registrar la frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), temperatura, tensión arterial y saturación de oxígeno para prevenir complicaciones.	Se logró monitorizar y registrar los signos vitales por hora en el turno de pasantías.
Brindar aseo, higiene y confort.	Consiste en realizar una limpieza general de la incubadora, el baño, limpieza del cuerpo recién nacido y el cambio de pañales, dejándolo en una posición cómoda.	Se brindó el aseo, higiene y confort del recién nacido desde el del neonato.
Preparación y administración de medicamentos.	Proceso que tiene como finalidad la utilización de técnicas adecuadas, siguiendo las necesidades específicas del paciente establecidas en la tarjeta de tratamiento.	Se logró una adecuada preparación y administración del tratamiento indicado al recién nacido.
Toma de muestras de sangre.	Se realiza a través de la punción venosa o arterial, con el objetivo de tomar muestras para exámenes de laboratorios.	Se logró la toma de muestras de sangre para los estudios de laboratorios requeridos.
Oxigenoterapia	Es una herramienta fundamental para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria, tanto aguda como crónica. Los objetivos principales que llevan a su empleo son tratar o prevenir la hipoxemia, tratar la hipertensión pulmonar y reducir el trabajo respiratorio y miocárdico.	Se logró que el neonato mantuviera una buena saturación de oxígeno.

Realización de cambios posturales	Consiste en realizar cambios de postura cada 3 horas para evitar úlceras por presión.	Se logró prevenir la aparición de lesiones en la piel del RN.
Preparación de nutrición parenteral.	La nutrición parenteral(NP) es el suministro de nutrientes como: Carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y oligoelementos que se aportan al paciente por vía intravenosa; cuando por sus condiciones de salud no es posible utilizar las vías digestivas normales y con el propósito de conservar o mejorar su estado nutricional.	Se logró que el neonato recibiera los nutrientes requeridos, mediante la (NP) vía endovenosa.

5.3 Funciones Docentes para atención de caso clínico.

Según Salazar (2022) la educación es un proceso continuo que acompaña y atraviesa toda la vida del ser humano, a través de ella se va construyendo la sociedad. La docente de Enfermería tiene la tarea de formar los recursos humanos a su cargo inculcando desde un inicio, los valores éticos de la profesión. La enfermería también tiene como naturaleza el don educativo ya que es un elemento de mucha importancia para el rol.

Entre las principales actividades de enfermería en el ámbito de la docencia se mencionan las siguientes:

- ❖ Educar a los familiares acerca de cómo debe ser el cuidado del neonato, patología, riesgos u otros.
- ❖ Planificar y ejecutar charlas informativas con respecto a la Enfermedad Hemorrágica en el Recién Nacido, con el fin de disminuir el nivel de incidencia.
- ❖ Compartir conocimiento con otro profesional de enfermería.

- ❖ Participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.
- ❖ Participar en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.
- ❖ Desarrollar actividades formativas en los estudiantes ubicados en su servicio.

En esta misma dirección, se presenta información actualizada referida a las actividades de docencia cumplidas durante el trayecto propio de las prácticas profesionales, campo enfermero, con el fin de explicar cómo se atendió al paciente objeto de estudio. Las mismas se ubican organizadamente en un cuadro, describiendo acciones con los resultados apegados fielmente a la realidad abordada. (Ver cuadro 30).

Cuadro 30

Descripción de actividades docentes ejecutadas durante el periodo de pasantías en la UTIN para la atención de caso clínico.

Actividades	Descripción	Resultados
Enseñanza del proceso de enfermedad.	Consiste en fomentar la información acerca de la enfermedad e implementar cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones.	Se logró aumentar los conocimientos acerca de la enfermedad. Y que la madre adoptara una mejor visión para la aceptación del diagnóstico.

5.4 Funciones Administrativas para atención de caso clínico.

Para Gómez y Terol (2003) sostienen “la enfermera(o), tiene la responsabilidad de planificar, organizar y controlar los servicios de enfermería. Pudiendo actuar como coordinadora no solo con el personal de enfermería, sino con todo el equipo sanitario, compartiendo esta responsabilidad con otros

profesionales”. Desde este punto de vista, se trata de llevar adelante acciones administrativas para cuidar los recursos, actuando de modo racional, coherente y teniendo las expectativas derivadas de la coordinación de esfuerzos, la realización de planes concernientes a maximizar los medios disponibles.

Las actividades administrativas de enfermería están relacionadas con las fases de la administración que son planeación, organización, selección del personal, dirección y control. Para lograr los objetivos propuestos y cumplir con las metas deseadas.

