



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12**

**PROCESO CUIDADO ENFERMERO EN “ATENCION AL NIÑO
PREMATURO”**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA**

ADRIANA MARTINEZ GOMEZ

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12**

**PROCESO CUIDADO ENFERMERO EN “ATENCIÓN AL NIÑO
PREMATURO”**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA**

ADRIANA MARTINEZ GOMEZ

**ASESORA
ME y AS. RITA DE GUADALUPE MARTINEZ ROCHA**

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

CARTA DE ACEPTACION DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO
PARA LA TITULACION DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA

Los suscritos miembros del proceso de titulación de:

ADRIANA MARTINEZ GOMEZ

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

“Proceso cuidado enfermero en atención al niño prematuro”

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea
Sustentado en examen de grado de Licenciatura en Enfermería.

ME y AS. Rita de Guadalupe Martínez Rocha
Tutora

L.E. Agripina Gutiérrez García
Presidenta

M.E.y.A.S. Clara Elena Infante Granja

ME y AS. Rita de Guadalupe Martínez
Rocha

Secretaria

Vocal

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

I INDICE

II. Introducción -----	1
III. Justificación -----	3
IV. Objetivos -----	5
4.1 Objetivo general-----	5
4.2 Objetivo específico-----	5
V Marco teórico -----	6
5.1 Enfermería como profesión disciplinaria -----	6
5.1.1 Antecedentes históricos-----	6
5.2 El cuidado como objeto de estudio -----	11
5.3 Procesos de atención de enfermería -----	13
5.4 Etapas que constituyen el PAE -----	17
5.4.1 valoración-----	17
5.4.2Diagnostico-----	21
5.4.3 Planeación-----	25
5.4.4 Ejecución-----	28
5.4.5 Evaluación-----	31
5.5 Características de la prematurez -----	33
5.5.1 Epidemiología-----	33
5.5.2 Factores de riesgo para un parto prematuro-----	34
5.5.3 Complicaciones-----	35
5.6 Dorothea Orem y la teoría del autocuidado-----	38
5.6.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado-----	38
VI Resumen del caso clínico -----	44
6.1 Valoración clínica del sujeto del cuidado-----	44
6.2 Plan de cuidados-----	48
VII Plan de alta -----	56
VII Conclusión -----	58
VIII Referencias bibliográficas -----	59
IX Glosario -----	66
X Anexos	

RESUMEN

Introducción: La prematurez es un desafío clínico actual de la medicina perinatal, ya que la mayor parte de la morbilidad y mortalidad afecta a los recién nacidos cuya edad gestacional, es inferior a 32 semanas, y especialmente a los 'pretérminos extremos que son los nacidos antes de la semana 28 de EG, el cuidado de enfermería debe dirigirse en dos sentidos hacia la prevención del parto prematuro mediante la promoción de un embarazo saludable y hacia la atención del recién nacido prematuro. **Objetivo:** Desarrollar un proceso de cuidado enfermero dirigido al niño prematuro para favorecer la individualización y la calidad de atención en el cuidado enfermero. **Metodología:** Se utilizó el método de estudio de caso, para lo cual se seleccionó un niño prematuro en el área hospitalaria a quien se le aplicó el proceso cuidado enfermero teniendo como eje del cuidado la teoría de Dorotea Orem del déficit de autocuidado. **Conclusiones:** El proceso cuidado enfermero favorece la atención individualizada desde una visión humanista y ética principios fundamentales de la profesión, la teoría del déficit de autocuidado permite a la enfermera responder a las necesidades de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para cuidarse a sí mismas característica del recién nacido prematuro.

II. INTRODUCCION

Se denomina prematurez a aquel recién nacido que nace antes de completar la semana 37 de gestación.

El parto prematuro es el mayor desafío clínico actual de la medicina perinatal. Donde la mayor parte de las muertes neonatales ocurren en recién nacidos prematuros, donde la prematuridad es un factor de alto riesgo de deficiencia y discapacidad con sus repercusiones familiares y sociales. (Rellán, García y Aragón 2006).

La mayor parte de la morbimortalidad afecta a los recién nacidos 'muy pretérminos' cuya edad gestacional, es inferior a 32 semanas, y especialmente a los 'pretérminos extremos' que son los nacidos antes de la semana 28 de EG.

México tiene una tasa de mortalidad neonatal por debajo de la media, en el 2016 según datos de la UNICEF, en México la tasa de mortalidad neonatal fue de 7.8 por cada 1000 nacimientos, aunque aun así queda camino por recorrer. (Velázquez 2020).

En San Luis Potosí, de los 425 mil 516 nacimientos que se registraron durante 2017 en los hospitales y clínicas del todo el país, 41 mil 664 fueron bebés prematuros, es decir el 9.8 por ciento nacieron antes de las 37 semanas de gestación (El Universal, 2021).

En San Luis Potosí, el estudio de Minguet y colaboradores reveló que los nacimientos prematuros representan el 8.2 % de los nacimientos anualmente, en el periodo de 2007 al 2014 (Minguet, Cruz y Ruíz; 2014).

Gran parte de los casos de muerte neonatal, tienen diversos orígenes sociales, como la falta de acceso a los sistemas de salud. Tan solo en México se estima que el 15% de la población no cuenta con algún servicio de salud, lo que incluye a mujeres embarazadas y en lactancia. Como se sabe la falta de información y la falta de servicios a su vez viene acompañada de un desconocimiento de signos o síntomas de riesgo, en el embarazo parto y lactancia, hay que saber que gran parte del problema de mortalidad neonatal, es debido a factores socioeconómicos, donde la falta de unidades médicas cercanas, de información a las madres y los escasos recursos económicos son los factores cruciales para que este problema siga perdurando. (Velázquez 2020).

Las causas del nacimiento prematuro son diversas, pero las más frecuentes son: Antecedente de un nacimiento prematuro, infección de vías urinarias, embarazos múltiples,

enfermedades crónicas, y ruptura prematura de membranas (RPM) Etc. (Rellan, García y Aragón (2006)

La vulnerabilidad en los bebés prematuros es muy importante ya que tienen que ser objeto de seguimiento con regularidad para poder reevaluar su crecimiento y desarrollo neurológico, ya que se verá afectado con discapacidades como problemas de aprendizaje, déficit cognitivo, trastorno de hiperactividad y déficit de atención (TDAH), déficits neuropsicológicos específicos (p. ej., la integración visual motora, disfunción ejecutiva) y problemas de conducta (problemas de internalización, dificultades sociales). Es extremadamente difícil determinar en la infancia temprana si los problemas son transitorios o si reflejan la aparición de una discapacidad permanente. (Ares y Diaz (2014)

El saber identificar los factores antes de la concepción o al comienzo del embarazo ayudará a ofrecer un mejor seguimiento y realizar con tiempo las intervenciones de enfermería pertinentes ya que un buen manejo de la madre durante el embarazo ayudará a una detección oportuna y una esperanza de vida mayor para el recién nacido, en concordancia con los programas de salud que son fundamentales para el logro de este objetivo. (Velázquez 2020)

El presente trabajo busca compartir la experiencia del cuidado a través de la presentación del proceso cuidado enfermero cuya finalidad es brindar cuidados individualizados a partir de una visión humanista y ética hacia el recién nacido prematuro y su familia, además de que permite impulsar la investigación en la profesión y fortalecer el pensamiento crítico. Por otro lado, permitirá también profundizar en las características y necesidades del recién nacido prematuro, sus hitos de desarrollo y aquellas desviaciones de la normalidad susceptibles de tratar todo teniendo como soporte el cuidado enfermero. (Ares y Diaz, 2014).

III. JUSTIFICACION

La prematuridad ocupa la primera causa de mortalidad entre los niños menores de cinco años de edad y constituye uno de los problemas de salud pública más importantes actualmente (Matos, Reyes, López, Reyes, Pérez, Reyes, López, et al; 2020).

La OMS en 2019 destacó 2,4 millones de niños murieron por esta causa en su primer mes de vida y que diariamente mueren unos 6700 recién nacidos, cifra que representa el 47% de todas las muertes de menores de 5 años, un aumento respecto del 40% registrado en 1990.

Este mismo organismo señala que “Es posible mejorar la supervivencia y la salud de los recién nacidos y poner fin a las muertes prenatales prevenibles mediante una alta cobertura de atención prenatal de calidad, atención del parto por personal cualificado, atención posnatal para madres y recién nacidos, y atención de los recién nacidos pequeños y enfermos” (OMS, 2019).

En México, el Centro Nacional De Equidad De Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) tiene como objetivo reducir los rezagos en la atención de todas las mujeres y sus recién nacidos durante la etapa pregestacional, el embarazo (prenatal), parto, puerperio y la etapa neonatal. (secretaria de Salud 2015).

El 25 de mayo del 2009 se firmó el Convenio General de Colaboración entre la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a fin de proveer servicios de salud a través de sus unidades médicas a todas las mujeres embarazadas que presenten una emergencia obstétrica con el fin de reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal a nivel nacional.

El presente trabajo se suma a la respuesta que las (os) profesionales del cuidado han de tener en la atención a un problema de salud pública como lo es la prematuridad; brindar cuidados de enfermería permite incorporar la razón de ser de la profesión: La necesidad básica de garantizar la seguridad y la calidad en el cuidado del paciente, todo ello desde la perspectiva holística, ética y humanista; ya que parte de individualizar las necesidades reales y potenciales tanto del paciente como de su familia, Se ofrece también el abordaje de enfermería al niño prematuro rescatando los metaparadigmas de la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem.

El trabajo que aquí se presenta se consideró viable de desarrollarse, ya que su autora contó con los recursos humanos, materiales, así como los conocimientos necesarios para llevarlo a cabo.

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Desarrollar un proceso de cuidado enfermero dirigido al niño prematuro para favorecer la individualización y la calidad de atención en el cuidado enfermero mediante un estudio de caso.

4.2 Objetivos Específicos

- Realizar una revisión amplia de la literatura acerca de la evolución del proceso cuidado enfermero en paciente prematuro.
- Aplicar la taxonomía NANDA NIC y NOC.
- Diseñar un plan de alta dirigido al niño prematuro desde el enfoque del modelo de D. Orem.
- Sustentar el cuidado de enfermería basado en la evidencia científica de acuerdo a las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC).

V MARCO TEORICO

5.1 ENFERMERIA COMO PROFESION DISCIPLINARIA

5.1.1 Antecedentes históricos

La enfermería ha recorrido numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales, como disciplina y como profesión donde tiene como sujeto de atención al hombre, la familia ya la comunidad. Su rol y las tendencias de cuidado de salud son y fueron influenciados por los cambios políticos, sociales, culturales, científicos y por las problemáticas de salud de la comunidad. (Ponti 2016).

A través de los años, enfermería ha evolucionado y cambiado conceptos, definiciones donde se estableció como campo científico y se describió en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas subordinadas a la medicina, como un servicio humano amplio, como una vocación aprendida y más recientemente como una disciplina en el área de la salud, que maneja el cuidado de esta durante el transcurso del ciclo vital.

A continuación, se señalan algunos hitos que marcaron el desarrollo de la enfermería como profesión:

- ✓ **Prehistoria:** etapa en la que el hombre vivía agrupado como únicos mecanismos de defensa ante las adversidades del medio y se dedicaba principalmente a la caza y se reconocían como hechicero o bruja mediante ritos mágicos.
- ✓ **Edad media baja, (siglos XI-XV):** caballeros de la orden de san juan de Jerusalén caballeros teutónicos, órdenes religiosas franciscana y otras figuras como parteras y sus métodos para tratar la enfermedad eran remedios creenciales mediante reliquias exorcismos y remedios empíricos como enemas, ungüentos. Y mediante la medicina técnica se realizaba disección de cadáveres para estudio de anatomía.
- ✓ **Edad media alta:** mujeres feudales, monjes-sacerdote, médico, médicos islámicos barberos, sangradores cirujanos, matronas y comadres y sus remedios eran creenciales mediante obras de caridad, remedios empíricos y medicina técnica.
- ✓ **Mundo contemporáneo (siglo XIX):** Figuras domésticas, médico de cabecera, comadrona, y la organización de cruz roja internacional y consejo internacional de enfermería. Y sus remedios eran caseros, brebajes, purgas, medicina artesanal como

aplicación de ventosas, ungüentos, y consejos dietéticos e higiénicos. Y como medicina experimental búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad

- ✓ **Enfermería siglo XX:** cirujanos-sangradores, ministrantes, practicantes, matronas y parteras, enfermeras auxiliares de clínica, técnicos sanitarios. Y sus métodos son mediante auge de la medicina científica, gran desarrollo de técnicas diagnósticas y terapéuticas protagonismo de la cirugía. (Martínez y Chamorro 2016)

EVOLUCION DE LA ENFERMERIA EN MEXICO

1907 se inaugura la escuela de enfermería.

