

INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO

“SAN GABRIEL”

CONDICIÓN

UNIVERSITARIO



CARRERA DE TECNOLOGÍA SUPERIOR EN ENFERMERÍA

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Tecnóloga Superior
en Enfermería

TRABAJO DE TITULACIÓN

"CUIDADOS DE ENFERMERÍA DIRIGIDOS A UN ADOLESCENTE
CON MICROTIA DEL BARRIO ARUPOS DEL NORTE, RIOBAMBA.
MAYO – JUNIO 2022."

Autora: Karen Madeleyne Cartuche Roque

Tutora: Lic. Jessica Belén Arévalo Chavarrea

Riobamba – Ecuador

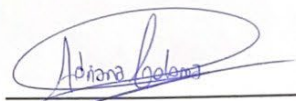
SEPTIEMBRE - 2023

CERTIFICACIÓN

Los miembros del tribunal de graduación de la investigación titulada: " CUIDADOS DE ENFERMERÍA DIRIGIDOS A UN ADOLESCENTE CON MICROTIA DEL BARRIO ARUPOS DEL NORTE, RIOBAMBA. MAYO – JUNIO 2022", presentado por: Karen Madeleyne Cartuche Roque y dirigido por: Lic. Jessica Belén Arévalo Chavarrea. Una vez escuchada la defensa oral y revisado el trabajo final de la investigación con fines de graduación escrito. Da cumplimiento con las observaciones realizadas, remite el presente para uso y custodia en la biblioteca del Instituto Superior Tecnológico San Gabriel.

Para constancia firman:

Lcda. Adriana Gisela Coloma Llango.
Presidente del tribunal



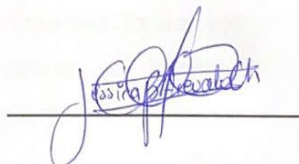
Lcda. Jimena de los Ángeles Salazar
Aroca.
Miembro 1



Lcda. Daysi Pamela Acosta Lalaleo.
Miembro 2



Lcda. Jessica Belén Arévalo Chavarrea
Asesor de tesis



Nota del trabajo de titulación

8,75

AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Declaro que la investigación es absolutamente original, auténtica, y personal. Los resultados y conclusiones a los que se han llegado son de absoluta responsabilidad y corresponden exclusivamente a: Cartuche Roque Karen Madeleyne (autora), Jessica Belén Arévalo Chavarrea (tutora) y el contenido de la misma al Instituto Superior Tecnológico "San Gabriel"



Karen Madeleyne Cartuche Roque
NUI. 070442088-4

DEDICATORIA

Este proyecto lo dedico a Dios, mis padres y a mi hijo, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida y ser el motor de todas mis metas y logros.

A los docentes del Instituto quienes hicieron un gran esfuerzo para poder compartir sus conocimientos de la misma manera con paciencia, amor y espíritu de ayuda me guiaron para poder seguir con esta actividad.

Karen

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por ser guía fundamental para alcanzar mi meta profesional, a mis padres y a mi hijo quienes fueron mi apoyo en todo momento. El agradecimiento más sincero a todos los docentes y personal del Instituto San Gabriel, por confiar en mí, por su apoyo incondicional y su paciencia.

Karen

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	xi
CAPÍTULO 1: MARCO REFERENCIAL.....	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Justificación	5
1.3. Objetivos.....	6
1.3.1. Objetivo General.....	6
1.3.2. Objetivos Específicos	6
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Generalidades de la microtia.....	7
2.1.1. Etiología.....	7
2.1.2. Fisiopatología de la microtia	7
2.1.3. Síntomas y signos	8
2.1.4. Clasificación de microtia	9
2.1.5. Hipoacusia.....	10
2.1.6. Clasificación de la hipoacusia.....	11
2.1.7. Diagnóstico de la microtia.....	12
2.2. OTOSCOPIA.....	12
2.3. AUDIOMETRÍA TONAL LIMINAR.....	13
2.4. POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS (PEA)	13
2.4.1. Comportamiento y desarrollo social.....	14
2.4.2. Tipos de cirugía	14
2.5. CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANAL AUDITIVO	17
2.5.1. Complicaciones	17
2.5.2. Tratamiento	18

2.5.3. Técnica Quirúrgica.....	18
2.5.4. Cuidados postoperatorios.....	19
2.5.5. Ayudas Auditivas.....	19
2.5.6. Tipos de ayudas auditivas.....	20
2.5.7. Implante coclear.....	21
2.5.8. Proceso de atención de enfermería.....	21
2.6. PASOS DEL PAE.....	24
2.6.1. Cuarta etapa: Ejecución: La fase de ejecución:.....	25
CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO.....	27
3.1. Tipo de investigación.....	27
3.2. Diseño de investigación.....	27
3.3. Enfoque de la investigación.....	27
3.4. Población y muestra.....	27
3.5. Métodos de investigación.....	27
3.6. Técnicas e instrumentos de investigación.....	28
3.7. Plan de análisis de los datos obtenidos.....	28
3.8. Aspectos éticos de la investigación.....	28
CAPÍTULO 4: DESARROLLO DEL PAE.....	29
4.1. Valoración.....	29
4.2. Descripción del caso clínico.....	29
CAPITULO 5: PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	39
5.1. Planificación.....	40
5.2. Discusión de Resultados.....	52
CONCLUSIONES.....	53
RECOMENDACIONES.....	54

BIBLIOGRAFÍA.....	55
GLOSARIO	58
ABREVIATURAS	59
ANEXOS	60
ANEXO 1. APROBACIÓN DE LA SOLICITUD POR LA DIRECTIVA DEL BARRIO	60
ANEXO 2. ASENTIMIENTO INFORMADO.....	61
ANEXO 3. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS.....	63
ANEXO 4. TRÍPTICO DE LA MICROTIA.....	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Valoración por patrones funcionales	36
Tabla 2. Plan de cuidados: Mejorar su autoconcepto.	40
Tabla 3. Plan de cuidados: Baja autoestima situacional.	41
Tabla 4. Plan de cuidados: Trastorno de la imagen corporal.	42
Tabla 5. Plan de cuidados de Interrupción de los Procesos Familiares.....	43
Tabla 6. Cronograma de las actividades del PAE.....	45

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1.	Firma de asentimiento informado.....	63
Fotografía 2.	Toma de medidas antropométricas.....	63
Fotografía 3.	Toma de temperatura	64
Fotografía 4.	Toma del peso.	64
Fotografía 5.	Aplicación de la entrevista.	65
Fotografía 6.	Exposición e información sobre la microtia.....	65
Fotografía 7.	Explicación didáctica de la microtia.	66
Fotografía 8.	Cartas con cualidades y virtudes de cada uno.....	66
Fotografía 9.	Tríptico con toda la información.....	67
Fotografía 10.	Salida recreativa en el parque.	67
Fotografía 11.	Película relacionada con la autoestima.....	68
Fotografía 12.	Ejercicio de recopilación de anécdotas.....	68
Fotografía 13.	Ejercicio de relajación	69
Fotografía 14.	Comentarios sobre anécdotas.	69
Fotografía 15.	Cena de agradecimiento brindada por mí.....	69

RESUMEN

La microtia es una malformación congénita del oído externo, que presenta una alta prevalencia en nuestro país afectando a 10 por cada 10000 nacimientos. Comúnmente se asocia con pérdida de la audición; sin embargo, su etiología es poco conocida, cobrando gran importancia en nuestro medio los conocimientos de sus características. Para la presente investigación se hizo un análisis de caso de tipo descriptivo, donde se hizo una valoración a un paciente adolescente de sexo masculino. Con base a esta valoración se creó y aplicó una estrategia de atención de enfermería personalizada donde las actividades han estado encaminadas al mejoramiento de los patrones identificados con deficiencias. Por medio de la participación de enfermería aplicada se pudo mejorar el conocimiento de los padres de familia y mejoramos los cuidados que se debe dar a estos pacientes con microtia. Al determinar las conclusiones del estudio realizado se pudo evidenciar que es necesario un abordaje a los padres de familia desde el nacimiento para garantizar los cuidados pertinentes que necesitan estos pacientes con microtia y contribuir a lograr una mejor calidad de vida en los mismos. La planificación de atención de enfermería a un paciente debe ser personalizada y reconocer las restricciones de acción, derivando a otro profesional al paciente constantemente que este lo necesite. Al concluir la presente investigación se recomendó la promoción de un correcto cuidado tanto emocional como informativo en los adolescentes con esta patología con la intención de prevenir problemas futuros por la nula información así mismo evitar trastornos emocionales como depresión, ansiedad y tristeza tan comunes en este tipo de patologías.

Palabras clave: Microtia, pérdida auditiva, cuidados.

SUMMARY

Microtia is a congenital malformation of the external ear, which has a high prevalence in our country, affecting 10 per 10,000 births. Commonly associated with hearing loss; however, its etiology is little known, and knowledge of its characteristics is gaining great importance in our environment.

For the present investigation, a descriptive case analysis was made, where an assessment was made of a male adolescent patient.

Based on this assessment, a personalized nursing care strategy was created and applied where the activities have been aimed at improving the patterns identified with deficiencies. Through the participation of applied nursing, it was possible to improve the knowledge of parents and we improved the care that should be given to these patients with microtia.

When determining the conclusions of the study carried out, it was possible to show that an approach to parents from birth is necessary to guarantee the relevant care that these patients with microtia need and contribute to achieving a better quality of life in them. Nursing care planning for a patient must be personalized and recognize the restrictions of action, constantly referring the patient to another professional who needs it.

At the conclusion of this investigation, the promotion of proper emotional and informational care in adolescents with this pathology was recommended with the intention of preventing future problems due to the lack of information, as well as avoiding emotional disorders such as depression, anxiety and sadness so common in this type of pathologies.

Keywords: Microtia, hearing loss, care.

INTRODUCCIÓN

La microtia es una deformidad congénita del oído externo que no se desarrolla completamente en el primer trimestre del embarazo. En otras palabras, es una enfermedad caracterizada por una pequeña ala que hace que la oreja afectada se vea más pequeña y cambie su forma. En el 90% de los casos, solo se ve afectado un oído, lo que se conoce como microtia unilateral. Si ambos oídos están afectados, se llama microtia bilateral y requiere atención inmediata. Típicamente, el 65% de los casos ocurren en niños y solo el 35% en niñas. El oído derecho tiene casi el doble de casos de microtia que el oído izquierdo (1).

Los niños con esta patología tienden a desarrollarse normales y tener una vida sana. Pero hay casos que los niños con microtia pueden tener problemas de autoestima por esa razón les preocupa que sean significativamente diferentes de otros niños. Existen grupos de apoyo para padres de familia, los cuales también pueden ayudar a las familias con bebés con microtia. Es importante comunicar a los padres del niño los aspectos más significativos de esta condición para que tengan para que tengan conocimiento del tema y sepan sobre la aceptación porque es una base fundamental a nivel familiar y de esto depende el desarrollo emocional del niño, también se deben dar a conocer las alternativas para mejorar la calidad de vida de su hijo para contribuir a que el paciente pueda desarrollarse adecuadamente en los diferentes ambientes sociales.

La presente investigación propone trabajar en la atención de enfermería con un paciente adolescente con microtia, ya que es importante la correcta orientación e información dirigida hacia los padres de familia y el paciente con esta condición particular de salud.

El informe de la investigación realizada está estructurado en cinco capítulos:

Capítulo I. Marco referencial: En este capítulo se expone el planteamiento del problema, objetivos generales y específicos, y la justificación; elementos que ayudan a establecer el objeto de estudio con la problemática a investigar y la propuesta de solución para el mismo.

Capítulo II. Marco teórico: Incluye el sustento teórico de cada uno de los elementos desarrollados en la investigación. Se hace referencia al posicionamiento teórico científico y cada una de las bases que apoyan la ejecución del proyecto diseñado.

Capítulo III. Marco Metodológico: Se describe el procedimiento metodológico de la investigación, el tipo de estudio, población y la muestra, además de los instrumentos usados para la recolección de datos, y el plan de análisis de cada uno de ellos.

Capítulo IV. Análisis e interpretación de datos empíricos: se incluyen los datos de la elaboración de la historia clínica y la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Capítulo V. Proceso de atención de enfermería, análisis y discusión de resultados: En este capítulo se desarrolla la propuesta del proceso de atención de enfermería realizado y se exponen los resultados obtenidos de la ejecución de las acciones de enfermería determinadas para dar cumplimiento a los objetivos planteados.

Finalmente se desarrollan las conclusiones y recomendaciones del estudio, así como los anexos que evidencian las actividades desarrolladas y los instrumentos de investigación aplicados.

CAPÍTULO 1: MARCO REFERENCIAL

1.1. Planteamiento del problema

La microtia es una deformidad de nacimiento que afecta al pabellón auditivo, comúnmente conocido como oreja, del recién nacido. Por lo tanto, el oído es físicamente pequeño o incluso físicamente ausente en el caso de la anotia. Puede afectar solo un lado, microtia unilateral, o ambos lados, microtia bilateral (1).

Su prevalencia varía según la región en la cual se evalúe. En el estudio de “Malformaciones congénitas auriculares en Chile y Latino América: Una visión epidemiológica del ECLAMC del período 1995-2008” menciona que la prevalencia en países tercer mundistas como: en España es del 2,05%; en China con el 1,40%; en USA-Atlanta con el 1,28%; en Francia – Paris con el 0,50%; en Inglaterra y Gales con el 0,25% por cada 10.000 nacimientos vivos. La prevalencia de la microtia en Latinoamérica es: en Bolivia con el 16,7%; en Santiago de Chile es del 8,76%; en Colombia es del 7,6%; en México es del 6,22%; en Chile es del 5,10%; en Argentina es del 4,3%; en Venezuela es el 3,9%; en Brasil el 3,4%; en Paraguay el 3,0%; en Uruguay con el 1,8% por cada 10.000 nacimiento vivo (1).