Entre las principales actividades administrativas se encuentran:

- ❖ Organizar estructuras del cuidado, generando informes y registros de enfermería para dejar constancia de las acciones realizadas y procedimientos médicos cumplidos.
- ❖ Tomar decisiones, delegando funciones y actividades.
- ❖ Participar en los procesos de evaluación y acreditación de los servicios sanitarios.
- ❖ Mantener el control estricto de materiales, insumos y equipos utilizados.
- ❖ Calcular el personal necesario en los servicios y unidades.
- ❖ Diseñar, implementar y participar en programas de evaluación de la calidad de la actividad de enfermería y establecer estándares para su medición.
- ❖ Planificar, controlar y/o participar en el pase de visita enfermería.
- ❖ Dirigir y controlar y/o realizar la entrega y recibo de servicios.

Según lo expuesto, se trata de aportar un conjunto de información específica acerca de todas aquellas actividades administrativas desarrolladas plenamente al cumplir el rol de pasante la UTIN. (Ver cuadro 31).

Cuadro 31

Descripción de actividades administrativas ejecutadas durante el periodo de pasantías en la UTIN para la atención del caso clínico.

Actividades	Descripción	Resultados
Realizar pedido de suministros	Consiste en la adquisición del material e insumos médicos que constantemente es utilizado en la unidad de terapia intensiva neonatal para la ejecución de los procedimientos. Este es realizado por el personal de enfermería.	Se realizó pedido de suministro y se surte la unidad con materiales e insumos disponibles en el almacén.
Realizar pedido de farmacia.	Consiste en solicitar los medicamentos para el cumplimiento del tratamiento farmacológico de los pacientes en la unidad de terapia intensiva neonatal, en el servicio de farmacia, el cual debe realizarse de forma escrita por parte del personal de enfermería.	Se logró adquirir los medicamentos para el cumplimiento del tratamiento farmacológico de los neonatos.
Realizar reporte de enfermería.	Es un registro escrito que se anexa a la historia clínica el cual es elaborado por el personal de enfermería acerca de las observaciones y acciones ejecutadas en el paciente. Como también el tratamiento administrado, los cuidados brindados, estudios pendientes y las eventualidades suscitadas durante el turno	Se logró realizar el reporte de enfermería correspondiente al turno asistido.

5.5 Funciones Investigativas para atención de caso clínico.

Según Gómez y Terol (2003) la investigación, es un proceso sistemático, formal y riguroso que trata de obtener soluciones a los problemas y/o descubrir e

interpretar nuevos hechos y sus relaciones. Tiene como meta el aumento de los conocimientos. La investigación aporta a enfermería las bases del conocimiento sobre los cuidados enfermeros a través de validar las intervenciones enfermeras, sentando los cimientos de la práctica enfermera del día a día. Los profesionales de enfermería realizan acciones investigativas en la práctica clínica. Entre las principales actividades investigativas se encuentran:

- ❖ Enseñar, realizar y colaborar en investigaciones que contribuyen a la solución de problemas de salud y del ejercicio de la profesión.
- ❖ Realizar y presentar estudios de casos aplicando el proceso de enfermería.
- ❖ Recopilar información científica para realizar la elaboración del plan de cuidados en la atención al paciente
- ❖ Integrar los consejos científicos en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.
- ❖ Realizar y/o participar en investigaciones en enfermería y otras áreas con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población.

A continuación, se describen detalladamente las actividades investigativas ejecutadas en el periodo de pasantías y los resultados obtenidos mediante la aplicación de estas. (Ver cuadro 32).

Cuadro 32

Descripción de funciones investigativas ejecutadas durante el periodo de pasantías en la UTIN.

Actividades	Descripción	Resultados
Entrevista al personal de enfermería.	Consiste en realizar una conversación con el fin de obtener información referente a un tema o varios temas en común. Esta fue realizada al personal de enfermería del Hospital Dr. Luis Ortega. Como también al personal de enfermería de la UTIN.	Se logró obtener datos acerca de los servicios y unidades del centro de salud como también información relacionada a la UTIN.
Entrevista al personal médico.	Consiste en un intercambio de ideas y opiniones mediante una conversación con el fin de compartir información referente a un tema o varios temas en común. El cual fue realizada a médico residente del Hospital Dr. Luis Ortega.	Se logró obtener datos acerca de los servicios y unidades del Hospital Dr. Luis Ortega.
Revisión de la historia clínica del paciente.	Es la búsqueda de información a través de la revisión del documento clínico legal que contiene datos acerca del estado de salud del paciente, como el motivo de ingreso, diagnóstico médico, tratamiento, estudios realizados y evolución clínica desde su ingreso hasta su egreso.	Se logró obtener datos objetivos y clínicos del paciente como el diagnóstico médico, tratamiento indicado, estudios realizados y la evolución médica del neonato desde su ingreso.
Entrevista a la madre del neonato.	Tiene como finalidad realizar una conversación para obtener información acerca de la percepción de la madre sobre el estado de salud del neonato y a su vez realizar el proceso de valoración para obtener los datos subjetivos.	Se logró obtener información subjetiva del neonato proporcionada por la madre.