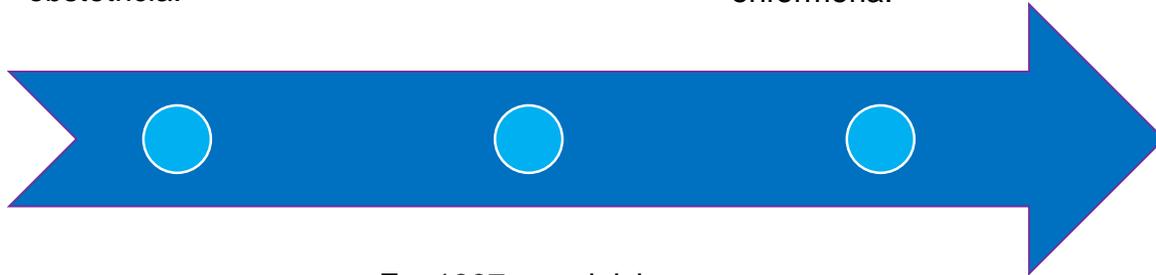
1912 se crea el primer plan de estudios para la carrera de enfermería 2 años de estudio y 2 años para estudio de parto.



Hermelinda garcia primera enfermera con diploma y certificado oficial el 28 de febrero de 1910.

1968 Aparece publicada la creación de la licenciatura en enfermería y obstetricia.

En 2002 se crea el plan de estudios del programa de maestría en enfermería.



En 1997 se inician los estudios de posgrado.

(Torres y zambrano 2010).

Como parte histórica del pensamiento se crean modelos teóricos, entre los que destacan.

Florence Nightingale; 1820-1910 “Teoría del entorno” considerada la primera teórica de enfermería y donde creo cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad aire, agua, desagües eficaces, limpieza y luz. (Amaro 2004).

Virginia Henderson; 1897-1996 consideraba al apaciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independendencia. En su teoría de las 14 necesidades, es ayudar a la persona enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación, o a una muerte tranquila. (Marriner y Raile 2006).

Dorotea Orem; 1914-2007 presenta su teoría de déficit autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí., teoría del autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. (Naranjo, concepción y Rodríguez 2017).

Dorothy Jonson; 1919-1988 Modelo de sistemas conductuales de atención que se centra en las necesidades humanas, y el uso de la enfermería para promover el equilibrio y disminuir el estrés. (Ventura 2011).

Sor Calixta Roy; 1939 Modelo de adaptación proporciona una manera de pensar acerca de las personas y su entorno que es útil en cualquier entorno, ayuda a una prioridad a la

atención y los retos de la enfermería para mover al paciente de sobrevivir a la transformación. Entre otras. (Montaño 2018).

A medida que las enfermeras entraron a las escuelas en gran número durante la última mitad del siglo XX empezó a llevarse a cabo el objetivo de desarrollar un conocimiento como base para la práctica enfermera y como se ha mencionado anteriormente, la enfermería ha pasado a través de etapas de desarrollo gradual donde las líderes enfermeras presentaron varias perspectivas diferentes para el desarrollo de la ciencia enfermera. (Marriner y Raile 2006).

La enfermería como una disciplina profesional que tiene por objeto desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica, con el fin de precisar las características de la disciplina. (Barrera 2004).

Desde finales del siglo XVIII y hasta mediados del siglo pasado, varias teorías han reconocido que los conceptos de **cuidado persona salud** y **entorno** implícita y explícitamente son los que clasifican y constituyen el núcleo del campo de los cuidados de enfermería. Estos conceptos permiten precisar la importancia de su interrelación, y son las formas de concebir un cuidado que exprese la respuesta a las necesidades convenientes en materia de salud de las personas, familias y comunidades.

Al asegurar una respuesta óptima a las necesidades cambiantes, requiere del dominio de un saber y de competencias específicas desde la formación del recurso humano en enfermería para que al incorporarse al mercado laboral ofrezca un cuidado de calidad presentado en principios universales de los saberes como son el saber ser que incluye valores, actitudes, creencias, convicciones; el saber hacer que está sustentado por habilidades relacionales y técnicas. Estos saberes convergen hacia la competencia necesaria para el cuidado que refuerza y transforma al otro.

El campo de la enfermería es el cuidado que permite a la persona dominar los acontecimientos ligados a su experiencia de salud y mejorar su bienestar. El valor óptimo del cuidado de enfermería se mide por el poder que reciben los estudiantes, a través de una sólida formación con un enfoque crítico, capaz de asumir diversos roles de un sistema de salud cambiante y para un liderazgo que le permita participar en las decisiones en materia de salud.

Desde esta óptica, los estudiantes se inician en la importancia primordial de la interdependencia y de la complementariedad de las diferentes profesiones del área de la salud, de las áreas sociales y de las humanísticas que les permiten contar con herramientas para fundamentar su quehacer y anticiparse a los cambios para la toma de decisiones en equipo con un alto sentido de reflexión sobre las bases conceptuales que se desea para la práctica disciplinaria en las áreas asistencial, docente, administrativa y de investigación.

La enseñanza de la enfermera se centra en las 4 funciones básicas de la profesión.

- ✓ **La función asistencial** se refiere a la atención humanizada, sistemática y de alta calidad para promover la salud, proteger de enfermedades y participar en la terapéutica requerida a través de la aplicación de modelos teóricos, técnicas y procedimientos generales o específicos de enfermería.
- ✓ **La función docente** corresponde a la transmisión del conocimiento en la formación profesional de recursos humanos en enfermería, en la educación para la salud en la capacitación y en la educación continua, basada en necesidades, factores de riesgo e integración docencia-servicio.
- ✓ **La función administrativa** abarca acciones específicas basadas en teorías y metodología de la administración aplicada al servicio de enfermería, para mejorar la atención al individuo, familia y comunidad.
- ✓ **La función de investigación** coadyuva a la ampliación del conocimiento mediante la aplicación de teorías y metodologías correspondientes, con base en diagnósticos de diversos aspectos en salud que conlleven a la elaboración de proyectos para mejorar la atención dentro de la enfermería. (Barrera 2004).

Tales cuidados deben ser realizados con responsabilidad profesional científica, ética y humanística para con las personas, con la práctica, con la profesión y con otros profesionales; con responsabilidad moral basada en la reflexión sobre valores para crear una conciencia ética; con responsabilidad jurídica para determinar algunas acciones que conlleven aspectos legales en la profesión y con responsabilidad civil dado que como ciudadano tiene derechos y obligaciones. Dicha responsabilidad le permite ubicar al usuario o paciente en un contexto asistencial, técnico, ético, legal y profesional.

Por tanto, el personal de enfermería debe ser preparado en instituciones educativas oficialmente autorizadas para formar profesionales competentes, dotadas de sentido social y conciencia nacional para atender las necesidades y problemas de salud en el país.

5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Referente a el cuidado es un acto ontológico que se origina en la naturaleza misma de los seres vivos pero que se legitima en el mundo de los actos; el cuidado tiene un papel relevante en la existencia humana, por tanto, el cuidado como objeto de estudio de la enfermería tiene un fundamento más allá del ejercicio profesional que busca llegar al mejor ser y vivir de cada persona (Vélez, Vanegas y Hoover, 2011).

El cuidado tiene su origen en el sujeto mismo, pero no solo como instinto sino como reconocimiento de la propia existencia; entre más se conoce el sujeto más grande es su actitud de cuidado, el cuidado como objeto de estudio de la enfermería busca profundizar en mejorar la calidad de vida de cada persona, más allá del ejercicio profesional (Vélez y Vanegas, 2011).

La enfermería ha desarrollado su función como lo ha hecho la medicina. La enfermería ha existido desde el inicio de la humanidad, pues dentro de la especie humana siempre han estado presentes personas con dificultades para satisfacer sus necesidades esenciales existiendo la necesidad de cuidar de ellas. Se han tratado cuatro conceptos metaparadigmáticos que están presentes en todas las teorías y modelos conceptuales: persona, entorno, salud y el cuidado (Benavent, et al.2002).

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos, con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), vive experiencias de salud. (Jiménez,1998).

En este énfasis el cuidado no tiene un concepto único, ni homogéneo, se encuentra una tendencia hacia una acción encaminada hacia la recuperación del estado de bienestar mediante la planificación y evaluación de actividades. Aunque se reconoce el cuidado como propio de la profesión, la tendencia encontrada no muestra la fuerza teórica que reporta el

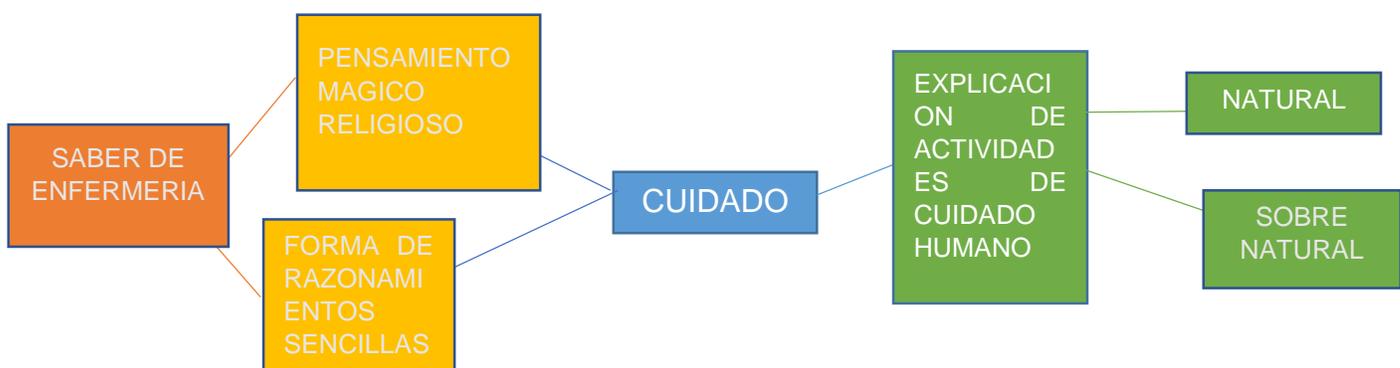
estudio realizado por Morse y Col, en el cual identifican el cuidado, como imperativo moral, como rasgo humano, como afecto y como interacción; más bien se resalta la intervención terapéutica, por cuanto hace énfasis en la resolución de situación patológica identificada en la persona enferma (Ben,1994).

Este requiere ser utilizado como hilo integrador entre la teoría, la práctica y la investigación, con el objeto de fortalecer y engrandecer el conocimiento de la enfermería fundamentado en el cuidado. Es necesario dar un significado de la disciplina profesional de enfermería que requiere de:

- Generación y creación de conocimientos propios para resolver los problemas de la práctica profesional de enfermería.
- Validación y replanteamiento de los conocimientos disciplinares.
- Generación y validación de teorías de tipo descriptivo y prescriptivo.
- Realización de investigación científica.
- Cualificación de la práctica en enfermería

La práctica es la expresión de las teorías y de cómo las enfermeras utilizamos el conocimiento, las figuras 1 y 2 esquematizan los antecedentes del conocimiento en enfermería y el desarrollo actual.

Figura 1. Conocimiento de la enfermería



Fuente: Riveros H. y Rosas ,1982

Figura 2. Desarrollo de la enfermería



5.3 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud” (Reyna, 2010).

Es un método flexible adaptable y aplicable en todas las situaciones en el proceso de pérdida de la salud o en el mantenimiento de la misma. Proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica, incluye la identificación de signos y síntomas para integrar su valoración, el diagnóstico de problemas y necesidades, la planificación y la administración de los cuidados, así como la evaluación de los resultados (Gayosso, 2019).

El proceso cuidado enfermero es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de enfermería.

De esta forma, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuesta.

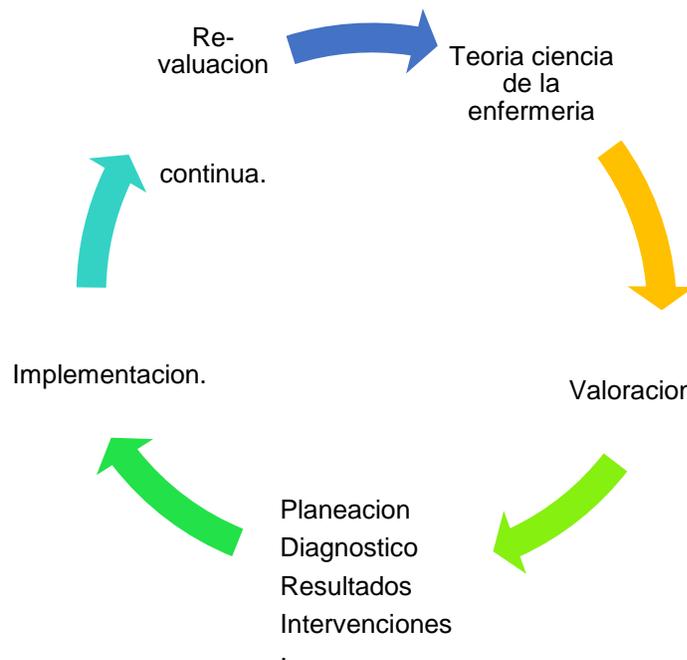
Antecedentes

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Lidia Hall (1955); por su parte Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas que incluían valoración, planeación y ejecución. (Potter, 2013)

En 1967 Yura y Walsh, establecen cuatro etapas al integrar la evaluación; entre 1974 y 1976 Bloch, Roy y Aspinall y algunas otras autoras más, establecieron las cinco etapas al añadir la etapa diagnóstica para 1992.