La prevalencia en la población, en realidades sanitarias como la nuestra, es un dato difícil de obtener porque no existe un registro completo en el sistema nacional de salud. No obstante, algunas fuentes revisadas aseguran que la microtia en Latinoamérica es altamente prevalente y varía entre 0.8% a 17.4% por cada diez mil nacidos vivos. En una publicación de González-Andrade y cols en el 2010 que recopiló 1298 casos registrados en las estadísticas de hospitales públicos del período 2001 a 2007, notifica que es de 2.38% por cada 10000 nacidos vivos cuya casuística más elevada se registra en Guayas del 46.5%, en Pichincha del 17.7%, Tungurahua del 9.7%, Chimborazo del 8.3% y Azuay del 4.8%, por otro lado, en el estudio ejecutado por Milton Jijón, en la ciudad de Quito, genetista pediátrico, ha determinado que “Quito es la capital mundial de la microtia”, ya que analizó 204 casos en niños de diferentes rangos de edades y regiones, de los cuales el 89,75% provenían de la región Sierra, un 9,8 % de la Costa y 2,45% de la Amazonía, concluyendo que Quito tiene 5 veces en demasía los casos de esta patología que el resto de países sudamericanos (2).

En Chimborazo, la población de niños con microtia es principalmente urbana, con un 60% y un 40% en el área rural. Según datos estadísticos sobre los diferentes factores que perjudican a la anatomía del oído y las consecuencias de la microtia infantil, en el cantón Riobamba el 32,3% de los niños y niñas padecen de esta patología (3).

En el barrio Arupos del Norte de la ciudad de Riobamba se identificó a dos pacientes adolescentes con microtia en el censo realizado por parte de los líderes comunitarios en busca de pacientes con discapacidad en la localidad. Uno de ellos los familiares solicitaron ayuda para su atención en el otro caso los familiares no deseaban la atención a pesar de referir los padres que el paciente duerme poco, es agresivo con sus familiares y conocidos, a veces se niega a salir de su habitación y pasa solo con el celular cuando está en la casa. Por lo que se solicitó por parte de la directiva barrial la colaboración en cuidados a la salud de uno de los pacientes debido a que sus familiares supieron manifestar que el mismo refiere sentirse mal por el defecto de su oreja y siente que los demás le ven y le tratan diferente al resto de sus compañeros, se muestra poco receptivo con la ayuda que la familia trata de ofrecerle para mejorar su autoestima al identificar que este es el mayor problema que presenta el adolescente. (Anexo 1)

1.2. Justificación

La microtia no es muy conocida por parte de la población en general, incluso algunos profesionales de la salud también desconocen las características específicas de las dolencias que presentan estos pacientes. Los cuidados de un adolescente con microtia resultan complejos para la familia debido a la propia dificultad para abordar sus problemas y al desconocimiento de la mejor forma de atender sus necesidades.

La presente investigación pretende dotar al paciente de herramientas para contribuir a la superación personal y al autocuidado que requiere según su estado de salud actual y a las necesidades identificadas. Además, mediante este estudio se podrá contribuir a mejorar la condición de vida del paciente del estudio a través de las acciones de enfermería desarrolladas involucrando a los familiares en el proceso.

Es factible de ser desarrollada esta investigación debido a que se cuenta con la colaboración por parte los padres y del adolescente, a más de esto la facilidad de obtener información sobre el tema investigado con la finalidad de brindar la información, guía y orientación sobre el tratamiento de la microtia mediante la elaboración de un plan educativo en el hogar para pacientes con este tipo de patología.

En esta investigación el beneficiario directo es un adolescente de 12 años con microtia y los padres de familia que conocerán mejor de qué se trata esta enfermedad y cómo influye la importancia del cuidado de su hijo serán los beneficiarios indirectos del estudio.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Desarrollar un proceso de atención de enfermería dirigido a un adolescente con microtia mediante la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon para el mejoramiento de su calidad de vida.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Realizar el diagnóstico enfermero del paciente estudiado a través de la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon.
2. Determinar las necesidades de atención del paciente según los patrones funcionales identificados como alterados.
3. Ejecutar acciones de enfermería en el cuidado integral del adolescente con microtia evaluando su evolución.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Generalidades de la microtia

La palabra microtia proviene del latín “micro” = pequeña y “otia” = estado de la oreja, es una malformación del oído externo distinguida por un pabellón auricular con alteración variable en tamaño y forma. El pabellón auricular se origina La embriología y patología del primer y segundo arcos branquiales esto suele suceder entre la quinta y sexta semanas de embarazo debido a varios factores como la genética y la teratogenicidad, anormalidades vasculares, entre otros, que influyen en su normal desarrollo intrauterino, Esta malformación abarca un amplio espectro clínico de anomalías auriculares que se diferencian unas con otras en cuanto a su gravedad, desde las más simples hasta las más complejas como es la ausencia total de pabellón auricular o anotia (2).

2.1.1. Etiología

En la mayoría de los casos se desconoce la causa exacta de la microtia. Ya que la microtia es una enfermedad poco común, no se detecta en el ultrasonido prenatal. Las causas más probables son las siguientes:

- Al principio del embarazo, el oído externo está subdesarrollado debido al bloqueo del suministro de sangre causado por el feto que descansa sobre la madre o por la presión del cordón umbilical.
- Los niveles de oxígeno bajan durante el primer trimestre, lo que hace que los oídos dejen de desarrollarse.
- Uso excesivo de drogas y alcohol durante el embarazo, aunque esto es raro. Se sabe que el alcohol causa microtia en algunos fetos. El uso de metanfetamina durante el embarazo también puede causar microtia (1).

2.1.2. Fisiopatología de la microtia

La microtia se ha dividido en dos categorías descriptivas. El más común es el tipo lobulado, que consiste en una anomalía con densidad anormal sin formar una concha o canal auditivo en el remanente de cartílago. El tipo concha es menos común, los otros tienen una concha, trago y partes del canal auditivo externo más

reconocibles. Mayormente cuando tienen microtia aislada, el oído restante es simétrico o ligeramente superior al oído contralateral. El término distopia auricular se ha aplicado a los casos de macrosomía craneofacial severa. Los músculos mandibulares, maxilares, faciales y el nervio facial, también derivados del mismo arco branquial, se ven afectados en pacientes con microsomía craneal y pabellón auricular.

Algunos consideran que la microtia aislada es una expresión subclínica de la serie continua de microsomía craneofacial. En la distopia auricular, el oído micrótico se encuentra en posición inferior y anterior comparada con el lado contralateral (4).

La hipoplasia temporal y mandibular exagera esta condición, que presenta otro desafío para el cirujano reconstructivo porque los nervios del oído interno consisten en tejido extracorpóreo, la mayor parte tienen algún grado de sordera en el oído afectado. En casos de deformidades infantiles bilaterales, es posible lograr una audición aceptable con audífonos de conducción ósea. La cirugía de orejas generalmente se realiza después de la reconstrucción de orejas. Muchos pacientes con deficiencias unilaterales y audición normal en el lado sano son candidatos para la reconstrucción del oído medio y del canal auditivo. (4).

2.1.3. Síntomas y signos

Además de los efectos psicológicos que puede tener un oído desfigurado, un niño o adulto con microtia puede experimentar una pérdida auditiva severa. Mayormente, el oído externo, el canal auditivo y el oído medio se ven afectados. (1).

- Oído externo: La aurícula puede tener ligeros defectos estructurales hasta que se desarrolle.
- El canal auditivo: generalmente se estrecha y es posible que no se desarrolle.
- Oído medio: Es la parte situada detrás del tímpano. A menudo se ve afectado y los cambios pueden variar de una deformidad leve a severa del peroné.
- El oído interno es normal porque consta de diferentes tejidos fetales del oído medio y externo (1).

Por lo tanto, rara vez se ven afectados en el caso de la microtia. El verdadero problema, como se mencionó anteriormente, es que la conducción del sonido se ve obstaculizada por defectos en los complejos medial y externo (razón por la cual la sordera generalmente es conductiva) (1).

2.1.4. Clasificación de microtia

En esta clasificación tenemos de Hermann Marx en 1926. Cuya clasificación es conocida a nivel mundial. Sin embargo, la mayoría de los clínicos utilizan el sistema de clasificación de Hunter (2009), la misma que es utilizada dentro del manual del proyecto ECLAM en donde se considera la siguiente clasificación que va de menor a mayor afectación en el desarrollo del pabellón auricular (2).

- Microtia tipo I: se encuentran todas las partes del oído.
- Microtia tipo II: se evidencia el borde del hélix en forma de asa.
- Microtia tipo III: esbozos de pabellón auricular.
- Microtia tipo IV: también conocido como anotia, que es la ausencia total del pabellón auricular (2).

En el artículo titulado “Epidemiología y factores de riesgo para microtia en Colombia” realizado por García, Vega y otros en el año 2009 menciona que existe un 11,1 % de pacientes con microtia I, 70,4 % con microtia II y un 7,4 % con microtia III, teniendo en cuenta estas cifras como referencia para la comparación con los resultados que obtendremos en nuestra investigación (3). La segunda clasificación encontrada, fue descrita por Tanzer en 1978, hay cinco grados de malformaciones auriculares externas, con relación a la escala descendente de gravedad, que son aceptadas internacionalmente (5):

I. Anotia: ausencia de pabellón auricular.

II. Microtia (hipoplasia completa):

a. Con atresia del conducto auditivo externo.

b. Sin atresia del conducto auditivo externo

III. Hipoplasia del tercio medio de la oreja.

IV. Hipoplasia del tercio superior de la oreja:

- c. Oreja constreñida (oreja en copa o asa).
- d. Criptotia.
- e. Hipoplasia del tercio superior completo

V. Orejas prominentes

Todas éstas pueden presentarse en forma unilateral o bilateral. describen la misma clasificación propuesta por Tanzer, guiándose por la afección anatómica del pabellón auricular y conducto auditivo externo. La microtia se puede encontrar en casos solos o como parte de una comorbilidad a un síndrome. Definiéndose así: Microtia aislada La microtia aislada está limitada al oído externo, porque la herencia autosómica recesiva es responsable del 68% de estos defectos congénitos, en su mayoría se encuentran asociada a otras anomalías congénitas, entre las cuales se encuentran alteraciones craneofaciales, oculares, dependientes de los arcos branquiales, alteraciones esqueléticas y cardíacas (2).

Tipos de microtia

Las microtias se clasifican de acuerdo a su severidad y como aparecen, a continuación, se encuentra una descripción de los cuatro tipos de microtias.

- Tipo I: Aquí la oreja aparentemente se ve normal, pero tiene un ligero cambio en su tamaño, es la más leve.
- Tipo II: Se observa una parte del oído porque faltan algunas particularidades de la oreja y el canal auditivo puede ser angosto o cerrado. .
- Tipo III: las orejas que aparecen visualmente en forma de maní con lóbulos (donde se encuentra el diafragma) en la parte inferior, y este es el tipo más común. • Tipo IV: ausencia completa del oído externo (anotia), es el tipo menos común pero más severo (6).

2.1.5. Hipoacusia

La hipoacusia se conceptualiza como la disminución de la capacidad auditiva, que, dependiendo de la localización topográfica, grado de pérdida, momento de aparición y extensión, repercutirá en la calidad de vida de la persona ya sea en el ámbito laboral o social (7).

2.1.6. Clasificación de la hipoacusia

La clasificación de la hipoacusia depende de cuatro parámetros importantes los cuales permite distinguir e identificar adecuadamente, con la finalidad de establecer un diagnóstico preciso (7).

✓ **Según la etiología**

- Idiopática: no se identifica la causa de la desaparición del audio.
- Genética: presente al nacer como la caso de la microtia o durante el desarrollo del individuo.
- Adquirida: se obtiene posterior al nacimiento a causa de diversos factores como: traumatismo, exposición al ruido, presbiacusia, ototoxicidad, etc. (8).

✓ **Según la extensión**

- Unilateral: hipoacusia solo en un oído, ya sea derecho o izquierdo.
- Bilateral: hipoacusia en oído derecho y en oído izquierdo (9).

Según la localización Existen cuatro tipos de hipoacusia:

Conductiva, Mixta, Sensorio neural y Neurosensorial. En la microtia se encuentra asociada a una pérdida de audición conductiva entre 96% y sensorio neural del 8% de los oídos afectados. La prevalencia de hipoacusia sensorio neural es poco frecuente entre los pacientes con microtia pues el desarrollo del oído interno es por separado de la audición interna y externa, sin embargo, esto se ve afectado cuando se encuentran asociados a síndromes craneofaciales o anomalías congénitas, encontrándose en la microtia entre un 3 a 5%, mencionado (10).

Audición normal: no existe pérdida auditiva, los umbrales auditivos se sitúan entre 0 y 20 dB (11).

• Deficiencia auditiva ligera o leve: Esta pérdida comprende entre los 21 dB y 40 dB. El habla conversacional es audible a pesar de que existe dificultad para escuchar en voz baja y cuando se encuentran lejana.

• Deficiencia auditiva mediana o moderada: Esta pérdida comprende entre los 41 dB a 70 dB. El habla conversacional es audible cuando se incrementa un poco la voz. El usuario se ayuda de labio lectura para comprender mejor.