5.6 Retos, Desafíos y Perspectiva del Profesional de Enfermería en el Contexto Actual.

La situación actual respecto a las condiciones de trabajo, las remuneraciones económicas, los beneficios socioeconómicos y el apoyo institucional son aspectos significativos que deterioran la dignidad del profesional de enfermería, conllevando aun conjunto de retos y desafíos pertinentes a buscar la mejor forma posible de asumir tales circunstancias tratando de superar adversidades e impulsar el alcance de objetivos propuestos. No es fácil llegar al centro dispensador de salud, observando las carencias de medicamentos, camas e insumos en los distintos servicios, lo cual provoca desmotivación, conllevando a un estado anímico poco estable, pero los valores y principios que sustentan el trabajo solidario, orientan una labor donde se es creativo, abordando esas circunstancias con la mejor perspectiva posible a pesar de tantos inconvenientes.

Por su parte, uno de los desafíos más importantes es utilizar los conocimientos científicos apegándose a la actualización constante, para no estar al margen de los nuevos adelantos, sin perder la verdadera esencia solidaria, humanista e identificada con principios, valores, normas del trabajo colaborativo. De esa forma, irán superándose inconvenientes hasta tener un enfoque claro, preciso generador de oportunidades para ir estableciendo los criterios de mayor incidencia pertinentes a lograr la recuperación de la salud, sin importar las debilidades, problemas y deficiencias actuales.

Para Bembibre (2010), el reto "hace referencia a un desafío o una actividad (física o intelectual) que una persona debe realizar sobreponiéndose a diferentes tipos de dificultades, porque precisamente está revestida de dificultades y complejidades" (p.1). Según estas ideas, es pertinente demostrar una actitud totalmente compaginada con la necesidad de continuar adelante venciendo todas esas situaciones caracterizadas por la presencia de hechos donde se amerita una actuación decorosa.

Por otro lado, Navarro (2014) conceptualiza al desafío como "proyectos a corto, medio y largo plazo, con objetivos difíciles de conseguir cuando se pretende lograr el éxito y eso conlleva el esfuerzo, la lucha y la tenacidad" (p.1). En consecuencia, alude presentar alternativas viables de solución con el propósito de emprender la batalla contra aquellos factores intervinientes y de esa manera perfilar otros senderos más ajustados al ánimo, las fuerzas para ir incrementando las posibilidades de éxito.

Ahora bien, la perspectiva según Nicuesa (2014) "es el punto de vista concreto, particular y subjetivo que tiene una persona sobre un tema en concreto" (p.1). En consonancia, a lo dispuesto, es una forma de visualizar ciertos hechos teniendo presentes los valores, para de este modo focalizar el interés hacia brindar opciones representativas, para el tratamiento de cuestiones presentes y futuras.

En resumen, los retos, desafíos y las perspectivas constituyen elementos fundamentales dentro del entorno donde el talento humano de enfermería cumple sus diferentes funciones y al mismo tiempo todos esos componentes inciden en su vida personal, porque asume distintos roles, ameritándose la aplicación de estrategias. En este sentido, es beneficioso seguir adelante con la firmeza, la capacidad e interés por mantenerse ubicados en una posición de equilibrio, inventando, innovando cuando sea necesario, pero nunca quedarse sumidos en las dificultades del quehacer diario.

5.6.1 Opinión de un Profesional de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal/Pediátrica.

El profesional de enfermería en su labor posee múltiples experiencias vividas en la Unidad de Cuidados Intensivos, enfrentadas a diversos problemas y limitaciones, pero aun así se busca lograr con el objetivo de la enfermería que es el mantenimiento, promoción y prevención de la salud, en el cual cada profesional tiene una perspectiva de la profesión y la ejecutan de acuerdo a su formación. Seguidamente, se transcribe textualmente la opinión de una (1) enfermera que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal con respecto a su

experiencia profesional vivida en estas Unidades Clínicas, el cual fue entrevistada el 10 (10) de marzo de dos mil veintitrés (2023) por el de investigador con preguntas abiertas para conocer un poco acerca de sus experiencias en la Unidad.

Neonatal:

Y. L, soy enfermera tipo I, soy T.S.U En enfermería egresada de la Universidad Nacional Experimental de las Fuerzas Armadas (UNEFA), estudiando actualmente la licenciatura en la Universidad Experimental Rómulo Gallegos. Tengo solo cuatro (4) meses en la Unidad. A pesar de no haber trabajado en este servicio y mi cargo fue para acá, he aprendido demasiado me parece una experiencia bastante bonita, me ha tocado compartir con personas muy amables y dispuestas a brindarme su apoyo para enseñarme y así poder dar una buena atención a los recién nacidos.

Muchas veces se nos limita la atención a los neonatos, y la principal son los ventiladores porque hay veces que están algunos dañados o los que están buenos se encuentran ocupados por otros neonatos y por eso se deben buscar otras alternativas como colocar el Van CPAP, sin contar con la falta de insumos que afecta a todos los servicios del hospital y no nos permite hacer los procedimientos como es correspondiente.