En 1993 la Asociación Norteamericana de Enfermería (NANDA) desarrolla la clasificación de intervenciones enfermeras (NIC) y los criterios de resultado (NOC) antes denominados objetivos; para el año 2005 presenta la taxonomía diagnóstica NANDA-I y a partir de entonces se actualiza dicha clasificación cada dos años. En la Taxonomía 2018-2020 destaca un modelo de proceso cuidado enfermero modificado propuesto por Hermann en 2013 en el cual se integra la teoría en enfermería, además integra en la etapa de planeación el diagnóstico, los resultados y las intervenciones, y propone una reevaluación continua como se indica la siguiente figura:

Figura No. 2 Proceso cuidado enfermero modificado



Fuente: NANDA 2018, adaptado por Hermann 2013

Objetivos del proceso cuidado enfermero

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

El desarrollo del PAE: Es una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).

- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

Las ventajas:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo. Crecimiento profesional.

Las características:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

5.4 ETAPAS QUE CONSTITUYEN EL PAE

5.4.1 ETAPA DE VALORACIÓN

La Valoración es la considerada como la piedra angular del PAE. Permite reunir información necesaria que permitirá formular el problema (Diagnostico), y a partir de éste proponer (Planificar) y llevar a cabo las intervenciones encaminadas a un logro (Objetivo), y luego proceder a la Evaluación. El Proceso de Atención de Enfermería es por tanto la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de Enfermería (Ministerio de salud pública y bienestar social 2013).

Objetivo de la valoración de enfermería

La valoración se define como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud, y la respuesta que las personas dan a ésta. La valoración enfermera es útil en la planificación de cuidados a la persona, a la familia y/o a la comunidad, y no solamente en situación de enfermedad (Álvarez, Castillo, Fernández y Muñoz,2010).

El propósito de la valoración de la enfermera es “captar lo más acertadamente posible la naturaleza de la respuesta humana a la situación de salud que están viviendo las personas objeto de nuestra intervención”. Rellenar instrumentos u hojas de valoración de enfermería, por muy completos que estos sean, no es realmente valorar si la enfermera que los cumplimenta, además de poseer los conocimientos y las habilidades precisas para ello, está concienciada de la necesidad y validez de la acción que está realizando. La valoración de enfermería es un acto responsable y revestido de una enorme importancia y de la que dependerá el éxito de nuestro trabajo, cuyo propósito es conseguir el bienestar de las personas objetos y sujetos de nuestra intervención (Alfaro R, 1996).

Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

Fases de la valoración de enfermería

La valoración está constituida por una serie de pasos o etapas sucesivas e íntimamente interrelacionadas y que son:

1. Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas) Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
2. Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado.
3. Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.
4. Analizar los datos obtenidos.

Existen diversos tipos de datos:

Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).

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

Datos históricos-antecedentes: aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.

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

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible para la valoración de enfermería (Alfaro R, 1996).

Los métodos para la valoración son la primera herramienta que debe utilizarse para valorar a todo tipo de personas sanas o enfermas, en el ámbito público o privado, en la práctica institucional, privada o independiente, en clínicas, consultorios, y en todos los escenarios del ámbito ambulatorio y hospitalario.

Sin duda, esta primera etapa del proceso de atención de enfermería es necesaria llevarla a cabo para dirigir, definir y estandarizar el cuidado de enfermería a través del desarrollo del plan de cuidados estandarizado (PLACE), y la aplicación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica en Enfermería (GPCE), que dicho sea de paso es el resultado del desarrollo de la enfermería basada en la evidencia (EBE), convertida en práctica basada en la evidencia (PBE).

Existen diversos modelos de valoración:

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

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

Criterios de valoración por patrones funcionales de salud: Este método es un método propio de la profesión, el sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero (Alfaro R; 1996).

Fig. 3 Métodos de valoración

Patrones funcionales de salud.	Aparatos y sistemas	Cefalocaudal
1.- Manejo percepción de la salud	Secuencia lógica de preguntas relacionadas con las principales regiones anatómicas del cuerpo.	Orden lógico de cabeza a pies.
2.- Nutricional metabólico		-Piel, pelo y uñas.
3.-Eliminación.		-Cabeza. -Ojos
4.-Actividad-ejercicio.	-Cardiovascular respiratorio.	-Oídos.
5.-Reposo. sueño.	-Gastrointestinal.	-Boca y garganta.
6.- Cognitivo perceptual.	-Neurológico.	-Tórax y pulmones.
7.-Autopercepción. autoconcepto.	-Genitourinario.	-corazón y vasos.
8.-Rol-relaciones.	-Musculo esquelético.	-Tracto gastrointestinal.
9.-Sexualidareproduccion.	-Piel y mucosas.	-Aparato genitourinario.
10.-Afrontamiento tolerancia al estrés.	-Miembros inferiores y superiores.	-Musculo esquelético.
11.-Valores-creencias.		-Neurológico.
		-Miembros inferiores y superiores.

Patrones funcionales de Marjory Gordon

Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y

proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica ó informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno-malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón (Álvarez, Castillo, Fernández y Muñoz,2010).

Los patrones son los siguientes:

Patrón 1 Percepción de la salud: Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación de salud y bienestar.

Patrón 2 Nutricional – metabólico: Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Patrón 3: Eliminación: Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.

Patrón 4: Actividad – ejercicio: Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

Patrón 5: Sueño – descanso: Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

Patrón 6: Cognitivo – perceptivo: Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto: Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

Patrón 8: Rol – relaciones: Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

Patrón 9: Sexualidad – reproducción: Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

Patrón 10: Tolerancia al estrés: Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.

Patrón 11: Valores – creencias: Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y / o religiosas que influyen en la adopción de decisiones (Alfaro R; 1996).

5.4.2 EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnóstico, siempre es la consecuencia del proceso de valoración y es la suma de datos ya confirmados y del conocimiento e identificación de necesidades o problemas, es un juicio clínico acerca del individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso deliberado sistemático de recogida de datos y análisis. Proporciona la base de las prescripciones para la terapia definitiva, (NANDA) Los diagnósticos se organizan en sistemas de clasificación o taxonomías diagnósticas (NANDA. 2018).

Una taxonomía se define como una «Clasificación: clasificación especialmente ordenada de plantas y animales según sus supuestas relaciones naturales»; la palabra deriva de la raíz 'taxón', «el nombre que se aplica a un grupo taxonómico en un sistema formal de nomenclatura» (Merriam-Webster, 2009). Podemos adaptar esta definición para una taxonomía de diagnósticos enfermeros; específicamente nos interesa la clasificación ordenada de los núcleos diagnósticos que sean de interés para la enfermería, según sus supuestas relaciones naturales.

Los diagnósticos de NANDA-I se construyen mediante un sistema multiaxial. El sistema consiste en ejes cuyos componentes se combinan para conseguir que los diagnósticos sean sustancialmente iguales en forma y en coherencia con el modelo ISO.

Un eje, para el propósito de la Taxonomía de NANDA-I, está definido operacionalmente como una dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico. Hay siete ejes. El modelo de diagnóstico enfermero NANDA-I muestra los siete ejes y la relación entre ellos (NANDA,2018).

El orden y algunas de las etiquetas y definiciones se cambiaron después de la versión 2005-2006 para adecuarse al International Standards Reference Model for a Nursing.

Diagnosis:

Eje 1: Núcleo diagnóstico.

Eje 2: Sujeto del diagnóstico (persona, familia, grupo, comunidad).

Eje 3: Juicio (deteriorado, ineficaz, etc.).

Eje 4: Localización (vejiga, auditivo, cerebral, etc.).

Eje 5: Edad (bebé, niño, adulto, etc.).

Eje 6: Tiempo (crónico, agudo, intermitente, etc.).

Eje 7: Estado del diagnóstico (real, de riesgo, de promoción de salud, etc.).

Entre las ventajas del uso de la Taxonomía, están:

- El uso de un lenguaje común
- La implantación del PAE (Proceso de Atención de Enfermería) como método de trabajo
- La participación dinámica dentro de los diferentes equipos de salud.

Antecedentes históricos de los diagnósticos de enfermería

El término diagnóstico de Enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados. Esta autora afirmaba que... una vez que las necesidades del paciente son identificadas, pasamos al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería.

Años más tarde, Johnson, Abdellah y otras autoras escriben y definen el diagnóstico de enfermería entendido como una función independiente. Durante los años 60, en Estados Unidos, se producen continuos debates sobre el uso del término (diagnóstico de enfermería), sin embargo, gran número de enfermeras continuaban utilizándolo.

Paralelamente se desarrollaban numerosos trabajos de investigación multidisciplinaria, lo que representó un aumento de conocimientos con respecto al tema, que fundamentaron e impulsaron de forma definitiva su expansión en el uso del diagnóstico de enfermería. En la década de los 70, la American Nursing Association (ANA), reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería, ya que los incluyen los estándares de la práctica de enfermería (Avalos E.; S.F).

Este hecho configura el diagnóstico de enfermería como una parte del proceso de atención, dando legalidad a su utilización en las actividades independientes de enfermería.

Con este fin, deciden elaborar un sistema de clasificación que permita la identificación, el acuerdo y el uso sistemático de los diagnósticos de enfermería entre las enfermeras del país.

En 1979-1980 se efectuó la Cuarta Conferencia Nacional. En 1982 se desarrolla la Quinta Conferencia Nacional. Se presenta los resultados del trabajo del equipo de las 14 teóricas. (Silé V) (S.F).

Diagnóstico como proceso

La creación de un diagnóstico de enfermería pasa por una serie de etapas:

- Recolección de datos: recogida de datos estadísticos relevantes para desarrollar un diagnóstico.
- Detección de señales/ patrones: cambios en el estado físico (ej. Gasto urinario disminuido)
- Establecimiento de hipótesis: alternativas posibles que podrían haber causado señales o patrones previos.
- Validación: pasos necesarios para desestimar otras hipótesis y simplificar en un solo problema.
- Diagnóstico: decisión sobre el problema basado en la validación (Doenges M. 2014).

Tipos de diagnóstico

El sistema de diagnósticos de enfermería de NANDA-Internacional 2018-2020 nos brinda las siguientes categorías.

- Diagnóstico enfocado en el problema:** un juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable a una condición de salud/proceso de vida que existe en un individuo, familia, grupo o comunidad, se estructura con etiqueta diagnóstica, características definitorias y factores relacionados.
- Diagnóstico de riesgo:** un juicio clínico sobre la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a las condiciones de salud/procesos de vida, se compone de etiqueta diagnóstica y factor de riesgo.
- Diagnóstico de promoción de la salud:** un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud, está compuesto por etiqueta diagnóstica y características definitorias (Heather T. 2018).
- Diagnóstico de Síndrome:** Es un juicio clínico en relación a un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta, la mejor forma para ser tratados es conjuntamente, a través de intervenciones similares. se estructura con etiqueta diagnóstica, características definitorias y factores relacionados. Ejemplo síndrome del dolor crónico.

Enunciado diagnóstico y sus componentes

Etiqueta diagnóstica: Proporciona un nombre para un diagnóstico que refleja, como mínimo el núcleo diagnóstico (El Eje 1 y el juicio de enfermería (Eje 3), es un término o frase concisa que representa un patrón de señales relacionadas.

Características definitorias: Son señales/inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico (por ejemplo, signos o síntomas). Una evaluación que identifica la presencia de una serie de características definitorias presta apoyo a la precisión del diagnóstico enfermero. Los factores relacionados son un componente integral de todos los diagnósticos de enfermería enfocados en el problema.

Factores relacionados: son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero (por ejemplo, causa, factor contribuyente). Una revisión del historial del cliente a menudo ayuda a identificar factores relacionados. Siempre que sea posible, las intervenciones de enfermería deben dirigirse a estos factores etiológicos para eliminar la causa subyacente del diagnóstico enfermero.

Factores de riesgo: son influencias que aumentan la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable (por ejemplo, ambiental, psicológico, genético).

En la versión de la NANDA 2018-2020 se incluyen dos categorías que conforman el diagnóstico enfermero, las cuales aparecían en ediciones pasadas como parte de los factores de riesgo o relacionados; sin embargo, tales factores no son modificables por las intervenciones enfermeras, por lo que sólo se integran como parte de los componentes para orientar a la enfermera a la identificación del diagnóstico. Tales categorías son:

Población en riesgo: Son los grupos de individuos que comparten ciertas características que les hace más susceptibles a dicho diagnóstico.