- Deficiencia auditiva severa: Esta pérdida comprende entre 71 dB a 90 dB. El habla conversacional es audible cuando es gritada. Los únicos sonidos percibidos son los ruidos fuertes.
- Deficiencia auditiva profunda: Esta pérdida comprende entre los 91 dB a 120 dB. No existe la percepción de la palabra.
- Deficiencia auditiva total: La pérdida es de 120 dB. Sordera total o Cofosis (60,61). En relación a la microtia el grado de pérdida auditiva es distinta , por lo tanto depende del tipo y grado de microtia y las comorbilidades asociadas a ésta (11).

2.1.7. Diagnóstico de la microtia

La sistematización de la detección precoz auditiva en la microtia refleja la evolución de las prácticas referentes a las pérdidas auditivas, teniendo en cuenta el papel fundamental de la precocidad del diagnóstico y del tratamiento, para limitar la repercusión sobre el habla y el lenguaje, como lo menciona el artículo “Estrategia diagnóstica y terapéutica en las sorderas infantiles” de Granade y Truy del año 2017. El diagnóstico de la microtia se puede realizar desde el nacimiento, ya que es una patología evidente, corroborando con las pruebas subjetivas y objetivas adaptadas a la edad. El pronto diagnóstico de los trastornos auditivos ocasionados por la microtia se identifica luego del análisis de los factores de riesgo, signos de alerta en la anamnesis, la otoscopia y la evaluación auditiva. En el caso de la microtia lo primordial es la observación directa del pabellón auricular guiada por la otoscopia para identificar el grado de microtia, luego se debe realizar un estudio auditivo, en busca del tipo y grado de hipoacusia cuya rehabilitación precoz depende el pronóstico (12).

2.2. OTOSCOPIA

La otoscopia es un método de observación de las estructuras externas y accesibles a la observación para lo cual se sigue el siguiente procedimiento; sentando el usuario y ubicando su cabeza en una posición estable, el evaluador observa ambos oídos, luego palpa el hueso mastoides, se debe utilizar el otoscopio con una mano y con la otra debe traccionar el pabellón del usuario, la tracción en adultos: el pabellón se tracciona hacia arriba y atrás con el objetivo de horizontalizar el

conducto auditivo externo del usuario, mientras que la tracción en niños: el pabellón se tracciona hacia abajo y hacia atrás y finalmente, se observa las coloraciones del CAE y de la membrana timpánica, la presencia o ausencia de retracción timpánica, perforación timpánica, líquido, tapón de cerumen, cuerpo extraño, etc., teniendo en cuenta que en la microtia lo importante es la observación directa del pabellón auricular, para definir el grado de microtia según sus características anatómicas y a su vez continuar o no con el procedimiento de otoscopia (13).

2.3. AUDIOMETRÍA TONAL LIMINAR

Es un examen subjetivo, es decir, se necesita la ayuda del usuario para poder consignar y representa una de las pruebas fundamentales en los estudios diagnósticos auditivos. Examina el funcionamiento, que se basa en la obtención de los umbrales mínimos de diferentes frecuencias de audición, se entiende como umbral auditivo la intensidad mínima que una persona necesita para detectar la presencia de un sonido. La audiometría tiene como objetivo principal establecer la existencia o no de una posible hipoacusia y como segundo objetivo es determinar topográficamente el lugar de lesión causante de la hipoacusia, diferenciando entre hipoacusias de conducción, mixtas, sensorio neural y neurosensoriales, considerando que en la microtia la pérdida auditiva más frecuente es la conductiva debido a que la afección principal se encuentra en el pabellón auricular y conducto auditivo externo, aunque en algunas ocasiones se ha presentado hipoacusia mixta y sensorio neural, dependiendo de las diferentes comorbilidades que se asocian a la misma (14).

2.4. POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS (PEA)

En la microtia se realiza este examen para descartar alteraciones a nivel de oído interno y vía auditiva ya que los potenciales evocados son fluctuaciones de voltaje en el tiempo generados en el sistema nervioso en contestación a los estímulos adecuados, el uso de este examen constituye un método objetivo para evaluar la función auditiva sin necesidad de la participación activa del usuario. La determinación de los potenciales evocados auditivos se efectúa mediante la colocación de electrodos en la superficie anterior del cráneo y las repuestas eléctricas se producen en extensión de la vía de audición, por esta razón en el

estudio de la importancia de este examen en ciertos pacientes que presentan microtia. Se dividen en potenciales evocados de tallo cerebral y potenciales evocados de estado estable (15).

- Potenciales evocados de tallo cerebral El objetivo de esta exploración es la brevedad en la que se genera la descarga neural, de forma sincrónica en la vía auditiva requerida para una adecuada detección de la respuesta global de la cóclea. Es una técnica muy útil para identificar los trastornos auditivos, ya que la mayoría de estos tienen dañada la región de alta frecuencia (15).
- Potenciales evocados de estado estable, el objetivo de la exploración es la obtención de umbrales auditivos por frecuencias. Estos valores se obtienen de forma doblemente objetiva, tanto para el explorador como para el sujeto a explorar (15).

2.4.1. Comportamiento y desarrollo social

Las personas con hipoacusia experimentan una reducción de la calidad de vida social y emocional, puesto que la hipoacusia unilateral supone una perturbación en la relación con los demás. La hipoacusia afecta a la interacción social, prefiriendo la relación de uno en uno, y añade dificultad en las conversaciones porque deben concentrarse mucho para entender las palabras. Según registros realizados por docentes, un 20 y 30% de los niños con hipoacusia unilateral tenían problemas de comportamiento como déficit de atención, distracción, retraimiento social, falta de cooperación o agresividad. Al menos un tercio se avergonzaba por su pérdida auditiva y se sentía inferior al resto de compañeros, esto perduraba en la edad adulta con sentimientos de frustración, vergüenza, molestia, confusión y falta de ayuda(16).

2.4.2. Tipos de cirugía

Actualmente hay tres alternativas para el mejoramiento aparente de la oreja:

- Reconstrucción autógena esto se hace con cartílagos del cuerpo.
- Reconstrucción usando un contorno artificial.
- Prótesis de oreja.
- Reconstrucción autógena (5):

La cirugía autor reconstructiva consiste en crear una oreja hecha de cartílago de costilla y tejido corporal de un niño. Como todos los tejidos le pertenecen, vive y crece con el niño. Es probable que dure el resto de vida del paciente (5).

El tallado de orejas es un arte difícil de lograr. Esta técnica requiere hasta dos sesiones y debe ser realizada por un profesional experto en esta técnica. Para que un cirujano especialista pueda reconstruir el cartílago autólogo, es necesario tener suficiente cartílago y esto suele ocurrir cuando el niño tiene entre 8 y 10 años. La reconstrucción óptima requiere que los cartílagos de las costillas tengan las medidas adecuadas para pulir los detalles del contorno y mantener la fuerza para mostrarlo por medio de la piel que lo cubre (2).

Aunque algunos cirujanos comienzan la cirugía reconstructiva Cuando el niño tiene 5 o 6 años, por supuesto, los mejores resultados se obtienen cuando el niño tiene 10 años o más. Sin embargo, las decisiones de equilibrio son tan importantes como los problemas psicológicos y las deformidades del niño. El cirujano debe explicar claramente la importancia de la reconstrucción oportuna y asegurar que el niño tendrá una vida mejor después de la operación. Los cirujanos no se ponen de acuerdo sobre la mejor secuencia de operaciones. Los pasos iniciales son similares, pero las estrategias y la implementación son diferentes. (1). La reconstrucción de la microtia requiere dos componentes principales. El primero es construir un marco con cartílago costal autógeno para remodelar los contornos de la oreja, y el segundo es cubrir el marco con piel residual de la piel contigua. La mayoría de las reconstrucciones, si no todas, se pueden realizar en dos fases con reparaciones mínimas en el medio. Es muy importante que un cirujano especialista realice una planificación completa, siempre teniendo en cuenta el sitio o ubicación de la oreja reconstruida; Esto es aún más importante en el caso de hipoplasia facial adicional (subdesarrollo) asociada con malformaciones del oído (8).

Reconstrucción con refuerzo artificial, se refiere a que, la oreja creada a partir del tejido del bebé está rodeada por una estructura protésica de polietileno flexible. Este tipo de reconstrucción es recomendable que se haga a partir de los 3 años de edad porque no es necesario esperar a que se desarrollen las costillas. Como la oreja no crecerá, debe ser unos milímetros más grandes que la otra para que la

oreja crezca sana, como se advierte varias veces , esta es una cirugía altamente especializada debe ser realizada por un experto.(3).

2.4.3. Prótesis (oreja artificial)

Cuando la reconstrucción del oído es exitosa, la elección de un oído artificial se vuelve menos común o a su vez si no queda otra alternativa. En algunos casos, por alguna razón, no se pueden realizar otras funciones regenerativas. Estas prótesis se basan en silicona, y están hechas a juego con las otras, también son detalladas y pintadas artesanalmente, para que coincidan mejor con el tono de la piel. Se puede fijar con adhesivo o se puede fijar con un marco de titanio implantado en la mastoides. La oreja protésica se sujeta a esta placa con clips o imanes(7).

La cirugía de implante de marco de titanio no se puede realizar hasta que el cráneo haya crecido lo suficiente, generalmente cuando el niño tiene 4 años. Deberá reemplazarlo regularmente, se puede quitar por la noche cuando duerme y es importante mantener una buena asepsia alrededor del área de inserción para evitar infecciones. Si está pensando en someterse a una cirugía plástica en el futuro, es muy importante que hable con su cirujano sobre la colocación exacta y así no interfiera con la posición correcta del oído subjetivo o del oído medio(7).

Los expertos consideran que la reconstrucción autóloga del pabellón auricular es mejor cuando se realiza en orejas que no han sido tratadas previamente, porque cualquier intervención podría eliminar tejido muy valioso y dejar cicatrices que pueden impedir el flujo de sangre necesario a la nueva oreja. Sin darse cuenta, muchos cirujanos realizan ciertos procedimientos para 'hacer que la oreja se vea normal' pues el niño completa la edad para la intervención eso hace que no sea factible , causando una negación rotunda(1).

Cuidados post operatorios:

En el primer mes de la intervención, se deben tomar algunas precauciones para evitar problemas. Después de quitar el vendaje, puede lavar el cabello del niño, poner un poco de agua en la nueva oreja, será bueno para el niño, después de unas semanas puede bañar al niño en la ducha y mojar la oreja, es importante evitar las secadoras de cabello antes de las 8 semanas. Su médico seguramente le

expondrá que debido a la inflamación natural después de la cirugía, la oreja intervenida se verá diferente razón misma de la inflamación (17).

Evitar que el niño duerma sobre la oreja reconstruida: Es importante evitar esto durante el primer mes y para lograrlo se pueden colocar varias almohadas en la espalda del niño para que no se dé la vuelta sobre el lado quirúrgico(17).

Actividades y deportes: El experto le pedirá que evite esta actividad para su hijo durante 6 semanas, para que la herida del pecho cicatrice sin problemas. Y después de eso, se deben evitar los deportes de alto impacto como el boxeo. (17).

2.5. CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DEL CANAL AUDITIVO

La intervención ordinaria del canal auditivo cuando el canal auditivo está completamente estrechado o atrofiado se denomina "fisura auricular". Esta cirugía generalmente se realiza después de una cirugía reconstructiva. (18).

2.5.1. Complicaciones

Las complicaciones de salud que puede desarrollar un niño dependen de la aparición de anorexia. Existen niños poseen dificultades de autoestima porque no ven como las otras personas. Los grupos de apoyo pueden ser beneficiosos tanto para los padres como para los niños. Algunas de las complicaciones más comunes incluyen:(18)

- Pérdida auditiva
- Infecciones de oído
- Problemas con los nervios de la cara
- Problemas renales y de los conductos urinarios
- Movimiento limitado del cuello (18).
- Microsomía hemifacial: un alto porcentaje de pacientes con microsomía pueden presentar asimetría facial debido al subdesarrollo del hueso maxilar y los tejidos blandos que lo recubren.
- Riñones y tracto urinario: las anomalías del tracto urinario aumentan con los problemas de oído externo, especialmente cuando el niño también tiene una enfermedad hemifacial microsomal.

- Debido a la elevación de anomalías genitourinarias en niños con microtia, se examinará con una ecografía como un estudio para detectar este problema antes de la aparición de la infección y utilizar técnicas más invasivas para su detección.
- Columna cervical (cuello): hay anomalías del cuello en niños con microtia, así como problemas cardíacos o renales o labio hendido y paladar hendido
- Si el médico encuentra que el cuello tiene movilidad limitada, es necesario revisar la función renal y evaluar la función cervical.(18).

2.5.2. Tratamiento

Edad adecuada para la cirugía la edad de 10 años es la óptima para realizar una reconstrucción auricular, según nuestra experiencia, que concuerda con la bibliografía actual sobre el tema. Esto se debe a muchas razones, la más importante de las cuales es que a esta edad el niño es lo suficientemente maduro emocionalmente y capaz de pensar de manera abstracta para decidir si reconstruir sus oídos o no. La experiencia más común es que cuando un niño está a cargo de un procedimiento quirúrgico, el postoperatorio transcurre sin problemas. Nunca debe sentirse presionado o coaccionado por un padre, ya que este no es un procedimiento que pone en peligro la vida. Otra causa fundamental es que a la edad de 10 años se completa el desarrollo de la oreja, por lo que es conveniente esperar hasta esta edad y así tener armonía en la vista frontal. (19).