Mi mayor reto y perspectiva es aprender cada día más, para ser una excelente profesional, como las colegas que se encuentran en el servicio con más tiempo y experiencia, mi fortaleza es tener la iniciativa de ayudar a todo el equipo.

A las nuevas generaciones que estudien esta carrera porque realmente tengan la vocación para aprender y brindar una buena atención, que adquieran todos los conocimientos posibles en su etapa de estudiante y que acepten los retos de pasar servicios, ya que este es maravilloso y es fundamental para la dilución de medicamentos.

Pediátrica:

Z. H, soy enfermera tipo II, soy Licenciada en Enfermería egresada de la Universidad Nacional Experimental de las Fuerzas Armadas (UNEFA), licenciatura en la Universidad Experimental Rómulo Gallegos. Tengo 11 años en el servicio. Las limitaciones en el servicio y en el hospital completo primordialmente la falta de insumos, esto hace que mi trabajo se vea limitado ya que sin material para trabajar es poco lo que se puede hacer.

Pienso que mis fortalezas en este servicio son ms conocimientos, mi experiencia y el amor que le tengo a mi trabajo, al área de cuidados intensivos, no es un lugar, son las condiciones adecuadas para la atención del paciente que lo amerite, a pesar de las carencias siempre se encontrara la manera de hacer lo posible, todo está en la esencia de cada persona, el amor a tu trabajo, a tu servicio y a tu paciente.

Enfermería es vocación , a los nuevos profesionales, solo les puedo decir que hagan su trabajo con amor, que tengan mucha empatía, los cuidados de enfermería van mucho más allá que solo la administración de medicamentos, sientan con el alma cada una de sus acciones y siéntanse orgullosos de hacer el bien por alguien más, no pierdan la esencia de los que es ser enfermer@, su mayor recompensa será ver a su paciente recuperado, tengan sentido de pertinencia en la institución en donde presten su servicio hagan siempre lo correcto así nadie lo agradezca, sean sinceros con ustedes mismos, y pregúntense, ¿en verdad quiero ser enfermer@? Y de no ser así, siempre tendrán la oportunidad de estudiar otra carrera.

Muchas veces se nos limita la atención a los neonatos, y la principal son los ventiladores porque hay veces que están algunos dañados o los que están buenos se encuentran ocupados por otros neonatos y por eso se debe buscar otras alternativas como colocar el van CPAC, sin contar con la falta de insumos que

afecta a todos los servicios del hospital y no nos permite hacer los procedimientos como es correspondiente.

Mi mayor reto y perspectiva es aprender cada día más, para ser una excelente profesional, como las colegas que se encuentran en el servicio con más tiempo y experiencias, mi fortaleza es tener la iniciativa de ayudar a todo el equipo.

A las nuevas generaciones que estudien esta carrera porque realmente tengan la vocación para aprender y brindar una buena atención, que adquieren todos los conocimientos posibles en su etapa de estudiante y que acepte los retos de pasare servicios, ya que este es maravilloso y es fundamental para la dilución de medicamentos.

5.6.2 Opinión del participante del CEGE (investigador) sobre la experiencia profesional desarrollada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital.

La experiencia vivida por mi persona en esta unidad clínica, durante mis prácticas profesionales, fue muy bonita y en sus momentos satisfactorias, a pesar de ciertas limitaciones y dificultades que se presentan diariamente por la situación actual, siempre se buscaba las maneras de resolver con el fin de lograr el objetivo de enfermería para resguardar y proteger la vida del paciente, el personal del equipo de salud intensivo siempre estuvo dispuesto a impartir sus conocimientos y habilidades para saber el cómo se atenderían a los paciente y el porqué de cómo administrar ciertos fármacos (resaltando que no todo el personal tenía esta empatía y trato amable para innovar esos conocimientos).

En cuanto a las limitaciones y dificultades que se me presentó fue el no contar con los insumos para su uso ante cualquiera situación de emergencia y así ofrecer una correcta atención al paciente, por ese motivo me sentía cerrada, y allí tenía que solicitarle al familiar y esperar a que solventaran porque en algunos casos muchos no tenían los recursos. Aunque siempre con lo mucho o lo poco que contaba el servicio para su momento y con los conocimientos previos se buscó la

mejor manera de resolver ofreciendo una buena atención. Por otro lado, entre mis fortalezas como profesional ante este servicio fue mantener un buen diálogo para saber dirigirme a los familiares manteniendo ese contacto físico de manera amable y empática. Finalmente, sugiero a los futuros profesionales es que tenga muchas ganas de estudiar y sobre todo de aprender para que sean exitosos en esta hermosa profesión manteniéndose siempre humildes y ofreciendo sobre todo servicios de calidad.