Condiciones asociadas: Son diagnósticos médicos que no son modificables de manera independiente por la enfermera y que están asociados al diagnóstico.

Gordon estableció el formato P.E.S., acrónimo cuyas siglas corresponden a:

P = Problema: «en relación con...» o «relacionado con...»

E = Etiología: «manifestado por...»

S = Signos y síntomas.

El diagnóstico se identifica claramente con la formulación de hipótesis que precisan ser contrastadas en una etapa posterior. (Rubiano Y) (S.F)

La taxonomía tiene tres niveles:

- DOMINOS (13), es una esfera de actividad estudio o interés, ejemplo, promoción de la salud, actividad/reposo, sexualidad.

- CLASES (47), subdivisión de un grupo mayor
- DIAGNOSTICOS (172), el juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad, o problemas de salud, reales o potenciales. (Carrillo G) (S.F)

Factores que influyen para elaborar un diagnóstico:

- Habilidad para reunir datos
- Conocimientos teóricos
- Experiencia
- Intuición
- Capacidad intelectual
- Filosofía personal y marco conceptual (Doenges M. 2014).

5.4.3 ETAPA PLANEACION

La planeación enmarca como el fortalecimiento de los principios éticos profesionales puede ser parte esencial en la formación y desarrollo de los profesionales de la salud, lo que requerirá de formas propias en su organización, ejecución y control. Debe tomarse en cuenta que existen aspectos normativos o reguladores que contribuyen al control, lo que hace que se cumplan las leyes, que funcione adecuadamente lo administrativo, y que se organice el proceso de acuerdo a lo establecido y desde lo académico. (Reina, C 2010).

Pero otros aspectos requieren un tratamiento cualitativo, como el impacto que puede producir la aplicación de estos principios por parte del personal de enfermería en la atención a los pacientes, a sus familiares, a sus compañeros de trabajo, lo que producirá satisfacciones recíprocas (Reina, C 2010).

Una vez que se ha concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero el cual se desarrolla como la tercera etapa que complementa el proceso cuidado enfermero, esta consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente: enfermera/paciente conducentes a prevenir reducir, controlar corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería.

Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser

según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo. (UNAM,2020).

La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas:

□ Establecer prioridades en los cuidados.

Se trata de todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una persona, familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados. (UNAM,2020).

Planteamiento de los objetivos

Esto es, determinar los criterios de resultado, describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

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

Hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones sus conocimientos y capacidades, así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

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

Elaboración de las actuaciones de enfermería

Esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo. (UNAM. (2020).

Tipo de planeación dependiendo la etiqueta diagnóstica

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta (UNAM,2020).

Los indicadores son instrumentos de medición de calidad que deben ir relacionados y dirigidos a la consecución de los objetivos y resultados que cada organización haya planificado para sus procesos con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de enfermería, definiendo criterios que se traduzcan en herramientas, que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el Sistema Nacional de Salud.(Hernández, 2014).

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones de enfermería. Caracterizando el estado del paciente, la familia o la comunidad en el nivel concreto. Algunos ejemplos de indicadores son: Utiliza estrategias para potenciar la salud, Mantiene las rutinas familiares habituales e Ingesta adecuada de líquidos. (Connect.E, 2020).

Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones, facilitando la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente. (Connect.E, 2020).

La actual Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), representa el proceso enfermero el cual se ha ampliado a seis fases: **valoración, diagnóstico, identificación de resultados, planificación, ejecución y evaluación** Sobre estas líneas, compartimos el modelo que se centró en el conocimiento de enfermería y la toma de decisiones clínicas como el marco para que las enfermeras elijan diagnósticos, intervenciones y resultados para un paciente. (Moorhead, N,2018).

La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición tiene cinco niveles de los cuales se clasifican en la 4ta edición de esta manera:

7-Dominios, 31-Clases ,385- Resultados, indicadores de resultados y escala de medición (Blanco, C., 2014).

Los dominios mencionados son los siguientes: salud funcional, salud fisiológica, salud psicosocial, conocimiento y conducta de salud, salud percibida, salud familiar y salud comunitaria. Los cuales nos permiten identificar el dominio afectado y así ofrecer una intervención de enfermería adecuada para obtener una respuesta concreta de la salud de nuestro paciente (Blanco, C., 2014).

5.4.4 ETAPA DE EJECUCIÓN

En el proceso de enfermería, la implementación, aplicación o ejecución es la fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones de enfermería.

Usando la terminología NIC (Berman y Snyder, 2013). Es en esta etapa es donde se implementan o se llevan a cabo todas las intervenciones y actividades planteadas por los profesionales de enfermería en la etapa de planificación, que gracias a la NIC podemos clasificarlas y enlazarlas con los resultados del NOC (Universidad de Guanajuato, 2018).

La implementación consiste en la realización y registro de las actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones (Berman y Snyder, 2013).

La implementación implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos
- Realizar las actividades de enfermería

- Anotar los cuidados de enfermería, existen diferentes formas de hacer anotaciones.
- Dar los informes verbales de enfermería
- Mantener el plan de cuidados actualizado (UNAM, 2020).

Clasificación de intervenciones de enfermería NIC

La clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la planificación de los cuidados, la documentación clínica, la comunicación de cuidados, la integración de datos y la investigación eficaz.

La creación de la NIC se produjo en 1987, cuando Joanne McCloskey y Gloria Bulechek formaron un grupo de investigación para definir y desarrollar las intervenciones que habitualmente realizaban las enfermeras. En la actualidad se han publicado un total de siete ediciones a continuación se enlistan según su año de publicación.

- Primera edición 1992
- Segunda edición 1996
- Tercera edición 2000
- Cuarta edición 2004
- Quinta edición 2008
- Sexta edición 2013
- Séptima edición 2018 (Bulechek, et al, 2013).

Taxonomía de la NIC

La taxonomía de la NIC es una organización sistemática de las intervenciones en función de las similitudes. La estructura de la taxonomía NIC tiene tres niveles, las cuales se integran por campos, clases e intervenciones, La sexta edición de la NIC contiene 7 campos, 30 clases y 554 intervenciones.

Cada intervención que aparece en la clasificación está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo, la intervención y una bibliografía (Bulechek., et al, 2013).

Etapas de la implementación

Se lleva a cabo en tres etapas:

1. Preparación.
2. Intervención.
3. Documentación (Universidad de Guanajuato, 2018).

1. Preparación

La primera etapa de la fase de implementación consiste en prepararse para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación exige que el profesional de enfermería identifique y realice una serie de actividades tales como:

- La revisión de las intervenciones de enfermería.
- El análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
- El reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a las actividades de enfermería concretas.
- La identificación y recolección de los recursos necesarios.
- La preparación de un entorno seguro y privado que conduzca a los tipos de actividades necesarias (Universidad de Guanajuato, 2018).

2. Intervención

En esta etapa del proceso cuidado enfermero es donde se realiza tanto la implementación de la actividad prescrita, como la valoración continua de la respuesta del usuario para determinar la conveniencia de continuar con el plan, tal como se concibió, o modificarlo a la luz de los nuevos datos.

El enfoque en la fase de implementación es el inicio de las intervenciones de enfermería, las cuales son diseñada para cubrir la mayor parte de las necesidades identificadas del paciente, así mismo se debe realizar una priorización de las actividades de enfermería, para con ello realizarlas en orden de mayor importancia (Universidad de Antioquia, 2016).

3.Documentación

Dentro de la implementación de intervenciones de enfermería se debe realizar una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería (Universidad de Guanajuato, 2018).

5.4.5 ETAPA DE EVALUACIÓN

Evaluar es juzgar o valorar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planificada, continua y con un fin en el que los pacientes y los profesionales de la salud determinan:

1. El progreso del paciente hacia la consecución de objetivos y/o resultados.
2. La eficacia del plan asistencial de enfermería.

Berman y Snyder (2013) Mencionan que “la evaluación es un aspecto importante porque las conclusiones extraídas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben terminarse, continuarse o cambiarse”.

La evaluación se debe realizar de forma una continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva (UNAM, 2020). La evaluación continua hasta que el paciente consigue los objetivos de salud o es dado de alta, en caso de ser dado de alta debe incluir la capacidad de autocuidado del paciente (Berman y Snyder, 2013).

Componentes de la evaluación

Dentro de los componentes de la evaluación encontramos los siguientes:

1° Recogida de datos relacionados con los resultados deseados (indicadores NOC): el profesional de enfermería realizara la recolección de datos para poder concluir que objetivos se cumplieron y a qué grado.

2° Comparación de los datos de enfermería con los resultados: cuando se determina si se ha conseguido un objetivo se puede extraer 3 posibles conclusiones:

- El objetivo se cumplió
- El objetico se cumplió parcialmente
- El objetivo no se cumplió

3° Relación de las actividades de enfermería con los resultados: se determina si las actividades de enfermería fueron la causa que contribuyó al resultado obtenido.

4° Extracción de conclusiones sobre el estado del problema: se usa el juicio clínico para determinar si el plan asistencial fue eficaz para resolver, reducir o evitar los problemas del paciente.

5° Continuación, modificación o terminación del plan asistencial de enfermería: independientemente de que se cumpla, el grado de cumplimiento, así como si no se cumplieron los objetivos se debe tomar decisiones sobre continuar, modificar o terminar el plan de cuidados de enfermería (Berman y Snyder, 2013).

5.5 CARACTERISTICAS DE LA PREMATUREZ

La prematurez es aquel recién nacido que nace antes de completar la semana 37 de gestación.

CLASIFICACION DEL RECIEN NACIDO

POR SEMANAS DE GESTACION:

Prematuro: cuando el parto sucede entre las semanas 32 y la semana 37 de embarazo.

Muy prematuro: si el nacimiento ocurre entre las semanas 28 y 32 de gestación.

Prematuro extremo: en el caso de que el bebé nazca con menos de 28 semanas.

POR PESO:

Bajo peso al nacer: menos de 2.500 gramos.

Muy bajo peso al nacer: inferior a 1.500 gramos.

Extremadamente bajo peso al nacer: no llega a 1.000 gramos. (Delgadillo 2019).

5.5.1 EPIDEMIOLOGIA

La mortalidad perinatal es un indicador importante de la salud materna incluyendo su nutrición y refleja el acceso y la calidad de la atención de los servicios obstétricos y pediátricos, así como otros factores sociales y demográficos.

En el mundo cerca de 130 millones de niños nacen cada año, más de 10 millones de niños mueren antes de cumplir cinco años, de estos casi 8 millones mueren durante el primer año de vida. 4 millones de recién nacidos mueren durante las primeras cuatro semanas de vida, se estima que 3 millones ocurren durante la primera semana de vida. (secretaria de salud 2006).

Las causas que conducen a la muerte neonatal en la América Latina y la región del Caribe incluyen las infecciones (32%), la asfixia (29%), la prematurez (24%), las malformaciones congénitas (10%), y otras (7%).

En México se produjo un descenso de la mortalidad infantil general de 36.3 por mil nacidos vivos en el período de 1986- 1991, a 27.9 por mil nacidos vivos en el de 1992–1996. Estudios muestran que en nuestro país las causas importantes de muerte perinatal están la asfixia neonatal, prematuridad, malformaciones congénitas relacionadas con falta de control prenatal y diagnóstico tardío de embarazo de alto riesgo. En el 2004 la tasa nacional de mortalidad infantil fue de 19.7 por cada 1 000 nacidos vivos, la tasa nacional de mortalidad por asfixia del recién nacido para el mismo año fue de 4.59 de cada 10 mil nacidos vivos. (secretaría de salud 2006).

El momento más peligroso de la vida ocurre durante el trabajo de parto, el proceso de nacimiento y las primeras 24 horas siguientes. El 50% de las defunciones neonatales se producen durante este periodo.

5.5.2 FACTORES DE RIESGO PARA UN PARTO PREMATURO

Edad materna: La tasa de nacimientos prematuros aumenta en los embarazos en los que la madre es mayor de 40 años

Bajo nivel socioeconómico: Caracterizado por nivel educativo bajo, malnutrición, falta de higiene y saneamiento ambiental, estatura baja, tabaquismo y drogas, pero no se ha demostrado que los programas que ofrecen apoyo social adicional para mujeres embarazadas en riesgo reduzcan el número de recién nacidos prematuros o de peso extremadamente bajo al nacer. (Baque Salazar 2018).

Embarazos múltiples: Cuando la gestación es de dos o más bebés, las fibras musculares sufren una sobre distensión que puede anticipar el inicio de las contracciones, provocando un parto prematuro. Cuando la gestación es de trillizos o más, los porcentajes de prematuridad se acercan al cien por ciento.

Diabetes materna: Los embarazos complicados por la diabetes y un control glucémico deficiente se asocian con una alta incidencia de prematuridad, macrosomía, malformación, muerte fetal y muerte neonatal. (Baque Salazar 2018).