Cabe señalar que la circunferencia del tórax a nivel del xifoides tiene que superar a los 60 cm, para obtener material suficiente para crear una oreja tridimensional, recordando siempre que los resultados que brindamos a nuestros pacientes duran toda la vida. Si el niño tiene una caja torácica subdesarrollada, esperaremos a que se cumpla esta condición para intervenir. En nuestro caso, no observamos ninguna de las anomalías torácicas descritas por la extracción del cartílago antes de esta edad, que es otro factor importante para tomar esta decisión. (19).

2.5.3. Técnica Quirúrgica

A continuación, se describe la técnica quirúrgica de la primera etapa de la reconstrucción de la oreja, enfocándose únicamente en el cuidado de la piel, remoción del cartílago, esculpido del modelo y la segunda etapa. Empezamos

raspando la zona de alrededor del residual, unos 3 o 4 cm, en si deja tener un mejor control intraoperatoria y facilita la adherencia del apósito de presión espalda plana, la adhesión y la higiene postoperatoria. Determinamos la altura del lóbulo de la oreja en la vista anterior y dibujamos el margen anterior de la oreja en la base de la cóclea ya nivel del lóbulo de la misma manera que hicimos en el primer examen clínico del paciente. Dibujamos el contorno de la oreja que se formará en el lado sano. En el caso binario, hacemos un molde perfecto de acuerdo a las condiciones locales de cada paciente(19).

2.5.4. Cuidados postoperatorios

El paciente fue dado de alta del hospital un día posterior a la intervención Rogamos estrictamente a sus cuidadores que mantengan el drenaje vacío y lo aspiren y eviten a toda costa que el paciente toque la zona del oído operado. Debe enfatizarse que esto puede conducir a una necrosis compresiva que lleva a una cirugía fallida. Programamos la primera recuperación en la clínica del tercer al cuarto día después de la cirugía, retiramos el drenaje, enjuagamos la herida con alcohol, colocamos un molde de silicona flexible en la circunferencia de las orejas y las aseguramos con un paño de microfibra. En la herida ponemos un poco de gasa. Finalizamos el proceso de cicatrización con una tira ancha de algodón sin comprimir sobre un vendaje sobre el que el paciente dormirá durante dos meses. En el segundo tratamiento lo hacemos 2 y 4 días después del primer tratamiento, dejando las orejas con mejillones, pero sin recubrimiento adicional. (19).

2.5.5. Ayudas Auditivas

El manejo de pacientes con microtia es siempre un desafío, el enfoque multidisciplinario, el buen apoyo familiar, la relación médico - pacientes bien establecidas y los grupos de apoyo del usuario bien organizados son elementos esenciales para el éxito. Con el avance de las ayudas auditivas, habrá más opciones disponibles para los pacientes con microtia. Los médicos y fonoaudiólogos desempeñan un papel de liderazgo en todo el proceso, no solo brindan una orientación adecuada a los pacientes para elegir el camino correcto del tratamiento, sino que también son la clave en la organización y el mantenimiento de un equipo de rehabilitación multidisciplinario rentable para los pacientes con

microtia. El tratamiento dependerá de las características de la microtia propias de cada usuario ya que está asociada al grado y tipo de microtia e hipoacusia, así como el compromiso de uno o ambos oídos. Hay muchos tratamientos aptos que va desde la implementación de ayudas auditivas hasta una cirugía correctiva (5).

2.5.6. Tipos de ayudas auditivas

Diadema ósea. En la investigación denominada “Vibrador óseo tipo bandana o diadema para usuarios con malformaciones de oído” se identificó la importancia de esta ayuda auditiva en casos con microtia donde los pacientes tenían conservados las estructuras anatomo – funcional del oído interno permitiendo que las vibraciones transcutáneas lleguen con éxito hasta las estructuras corticales superiores, ya que la diadema ósea es un dispositivo o vibrador óseo que consiste en diadema que sostiene en la cabeza un procesador, este dispositivo tiene un sistema tecnológico y directo mismo que toma el lugar para el correcto funcionamiento del oído y así estimular directamente, por transmisión ósea vibratoria, a la cóclea . Implante de conducción de vía ósea (1).

“Implante activo de conducción ósea transcutánea: resultados audiológicos en pacientes pediátricos con microtia bilateral asociada a atresia del conducto auditivo externo” publicado en el 2018 mencionan que este tipo de ayuda auditiva son recomendadas en hipoacusias conductivas bilaterales secundarias a malformaciones de oído externo con grado de afección moderada – severa, considerando que es una órtesis total o parcialmente implantable mediante cirugía, diseñada para mejorar la pérdida auditiva. Este dispositivo engloba un amplio espectro de implantes entre los que se puede incluir dispositivos pasivos percutáneo o transcutáneo y dispositivos activos que presenta importantes ventajas frente a los vibradores óseos externos. El instrumento de actuación de los implantes de conducción por vía ósea está basado en la transformación de las ondas sonoras en vibraciones. que se transmitirán, utilizando la vía ósea del usuario, hasta alcanzar la cóclea estimulándola adecuadamente. Por otro lado, en el artículo y otros del año 2018, indica que los pacientes tratados con esta ayuda auditiva tuvieron buen desempeño dentro de las normas de escucha general (2).

2.5.7. Implante coclear

Se expone que esta ayuda auditiva puede ser recomendada en casos en que las estructuras externas e internas no logran canalizar la onda viajera hacia las centros corticales superiores, por esta razón, los pacientes que padecen un grado III o IV de microtia son candidatos para la colocación del implante coclear que es una órtesis auditiva considerada como oído biónico, es decir, son dispositivos electrónicos de avanzada tecnología, para personas con pérdida auditiva severa a profunda, es capaz de reemplazar el sistema de transducción de células ciliadas disfuncionales en el oído interno y convertir la energía mecánica del sonido en señales eléctricas que se transmiten en pacientes con nervio auditivo y sordera sensorio neural. La edad al momento del implante y los años de implantado, entre otros factores, son aspectos importantes que miden, a largo plazo, el nivel de rehabilitación y sus resultados (5).

Implantes activos de oído medio: se manifiesta que esta ayuda auditiva se aplica solo a aquellos pacientes que presenten la cadena de huesecillos intacta ya que esta es una consideración fundamental porque permite al especialista guiarse para colocar el vibrador en un punto exacto y funcional que ayudaran a transmitir las ondas sonoras al oído interno. Estos son dispositivos auditivos electrónicos, total o parcialmente implantados quirúrgicamente, que trasforman y amplifican las ondas sonoras en estímulos vibrátiles mecánicos que se aplican directamente sobre estructuras del oído medio o del interno (cadena osicular, membrana timpánica, platina o membrana de la ventana redonda). Este tipo de ayuda incrementan la intensidad de la onda acústica que se genera de forma natural en oído medio, incrementando así la vibración sonora que penetra en la cóclea, esta amplificación de la vibración natural de los elementos del oído medio se ha descrito como vibroplastia (6).

2.5.8. Proceso de atención de enfermería

La teoría de Marjory Gordon permite dar a conocer todos aquellos patrones funcionales que pueden estar alterados por cierto proceso patológico en un paciente, provocando que se altere el aspecto psicosocial. Es importante tomar en

cuenta que cada uno de estos patrones está relacionado con diferentes factores, los cuales pueden ser biológicos, espiritual, social y cultural.

- Para ejecutar un adecuado Proceso de Atención de Enfermería en el estudio de caso, se utiliza modelos funcionales que se modifican; lo cual es útil ya que, permite poder identificar y suplir todas aquellas condiciones positivas de la persona que deben mantenerse o incluso poder actuar a través de intervenciones que permita recuperar o conservar su estado de salud; siendo una herramienta indispensable de valoración, debido a que están conectados directamente con los dominios de la NANDA, accediendo ir a un proceso correcto de diagnóstico y por resultante dar paso a una valoración utilizando las concernientes intervenciones a través del cumplimiento lo cual aporta a brindar cuidados que permitan satisfacer aquellas necesidades alteradas del paciente y de su entorno.
- Los cuidados de enfermería envuelven un proceso interpersonal entre el paciente y su cuidador, de tal modo que tiene que existir un proceso de comunicación entre el enfermo y la persona encargada de su cuidado, pero no siempre va hacer un enfermero el que este al cuidado del enfermo, sino que en casa esta alguien que busque la mejoría del paciente. Es necesario tomar en cuenta que la enfermedad puede dar origen a patrones de salud disfuncionales, aunque pueden llevarla a ella.
- Expresar un análisis clínico sobre si un patrón es adecuado, está en riesgo de alteración o ya alterado, puede ser dificultoso, pero es indispensable completar la valoración con los resultados del patrón para que de este modo la historia clínica quede registrado como valorado.
- La teoría de Marjory Gordon creo un modelo de diagnóstico para enfermería y los once patrones funcionales. Dichos patrones muestran la estructura del funcionamiento humano, tomando en cuenta que al momento de identificar un patrón alterado esto afectará a otros patrones aledaños o simultáneos.
- Estos patrones son relevantes para la salud de los pacientes, la familia y la sociedad. Se basa de configuraciones de comportamiento común a la mayoría de personas, lo cual aporta a la salud, calidad de vida y al logro del potencial de cada uno de ellos (18).

Los patrones funcionales son los siguientes:

- **Patrón 1: Percepción-mantenimiento de la salud:** valora la forma de observar el estado de salud y bienestar del paciente. Se identifica la percepción propia que tiene el paciente sobre su propia salud, lo que incluye: el estilo de vida del paciente, prácticas de salud entre ellas la medicación, alergia, o automedicación.
- **Patrón 2: Nutricional – metabólico:** evalúa la ingesta de líquidos y alimentos necesarios para la persona, el estado de la piel y mucosa.
- Identifica cual es la práctica alimenticia diaria del paciente y su metabolismo en relación a la pirámide alimenticia. Incluye el diagnóstico sobre lo que el paciente se alimenta y bebe el día a día, y sus lesiones tanto en el cutis, piel u otras.
- **Patrón 3: Eliminación:** valora la funcionalidad del proceso de eliminación (urinaria, piel, intestinal). Se consulta sobre la normalidad del proceso de eliminación de heces (frecuencia, color y contextura). Incluye patrón de eliminación intestinal, vesical y de la piel.
- **Patrón 4: Actividad – ejercicio:** Detalla la capacidad que tienen los sujetos para ejecutar sus actividades diarias. En este patrón se describe la actividad que efectúa el paciente sea en lo laboral o deportivo, social o familiar. Para lo cual incluye, las limitaciones para poder iniciar actividades cotidianas, integración, deporte. Además, valora los signos vitales.
- **Patrón 5: Sueño – descanso:** Evalúa las horas normales de sueño. Este patrón hace mención a la continuidad normal de las horas de vigilia y sueño o a su vez sus complicaciones.
- **Patrón 6: Cognitivo – perceptivo:** Puntualiza el patrón sensorial, perceptual y cognitivo del paciente, se determina la existencia de dolor. Está orientada a normalidad de la percepción del paciente en cuanto a sus sentidos, se relaciona si tiene limitaciones de alguna de sus prótesis o sentidos.
- **Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto:** Se orienta en el autoconcepto y percepciones de uno mismo, contiene autoestima, estado de ánimo y seguridad. Se describe en el marco de autoestima, la proyección o regresión

de sí mismo o del contexto en el que se desenvuelve el paciente. Se añade la valoración que tiene hacia su imagen corporal como también su estado de ánimo y la seguridad de poder expresarse.

- **Patrón 8: Rol – relaciones:** Aprecia la facilidad con la que desarrolla sus actividades en el rol social, familiar y profesional. Especifica la facilidad o limitación con la que realiza las actividades como miembro de una familia, de una organización o de una sociedad. Se añade las responsabilidades laborales, sociales y familiares, el estado de ánimo con el que desarrolla y las consecuencias de su desagrado.
- **Patrón 9: Sexualidad – reproducción:** Se centra en los patrones de conformidad e inconformidad sobre sexualidad, orientación y reproductivo. Se centra al ejercicio completo de su sexualidad o sus limitaciones. En este se ve la conformidad con su orientación sexual, la relación de la sexualidad con su edad cronológica.
- **Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés:** Evalúa la conducta del paciente ante situaciones estresantes y su capacidad para sobrellevarlo. Detalla el comportamiento ante situaciones de presión o acumulación de actividades en lo familiar y laboral, la capacidad de poder resolverlo. Esto incluye los puntos de quiebre en su estado de ánimo como situaciones de conflicto, frustración, etc.
- **Patrón 11: Valores y creencias:** Aprecia la parte dogmática de la persona: valores, objetivos y creencias sobre el estado de salud. Se enfoca en el dogma de la persona, en el que están las creencias, repercusiones en el desarrollo o intervención de la enfermedad (20).

2.6. PASOS DEL PAE

Primera etapa: La Valoración de la enfermería es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y la respuesta a esta. Llevar adelante el proceso de valoración conlleva, desde el inicio Tomar decisiones importantes: qué información es esencial, qué áreas están dentro de su experiencia, cuál debe ser el enfoque de nuestra intervención, decisiones que, sin duda alguna, son influenciadas por los conocimientos, las habilidades, las

conceptualizaciones, las creencias y valores, de quién lleve a cabo tal valoración (21).

Segunda etapa: Diagnóstico de enfermería: Es la segunda fase del Proceso de Enfermería. Es el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud vitales reales o potenciales, que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. Un diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable. El Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. La función de enfermería tiene tres dimensiones: dependencia, interdependencia e independencia, mismo que depende del nivel de toma de decisiones adecuado al enfermero.(21).

Tercera etapa: Planificación de los cuidados de enfermería Una vez que se completa la evaluación, se identifican las posibles complicaciones (temas relevantes) y se establece un diagnóstico de enfermería, pasamos a la fase de atención de enfermería o planificación del tratamiento. En esta etapa, se trata de crear e implementar cuidados de enfermería, que ayuden al usuario a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. (21).