Conclusiones

El abordaje de la investigación, permitió asumir favorablemente el caso clínico, cumpliendo diferentes objetivos pertinentes al proceso enfermero, logrando valorar al neonato de seis de vida de nacido, de un modo objetivo utilizando el examen físico. Arrojando que presentaba una piel reseca, con presencia de hematomas en miembros inferiores, pupilas isocóricas, abdomen globoso doloroso a la palpación, pene y testículos de acuerdo a la edad gestacional, prepucio adherido al glande y el meato. En otras palabras, la apariencia corporal estaba deteriorado producto de la malformación congénita derivada de la Gastrosquisis, caracterizada por el defecto de la pared abdominal. Al valorar de manera subjetiva utilizando las teorías de Ramona Mercer y Kristen Swanson, se identificaron necesidades como el estrés, temor, el riesgo infeccioso por la exposición de las vísceras y la relación física de la madre con su hijo.

Igualmente, el proceso diagnóstico fue útil para reconocer los conceptos alterados, acordes a los datos obtenidos al utilizar la taxonomía NANDA (2021-223), logrando de este modo tener los criterios e información valiosa para formular las intervenciones de enfermería. Por consiguiente, constituyo una labor sistemática, organizada, secuencial y coordinada desarrollada con la finalidad de fortalecer competencias, ganar la experiencia laboral necesaria en la atención de los neonatos, afrontando cada tarea con la debida responsabilidad e intención de aportar contribuciones satisfactorias.

En atención al seguimiento de los lineamientos metodológicos- teóricos, se alcanzó a planificar acciones de enfermería, teniendo como respaldo el uso del sistema NOC 2021-2023), considerando las líneas directrices de Mercer, Orlando y Swanson. Entre ellas resaltaron las acciones de monitoreo y registro de los signos vitales por hora en el turno de pasantías, actividades de confort del neonato,

aseo e higiene y otras donde se demostró el sentido humanista, social e integral para lograr avances positivos.

Asimismo, se ejecutaron acciones e intervenciones de enfermería de acuerdo a las teorías mencionadas para la atención de los problemas y necesidades, con la adecuada y preparación del tratamiento indicado al neonato, la toma de muestra de sangre de laboratorios e información permanente a la madre. Por lo tanto, el trabajo realizado estuvo concentrado en brindar los cuidados, atenciones requeridos acorde a diferentes situaciones afrontadas desde una perspectiva científica, humanística y social, preservando una línea de acción compaginada con los modelos seleccionados, en un marco de buen entendimiento con todos los corresponsables de garantizar la vida en UTN.

En esta dirección, el trabajo efectuado fue valioso al momento de evaluar la evolución del neonato de acuerdo a los resultados de las acciones de enfermería ejecutadas, comprobando que se logró prevenir la aparición de lesiones en la piel del RN, facilitando el recibiendo de nutrientes requeridos, mediante la (NP) vía endovenosa. Igualmente, gracias a las gestiones realizadas se adquirieron los medicamentos para el cumplimiento del tratamiento farmacológico de los neonatos, realizándose reporte de enfermería correspondiente al turno asistido.

Finalmente, se indica que la experiencia con la aplicación del proceso enfermero fue fructífera, llenó las expectativas trazadas, logrando atender las necesidades del neonato de sexo masculino de seis (6) días de Vida, con diagnóstico de Gastrosquisis, ingresado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar. El trato ofrecido por el talento humano enfermero constituyó un respaldo eficiente para fortalecer competencias e impulsar una vocación de servicio más fuerte, bien definida e identificada con valores fundamentales como la solidaridad, el altruismo, la colaboración permanente y la comprensión del dolor ajeno.

Recomendaciones

A los Padres

- En caso de que la madre tenga una nueva gestación, debe efectuarse el adecuado control del embarazo para detectar a tiempo cualquier malformación congénita.
- Informar tanto a la madre como al padre acerca de cómo prevenir el desarrollo de enfermedades durante el embarazo, tanto en su forma clásica como tardía.
- Apoyar a los padres con la intención de que logren superar adversidades e incrementen su nivel de autoestima.
- Fortalecer la unión familiar con tratos armónicos, equilibrados que conlleven a luchar de forma colaborativa para cubrir las necesidades de sus otros hijos.

Al personal de enfermería

- Seguir proporcionando una atención oportuna y específica a los neonatos que presente Gastrosquisis
- Efectuar una comunicación asertiva que facilite el incremento de la autoestima y el manejo del estrés en los padres con niños recluidos en la UTIN.
- Ofrecer apoyo incondicional mediante palabras de estímulos que motiven el proceso de atención y relación con los neonatos.

- Continuar con la misma vocación de servicio demostrada hasta los momentos, con el propósito de materializar objetivos e impulsar nuevas experiencias de atención al neonato.

Al personal médico

- Fortalecer su preparación profesional con el fin de atender con mayor eficiencia los casos de Gastrsoquisis.