Sobrepeso y Obesidad: La obesidad en el embarazo es un conflicto para salud pública, pues incrementa riesgos obstétricos y neonatales como: Diabetes gestacional,

preeclampsia, trastornos de la coagulación (tromboembolias) y oligo/polihidramnios, ruptura prematura de membranas etc. y en el feto los trastornos abarcan: Macrosomía fetal, síndrome de distrés respiratorio y productos con bajo peso para la edad gestacional, prematuridad, malformaciones genéticas y aumento de riesgo de muerte fetal etc.

5.5.3 COMPLICACIONES

Complicaciones más frecuentes

Síndrome de distrés respiratorio (SDR).

Falta de desarrollo pulmonar por déficit de surfactante (sustancia protectora que ayuda a los alvéolos a inflarse con aire e impedir que se colapsen) Debido a que los pulmones no completan su desarrollo hasta el final de la gestación, cuando se prevé que el parto va a suceder antes de tiempo, se administran corticoides a la embarazada para intentar acelerar la maduración pulmonar del bebé. (Balza y Fernández 2011).

Tratamiento

Se indica surfactante intratraqueal.

Oxígeno suplementario según sea necesario.

Ventilación mecánica según sea necesario.

Apnea y bradicardia

Apnea (Pausa respiratoria >20 seg.) Bradicardia (Reducción de la frecuencia cardíaca con flacidez muscular y/o disminución en la saturación de oxígeno con cambio de color, debido a la inmadurez del sistema nervioso del prematuro. (Balza y Fernández 2011).

Tratamiento

Estimulación

Estimulantes respiratorios (p. ej., cafeína)

Presión positiva continua en la vía aérea.

Taquipnea transitoria del recién nacido (polipnea)

Respiración rápida y superficial acompañada de quejido (ruido al espirar) tiraje (retracción de las costillas) y aleteo (ensanchamiento de la nariz).

Tratamiento

Si la frecuencia respiratoria es mayor de 60 a 80 respiraciones por minuto o hay un aumento del trabajo respiratorio, se debe aportar la alimentación por sonda orogástrica o líquidos intravenosos. Si la taquipnea persiste por más de cuatro a seis horas o si el recuento sanguíneo completo inicial y diferencial son anormales, se debe obtener un cultivo de sangre y comienza la cobertura antibiótica con ampicilina y gentamicina a la espera de los resultados y Proporcionar el soporte respiratorio necesario. (Mühlhausen s/f),

Retinopatía del prematuro.

La Retinopatía del Prematuro (ROP) es una enfermedad que se puede presentar en los ojos de los niños con nacimiento prematuro menor a 34 semanas de gestación o de peso menor a 2,000 g y consiste en el crecimiento descontrolado de vasos en el ojo del bebé que puede llegar incluso a provocar el desprendimiento de la retina. La retina es el tejido especializado para la percepción de la luz; que posee elementos que permiten procesar y enviar al cerebro las imágenes del mundo exterior. (Instituto nacional de pediatría 2018).

Tratamiento

Si la enfermedad está en estadio 1 o 2 requerirá sólo observación cada semana o cada 2 semanas hasta cumplir la semana 52, si la enfermedad está en estadio 3 requerirá uso de fármacos o láser, en el estadio 4 o 5 temprano una combinación de fármacos o laser con cirugía. El estadio 5 puede requerir cirugía y en caso de que el desprendimiento de retina esté avanzado requiere de rehabilitación visual por pérdida de la visión.

Enterocolitis necrotizante.

La intolerancia alimentaria es muy frecuente donde los lactantes prematuros tienen un estómago pequeño, reflejos de succión y deglución inmaduros, y una motilidad gástrica e intestinal insuficiente. Estos factores dificultan la capacidad para tolerar tanto la alimentación oral como por intubación nasogástrica y generan un riesgo de aspiración. La tolerancia a la

alimentación aumenta con el tiempo, sobre todo cuando los niños son capaces de recibir cierta alimentación enteral. (Stavis 2019).

Por lo general, la enterocolitis necrosante se manifiesta por deposiciones sanguinolentas, intolerancia alimentaria y abdomen distendido, doloroso a la palpación, Es la urgencia quirúrgica más frecuente en el recién nacido prematuro. Las complicaciones de la enterocolitis necrosante neonatal son, perforación intestinal con neumoperitoneo, formación de abscesos intraabdominales, formación de estenosis, sepsis y muerte.

Tratamiento

Supresión de la alimentación oral e iniciar nutrición intravenosa; administración precoz de antibióticos, sonda gástrica abierta o con aspiración suave e intermitente, obtención de muestras para cultivos microbiológicos y tratamiento quirúrgico, etc.

5.6 DOROTHEA OREM Y LA TEORIA GENERAL DE LA ENFERMERIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore, Maryland en 1914. Presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería cuyo Objetivo es Fundamentar la aplicación de la teoría de Dorothea E. Orem en el entorno de la gestión del cuidado al recién nacido prematuro. Dado que Esta teoría ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad. (Naranjo, Concepción y Rodríguez 2017).

La enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente como los recién nacidos prematuros y así para proporcionarse a sí misma o a las personas, que los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona.

El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía. (Naranjo, Concepción y Rodríguez 2017).

5.6.1 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO UTILIZADO

La enfermería y la teoría de Orem se ocupan en ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo solas, por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación necesaria.

Su teoría se desarrolla en tres etapas.

AUTOCUIDADO: conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (Naranjo, concepción y Rodríguez 2017).

Esta teoría establece tres tipos de requisitos de auto cuidado.

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica

DEFICIT DE AUTOCUIDADO: Una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería. (Naranjo, concepción y Rodríguez 2017).

SISTEMAS DE ENFERMERIA: Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

1. La Enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Estos sistemas de enfermería tienen varios aspectos en común:

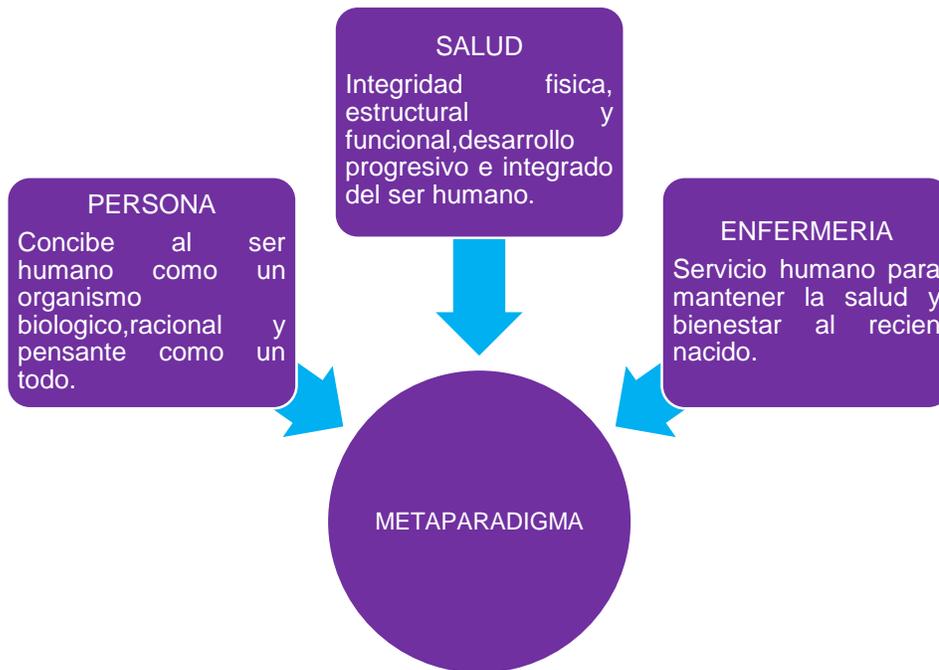
1. Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas.
2. Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería.
3. Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.
4. Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro. (Naranjo, concepción y Rodríguez 2017).

Existen tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo y se desarrollan de la siguiente manera.

1. Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.
2. Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.
3. Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. (Naranjo, concepción y Rodríguez 2017).

Estos sistemas de enfermería son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades donde El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado.

Fig. 4 LOS METAPARADIGMAS



AGENCIA DEL CUIDADO

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Donde Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. (Acosta 2011).

El cuidar de uno mismo: se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud Esta toma de conciencia requiere en si misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

Limitaciones del cuidado: son barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

El aprendizaje del autocuidado: Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras. (Acosta 2011).

Las acciones de autocuidado interna y externamente orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda.

Acciones externamente son:

1. Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
2. Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
3. Acciones expresivas interpersonales.
4. Secuencia de acción para controlar factores externos.

Acciones internamente son:

1. Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.
2. Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo.

Por ello, la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para

1. Asegurar información válida y fidedigna para describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos.
2. Analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente.
3. Emitir juicios de cómo pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico puede identificarse y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas.

Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo. (Acosta 2011).

TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

La teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud. Dado que este modelo proporciona todos los requerimientos, conceptos para todo lo relacionado con la salud de la persona en el autocuidado. Ya que la finalidad de esta teoría es mantener la funcionalidad vital de la persona mediante el cuidado de sí misma Y al momento de explorar las bases teóricas de Orem los profesionales de enfermería podrán aumentar más los conocimientos con la finalidad de favorecer el cuidado a aquellas personas que lo necesitan.

Las formas de llevar a cabo el autocuidado son propias de cada persona, pero en el caso del recién nacido prematuro ellos necesitan de nuestro cuidado y atención de calidad. Es por ello que la teoría de Dorotea Orem ayuda a proporcionar ese cuidado requerido y necesario para la atención al recién nacido fomentando el cuidado para su desarrollo y bienestar ya que dicha teoría nos ofrece las herramientas para una atención de calidad. (Acosta 2011).

La aplicación de esta teoría en caso específico del bebé prematuro permite poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente en este caso los padres, y responder a la necesidad de ayuda a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona y la familia, generando autonomía en el autocuidado y en este caso la adquisición de conocimientos y habilidades en los padres para el cuidado a la recién nacida.

VI. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

6.1 Valoración clínica del sujeto del cuidado por patrones funcionales de M. Gordon

Datos generales:

Nombre: P.A.

Edad: 40 días

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad: mexicana

Religión: N/A (padres católicos)

Alergias: No se han presentado

Para la obtención de antecedentes la fuente de información fue la madre.

Antecedentes Heredo- Familiares: Negados.

Antecedentes Personales No Patológicos: Madre de 36 años, se dedica a labores del hogar vive con su esposo de 37 años, su vivienda cuenta con todos los servicios básicos, espacio suficiente y vive en condiciones de iluminación y ventilación adecuadas.

Antecedentes Personales Patológicos: Es producto del primer embarazo cursando gesta I gemelar, su gemela fallece in útero a las 16-18 SDG. La madre inicia a las 30 SDG con elevación de tensión arterial, cumpliendo criterios de preeclampsia severa. Recibió tratamiento y esquema de esteroides prenatales (esquema de maduración pulmonar) 15 días antes de realizar la cesárea, la cual se llevó a cabo el día 9 de junio del 2021 ya que se observa restricción de crecimiento del producto.

Nace el 9 de junio del 2021, se realiza pinzamiento de cordón 30 segundos posteriores al nacimiento, se realizan pasos iniciales con soporte de cpap con bolsa y mascara con fio2 del 30 al 60% de acuerdo con oximetrías se califica con Apgar 7-9, Silverman Anderson 2-2, peso 1.230gr. talla 42cm, PC 28 cm, PT,23.5, PA 20 cm, pasa a UCIN para continuar manejo.

De sexo femenina con pronóstico reservado para la vida se reporta grave pero estable. Con monitorización continua en signos vitales dentro de parámetros, presentando apneas del prematuro, con movimientos clónicos aunado a convulsiones. Con el siguiente tratamiento:

- Cafeína 10 mg IV. Cada 24 hrs.
- Levetiracetam 40 mg. IV Cada 24 hrs.
- Hemoglobina:16.5, hematocrito:48.2, plaquetas: de 24, procalcitonina riesgo bajo.

Evolución: Al primer día de vida, cursa sin datos de bajo gasto, hemodinámicamente se registraron tensiones arteriales altas para la edad por lo que se mantiene con vigilancia de cifras, frecuencia cardiaca normal, uresis 3.3 ml/kg/hr , en el estado respiratorio se desteta del oxígeno, se retira CPAP nasal, con buen patrón respiratorio, en ayuno con sonda orogástrica a gravedad sin drenaje, glicemia capilar de 104mg/dl, eutérmica sin datos de respuesta inflamatoria sistémica, sin movimientos anormales. Al segundo día de nacida inicia nutrición parenteral y a los 8 días la alimentación enteral. Al día 37 se le retira el anticonvulsivo.

A los 20 días se encuentra normotensa, frecuencias cardiacas estables, sin movimientos anormales, sin datos de dificultad respiratoria, pesando 1,350gr.