2.6.1. Cuarta etapa: Ejecución: La fase de ejecución:

Es en esta fase es cuando se pone en práctica el plan de atención desarrollado. Implementación significa las siguientes actividades de cuidado: continuar recolectando y evaluando datos, realizar acciones de enfermería, documentar el cuidado, proporcionar informes orales de enfermería, actualizar periódicamente el plan de enfermería, la enfermera es totalmente responsable de llevar a cabo el plan, pero involucra al paciente y la familia, así como otros miembros del equipo. En esta fase, todas las intervenciones de enfermería tienen como objetivo abordar los problemas (diagnósticos de atención y cuestiones interdependientes) y las necesidades de atención en cada sitio tratado. Entre las actividades realizadas en esta fase, cabe destacar la recogida y evaluación de datos, ya que, por un lado, es necesario profundizar en la evaluación de los datos que desconocemos y, por otro lado, la implementación de la propia intervención. hay una nueva fuente de datos

para examinar y considerar. Nuevos problemas, como la confirmación del diagnóstico o similares(21).

Quinta etapa Evaluación: La evaluación se define como una comparación planificada y sistemática de la condición de salud del paciente con los resultados esperados. Evaluación es evaluar un objeto, comportamiento, trabajo, situación o persona y compararlo con uno o más criterios. En este sentido, los dos criterios más importantes para evaluar a las enfermeras son: la eficacia operativa y la eficiencia(21).

CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, debido a que se detallaron los cuidados de enfermería requeridos en un paciente con microtia, con la finalidad de proponer un proceso de atención que contribuya a mejorar el estado de salud de la paciente mediante la promoción para la salud.

La investigación desarrollada fue documental considerando que se obtuvo información de fuentes bibliográficas para determinar la base teórica que sustenta el estudio; además, fue de campo, debido a que para la obtención de datos del paciente objeto de estudio se interactuó directamente con el mismo.

3.2. Diseño de investigación

Se realizó una investigación con un diseño no experimental debido a que no se manipularon las variables del estudio, la investigación se limitó a la observación y análisis de las mismas para llegar a las conclusiones planteadas en el estudio.

3.3. Enfoque de la investigación

El enfoque de la investigación fue cualitativo al obtenerse datos a través de la entrevista realizada para el llenado de la historia clínica de enfermería y para la valoración de los patrones funcionales.

3.4. Población y muestra

Se trabajó con un estudio de caso en un adolescente de 12 años, de la ciudad de Riobamba, por lo cual no se seleccionó una muestra para la investigación realizada.

3.5. Métodos de investigación

Se utilizó el método inductivo, el cual permitió realizar una investigación de lo particular a lo general, en el que se conoció el estado de salud del adolescente, para posteriormente planificar los cuidados de enfermería correspondientes.

3.6. Técnicas e instrumentos de investigación

Historia clínica: Se realizó el llenado de la historia clínica de enfermería del paciente y se realizó la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon usando como instrumento las hojas de valoración para conocer el estado de salud de la paciente y en base a esos datos proponer el PAE.

3.7. Plan de análisis de los datos obtenidos

Se realizó una entrevista al paciente y a los padres de familia lo que ayudó a valorar el estado de salud del adolescente a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon. A través de la valoración se pudo identificar que existe alteración en los siguientes patrones funcionales: el patrón 1 de percepción manejo de la salud, patrón 7 autopercepción autoconcepto, patrón 8 rol relaciones y finalmente el patrón 10 afrontamiento tolerancia al estrés. Una vez realizada la valoración se procedió a planificar los cuidados para cada patrón alterado utilizando las NANDA, NIC Y NOC en el proceso de ejecución del mismo se pudo educar al paciente y a sus familiares para el mejoramiento de su salud.

3.8. Aspectos éticos de la investigación

Asentimiento informado: Para dar cumplimiento de los principios éticos de la investigación aplicó el asentimiento informado al beneficiario del estudio al tratarse de un menor de edad.

CAPÍTULO 4: DESARROLLO DEL PAE

4.1. Valoración

4.2. Descripción del caso clínico

Paciente: C.E.E.F, **Sexo:** masculino, **Edad:** 11 años de edad, **Estado civil:** soltero.
Domicilio: Riobamba, **Instrucción:** Estudiante de noveno de básica.

Hace 11 años atrás, el paciente nació con total normalidad, a término completo, en los exámenes normales que se realizaba la madre mes a mes, nunca se logra ver nada anormal en el feto, en el momento del nacimiento el doctor refiere una anomalía en el oído derecho, por con secuencia toma a los padres desprevenidos ya que no tienen ningún tipo de información.

Antecedentes prenatales: la madre refiere que no sintió nada extraño en el feto, tomo todas las vitaminas indicadas y jamás se mencionó ningún problema.

Antecedentes posnatales: madre manifiesta que la lactancia fue exclusiva hasta los 12 meses.

Crecimiento: fue normal hasta los 7 años de edad, sin embargo, a partir del ingreso al 4to grado (9 años) comienza la etapa de prejuicios y complejos de autoestima por las preguntas frecuentes de los compañeros y su entorno.

Examen físico: Paciente consciente, orientado en tiempo lugar y persona; cabeza normo cefálica, cabello normal, fosas nasales permeables, mucosas orales hidratadas, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, extremidades superiores e inferiores sin alteraciones.

Signos Vitales: **Pulso** 76x min; **Temperatura** 36.8 Grados Centígrados; **Presión Arterial** 90/60mmH; **Frecuencia Respiratoria** 22 por minuto; en cuanto a las medidas antropométricas de la paciente se especifican las siguientes: **Talla:** 1,60 cm, **Peso** 50 Kg; **IMC**= $\text{Peso (kg)}/\text{Altura (m)}^2 = 19.5$ el paciente se encuentra en el rango de peso saludable.

4.3. Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

Patrón 1. Percepción y manejo de la salud

¿Cómo percibe el paciente su estado de salud?

¿Te consideras sano o enfermo?

¿Tienes hábitos que dañan tu salud?

¿Bebes demasiado?

¿Fumas o usas drogas?

¿Eres alérgico a algún medicamento o alimento?

¿Toma medicamentos con regularidad?

¿Alguna vez ha tenido una cirugía?

¿Falta a menudo a la escuela por problemas de salud?

¿Has estado en un accidente grave?

¿Está tomando precauciones apropiadas para su edad o sexo?

¿Está siguiendo correctamente el tratamiento prescrito por su profesional sanitario?

¿Alguna vez has estado en el hospital?

¿Alguna vez ha estado o está actualmente expuesto a un comportamiento potencialmente contagioso?

Respuesta: Paciente que no tiene hábitos tóxicos ni alergias, no lleva tratamiento médico específico, no tiene antecedentes de cirugías, no se ausenta de sus labores escolares, sigue todo el tratamiento recomendado por los médicos, un ingreso hospitalario por una quemadura grado 2 cuando el paciente tenía 7 años y no refiere nada más.

Patrón 2. Nutricional y metabólico

¿Cuál es su aporte dietético diario normal?

¿Cuál es la dosis diaria y la distribución horaria?

¿Cuánto líquido bebes al día?

¿Necesita suplementos nutricionales para una enfermedad?

- ¿Ha disminuido o aumentado su apetito recientemente?
- ¿Has perdido o ganado peso recientemente?
- ¿Tiene problemas para masticar, tragar o digerir los alimentos?
- ¿Tienes dentadura postiza?
- ¿Tiene vómitos, náuseas o regurgitación?
- ¿cuál es tu temperatura normalmente?
- ¿Cuál es el estado de la piel y las mucosas?
- ¿Cuáles son las características de tu piel?
- ¿Cómo describes a tu piel?

Respuesta: paciente con ingesta de alimentos normal, se alimenta 5 veces al día entre refrigerios y la alimentación normal, su ingesta de líquidos es frecuente, no tiene ninguna enfermedad que requiera de suplementos, su IMC es saludable, ningún problema de masticación o deglución, no tiene prótesis dentales, no padece de vómitos o algo parecido, posee temperatura dentro del rango normal, su piel y mucosas son permeables, y no tiene ninguna lesión en la piel.

Patrón 3: eliminación

- ¿Cuáles son las características de las heces del paciente?
- ¿Sentimientos y sus frecuencias?
- ¿Te sientes incómodo?
- ¿Utiliza objetivos secundarios en la producción?
- ¿Hay algún problema con su controlador?
- ¿Cuál es la frecuencia de la micción?
- ¿Tienes problemas de distribución?
- ¿Tienes incontinencia urinaria?
- ¿Cómo se siente cuando suda: ¿suda mucho, huele mal?
- ¿El paciente tiene estoma, drenaje o sonda?

Respuesta: paciente con deposiciones 3 veces al día, no existen molestias, ni sudores, no utiliza ninguna medida auxiliar, su eliminación urinaria es de 3 a 4 veces, no hay incontinencia y no porta ostomía, drenaje o sonda.

Patrón 4: actividad – ejercicio

¿Tiene suficiente fuerza física y energía para hacer frente a las actividades diarias?

¿Haces algún tipo de ejercicio: regularidad?

¿Qué tan independiente es usted en el cuidado de sí mismo: alimentarse, bañarse, ir al baño y arreglarse, ir al baño, vestirse, ¿movilidad en la cama y movilidad general?

¿Tienes actividades de tiempo libre?

¿Cómo está tu presión arterial?

¿Qué hay de tus respiraciones?

Respuesta: paciente con fuerza y energía total, practica fútbol, es independiente, no tiene actividad de ocio, su presión y respiración están dentro del rango

Patrón 5: sueño – descanso

¿Cuántas horas duerme diariamente?

¿Duermes bien?

¿Te despiertas a menudo por la noche?

¿Te despiertas sintiéndote descansado y con suficiente energía para empezar a hacer ejercicio?

¿Tu sueño es reparador?

¿Tienes pesadillas?

¿Utilizas alguna sustancia para dormir?

¿Tienes tiempo para descansar y relajarte durante el día?

¿El entorno inmediato es suficiente para el descanso y el sueño tonificado?

Respuesta: paciente refiere que duerme 9 horas, si concilia el sueño, no se despierta en la noche, su sueño es reparador, tiene siestas no muy frecuentes a lo largo del día, tiene un buen ambiente para lograr el descanso y sueño.

Patrón 6: cognitivo – perceptual

¿La audición o la visión son correctas?

¿Usa audífonos o anteojos?

¿Ha cambiado su sentido del gusto, el olfato o el tacto?

¿Tienes problemas para concentrar tu memoria?

¿Tienes problemas para concentrarte?

¿Tomas decisiones con facilidad?

¿Tienes problemas de aprendizaje o de lenguaje?

¿Tienes dolor o malestar?

Respuesta: por su condición el paciente escucha del oído derecho el 25% es decir no escucha correctamente, no utiliza audífonos o gafas, no tiene alteraciones con sus 5 sentidos, no tiene problemas de memoria ni para concentrarse, le es difícil la toma de decisiones, no tiene problemas de lenguaje, no siente ningún malestar físico.

Patrón 7: autopercepción – auto concepto

¿Cómo te ves a ti mismo?

¿Estás satisfecho contigo mismo?

¿Tu cuerpo ha cambiado?

Si es así, ¿cómo lo acepta?

¿Estás enojado con frecuencia?

¿Estás constantemente aburrido o asustado?

¿Está a menudo ansioso o deprimido?

¿Tienes periodos de desesperación?

Respuesta: paciente refiere que se ve a sí mismo de una manera diferente esto hace que tenga baja autoestima porque considera verse distinto al resto de sus amigos y su entorno, pero a pesar de esto está conforme consigo mismo, se ha producido cambios en el cuerpo el paciente transmite que su voz y su altura han cambiado, mantienen un estado de ánimo cambiante ya que hay situaciones que lo hacen sentir incomodo , no se aburre siempre tiene actividades mismas que no le permiten aburrirse, no tiene ansiedad ni depresión y tampoco periodos de desesperación.

Patrón 8: rol – relaciones

¿Vives solo o con tu familia?

¿Cuántos miembros tiene una familia nuclear y quiénes son?

¿La familia depende del paciente para algo importante?

¿Hay problemas en las relaciones familiares: con la pareja, con los hijos, ¿o con los padres?

¿Cómo se manifiesta la enfermedad actual en la familia?

¿Existe una relación mutua en el trabajo o en el lugar de estudio?

¿Estás contento con lo que están haciendo?

¿Pertenece a algún grupo social?

¿Tiene amigos?

¿Cuál es tu relación con ellos?

¿Te sientes parte de la comunidad a la que perteneces?

Respuesta: el paciente vive con su madre, su núcleo es su madre y su padre, no depende de familiares para alguna actividad, vive un trato especial ya que por su condición deben ser muy tolerantes a la baja autoestima y ser apoyo fundamental, no tiene problemas académicos, si tiene un grupo de amigos muy pequeño y cerrado, se relaciona con ellos ya que son pocos los amigos desde muy pequeños por esa razón son cercanos y conocen de su condición , se siente parte de la comunidad pero en un momento determinado se aísla un poco.

Patrón 9 sexualidad – reproducción

¿Algún problema relacionado con la reproducción?

¿Utiliza métodos anticonceptivos?

¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales?

Respuesta: paciente que aún no inicia su vida sexual, por consecuencia no hay ni métodos ni cambios.

Patrón 10: adaptación – tolerancia al estrés

¿Has experimentado recientemente un cambio importante en tu vida o alguna crisis?

Cuando tienes problemas, en vez de enfrentarlos, ¿te escondes detrás de las drogas, alcohol, u otras sustancias para evitarlos?