A la Institución de salud

- Gestionar los equipos quirúrgicos, medicamentos, equipos de bioseguridad e insumos necesarios con el fin de proporcionar una mejor atención a todos los usuarios que acuden a esta institución.
- Actualizar las estadísticas relacionadas con los casos de enfermedad Gastroquiasis del recién nacido en la Unidad de Neonatología del hospital.
- Empezar estudios vinculados con los distintos casos clínicos atendidos en los servicios de Unidades de Cuidados Intensivos de adulto, pediátrica y neonatal.
- Contratar a una mayor cantidad de profesionales de la salud con la finalidad de cubrir todos los servicios e impulsar una atención sin ningún tipo de inconvenientes respecto al talento humano capacitado.

A la universidad

- Brindar campos de estudio a todas aquellas personas que deseen ser profesionales en el área de enfermería.
- Actualizar el programa de enfermería constantemente de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos.

A los profesores

- Continuar con los procesos de asesorías y orientación, por ser mecanismos generadores de mayor claridad para que los estudiantes

obtengan los aprendizajes y guía fundamental para asumir los casos clínicos.

- Monitorear con mayor frecuencia el proceso de pasantías de los estudiantes, para detectar cualquier deficiencia y brindarles el apoyo requerido.
- Modernizar las estrategias didácticas para dinamizar el proceso de aprendizaje, con el fin de que los futuros profesionales tengan las herramientas modernas para tener el éxito deseado.
- Motivar a los estudiantes a que lleven a cabo sus labores con mayor firmeza, seguridad y entusiasmo, factores indispensables para materializar objetivos trazados.

A los estudiantes

- Realizar cursos, talleres y demás iniciativas donde logren adquirir nuevos conocimientos que vengán a complementar su formación en el área de enfermería y luego de obtener su título efectuar postrados relativos al área de su preferencia.
- Respetar en todo momento el conjunto de normas estipuladas en el hospital para la ejecución de las prácticas profesionales.
- Ejecutar cada uno de los deberes propios de las prácticas profesionales, manteniendo el enfoque, la disposición y motivación tan importante para sobresalir en el campo enfermero.
- Registrar información valiosa acerca de temas pocos comunes manejados en el área de la Unidad de Cuidados Intensivos e investigar sobre ello.
- Solicitar ayuda, orientación al talento humano especializado acerca de cómo realizar y aplicar su trabajo de investigación.

Referencias bibliográficas

- Antúnez, A. (14 de noviembre de 2018). Definición de objetivos. <https://virgulablog.es/programacion-didactica/elementos-de-la-programacion-didactica/objetivos/definicion-de-objetivos-segun-antunez/>
- Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería [NANDA]. (2021). *Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y clasificación 2021-2023* (12va ed). <https://www.udocz.com/apuntes/253496/north-american-nursing-diagnosis-association-nanda-2021-2023>
- Barboza J. (2016). MD. Especialista <https://www.nfabebe.com.ve/articulos/que-es-la-ucinlista> en Pediatría. Publicado el 12 de febrero 2016. Visitado el 23-11-2022.
- Bermúdez, E. y Narváez, L (2021). Proceso enfermero a neonato de sexo masculino de 3 días de vida, con diagnóstico de asfixia perinatal, ubicado

en la unidad de terapia intensiva neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega. (Trabajo de pregrado. Núcleo Nueva Esparta).

- Bermúdez, M. (2020). Proceso Enfermero a Neonato Masculino de 6 días de vida, con Diagnostico de Encefalopatía Hipóxico Isquémica, ubicado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega. (Trabajo de pregrado. Universidad de Oriente. Estado Nueva Esparta).
- Cao, C. (2018). Propósito. La definición. <https://ldefinicion.com/proposito/>
- Criado, I. (Publicado en el 2009, recuperado noviembre de 2017). Organización y estructura administrativa. Documentación sobre gerencia pública, del Subgrupo A2, Cuerpo Técnico, especialidad de Gestión Administrativa, de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Tema 5. <http://pagina.jccm.es/ear/descarga/A2T5.pdf>
- Clínica Universidad de Navarra. (s.f.). *Tratamiento*. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tratamiento>
- Código Deontológico de los Profesionales de la Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela. (2008). <https://licdojesusurbina.file.word.press.com>
- Cochran, W. (Publicado en el 2019, revisado/Modificado abr. 2021). La Gastrosquisis. <https://www.msmanuals.com/esve/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-digestivas-cong%C3%A9nitas/gastrosquisis>.
- Compilación de material bibliográfico del Hospital Dr. Luis Ortega. (s.f.). Ubicado en los archivos de la Biblioteca Dr. Miguel Salazar.

- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 36.860.
- Cortéz, F. (2001). Reseña histórica del Hospital “Dr. Luis Ortega”. *Bio medical magazine*.
- Drucker, Peter. (18 de agosto 2021). Definición de misión. <https://www.profiteditorial.com/las-cinco-claves-de-peter-drucker/>
- Departamento de enfermería- información adquirida de la cartelera informativa de la jefatura de enfermería (2022). Organigrama estructural y organigrama de la jefatura de enfermería.
- Feldkamp, MI. (2019) Carey JC, Sadler TW. Development of gastroschisis: review of hypotheses, a novel hypothesis, and implications for research. *Am J Med Genet Part A*. 2007-2019; 639-652. Doi: 10.1002/ajmg.a.31578 [PubMed]
- Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 32.650. (1983). Normas Sobre la Clasificación de Establecimientos de Atención Médica del Sub-sector Salud en Venezuela. Overblog. <http://maiquiflores.over-blog.es/article-normas-sobre-clasificacion-de-establecimientos-de-atencion-medica-del-sub-sector-salud-37528888.html>
- Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 41.796. (2020). Normas que Establecen la Clasificación de los Espacios o Establecimientos de Salud de la Red de Atención Integral del Sistema Público Nacional de Salud. Pandectas Digital. <https://pandectasdigital.blogspot.com/2020/02/normas-que-establecen-la-clasificacion.html?m=1>

- González G. (2015). Jaime Árbol de Problemas del Análisis al Diseño y Desarrollo de Productos Conciencia Tecnológica, núm. 50, julio-diciembre, 2015 (pp. 38-46) Instituto Tecnológico de Aguascalientes. México.
- Gómez, J. (2020). Proceso enfermero a paciente prematuro del servicio de cuidados intensivos neonatales del Hospital Luis Ortega con diagnóstico médico sepsis neonatal enfocada en la teoría de Dorothea orem. (Trabajo de Área de Grado- Núcleo Nueva Esparta).
- Google maps. Fuente: <https://mapcarta.com/es/W942019650>. (2022)
- Guía de las especialidades farmacéuticas spilva (2014-2015).vancomicina. <https://www.google.com/search?q=guia+spilva+especialidades+en+farmacos+2014&oq=guia+spilva+especialidades+en+farmacos+2014&aqs=chrome..69i57j33i160i5.16145j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Jiménez, A. (2020). *Definición de filosofía*. Concepto Definición. <https://conceptodefinicion.de/filosofia/>
- Kotler, M. (2012). *Definición de Vision*. Definición ABC. <https://www.definicionabc.com/general/vision.php>
- Larez. R. (02 DE Julio de 2012). <https://www.buenastareas.com/ensayos/Mision-Vision-Hospital-Luis-Hotega/4700822.html>
- León, M. (2022). *Proceso Enfermero a Paciente Adulto Masculino con Diagnóstico Médico Traumatismo Craneoencefálico Severo Ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos Dr. Pablo Ágreda Del Hospital Dr. Luis Ortega* (Tesis de pregrado, Universidad de Oriente).

- Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería. (2005). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 38.263. <https://www.docs.venezuela.justia.com>
- Ley Orgánica de Salud. (1998). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 36.579. <https://www.espromedbio.gob.ve>
- Rojas, Y. (2022). Proceso Enfermero Aplicado a Páciente Adulto con Enfermedad Renal Cronica Secundario a Uropatia Obstructiva con Diuresis Conservada en Tratamiento Dialitico en la Unidad Bolivariana de Hemodialis “Dr. Edgar Moglia”. (Tesis Pregrado. Universidad de Oriente)
- Romero, M. (2015). Proceso Enfermero a Paciente Masculino con una Idx De: Politraumatizado (Tce), Atendido en el Hospital Tipo Iv “Dr. Luis Ortega”, de Porlamar, Municipio Mariño Estado Nueva Esparta, en el Segundo Trimestre del Año 2015. (Tesis de Pregrado, Universidad Experimental Politécnica de las Fuerzas Armadas).
- Marcano, L. (2017). Proceso Enfermero a Paciente Masculino con una Idx De: Accidente Cerebro Vascular, Atendido en el Hospital Tipo Iv “Dr. Luis Ortega”, ee Porlamar, Municipio Mariño Estado Nueva Esparta, en el Primer Trimestre Del Año 2017. (Tesis de pregrado, Universidad Experimental Politécnica de las Fuerzas Armadas).
- Martínez, A. (Última edición: 9 de mayo del 2022). Definición de Valores. Recuperado de: <https://conceptodefinicion.de/valores/>. Consultado el 2 de noviembre del 2022.
- Moreno, S. (2014). Proceso Enfermero a Paciente Masculino con una Idx De: Politraumatizado (Tce), Atendido en el Hospital Tipo Iv “Dr. Luis Ortega”, de Porlamar, Municipio Mariño Estado Nueva Esparta, en Año

2014. (Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos).