A los 40 días con buena evolución, se reporta estable, uresis 2.9/kg/hr, sin apoyo de oxígeno, sin datos de dificultad respiratoria, tolerando vía enteral, neurológicamente estable sin movimientos anormales, empezando a termorregular, peso 1790gr.

Al terminar su tratamiento y cursar 44 días la recién nacida en el hospital se decide dar de alta por pediatra con signos vitales estables, normotensa. sin apoyo de oxígeno con oximetrías normales sin datos de dificultad respiratoria, tolerando la alimentación enteral no distensión, con diuresis y evacuaciones presentes, con buen reflejo de succión y deglución neurológicamente estable no movimientos anormales y con un peso de 2100kg.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Se realiza valoración en el hospital a los 44 días de vida,

Patrón percepción/Manejo de salud: Recién nacida pretérmino de 44 días de vida, sin otros datos relevantes.

Patrón nutricional-metabólico:

Se mantiene tolerando la vía oral con buen reflejo de succión y deglución con leche materna exclusiva con un fortificador en cada 25 ml, acudiendo la madre tres veces al día para alimentarlo. Por toma cada tres horas no distensión. Con peso de 2100kg. Con buena coloración, hidratada, fontanela anterior normotensa, con abdomen blando, no doloroso depresible.

Patrón Eliminación:

Urinaria. Con gasto urinaria dentro de parámetros de 4.0 ml/kg/hrs. Presentando una diuresis total de 24 horas de 30 ml.

Intestinal. Con evacuaciones presentes de 4.5 aproximadamente por día. Con características normales no distensión abdominal, con abdomen blando depresible y con sonidos intestinales presentes y normales.

Patrón actividad ejercicio:

Frecuencia cardiaca de 130 x minuto.

Frecuencia respiratoria de 52 x minuto.

Presión arterial de 80/60 mmhg.

Se mantiene sin datos de dificultad respiratoria, sin apoyo de oxígeno, oximetrías normales, con campos pulmonares con entrada y salida de aire, pulsos distales presentes, neurológicamente tranquila, sin movimientos anormales, reactiva a estímulos, tórax anterior y posterior se encuentran simétricos, mamas y pezones a la misma altura, sin datos de lesiones o hematomas.

Patrón sueño y descanso:

Se mantiene dormida la mayor parte del día y solo despierta al momento de iniciar sus tomas de vía oral o cambios de pañal o alguna intervención requerida.

Patrón cognitivo perceptual:

Se mantiene activa reactiva, durante la valoración sin movimientos anormales, reactiva a estímulos visuales y auditivos, durante algunos lapsos donde se realizan algunas intervenciones requeridas para su salud se torna inquieta, pero dentro de lo normal.

Patrón autopercepción: No valorable por edad

Patrón rol relaciones:

Los papás se mantienen atentos en todo momento a las indicaciones sobre el manejo, la salud y bienestar de su bebé ya que ellos son conscientes de su estado de salud.

Patrón sexual/reproducción:

Recién nacida femenina con aparato reproductor femenino íntegro y ano permeable.

Patrón valores y creencias:

Padres profesan la religión católica.

6.2 DIAGNOSTICO ENFERMERO

FORMATO DE REGISTRO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): 11 seguridad/Protección.</p> <p>Datos objetivos: Bajo peso al nacer 1230 Gr. Prematuridad 31 SDG.</p> <p>Datos Subjetivos:</p>	<p>Dominio: 11 Seguridad/Protección.</p> <p>Clase: 6. Termorregulación.</p> <p>Etiqueta diagnóstica: (00274)</p> <p>Riesgo de termorregulación ineficaz.</p> <p>DEFINICION: Susceptible a la fluctuación de temperatura entre la hipotermia y la hipertermia, que puede comprometer la salud.</p> <p>Factor de riesgo: Extremos de la vida, extremos de peso.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: I. Salud Funcional		Clase: B. Crecimiento y Desarrollo	
		Criterio de resultado: Adaptación del prematuro (0117)			
		Indicador (es)	Puntuación inicial*	Puntuación Diana*	
		Termorregulación	2	4	
Responde a estímulos	2	4			
Despierto tranquilo	2	4			
Interacción con el cuidador	2	4			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 2 Fisiológico: Complejo</p> <p>Clase: M Termorregulación</p> <p>Intervención: Regulación de la temperatura (3900)</p> <p>Actividades:</p> <p>1. Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua.</p> <p>2. Colocar al recién nacido en incubadora o calentador.</p> <p>3. Mantener la temperatura corporal del recién nacido.</p> <p>4. Mantener la humedad al 50% o más en la incubadora para reducir la pérdida de calor por evaporación.</p> <p>5. Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.</p>	<p>1. El prematuro es más vulnerable a la pérdida de calor que los niños de más edad debido a la mayor área superficial del cuerpo, metabolismo basal más elevado y mayor sensibilidad a las condiciones ambientales.</p> <p>2. La incubadora provee de calor al R.N. por el mecanismo de convección y transmisión, por medio del cual una corriente de calor fluye de la incubadora a la superficie corporal del R.N., además de que el medio brinda humedad, oxígeno y aislamiento.</p> <p>3. La pérdida de calor puede aparecer si se coloca al neonato en superficies o lugares fríos. la ganancia calórica se observa cuando se coloca al R.N. en un objeto más caliente que su propio cuerpo.</p> <p>4. Al proporcionar humedad se reduce la pérdida de calor a temperaturas ambientales inferiores; además, de que se reducen las pérdidas insensibles de agua por los pulmones.</p> <p>5. La alimentación provee al R.N. las calorías necesarias para cubrir sus necesidades de energía y desarrollo.</p>	Criterio de resultado:	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>Termorregulación</p> <p>Responde a estímulos</p> <p>Despierto tranquilo</p> <p>Interacción con el cuidador</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>Madre tranquila debido al dispositivo que vigila la temperatura y a los cuidados que se realizan.</p>

6.2 DIAGNOSTICO ENFERMERO

FORMATO DE REGISTRO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): II Seguridad/protección.</p> <p>Datos objetivos: Prematurez 31 SDG. Bajo peso 1230 GR.</p> <p>Datos Subjetivos: Expresión de dudas de la madre a para el manejo de la Bebé.</p>	<p>Dominio: II Seguridad/protección</p> <p>Clase: 1 infección</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección (00004)</p> <p>DEFINICION: Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.</p> <p>Factor de riesgo: Conocimientos insuficientes en los padres para evitar la exposición a los agentes patógenos.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: IV Conocimiento y conducta de salud		Clase: T Control de riesgo y seguridad	
		Criterio de resultado Control de riesgo: Proceso infeccioso (1942).			
		Indicador (es)	Puntuación inicial*	Puntuación Diana*	
Reconoce el riesgo de infección	2	4			
Identifica signos y síntomas que indican riesgo de infección	2	4			
Utiliza precauciones universales	2	4			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 3 Conductual</p> <p>Clase: 5 Educación de los pacientes</p> <p>Intervención: Enseñanza individual (5606)</p> <p>Actividades:</p> <p>1.Determinar las necesidades de enseñanza del paciente</p> <p>2.Potenciar la disponibilidad para aprender</p> <p>3.Orientar la identificación de riesgos de infección y medidas de prevención.</p> <p>4.Incluir a la familia en insistir y mostrar técnicas correctas de lavado de manos.</p> <p>5. Seleccionar los materiales educativos adecuados.</p> <p>6.Proporcionar cuidados meticulosos/asépticos, mantener buenas técnicas de lavado de manos.</p>	<p>1.Con actividades de autocuidado que los padres puedan ofrecer y proteger al recién nacido, a los demás y así poder prevenir la propagación de microbios.</p> <p>2.La enfermera debe fomentar en los padres hábitos saludables, facilitarles la verbalización de sus inquietudes y enseñar las cuestiones básicas inherentes al autocuidado y cuidado del recién nacido para prevenir potenciales riesgos de salud.</p> <p>3.Comunicar las acciones que se requieren para poder prevenir propagación de infecciones y prevenir la entrada de bacterias, reduciendo el riesgo de infecciones hospitalarias.</p> <p>4.Previene de enfermedades y la propagación de infecciones, eliminando impurezas que se adhieren a la piel.</p> <p>5.Proporciona información para la familia sobre su cuidado con la finalidad que se produzcan incidentes adversos.</p> <p>6. Es una defensa de primera línea frente a las infecciones nosocomiales.</p>	Criterio de resultado:	
		Indicador (es)	Puntuación final
		Reconoce el riesgo de infección	5
Identifica signos y síntomas que indican riesgo de infección	5		
Utiliza precauciones universales	5		

6.2 DIAGNOSTICO ENFERMERO

FORMATO DE REGISTRO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): 2. Nutrición</p> <p>Datos objetivos: Prematurez 31 SDG Bajo peso 1230 GR.</p> <p>Datos Subjetivos:</p>	<p>Dominio: 2. Nutrición</p> <p>Clase: 1. Ingestión</p> <p>Etiqueta diagnóstica: (00106) Disposición para mejorar la lactancia materna.</p> <p>DEFINICION: Patrón de suministro de leche a un bebe o un niño directamente de los pechos el cual puede ser reforzado.</p> <p>Características definitorias: La madre expresa su deseo de aumentar la capacidad de amamantar exclusivamente.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: IV conocimiento y conducta de salud		Clase: S. conocimientos sobre salud	
		Criterio de resultado Conocimiento: Lactancia Materna (1800)			
		Indicador (es)	Puntuación inicial*	Puntuación Diana*	
		Beneficios de la lactancia materna.	2	4	
Señales de hambre del lactante.	2	4			
Técnica adecuada para amamantar al bebe.	1	4			
Posición adecuada del lactante durante el amamantamiento	1	4			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 5 Familia</p> <p>Clase: Z cuidados de crianza de un nuevo bebe.</p> <p>Intervención: Asesoramiento en la lactancia (5244)</p> <p>Actividades:</p> <p>1. Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna.</p> <p>2. Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna.</p> <p>3. Ayudar a asegurar que el lactante se sujeta bien a la mama (monitorizar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar, y deglución audible).</p> <p>4. Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia (p. ej., posición de cuna cruzada, cogido como un balón de fútbol y decúbito lateral).</p> <p>5. Instruir sobre el modo de llevar un registro de las tomas de alimentación y de extracción de leche, si está indicado.</p>	<p>1.-Ofrecer información sobre las necesidades que aporta la leche materna sus beneficios, y propiedades como anticuerpos que protegen de enfermedades, una fácil digestión disminuye cólicos tiene biodisponibilidad de hierro, calcio, magnesio, y zinc.</p> <p>2.-Ayudar e Informar a los padres a comprender sobre la importancia y/o beneficios que contiene la leche materna y de cómo favorece a su desarrollo del sistema inmunitario.</p> <p>3.-Una buena posición al pecho permitirá al bebe que pueda realizar un correcto agarre y succión ya que garantiza la extracción de leche sea correcta y la cantidad que él bebe tome será la suficiente.</p> <p>4. Con la combinación de posiciones y variedad de forma de amamantar a lo largo del día disminuye el riesgo de presentar sensibilidad excesiva en sus pezones y una mala extracción de leche en cada toma.</p> <p>5. Bien almacenada ayudara a crear una buena conservación de la leche materna y cuando no se es posible dar directo al pecho.</p>	Criterio de resultado:	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>Beneficios de la lactancia materna.</p> <p>Señales de hambre del lactante.</p> <p>Técnica adecuada para amamantar al bebe.</p> <p>Posición adecuada del lactante durante el amamantamiento</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>La madre alimenta a la bebe con lactancia exclusiva, la bebé acepta la alimentación.</p>

2 DIAGNOSTICO ENFERMERO

FORMATO DE REGISTRO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): 11. Seguridad y protección</p> <p>Datos objetivos: Prematurez 31 SDG</p> <p>Bajo peso 1230 GR.</p> <p>Datos Subjetivos:</p>	<p>Dominio: 11. Seguridad y protección</p> <p>Clase: 2. Lesión física</p> <p>Etiqueta diagnóstica: (00155) Riesgo de caídas</p> <p>DEFINICION: Susceptible a un aumento de las caídas que puede causar daño físico y que puede comprometer la salud.</p> <p>Factor de riesgo: Edad menor de 2 años.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: IV conocimiento y conducta de salud		Clase: S. conocimientos sobre salud	
		Criterio de resultado Conocimiento: Prevención de caídas (1828)			
		Indicador (es)	Puntuación inicial*	Puntuación Diana*	
		Uso correcto de los mecanismos de seguridad.	2	4	
Uso correcto de puertas	2	4			
Uso correcto de protectores de ventanas.	2	4			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 4 seguridad</p> <p>Clase: V Control de riesgos.</p> <p>Intervención: Prevención de caídas (6490)</p> <p>Actividades:</p> <p>1.Mantener las barandillas de la cuna en posición elevada cuando el cuidador no esté presente, según corresponda.</p> <p>2. Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene alto riesgo de caídas.</p> <p>3. Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios minimizar las posibilidades de caídas.</p> <p>4. Cerrar firmemente los paneles de acceso a las incubadoras cuando se deje al bebé en la incubadora, según corresponda.</p> <p>5. Informar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.</p> <p>6. Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad.</p>	<p>1. Acción que debe de proporcionarse con el fin de evitar la precipitación del paciente al suelo cubrir sus necesidades de seguridad y entorno mientras este hospitalizado.</p> <p>2.Prevenir caídas mediante acciones e intervenciones con semaforización dirigidas a disminuir factores de riesgo asociados a caídas.</p> <p>3.El trabajar en equipo se unen de manera comprometida para la realización de actividades de mejoras para la prevención de caídas y sean más efectivos en el cual se verán los resultados obtenidos.</p> <p>4.Cerrar correctamente las incubadoras ayudara a disminuir los riesgos de caída y prevenir complicaciones y eventos adversos en el recién nacido.</p> <p>5.Con el compromiso de garantizar y disminuir los riesgos que sean detectados por la familia para la protección del recién nacido.</p> <p>6.Seguir indicaciones con la finalidad de proteger al recién nacido de riesgos en casa fomentando el cuidado y su protección.</p>	Criterio de resultado:	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>Uso correcto de los mecanismos de seguridad.</p> <p>Uso correcto de puertas</p> <p>Uso correcto de protectores de ventanas.</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>