¿Tiene alguien cercano a usted en quien pueda confiar sus problemas?

¿Lo haces cuando lo necesitas?

¿Cómo afrontar los problemas cuando surgen?

Respuesta: paciente indica que el último cambio fuerte que tuvo fue el paso de la escuela al colegio ya que él recibió los dos últimos años por vía internet sus amigos cercanos se cambiaron de escuela y a él también lo cambiaron institución y se vio obligado a hacer nuevos amigos es ahí el problema fue un golpe muy duro y se le ha hecho difícil acoplarse al nuevo entorno mismo que hace que entre en crisis, no tienen ningún mal hábito con sustancias, refiere que tiene sus amigos y familiares mismos que no saben cómo reaccionar ante los problemas que comunica el adolescente cabe recalcar que no son mucha la comunicación, se hace difícil la comunicación ya que cuando lo hace es poco o nada, tiene dificultad para la toma de decisiones

ya que siente que no lo hace de la mejor manera, probablemente da solución con muchas interrogantes, pero continua

Patrón 11: valores – creencias

¿La religión juega un papel en tu vida?

¿Te ayudó cuando estabas atascado?

¿Su condición médica actual interfiere con alguna práctica religiosa que le gustaría realizar?

¿Tiene alguna creencia (religiosa o cultural) que afecte sus hábitos diarios de salud o su salud en general?

¿Cómo te sientes acerca de la enfermedad y la muerte?

Respuesta: el paciente nos dice que su religión es muy importante ya que es algo que se le ha inculcado desde muy pequeño, si ayuda cuando hay dificultades, su estado de salud es bueno, es católico, sobre la enfermedad opina que todos estamos en igualdad de adquirir cualquier enfermedad así que no es algo que le asuste el entiende su condición y no le asusta mucho menos la muerte considera que es un proceso que todos debemos pasar así que se mantiene tranquilo sobre el tema.

Tabla 1. Valoración por patrones funcionales

ALTERACIONES POR VALORACIÓN				
N°	Nombre del Patrón	Alteración		Observaciones
		Si	No	
1	Percepción manejo de la salud		X	
2	Nutricional Metabólico		X	
3	Eliminación		X	
4	Actividad/ Ejercicio		X	
5	Sueño y Descanso		X	
6	Cognitivo/ perceptual		X	
7	Autopercepción/ Autoconcepto	X		
8	Rol/Relaciones	X		
9	Sexualidad/ Reproducción		X	
10	Afrontamiento/ Tolerancia al estrés	X		
11	Valores y Creencias		X	

Fuente: Valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon

Elaborado por: Karen Madeleyne Cartuche Roque

4.4. Diagnóstico NANDA

PATRONES ALTERADOS

Patrón #7: Autopercepción/ Autoconcepto

Clase1: Autoconcepto

Código: 00167

Etiqueta: Disposición para mejorar el auto concepto

Definición: Patrón de percepciones o ideas sobre uno mismo que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Clase2: Autoestima

Código: 00120

Etiqueta: baja autoestima situacional

Definición: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

Clase 3: Imagen corporal

Código: 00118

Etiqueta: Trastorno de la imagen corporal

Definición: Estado en que el individuo experimenta una alteración en la percepción de su propia imagen mental del yo físico, una percepción negativa o distorsionada de su propio cuerpo.

Patrón #8: Rol/Relaciones

Clase 3: desempeño de rol

Código: 00052

Etiqueta: Deterioro de la interacción social.

Definición: Estado en que el individuo participa en un intercambio social de manera insuficiente o excesiva o de calidad inefectiva.

Patrón #10: Afrontamiento / Tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Código:00070

Etiqueta: Deterioro de la adaptación

Definición: Estado en que el individuo es incapaz de modificar su estilo de vida o conducta, de manera coherente, en relación con un cambio en su estado de salud.

CAPITULO 5: PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Considerando los resultados obtenidos a través de la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon se identificaron los patrones alterados y en base a ellos se procede a realizar la planificación de acciones de enfermería para contribuir a mejorar su estado de salud integral. Las actividades planificadas responden a las necesidades de atención del paciente en estudio y a la disponibilidad de los recursos humanos y materiales necesarios.

5.1. Planificación

Tabla 2. Plan de cuidados: Mejorar su autoconcepto.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA DESEOS DE MEJORAR SU AUTOCONCEPTO			
DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
<p>PATRÓN: Autopercepción/autoconcepto (00167) Disposición para mejorar el autoconcepto</p> <p>DEFINICION: Estado en que el individuo experimenta una alteración en la percepción de su propia imagen mental del yo físico, una percepción negativa o distorsionada de su propio cuerpo.</p> <p>M/P: Percepción sobre uno mismo que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado; R/C: Malformación congénita de la oreja derecha.</p>	<p>(1202) Identidad 120007 adaptación a cambios en el aspecto físico.</p>	<p>(5230) Aumentar el afrontamiento</p> <p>Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</p> <p>Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.</p>	<p>A través de las acciones de enfermería realizadas se pudo evidenciar una mejoría en el concepto que el paciente tiene de sí mismo, se vio un cambio positivo en la actitud del paciente luego del diálogo sostenido y hubo una influencia positiva además por el apoyo de su familia la misma que le dio más seguridad.</p>

Fuente: Karen Madeleyne Cartuche Roque

Tabla 3. Plan de cuidados: Baja autoestima situacional.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL			
DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
<p>PATRÓN: Autopercepción/autoconcepto (00120) Baja autoestima situacional</p> <p>DEFINICIÓN: Estado en que el individuo experimenta una alteración en la percepción de su propia imagen mental del yo físico, una percepción negativa o distorsionada de su propio cuerpo.</p> <p>R/C: Alteración de la imagen corporal.</p> <p>Patrón: Autopercepción/autoconcepto</p> <p>M/P: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a la malformación congénita presente;</p>	<p>(1205) Autoestima</p> <p>120501 verbalizaciones de auto-aceptación.</p> <p>120502 aceptación de las propias limitaciones</p>	<p>(5400) Potenciación de la autoestima</p> <p>Animar al paciente a identificar sus virtudes.</p> <p>Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.</p> <p>Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.</p>	<p>Con las actividades desarrolladas la autoestima del paciente mejoró mucho ya que refirió sentirse muy cómodo con su imagen y con la seguridad que adquirió, se pudo observar en él y en la familia que ganaron más confianza.</p>

Fuente: Karen Madeleyne Cartuche Roque

Tabla 4. Plan de cuidados: Trastorno de la imagen corporal.

PLAN DE CUIDADOS PARA TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL			
DIAGNOSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
<p>PATRÓN: Autopercepción/autoconcepto (00118): Trastorno de la imagen corporal</p> <p>DEFINICIÓN: Estado en que el individuo experimenta una alteración en la percepción de su propia imagen mental del yo físico, una percepción negativa o distorsionada de su propio cuerpo.</p> <p>R/C: Conducta de evitación, control o reconocimiento del propio cuerpo. Patrón: Autopercepción/autoconcepto.</p> <p>M/P: Estado en que el individuo experimenta una alteración en la percepción de su propia imagen mental del yo físico, una percepción negativa o distorsionada de su propio cuerpo.</p>	<p>(1200) Imagen corporal 120004 voluntad para tocar la parte corporal afectada</p>	<p>(5220) Potenciación de la imagen corporal Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la cirugía futura a realizarse. Ayudar al paciente a discutir los factores estresantes que afectan su imagen corporal debidos a la malformación congénita presente. Determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad. Ayudar a los padres a identificar sentimientos previos a la intervención quirúrgica con el adolescente.</p>	<p>Se logró que el paciente se acepte tal y cual es, expresó todo lo que sentía y ahora su concepto de la imagen corporal que él tiene es muy buena ya que no se compara con nadie y ahora sabe que cada persona es diferente tanto física como emocionalmente.</p>

Fuente: Karen Madeleyne Cartuche Roque

Tabla 5. Plan de cuidados de Interrupción de los Procesos Familiares

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL			
DIAGNOSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
<p>POTRÓN: Rol/Relaciones (00052) Deterioro de la interacción social</p> <p>DEFINICIÓN: Estado en que el individuo participa en un intercambio social de manera insuficiente o excesiva o de calidad inefectiva.</p> <p>R/C: Trastorno del autoconcepto.</p> <p>M/P: Estado en que el individuo participa en un intercambio social de manera insuficiente o excesiva o de calidad inefectiva;</p>	<p>(1504) Soporte social</p> <p>150405 refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas</p> <p>150406 refiere relaciones de confianza</p> <p>150407 refiere la existencia de personas que pueden ayudarlo cuando lo necesita</p>	<p>(5100) Potenciación de la socialización</p> <p>Animarle a regresar a los entrenamientos en el gimnasio y del equipo de futbol para interactuar con otras personas y hacer nuevas relaciones.</p> <p>Hablar con la familia y hacerles entender que son el apoyo más importante que tiene para mejorar su interacción social.</p>	<p>Se dio un cambio total en la rutina diaria del paciente ya que el contacto con el medio fue directo y muy fácil de lograr, se pudo evidenciar ver que aumentaron las conversaciones con personas que conocía al instante, no evitaba a las personas como lo venía haciendo anteriormente, un logro muy positivo y más aún con los padres porque ahora ya hay diálogos y confianza para expresar cómo se siente y lo que le molesta.</p>




Fuente: Karen Madeleyne Cartuche Roque




Tabla 6. Plan de cuidados de Interrupción de los Procesos Familiares



PLAN DE CUIDADOS EN INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES			
DIAGNOSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
<p>PATRÓN: Afrontamiento /Tolerancia al estrés (00070) Deterioro de la adaptación</p> <p>DEFINICIÓN: Estado en que el individuo es incapaz de modificar su estilo de vida o conducta, de manera coherente, en relación con un cambio en su estado de salud.</p> <p>R/C: Múltiples agentes estresantes.</p> <p>M/P: Estado en que el individuo es incapaz de modificar su estilo de vida o conducta, de manera coherente, en relación con un cambio en su estado de salud.</p>	<p>(1302) superación de problemas</p> <p>130205 verbaliza aceptación de la situación</p> <p>130209 utiliza el apoyo social disponible</p> <p>130222 conserva las relaciones sociales</p>	<p>(7110) implicación familiar</p> <p>Identificar los mecanismos típicos de la familia para enfrentarse a situaciones problemáticas.</p> <p>Asesorar a los miembros de la familia acerca de las habilidades eficaces, susceptibles de ser usadas en problemas adicionales que se presenten.</p> <p>Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas con el adolescente.</p>	<p>El paciente a través de todos los juegos, charlas y el contacto con el medio, logró que su estrés fuera cada vez disminuyendo, ya que entendió que su patología no es un impedimento para llevar una vida social activa y que no necesita la aceptación de otras personas para sentirse bien consigo mismo.</p>




Fuente: Karen Madeleyne Cartuche Roque




Tabla 6. Cronograma de las actividades del PAE

FECHA	HORARIO	TEMA	ACTIVIDADES	MATERIAL DIDÁCTICO	RESPONSABLE
06/05/2022	10:00-12:00	Presentación e información del estudiante a los padres de familia sobre lo que se va a realizar,	Firma del asentimiento informado de parte de la madre y padre de familia.	Asentimiento informado.	
07/05/2022	10:00-11:00	Examen Físico y toma de talla, peso e IMC	Toma de las medidas antropométricas del peso, talla e IMC y examen físico. Valoración con los patrones funcionales de Marjory Gordon.	Patrones Funcionales de Marjory Gordon.	 

13/05/2022	2:00pm/4:30pm	Entrevista	Entrevista a los padres de familia para Valorar la comprensión del paciente sobre el proceso de enfermedad, evaluar el nivel de conocimiento sobre el tema (Microtia)	Brindar información para el llenado de historia clínica.	
14/05/2022	10:00am/2:00 pm	Exposición del tema	Explicación con una exposición completa sobre la microtia, con ayuda de papelotes, imágenes e información sobre el tema.	Mediante papelotes.	
20/05/2022	2:00pm/4:30pm	Taller didáctico	Escribieron una carta con todas las cualidades de los padres hacia el paciente y del paciente a los padres para poder así realzar el nivel de confianza que pueden tener las dos partes.	Hojas. marcadores. Lápices	

21/05/2022	10:00am/12:00am	Exposición del tema con preguntas para ellos y el paciente	Aclarar cualquier duda que se tenga del tema, para poder avanzar siempre y cuando el tema este bien aclarado y despejar todo tipo de dudas para evitar el desconocimiento y la confusión.	Tríptico de la microtia	
27/05/2022	12:00pm/4:30pm	Importancia de la familia	Salida a jugar a un lugar de sano esparcimiento con los padres de familia e incluirlos en juegos de equipo como es futbol, básquet y el deporte que desearon realizar.	Salida al parque más cercano del domicilio.	