- Neofax. manual de drogas neonatológicas (2014). Amikacina/Meropenem/Fluconazol/dextrosa al 10% y 5%/ gluconato de calcio. <https://www.casadellibro.com/libro-neofax-manual-de-drogas-neonatologicas-18-ed/9788479036256/1087708>
- Perez, J. y Merino, M. (Publicado: 2011. Actualizado: 2021). Definición de: Definición de reseña histórica. <https://definicion.de/resena-historica/>. <https://definicion.de/servicios-de-salud/>
- Rojas, V. (2015). *Departamento de Enfermería*. Slideshare. <https://es.slideshare.net/VeronicaGpe/departamento-de-enfermeria>
- Sánchez, A. (2021). *Definición de Localización*. Concepto Definición.
- Fuente: <https://conceptodefinicion.de/localizacion/>
- Salazar, M. (2022). Proceso enfermero a neonato de sexo masculino, con diagnóstico de malformación ano rectal: ano imperforado, ubicado en la unidad de la terapia intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega. (Trabajo de área de Grado-Núcleo Nueva Esparta).
- Vademécum. (2016). *Omeprazol*. <https://www.vademecum.es/amp/principios-activos-omeprazol-a02bc01>
- Vademécum. (2016). *Vancomicina*. <https://www.vademecum.es/amp/principios-activos-vancomicina-j01xa01>
- Zuñiga, A. (2015). Definición de Matriz FODA. Fuente: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/7790/1/ECUACE-2016-AE-CD00002.pdf>

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	Proceso enfermero a neonato de sexo masculino de seis (6) días de vida, con diagnóstico de gastrosquisis, ubicado en la unidad de terapia intensiva neonatal del hospital Dr.Luis Ortega de Porlamar.
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e- mail
Díaz González Rosangelica del Valle	ORCID:
	e-mail acilegnasor_zaid@Outlook.es

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

hospital Dr. Luis Ortega
unidad de cuidados intensivos neonatal
gastrosquisis
Ramona Mercer
Nanda Nic y Noc

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA	SUBÀREA
CIENCIAS DE LA SALUD	ENFERMERIA

RESUMEN (ABSTRACT):

La Gastrosquisis constituye un defecto congénito de todas las capas de la pared abdominal anterior, localizado a un lado del cordón umbilical normal (en general del lado derecho), a través del cual se hernia el contenido abdominal, desprovisto de cualquier tipo de envoltura. El presente trabajo tiene como objetivo aplicar el proceso enfermero al neonato de sexo masculino de seis (6) días de vida, con diagnóstico de Gastrosquisis ingresado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar. Desde el punto de vista teórico el proceso enfermero se sustenta en Ramona Mercer, Ida Orlando y Kristen Swanson. Por su parte, el aspecto metodológico estuvo apoyado bajo los principios del enfoque cuali-cuantitativo, porque existieron circunstancias donde fue necesario describir, caracterizar el fenómeno abordado y en otros casos los datos fueron cuantificados al trabajarse de manera objetiva. Igualmente, el método utilizado correspondió a la investigación acción participativa (IAP) y estudio de caso debido al intercambio permanente de información e interacción constante con los diferentes actores corresponsables de UTIN, teniendo además la observación participante, la entrevista no estructurada, revisión documental como técnicas propiciadoras de la recolección de la información. Finalmente, se indica que la experiencia con la aplicación del proceso enfermero fue fructífera, llenó las expectativas trazadas, logrando atender las necesidades del neonato y familia.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO ORCID / E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU X
Velásquez Ysabel					
	ORCID				
	E_MAIL	ysabelvelasquez2018@gmail.com			
	E_MAIL				
Lárez Julioscar	ROL	CA	AS X	TU X	JU
	ORCID:				
	E_MAIL	julioscarlarez@gmail.com			
	E_MAIL				
Sulbarán, Carlos	ROL	CA	AS X	TU X	JU X
	ORCID:				
	E_MAIL	sulbarancarlos55@gmail.com			
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

AÑO	MES	DÍA
2023	04	28

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
NNECTG_DGRD2023	.docx
NNECTG_DGRD2023	.pdf

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F G
H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v
w x y z. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9.

ALCANCE

ESPACIAL: inespacial

TEMPORAL: intemporal

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Licenciada en Enfermería

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Licenciatura

ÁREA DE ESTUDIO:

Ciencias de laSalud

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

JUAN A. BOLANOS CURVELO
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/marija

Apartado Correos 094 / Telfs: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

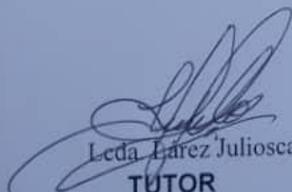
DERECHOS

Artículo 41 del reglamento de trabajo de pregrado (Vigente a partir del III semestre 2009, Según comunicado CU-034-2009). "Los Trabajos de Grado son Propiedad exclusiva de la Universidad y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien lo participará en Consejo Universitario"

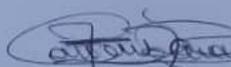


Díaz González Rosángelica del Valle

AUTOR



Leda Lárez Julioscar
TUTOR



Ledo. Carlos Sulbaran
JURADO



Leda. Velásquez Ysabel
JURADO

POR LA COMISION DE TRABAJO DE GRADO