VII. PLAN DE ALTA

PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: _P.A._____

EDAD: 40 Días. _____ SEXO: _Femenino. _____

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: _____Prematurez_____

FECHA DE ELABORACIÓN: _____13/08/21_____

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
<p>COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia).</p>	<p>Informar a los padres ante la presencia de complicaciones acudir a la unidad particular de emergencias médicas por seguro de gastos médicos mayores.</p>
<p>URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída).</p>	<p>Se instruye a los padres para identificar signos de alarma:</p> <p>Alteraciones respiratorias (dificultad para respirar, cianosis, retracción xifoidea, tiros intercostales)</p> <p>Presencia de fiebre</p> <p>Presencia de convulsiones, alteraciones en el estado de la conciencia.</p> <p>Enfermedad diarreica, signos de deshidratación.</p>
<p>INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control).</p>	<p>Se les explica a los padres la importancia de acudir a citas de control mensual para identificar oportunamente datos de alarma en el crecimiento y desarrollo.</p> <p>Se instruye acerca de acciones de estimulación temprana.</p>
<p>DIETA (Información relativa a la nutrición).</p>	<p>Se instruye para mantener la alimentación exclusiva al seno materno.</p> <p>Revisión periódica de peso y talla.</p>
<p>AMBIENTE (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social).</p>	<p>Se refuerzan las medidas de higiene personal, lavado de manos y entorno para la prevención de infecciones.</p> <p>Se recomienda la comunicación y apoyo familiar, expresión de sentimientos positivos.</p>

<p>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas recreativas saludables).</p>	<p>Se sugiere compartir tiempo entre familia, favorecer las actividades recreativas, el descanso de los padres.</p>
<p>MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.</p>	<p>Biogaia- 5 gotas cada 24 hrs. diluidas en leche materna. Ferranina- 4 gotas cada 24 hrs. en ayunas. Acido fólico- ¼ de tableta cada 24 hrs. Vía oral. Levotiroxina- Dar 10cg. de tableta Cada 24 hrs, en ayuno diluida en agua, no dar con otro medicamento. Espaven- 6 gotas cada 6 hrs. en caso de cólico.</p>
<p>ESPRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)</p>	<p>Promover un entorno tranquilo, buscar alternativas que le produzcan paz (relajación, musicoterapia).</p>

VII. CONCLUSION

La aplicación del proceso cuidado enfermero en la práctica diaria es de suma importancia para la atención de los pacientes ya que permite a la enfermera utilizar el pensamiento crítico para efectuar diagnósticos de problemas de salud reales o potenciales, además de que permite brindar cuidados de enfermería más eficaces orientadas no solo al bienestar del paciente, sino también de su familia y la sociedad en general, en donde el paciente participa en su propio cuidado, ya que dicho método permite prestar cuidados de una forma racional, lógica, y sistemática.

El niño prematuro presenta una serie de necesidades o condiciones que lo hacen altamente vulnerable a comprometer su estabilidad, por lo que requiere una valoración integral y dirigir los cuidados a satisfacer las necesidades básicas como es la nutrición y las necesidades de seguridad-protección ya que es altamente dependiente de los cuidados de enfermería y en el hogar de los cuidados de los padres.

La teoría de Dorothea Orem ofrece la posibilidad de ayudar a satisfacer las necesidades básicas de las personas cuando no pueden hacerlo solas, como es el caso del recién nacido prematuro, en el cual se desarrollan tres etapas autocuidado, déficit de autocuidado y sistemas de enfermería.

El trabajo aquí desarrollado me permitió ampliar mi visión con respecto a la práctica de enfermería desde un enfoque integral, acompañar al paciente y familia en este proceso de atención al niño prematuro, despertó en mí el interés por mantener la actualización de los conocimientos en enfermería.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía práctica. 3ª ed. Barcelona: Doyma; 1996.

Álvarez Suarez J., Del Castillo Arévalo F., Fernández Fidalgo D. y Muñoz Meléndez M. (2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Servicios de Salud Principado de Asturias. Consultado el 31 de Julio de 2021; Disponible en: <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>

Alviso L., Reyes-Hernández K., López Navarrete G., Reyes Hernández M., Aguilar Figueroa E., Pérez Pacheco O., Reyes Gómez U., LópezCruz G., Flores Morillón B., Quero Hernández A. , Quero Estrada A. (2020).

Amaro Cano, M. (2004). Historia Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Cuidad de la habana. Revista cubana enfermería v.20 n.3.

Ares Segura S. Y Diaz González (2014). Seguimiento del recién nacido prematuro y del niño de alto riesgo biológico. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii06/01/344-355.pdf>.

Ávalos Torres E, Silé Rojas V, Roche Molina H, y Gómez Rodriguez J, (2007). Diagnóstico de Enfermería. Evolución histórica y diagnósticos más frecuentes en afecciones cardiovasculares. julio, 2021, de Portales médicos.com Disponible en:

Balza Lizarza A. enf. y Fernández Azpeitia M.N. enf (2011). Sección de neonatología hospital universitario Donostia. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Bebe_Prematuro_C.pdf.

Baque Salazar, K.K. (2018). Complicaciones del recién nacido prematuro en el hospital universitario de guayaquil. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30523/1/CD-2193-Baque%20Salazar.pdf>.

Ben S. (1994) Análisis comparativo de la conceptualización y teorías de cuidado. En Morse J. Comportamiento contemporáneo de liderazgo. IV edición J.B. Lippincott.

Benavent MA, Rodríguez J, (2006). Enfermería ciencia arte y cuidado., de Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras Consultado el 17 de Julio 2021. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007.

Berman, A. y Snyder, S. (2013). Fundamentos de Enfermería. Madrid España: PEARSON.

Blanco, C, Saribia.R, Larazo.M(2014). Metodología de Enfermería. (Julio,27,2021). Disponible en: <https://es.slideshare.net/jjmijana/5-2taxonomianicnoc>.

Bulechek, G. Butcher, H. Dochterman, J. y Wagner, C. (2013). Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. Barcelona España: ELSEVIER.

León Román, C. (2006). Editorial ciencia enfermería, Vol. 2, Enfermería ciencia y arte del cuidado. Revista Cubana Enfermería, 1, 5.

Carrillo Gonzales G, y Rubiano Mesa Y. (julio, septiembre, 2007). La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. julio, 2021, de Scielo disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300009.

Connect.E (2020). Clasificaciones de enfermería: razonamiento clínico y desarrollo de conocimiento (Julio, 27,2021). De Connect.E Disponible en: https://www.educa.com/pdf/000_CONCEPTOS%20NOC.pdf

Delgadillo Avendaño. J.M. 2019 Prematurez/Bebe Prematuro. Disponible en: <https://infogen.org.mx/prematurez/>.

Doenges M, Frances Moorhouse M. (2014). Proceso y diagnósticos de enfermería. julio, 2021, de Manual moderno.

Dr. Mühlhausen M. G. Taquipnea transitoria del recién nacido. Disponible en: http://www.neopuertomontt.com/guiasneo/Guias_San_Jose/GuiasSanJose_32.pdf.

El universal 2021. Aumenta cifra de nacimientos de bebés prematuros. Disponible en: <https://sanluis.eluniversal.com.mx/sociedad/15-07-2018/aumenta-cifra-de-nacimientos-de-bebes-prematuros>.

García Flores-M, Ariza-C, Durán DM., Sánchez HB, Colliere-MF, Marriner-Tomey A, García-Martín Caro C. (9-10 de marzo de 2006). La Importancia del Cuidado enfermería. O 14/04/2009, de Reunión Nacional de Enfermería. 1º semana internacional de calidad en la salud Consultado el 16 de julio 2021. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/beneficios.

Gayosso, IE, (2019) proceso de atención de enfermería (revista). Consultado el día 21 de julio 2021, disponible en:

Hernández.V. (2014). Indicadores de calidad (Julio, 27,2021). De Hernández. V Disponible en: <https://es.slideshare.net/veronikamayo/indicadores-de-calidad-40095982>.

Instituto nacional de pediatría, INP (2018). Prematuridad y retos prevención y manejo disponible en: https://www.pediatria.gob.mx/archivos/fasciculo_prematurez.pdf.

Marly,F. (2013). Proceso de atención de enfermería. Consultado el 12 Julio, 2021, de ssaver disponible en: <https://www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-I- PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA.pdf>.

Marriner A, Raile MA. (2007). Fundamentar la ciencia en cuidado. En construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería (74-80). ESPAÑA: Elsevier Mosby.

Raile Alligood, M y Marriner Tomey, A (2006) Modelos y teoría de enfermería sexta edición Elsevier.

Martínez Martín, M. y Chamorro Rebollo, E. (2016). Historia de la Enfermería, Evolución Histórica Del Cuidado Enfermero. 3. Edición. Ed. Elsevier.

Meleis, A, Kise Larson, Gordon S, Farrel M, Duran de Villalobos, Benner P, Boykin, A. (2000). EL cuidado como objeto de la enfermería. 0, de Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Consultado el 14 Julio 2021. Disponible en:

Minguet-Romero, Ramón, Cruz-Cruz, Polita del Rocío, Ruíz-Rosas Roberto Aguli H-VM. Incidencia de nacimientos pretérmino en el IMSS 2007-2014 (2014). Ginecol Obs Mex. 2014;82:465–71.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2013). Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Nursing care process. Rev. Salud Pública Parag. 2013; Vol. 3 N° 1. Consultado el 31 de Julio 2021. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>

Montaño, J. (2018). Callista Roy: biografía, teoría y obras. Liferder. Disponible en: <https://www.liferder.com/callista-roy/>.

Moorhead N.,Marion.J.,Meridean L.,Maas., Swanson.E.(2018). Clasificación De Resultados De Enfermería (Julio, 27,2021). De Moorhead,N. Disponible en:<https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/edu-relacion-entre-las-clasificaciones-de-enfermeria-NOC>

NANDA. Herdman T, Kamitsuru S. (2018-2020). Diagnósticos Enfermeros. julio 15, 2021, de Edición Hispanoamericana.

Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. y Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Universidad de ciencias médicas Cuba. Revista vol.19 n.3

Oliveros M., Y Chirinos J.2008. prematuridad: epidemiología, morbilidad y mortalidad perinatal. Pronostico y desarrollo a largo plazo. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/a03v54n1.pdf.

OMS. (2019) Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos..Nota descriptiva. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>.

Pereda Acosta M. (2011).. Explorando la teoría general de enfermería de Orem.Vol. 10, No. 3: 163-167.Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>.

Ponti, L. (2016). La enfermería y su rol en la educación para la salud, Ed.UAI. Disponible en: https://www.academia.edu/25884140/La_enfermer%C3%ADa_y_su_rol_en_la_educaci%C3%B3n_para_la_salud.

Potter, A. (2013). Proceso de atención de enfermería. Consultado el 12 Julio, 2021, de salud pública de Paraguay disponible en: <file:///C:/Users/NominaTemporal/Downloads/proceso.pdf>.

Reina.C (2010) El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. (3-4),2021,Julio,14 De Umbral Científico disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>.

Rellán, Rodríguez, S. García de Ribera C. y Aragón García. M. Paz. (2006). El recién nacido prematuro. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf.

Rosales Barrera, S. (2004). Fundamentos de enfermería. Ed. El Manual Moderno.

Secretaría de salud 2015. Objetivos y estrategias del programa de salud materna del CNEGSR. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/objetivos-y-estrategias-del-programa-de-salud-materna-del-cnegsr>.

Secretaría de salud. 2006. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/14457/2006_sem45.pdf.

Stavis R. L. (2019). Recién nacidos prematuros. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacidos-prematuros>.