28/05/2022	10:00am/12:00am	Taller didáctico	Reflexionando con una película en familia. "Extraordinario" mediante un dispositivo una Tv en este caso se proyectó esta película para que puedan ver desde un punto de vista individual y así sacar algo positivo, se pidió la opinión de cada miembro familiar,	Película y facilidad de un dispositivo Tv	 
03/06/2022	12:00pm/4:30pm	Collage	Se realizó un collage sobre el tema y que harán para mejorar en la familia, se puso fotos familiares, se contó anécdotas y realizaron esta actividad ya con más confianza entre ellos.	<ul style="list-style-type: none"> -Marcadores -Formatos -Imágenes -Colores 	

04/062022	10:00am/12:00am	Terapia Familiar	Mediante la práctica de la actividad la (Relajación) la familia puede expresar sobre sus sentimientos y planes a futuro y el mejorar la unión entre familia.	Actividad de Relajación	
10/06/2022	12:00pm/4:30pm	Integración familiar	(Historia colectiva) Para ayudar a la aceptación del paciente se hizo un ejercicio en el espejo en el que participaron los padres y en paciente, diciéndole lo bueno y el por qué debe aceptarse de mejor manera, se trabajó el valor de la autoestima en y la auto aceptación.	Historia Colectiva.	
11/06/2022	12:00am/2:pm	Agradecimientos	Se realizó una comida en agradecimiento por la colaboración de los padres y el paciente		

Fuente: Karen Madeleyne Cartcuhe Roque

COMENTARIOS

La microtia es una malformación en la oreja, que se manifiesta en el nacimiento de los niños por la falta de desarrollo del oído externo, la mayoría de los niños con microtia tienen dificultad para escuchar del lado afectado debido a la ausencia tanto de canal auditivo como de las estructuras del oído medio. Es importante realizar un seguimiento médico para revisar el impacto en la audición así dependiendo del grado de microtia del paciente se sabrá qué tipo de tratamiento de microtia deberá recibir también se puede percibir otro como la auto aceptación, lo que se podría evitar con una adecuada información.

Para ello se utiliza el proceso de atención de enfermería PAE es un método sistemático que guía los principios fundamentales de la enfermera en el ámbito profesional lo que permite registrar las acciones a realizar para aumentar el grado de satisfacción y una mayor autonomía, se trabaja con 5 etapas que son la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Se menciona que el personal de enfermería es aquella que asiste a los individuos, enfermos o sanos, y que por medio de la aplicación adecuada del PAE ayuda a su recuperación o a una muerte tranquila, siempre en el marco del cumplimiento de los principios éticos y legales.

Con la investigación realizada se logró evaluar los beneficios a la salud integral obtenidos a través del PAE desarrollado con el caso de estudio y se pudo evidenciar la mejoría notable en este paciente en relación con el paciente control en el que no se realizaron acciones de cuidados de enfermería y en el cual se mantienen los problemas de salud referidos por sus padres y detallados en el planteamiento del problema de la investigación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los principios éticos que se aplica en la investigación son, el respeto por el paciente, la beneficencia, confidencialidad y justicia.

El respeto por el paciente se refiere a que tienen derecho a ser informados, por lo cual nos debemos asegurar que la comprensión sea de forma entendible, adecuada y clara para ello se realiza un permiso mediante el consentimiento informado sirve para que el familiar nos brinde autorización sobre el adolescente.

Confidencialidad es un derecho moral que tiene nuestro paciente para mantener reservada la información obtenida y es nuestra obligación guardar todos los datos y no ser divulgados.

La beneficencia hace referencia a la obligación ética de desarrollar al máximo los beneficios y reducir al mínimo los daños y perjuicios que puedan provocarse al paciente, es decir salvaguardar los derechos e intereses del mismo

El principio de justicia se presenta como el deber ético de dar a cada individuo lo que le corresponde moralmente, es decir que las cargas y los beneficios de participar en la presente investigación deben estar justamente distribuidos, refiriéndose a la igualdad en la accesibilidad a los bienes, teniendo en consideración las necesidades clínicas de cada paciente, mencionado principio indica que la persona investigada debe ser la primera beneficiada por los resultados que el estudio pueda arrojar.

5.2. Discusión de Resultados

Al realizar la investigación, se pudo señalar que las intervenciones de enfermería resultan imprescindibles en los cuidados familiares para que el paciente sienta la total seguridad para enfrentarse a la vida, en este caso se pudo percibir con cada actividad una cierta aceptación y buena recepción, en relación a las actividades fueron muy positivas el pasar tiempo en familia el convivir de una manera muy cercana, salir a pasear, conversar, distraerse, conocieron las falencias de cada uno el apoyo que necesita cada miembro de la familia se pudo ver también una buena relación en cuanto a que son un buen equipo aunque hasta ese momento lo desconocían, se realizó actividades como, collages de imágenes con muchas anécdotas, se sintió la seguridad que transmitían cada risa y cada recuerdo, dándole así a su hijo las herramientas para auto aceptarse de mejor manera, la carta escrita de cada cualidad fue muy positiva y emotiva a la vez, pude evidenciar palabras de apoyo y también desconociendo del tema a su vez una satisfacción el ver que cada palabra les daba una nueva información, para ellos fue de gran ayuda ya que este tipo de patologías como no son tan visibles en el caso del adolescente se da por sentado que no pasa nada, se sorprendieron al saber lo que el paciente pensaba y sentía, si bien se aceptaba, pero no por completo, por el medio ambiente y los padres que no supieron como intervenir, se logró observar absorbieron cada actividad, entendieron y cambiaron de actitud ahora el adolescente se involucra más y se devolvió esa seguridad que tanto hacía falta. En el paciente de control no se realizó la valoración de enfermería ni se realizaron cuidados, este paciente sirvió de referencia para evaluar los resultados obtenidos con el paciente de caso de estudio. Al finalizar la ejecución del proceso de atención de enfermería se pudo comprobar que en el paciente estudiado mejoró su condición de salud y su estado integral mientras que el paciente de control mantuvo sus mismos problemas identificados en la problemática de la investigación.

CONCLUSIONES

- Se realizó el diagnóstico enfermero del paciente adolescente con microtia estudiado a través de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon donde se identificaron como patrones alterados Patrón #7: Autopercepción/ Autoconcepto; Patrón #8: Rol/Relaciones; Patrón #10: Afrontamiento / Tolerancia al estrés. Estos patrones identificados como alterados son los que determinan las acciones de enfermería a ejecutar para la atención individualizada del paciente.
- Se identificaron las necesidades de atención del paciente mediante la valoración de los patrones de Marjory Gordon para mejorar la autopercepción del paciente, mejorar las relaciones interpersonales, y reducir el estrés. A través de las acciones de enfermería propuestas para cada patrón alterado se contribuyó a elevar la calidad de vida tanto del paciente como la de su familia.
- Se desarrolló un proceso de atención en enfermería dirigido al paciente adolescente con microtia de forma personalizada, reconociendo las necesidades de atención según los patrones identificados como alterados. De igual manera se realizó la comparación entre los resultados obtenidos con el paciente atendido y el paciente que no recibió atención donde claramente se pudo evidenciar el beneficio para la salud integral del paciente que fue objeto del proceso de atención de enfermería y a importancia de brindar una atención personalizada.

RECOMENDACIONES

- Realizar un seguimiento por parte del personal de atención primaria de salud a los casos de microtia para promover la atención individualizada de los pacientes y la educación a las familias para contribuir a una mejor calidad de vida de los pacientes con esta condición en la localidad.
- Apoyar mediante capacitaciones en las comunidades a los familiares y cuidadores del paciente con microtia considerando que en muchos casos los familiares no conocen la manera adecuada de ayudarlos a lidiar con su problema y las opciones de tratamiento y recuperación post quirúrgica.
- Realizar estudios de caso similares ya que no hay muchos conocimientos acerca del manejo de estos pacientes al ser una condición congénita poco frecuente y poco conocida por la población en general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Microtia - Stanford Children's Health - Stanford Medicine Children's Health [Internet]. [cited 2023 Feb 11]. Available from: <https://www.stanfordchildrens.org/es/service/microtia/faq>
2. Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Fonoaudiología visión retrospectiva de la hipoacusia por microtia, servicio de.
3. Javier C, Gavidia B, Nathaly C, Sánchez G. universidad nacional de chimborazo facultad de ciencias políticas y administrativas carrera de economía título análisis de la demanda de viviendas y su relación con el ingreso familiar de los habitantes de la provincia de chimborazo cantón riobamba durante el año 2014 proyecto de investigación previo la obtención del título de economista, mención gestión empresarial Autores.
4. Bernal S, González C, Rosas H, García F, Pérez L, Sobrino F. Cuadro 1 Clasificación (Tanzer) (2). Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. 2011;37.
5. Prótesis auricular externa e implantes osteointegrados: una opción quirúrgica para el tratamiento de deformidades auriculares.
6. Aguinaga-Ríos M, Frías S, Arenas-Aranda C Y Verónica DJ, Morán-Barroso F. Microtia-atresia: aspectos clínicos, genéticos y genómicos. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2014 [cited 2023 Feb 12];71(6):387–95. Available from: www.elsevier.es/bmhim
7. Hipoacusia - Trastornos otorrinolaringológicos - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-otorrinolaringologicos/hipoacusia/hipoacusia>
8. Información sobre la anotia y la microtia | CDC [Internet]. [cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/birthdefects/anotia-microtia.html>

9. Lorduy TC, Pereira TC, Joaquín De Vergas Gutiérrez J. EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON HIPOACUSIA. [cited 2023 Feb 12]; Available from: www.biap.org
10. Huesca-Hernández F, Domínguez-Aburto J, Alejandra Aguilera-Tello S, de la Luz Arenas-Sordo M, González-Rosado G. Sordera neurosensorial congénita con malformación de oído interno ligada al X en una familia mexicana Congenital sensorineural deafness X-linked, with inner ear malformation in a Mexican family. 2022;
11. BUREAU INTERNATIONAL D'AUDIOPHONOLOGIE - PDF Descargar libre [Internet]. [cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://docplayer.es/71903367-Bureau-international-d-audiophonologie.html>
12. Manrique M, Jaime R, Algarra M. AUDIOLOGÍA AUDIOLOGÍA ▲entinema.
13. Flores Carmona E, Contreras Molina P, Sánchez P, Hospital P, De La V, Málaga V. Libro virtual de formación en ORL EXPLORACIÓN FÍSICA DEL OIDO.
14. García JC. LA DISCAPACIDAD AUDITIVA. PRINCIPALES MODELOS Y AYUDAS TÉCNICAS PARA LA INTERVENCIÓN. (The hearing impaired. Top models and technical assistance for intervention). 2015 [cited 2023 Feb 12];67–2015. Available from: <http://riai.jimdo.com/>
15. Alvarez CN, Alvarez C de la CN. Importancia de los potenciales evocados auditivos de tallo cerebral en el diagnóstico de las hipoacusias. Rev Cuba Otorrinolaringol y Cirugía Cabeza y Cuello [Internet]. 2021 May 12 [cited 2023 Feb 12];5(2). Available from: <https://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/236>
16. Forteza M, - M. “EL NIÑO SORDO EN EL AULA: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.”
17. que es la atresia auricular – Infogen [Internet]. [cited 2023 Feb 14]. Available from: <https://www.infogen.org.mx/tag/que-es-la-atresia-auricular/>

18. Orfila D, Tiberti L. ATRESIA CONGÉNITA DEL OÍDO Y SU MANEJO. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2023 Feb 14];27(6):880–91. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-atresia-congenita-del-oido-y-S0716864016301237>
19. Gutiérrez Gómez C, Ruiz Velasco Santacruz A, Romero Rubio A, Valdez Díaz B, Del Hierro Gutiérrez CE. Primer tiempo de reconstrucción auricular en microtia: simplificando el abordaje de piel. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2023 Feb 14];46(3):303–18. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922020000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. León-Pérez A, Jesús D, García I, Ana D, Sesman-Bernal L, Fernández-Sobrino G. Artículo de revisión. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2007 [cited 2023 Feb 12];28(4):154–63. Available from: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx
21. Factores-que-interviene-en-la-toma-de-decisiones-en-la-practica-clinica-en-alumnos-de-enfermera - Medicina - 14 | Studenta [Internet]. [cited 2023 Feb 14]. Available from: <https://es.studenta.com/content/113197461/factores-que-interviene-en-la-toma-de-decisiones-en-la-practica-clinica-en-alumno/14>

GLOSARIO

Microtia: se define como una malformación del oído externo caracterizada por un pabellón auricular pequeño y con alteración en su forma. Esta malformación engloba un amplio espectro clínico de anomalías auriculares que difieren en cuanto a su gravedad, desde anomalías menores hasta la completa ausencia del pabellón auricular o anotia.

Teratógenos: Un teratógeno es un agente capaz de causar un defecto congénito. Generalmente, se trata de algo que es parte del ambiente al que está expuesta la madre durante el embarazo.

Irrigación: el término irrigar se utiliza para describir el proceso mediante el cual los vasos sanguíneos llevan la sangre hacia los tejidos y con ello los nutrientes y el oxígeno necesarios.

Microsomía: es un trastorno en el cual el tejido de un lado de la cara no se desarrolla completamente, lo que afecta principalmente las áreas auditivas (oído), oral (boca) y mandibular(maxilares).

Criptotia: La criptotia es una deformidad de la oreja de nacimiento. Específicamente, la parte superior del oído externo está oculta debajo de la piel del cuero cabelludo. Esto hace que sea difícil usar anteojos.

Idiopática: Se dice de cualquier proceso o síndrome con varias causas posibles conocidas, pero que, en el caso concreto que se estudia, se desconoce la causa específica, porque no se puede demostrar ninguna de las posibles causas.

Hipoacusia: Es la incapacidad total o parcial para escuchar sonidos en uno o ambos oídos.

Patología: Es utilizado como sinónimo de enfermedad, proviene del sufijo path que significa enfermedad, por ejemplo, psicopatología, dermatopatología, etc. (Rodríguez Velasco, 2016).

ABREVIATURAS

IMC: Índice de Masa Corporal.

IMC/E: Índice de Masa Corporal para la Edad.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.

NOC: Nursing Outcomes Classification. Resulted.

NIC: Nursing Interventions Classification. Interventions.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

P/E: Peso para la Edad.

T/E: Talla para la Edad.

P/T: Peso para la Talla.

PAE: Proceso de Atención Enfermera.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

ANEXOS

ANEXO 1. APROBACIÓN DE LA SOLICITUD POR LA DIRECTIVA DEL BARRIO

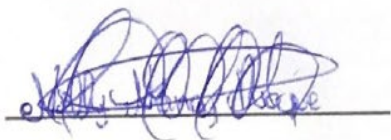
BARRIO ARUPOS DEL NORTE

Riobamba 5 de abril de 2022

Por medio del presente se solicita por parte de la directiva del barrio la colaboración en cuidados a la salud del paciente CEEF debido a que sus familiares supieron manifestar que el mismo refiere sentirse mal por el defecto de su oreja y siente que los demás le ven y le tratan diferente al resto de sus compañeros, se muestra poco receptivo con la ayuda que la familia trata de ofrecerle para mejorar su autoestima al identificar que este es el mayor problema que presenta el adolescente.

Seguros de contar con su colaboración le agradecemos



Atentamente



Sra. Nelly Nancy Roque Muñoz

070134434-3

ANEXO 2. ASENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR PARTICULAR "SAN GABRIEL" <i>Registro Institucional: 07020 CONESUP</i> TECNOLOGÍA EN ENFERMERÍA FORMATO DE ASENTIMIENTO INFORMADO	
Datos Generales: 1. Nombre del Investigador: 2. Nombre de la Institución: 3. Provincia, cantón y parroquia: 4. Título del proyecto:		
Presentación: La inscrita Srta/Sr., con CI: Estudiante de cuarto semestre de la Carrera de Tecnología en Enfermería del Instituto Tecnológico Superior Particular "San Gabriel", se ha permitido informarme lo siguiente: que como parte de la formación académica y curricular para la elaboración del proyecto de investigación para la obtención del Título de Tecnólogo/a de Enfermería, solicita la utilización de datos de confidencialidad y datos obtenidos en la entrevista directa, sobre enfermedad o patología actual y relevante. Me ha entregado la información necesaria y además he sido invitado a participar de esta investigación. Me ha indicado que no tengo que decidir hoy si participar o no. Antes de decidirme, puedo hablar con alguien con quien me sienta cómodo de esta propuesta. Puede existir algunas palabras que no entienda por lo cual me permite interrumpirle para su ampliación respectiva y si tengo alguna duda más tarde puedo preguntarle al investigador.		
Propósito: La presente investigación, se realiza por que tiene relevancia en el quehacer científico de la práctica asistencial y permite profundizar los conocimientos post-profesionales relacionados con los campos investigativos, metodológicos, epistemológicos y terapéuticos. El presente estudio contribuirá al avance académico y científico de la formación como profesionales de la salud competentes. Tipo de estudio es		
Confidencialidad La información que se recolecte en este proceso de investigación será de carácter confidencial. Únicamente el investigador tendrá accesibilidad a ella. Cualquier		

información de su persona no será compartida ni entregada a nadie, excepto a algún directivo o persona responsable, director, docente, etc.

El conocimiento obtenido de esta investigación se compartirá con el usuario antes de que se haga disponible al público. Se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de esta investigación.

Consentimiento:

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado enfermero.

Nombre del Participante:

.....

Firma del Participante: CI:

Fecha Día/mes/año

Si es analfabeto Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona será seleccionada por el participante y no deberá tener conexión con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos deberán incluir su huella dactilar también.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo (Y Huella dactilar del participante)

Firma del testigo

Fecha..... Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador:

Firma del Investigador:

Fecha: Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado.

ANEXO 3. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

Fotografía 1. Firma de asentimiento informado.



Elaborado por: Karen Madeleyne Cartuche Roque.

Fotografía 2. Toma de medidas antropométricas.



Elaborado por: Karen Madeleyne Cartuche Roque.

Fotografía 3. Toma de temperatura



Elaborado por: Karen Madeleyne Cartuche Roque.

Fotografía 4. Toma del peso.



Elaborado por: Karen Madeleyne Cartuche Roque.

Fotografía 5. Aplicación de la entrevista.



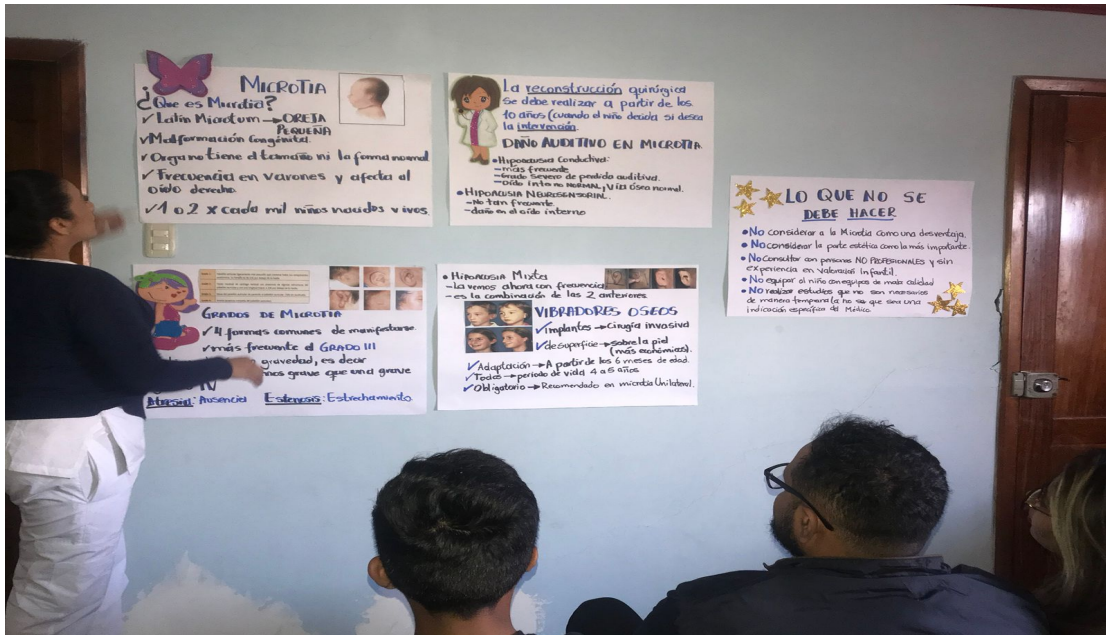
Elaborado por: Karen Madeleyne Cartuche Roque.

Fotografía 6. Exposición e información sobre la microtia.



Elaborado por: Karen Madeleyne Cartuche Roque.

Fotografía 7. Explicación didáctica de la microtía.



Elaborado por: Karen Madeleyne Cartuche Roque.

Fotografía 8. Cartas con cualidades y virtudes de cada uno.



Elaborado por: Karen Madeleyne Cartuche

Fotografía 9. Tríptico con toda la información.



Elaborado por: Karen Madeleyne Cartuche Roque.

Fotografía 10. Salida recreativa en el parque.



Elaborado por: Karen Madeleyne Cartuche Roque.

Fotografía 11. Película relacionada con la autoestima.



Elaborado por: Karen Madeleyne Cartuche Roque.

Fotografía 12. Ejercicio de recopilación de anécdotas.



Elaborado por: Karen Madeleyne Cartuche Roque.

Fotografía 13. Ejercicio de relajación



Elaborado por: Karen Madeleyne Cartuche Roque.

Fotografía 14. Comentarios sobre anécdotas.



Elaborado por: Karen Madeleyne Cartuche Roque.

Fotografía 15. Cena de agradecimiento brindada por mí.



Elaborado por: Karen Madeleyne Cartuche Roque.

ANEXO 4. TRÍPTICO DE LA MICROTIA

La **HIPOACUSIA CONDUCTIVA** en Microtia, debe tratarse con el uso de un sistema auditivo especial, denominado **VIBRADOR OSEO**.

Existen varios modelos en el mercado, con igual eficiencia, pero con distinta manera de adaptarse.

- **IMPLANTABLES**. Se colocan con **CIRUGIA INVASIVA**, costosos
- **DE SUPERFICIE**. Se colocan sobre la piel, sin riesgos quirúrgico, mas económicos
- **TODOS** tienen un periodo de vida 4 a 5 años.
- **ADAPTACION** debe hacerse a partir de los 6 meses de edad.
- **OBLIGATORIO e IMPRESCINDIBLE** en **Microtia BILATERAL**, y completamente recomendable en Microtia Unilateral.
- Deben ser adaptados por **AUDIÓLOGOS** con experiencia y equipamiento adecuado, ya que, si el equipo no es ajustado adecuadamente, puede **LESIONAR EL OIDO INTERNO SANO DEL NIÑO**

VIBRADORES OSEOS

LO QUE NO DEBEMOS HACER

- **NO APRESURARSE**, solo llevará a tomar malas decisiones
- **NO** considerar a la **MICROTIA** como una desventaja, hay muchos ejemplos de éxito en personajes famosos que tienen MICROTIA
- **NO** considerar la parte **ESTETICA** como la mas importante
- **NO** consultar con personas **NO PROFESIONALES**, y sin experiencia en valoración infantil
- **NO EQUIPAR** al niño con equipos de mala calidad, o con "profesionales" sin experiencia
- **NO** realizar estudios de **no son necesarios** de manera temprana, ej. **TOMOGRAFIAS, ESTUDIOS GENETICOS**, a **no ser** por una indicación específica, infecciones, descartar síndromes, etc.

¿Qué es MICROTIA?

El término **MICROTIA**, proviene del latín **MICROTUM**, que significa **OREJA PEQUEÑA**. Es una **malformación congénita**, en la cual, la oreja no tiene el tamaño ni la forma normal.

Datos interesantes

- Es más frecuente en varones, y afecta más al oído derecho.
- Es una **MALFORMACION CONGENITA** frecuente, afecta a 1 o 2 x cada 10 mil nacidos vivos.
- En Ecuador y Bolivia, la tasa es 10 veces mayor, significa 1, 2 x cada mil niños nacidos vivos.
- La malformación se da durante las 8 primeras semanas de vida del feto, respetando, en la mayoría de los casos, el oído interno.
- No se conocen causas exactas de su aparición, hemos comprobado la existencia de un gen que **PREDISPONE** la aparición de microtia en población latinoamericana
- Posibilidad de presentar **Hipoacusia Neurosensorial** (daño de oído interno), lo que obliga a un diagnóstico adecuado
- Puede ser aislada, o **sindrómica**, por ej. Treacher Collins, Microsomía Hemifacial, Goldenhar, Síndrome de Down

ESTETICA

GRADO I Pequeña deformidad, casi normal	GRADO II Anatomía aun reconocible	GRADO III Pequeños rudimentos y tejido nasal	GRADO IV Ausencia de Pabellón
---	---	--	---

La **MICROTIA** tiene 4 formas comunes de manifestarse, siendo la más frecuente la **GRADO III**.

NO TIENE RELACION CON GRAVEDAD, es decir, una Grado I no es menos Grave que una Grado IV.

Lo que determina el problema **FUNCIONAL AUDITIVO**, es la deformidad a nivel del **CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO**, como **AUSENCIA (ATRESIA) O ESTRECHAMIENTO (ESTENOSIS)** del mismo, y las malformaciones de **OIDO MEDIO**, ausencia de **MEMBRANA TIMPANICA, DAÑO EN LOS HUECESILLOS**, etc., con la repercusión auditiva consiguiente.

La reconstrucción quirúrgica se debe realizar a partir los 10 años, cuando el niño tiene la capacidad de decidir por sí mismo si desea la intervención; no lo recomendamos antes.

EL USO DE VIBRADOR OSEO SE RECOMIENDA A PARTIR DE LOS 5 A 6 MESES DE EDAD

El 99% de casos de Microtia, independiente del Grado de la misma, conllevan **DETERIORO AUDITIVO** en el niño, el cual puede presentarse de 3 maneras:

- **HIPOACUSIA CONDUCTIVA**: es la mas frecuente, con niveles promedio de 70 dB por vía aérea, es decir un **GRADO SEVERO DE PERDIDA AUDITIVA**, pero el oído interno es normal, con niveles auditivos por vía ósea normales.
- **HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL**: no tan frecuente, implica daño del **OIDO INTERNO**, con repercusiones graves, puede presentarse en el **OIDO SANO** en microtia unilateral.
- **HIPOACUSIA MIXTA**: la vemos ahora con mas frecuencia, y es, una combinación de las 2 anteriores.

Estas deficiencias pueden tener repercusión en **HABLA, COMPORTAMIENTO, ESTUDIOS**, etc., por lo que el diagnóstico **TEMPRANO** y **ADECUADO** es primordial.

Antes del año de edad el niño con Microtia debería estar evaluado de manera **INTEGRAL** y **ADAPTADO** su sistema de **VIBRACIÓN OSEA**.

DAÑO AUDITIVO EN MICROTIA

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

Debe realizarse de manera temprana, antes del año de edad, con enfoque tanto el oído micrótico, como en el oído sano; y con mayor razón si la malformación es bilateral.

- Debe hacerlo un **AUDIÓLOGO** con experiencia en diagnóstico infantil.
- El diagnóstico debe ser **INTEGRAL**, es decir, evaluar toda la vía auditiva del niño.

- Otoscopia
- Otoemisiones Acústicas del lado sano
- Timpanometría del lado sano
- Potenciales Evocados de Tronco Cerebral (vía aérea y ósea)
- Potenciales Evocados de Estado Estable (vía aérea y ósea)

Los estudios de potenciales recomendamos hacerlo bajo SEDACION, solo así garantizamos una evaluación INTEGRAL

ESTUDIOS EN NIÑOS DEBEN SER REALIZADOS POR PROFESIONALES CON EXPERIENCIA EN DIAGNOSTICO INFANTIL