Torres Barrera, S y Zambrano Lizárraga, E. (2010). Breve historia de la educación de la enfermería en México. Revista Enferm Inst Mex Seguro Soc. 18 (2): 105-110. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim102h.pdf>.

UNAM. (2020). El Proceso de Atención de Enfermería. Consultado julio 14, 2021, de UNAM Disponible en: <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>.

Universidad de Antioquia. (2016). Ejecución de las intervenciones en el proceso de atención de enfermería. Consultado julio 14, 2021, de Universidad de Antioquia Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61962>.

Universidad de Guanajuato. (2018). Unidad didáctica 4: Proceso enfermero. Consultado julio 14, 2021, de universidad de Guanajuato Disponible en: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-4-proceso-enfermero/>.

Velázquez, I. (2020). ¿Cuál es la tasa de mortalidad neonatal en México? Disponible en: <https://clinicas-aborto.com.mx/cual-es-la-tasa-de-mortalidad-neonatal-en-mexico/>.

Vélez A., Consuelo Vanegas G., José Hoover. (2011). Epistemología del cuidado en enfermería. Consultado el 20 Julio 2021. Disponible en <https://hdl.handle.net/10901/14589>.

Ventura, H y Johnson, D. (2011). Modelo de sistema conductual. Instituto superior de Enfermería. Chiapas. Disponible en: <https://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothy-jhonson.html>.

IX GLOSARIO

Morbilidad: Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

Mortalidad: Número de habitantes que pierden la vida en una zona geográfica, país o región.

Hipótesis: Suposición hecha a partir de unos datos que sirve de base para iniciar una investigación o una argumentación de algo que podría, o no, ser posible.

Oligohidramnios: Volumen deficiente de líquido amniótico; se asocia con complicaciones maternas y fetales.

Polihidramnios: Acumulación excesiva de líquido amniótico, líquido que rodea al bebé en el útero durante el embarazo.

Apnea del prematuro: Desorden del desarrollo causado por la inmadurez de la función neurológica o mecánica del sistema respiratorio.

Bradycardia: Descenso de la frecuencia cardíaca a 60 latidos por minuto.

Hematoma: Mancha de la piel de color azul amoratado que se produce por la acumulación de sangre u otro líquido corporal, como consecuencia de un golpe, u otras causas.

Macrosomía: El término es usado para describir el desarrollo o tamaño excesivo del cuerpo como en el caso de un recién nacido con un peso por arriba del promedio.

PAE: Proceso de atención de enfermería.

PLACE: Plan de cuidados de enfermería.

X. ANEXOS

Valoración de Enfermería

1 PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

I. Datos Generales

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: ____ Estado civil: _____
Domicilio: _____ Procedencia _____
Diagnóstico por CIE-10: _____
Tratamiento Farmacológico: _____ Escolaridad: _____
Alergias: _____ Esquema de vacunación: _____

2. Somatometría y Signos Vitales:

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____
Presión Arterial: _____ Frecuencia Cardíaca: _____ Frecuencia Respiratoria: _____ Temperatura: _____
Glicemia (Especificar en ayuno o casual): _____

3. Antecedentes Heredo Familiares (tanto físicos como mentales, incluir familiares en primer y segundo grado, antecedentes de consumo de sustancias, patologías psiquiátricas, suicidios o intentos de suicidio):

4. Antecedentes Personales Patológicos (Enfermedades propias de la infancia, accidentes: gravedad, cronicidad o secuelas, trastornos psicopatológicos, consumo de alcohol, tabaco, u otro tipo de drogas patrón de consumo).

5. Apariencia General:

Higiene y aliño: Adecuada Regular Deficiente Aliñado Desaliñado
Actitud: Cooperador Poco cooperador No coopera Suspica
Hipervigilante Somnoliento Indiferente
Compleción: Ectomórfica Endomórfica Mesomórfica
Bien conformado Mal conformado por: _____
Lesiones aparentes: _____

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

1. Percepción -Manejo de Salud (Toma de conciencia, manejo de salud)

¿Cómo considera su estado de salud? _____

Actitud y comportamiento frente a la enfermedad: Aceptación Rechazo Indiferencia

Negación:

¿Qué actividades realiza para cuidar su salud?: _____

¿Qué actividades realiza para evitar recaídas de su enfermedad? _____

Actitud y comportamiento hacia la medicación:

Conocimiento de la enfermedad:

2. Nutricional-Metabólico (ingestión, digestión, absorción, metabolismo, hidratación)

Describe tipo de alimentos que consume: _____

Numero de comidas al día _____ Utiliza suplementos alimenticios y cuales _____

Cantidad de consumo de agua al día _____

Antecedentes de: Gastritis Colitis Úlcera gástrica Nausea Vómito

Desórdenes alimenticios: Hiporexia Anorexia Bulimia Anorexia y bulimia

Presencia de líquidos parenterales: _____

Explorar integridad de la piel mucosas:

Hidratado Sequedad Signo de lienzo húmedo Palidez Ictericia acantosis

Cianosis Piel fría Piel caliente Rubicundez Edema

Integridad: Si No Especificar: _____

Cabeza, cabello: Implantación normal Fragilidad caída Pediculosis Caspa o seborrea

Signo de bandera Exostosis Endostosis

Integridad de ojos, nariz y oídos: _____

Presencia de sonda nasogástrica: _____

Cavidad Oral: Anodoncia parcial Anodoncia total Caries Sarro Candidiasis

Amígdalas: Normales Hipertróficas Hiperémicas Ausentes Presencia de puntillero

3. Eliminación (sistema urinario, intestinal, tegumentario, pulmonar)

Eliminación intestinal (Frecuencia, Características): _____

Presencia de: Diarrea Estreñimiento Encopresis

Eliminación vesical: (Frecuencia, Características): _____

Presencia de: Disuria Poliuria Poliaquiuria Enuresis Cálculos renales

infección de vías urinarias frecuentes

Piel: Sudoración normal Diaforesis Sudoración escasa Hiperhidrosis Mal olor

Edema:

Drenajes y tipo: _____

Ostomías: _____

Exploración:

Abdomen: Plano Globoso Simetría: Integridad de la piel

Peristaltismo: Presente Ausente Frecuencia por minuto: _____

Timpanismo Matidez

Dolor presencia de masas Ascitis Otros: _____

Giordano Positivo Negativo

Hemorroides: Presentes Ausentes

Hallazgos en la exploración genital:

4. Actividad ejercicio (, actividad/ ejercicio, equilibrio de la energía, respuestas cardiovasculares / respiratorias)

¿Considera que cuenta con la energía suficiente para realizar las actividades cotidianas?:

Capacidad para realizar actividades de rutina (bañarse, comer, vestirse):

1. Completo autocuidado 1. Necesita uso de un equipo especial 2. Requiere supervisión 3. Requiere ayuda de otra persona

4. Es dependiente y no colabora

Índice de Katz o Barthel: _____

Exploración Física:

Marcha: Eubásica Disbásica Inmovilidad Presencia de sujeción mecánica

Tono y fuerza de extremidades: Tonicidad normal Atonía

Movimientos anormales: Acaticia Temblor Disonía Disquinesia Rigidez

Agitación motriz Crisis Convulsivas Manerismos
Claudicación Uso de aditamentos para la deambulaci3n

Respiraci3n: (Ritmo, Frecuencia, Profundidad, Simetría, describir localizaci3n de los fenómenos agregados)

Cianosis Palidez Hipoxia Hipoxemia Hipercapnia

Intolerancia a la actividad: Fatiga Cansancio

Alteraciones respiratorias durante la actividad: Taquipnea Bradipnea Disnea Aleteo

Uso de músculos accesorios Estertores Sibilancias Roncus Estridor

Funci3n cardiaca: Frecuencia _____ Ritmo _____ Arritmias Soplos Ritmo de galope

Pulsos: Frecuencia _____ Ritmo: Regular Irregular Amplitud: Alternante de Corrigan

Filiforme Parad3gico Débil Imperceptible o ausente

Ingurgitaci3n yugular:

Realiza alguna rutina de ejercicios (tipo, duraci3n y frecuencia): _____

Sedentarismo: Si No

Como emplea su tiempo libre: _____

Actividades recreativas que realiza, tipo y frecuencia: _____

5. Sueño -descanso.

Calidad y cantidad de sueño: Total de horas que duerme diariamente: _____

¿Acostumbra tomar siestas?: Si No

Alteraciones del sueño:

Insomnio inicial Insomnio tardío Insomnio intermitente Pesadillas

Hipersomnia Somnolencia diurna Ronquido Apnea del sueño Sueño no reparador

Alteraciones (cansancio, alteraciones emocionales o conductuales) asociadas a la falta de sueño: _____

Utiliza alg3n remedio, ritual o fármaco para poder dormir (tipo y frecuencia): _____

6. Cognitivo-perceptual (atención, orientación, sensación/percepción, cognición, comunicación)

Funciones de Integración Superior:

Estado de Conciencia: Consciente Somnoliento Estuporoso Inconsciente

Orientación: Tiempo Lugar Persona Autospíquica Alopsíquico

Memoria: Reciente (anterógrada) Tardía(retrógrada) Amnesia

Atención: Central Periférica Hipoprosexia Paraprosexia Hiperprosexia

Expresión del pensamiento (lenguaje): Normal Mutismo Parco/monosilábico

Coherente Dislalia Disartria

Alteraciones senso-perceptuales: Alucinaciones Ilusiones

Tipo: Auditivas Visuales Olfatorias Cenestésicas Gustativas

Presenta alguna limitación en: Vista Tacto Audición Olfato Gusto

¿Utiliza algún apoyo para estos problemas? : _____

7. Autopercepción (auto concepto, autoestima, imagen corporal)

¿Qué piensa de sí misma?

¿La mayor parte del tiempo se siente a gusto consigo mismo?

¿Que sentimientos predominan en usted la mayor parte del tiempo?

Ansiedad Tristeza Irritabilidad Exaltación Felicidad Tranquilidad

¿Cómo se siente respecto a su imagen corporal?: _____

Contenido de ideas respecto a estado afectivo: Deseperanza Minusvalía Muerte

Ideación suicida Planeación suicida Intento suicida Cutting

Otras alteraciones asociadas al estado afectivo:

8. Rol / Relaciones (roles de cuidador, relaciones familiares, desempeño del rol)

Rol que desempeña en la familia:

¿Cuenta con apoyo familiar para afrontar su enfermedad?

¿Como es la relación entre los miembros de su familia?

¿Como es la Interacción social con personal y pacientes del servicio:

¿Cuenta con apoyo social?

9. Sexualidad-Reproducción

Antecedentes Gineco-obstétricos

Menarca_____ FUM_____ Menopausia _____

Embarazos: Partos: Abortos: Cesáreas:

SDG: _____ FPP: _____

Exploración física embarazo:

Altura de fondo uterino _____ FCF: _____

Presentación: Cefálica _____ Podálica _____

Posición: Anterior _____ Posterior _____ Izquierda _____ Derecha: _____

Situación: Longitudinal _____ Transversa _____ Oblicua _____

Vida sexual activa Si No ¿Satisfacción de sus relaciones sexuales? Si No

Uso de métodos anticonceptivos: Si No ¿Cuál método? _____

¿Qué precauciones toma para prevenir enfermedades de transmisión sexual? _____

Problemas de identidad sexual: Si No

Presencia de riesgos para la salud reproductiva y sexual (Vida sexual: naturaleza, frecuencia y actitud ante ella: masturbación, polución nocturna, fantasías eróticas, etc. Iniciación de su vida sexual:

Detección de cáncer cérvico-uterino en el último año: Si No

Detección de cáncer de mama en el último año: Si No

Detección de cáncer de próstata en el último año: Si No

Menopausia o Andropausia (si aplica): Anotar la actitud ante ella, presencia o no de alteraciones psicopatológicas en su curso o posterior a ella, duración y naturaleza de las mismas.

Presencia de infecciones de transmisión sexual: Si No ¿Cuál? _____

10. Adaptación Tolerancia al stress (respuesta post – traumática, respuestas de afrontamiento, estrés)

¿En el último año ha sufrido algún cambio importante en su vida? Estrés Crisis

La mayor parte del tiempo se siente: Cómodo Tenso Relajad Desmotivad

¿Qué hace para sentirse mejor?: _____

Para relajarse utiliza (frecuencia y cantidad): Té Alcohol Tabaco

Medicamentos no prescritos (tipo y frecuencia) _____ Otros: _____

Drogas ilegales (tipo) _____

Cómo resuelve sus problemas ¿(recursos, apoyos con los que cuenta):

11. Valores- Creencias:

¿Cree en un ser supremo?

¿Profesa alguna religión?

¿La religión es importante para usted?

¿Qué cosas considera importantes en su vida?

¿Se siente satisfecho con su vida?

Actitud ante la religión, el duelo y la muerte:

¿Presenta Preocupaciones relacionadas con la vida, la muerte o la enfermedad?: _____

¿Cuáles sus planes futuros? (corto y largo plazo)