



**UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**PROCESO DE ENFERMERÍA
CON EL REFERENTE TEÓRICO DE
DOROTHEA E. OREM
APLICADO A CASO CLÍNICO
DE RECIÉN NACIDO SANO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Presenta:

Ma. del Socorro Cortez Vargas

Asesor(a):

L.E.Q.D. Bertha Herlinda Ruiz Cubillo

Morelia, Michoacán, marzo de 2020



DIRECTIVOS

M.S.P. JULIO CESAR GONZÁLEZ CABRERA

DIRECTOR

M.E. RUTH ESPERANZA PÉREZ GUERRERO

SECRETARIA ACADÉMICA

C.M.E. RENATO HERNÁNDEZ CAMPOS

SECRETARIO ADMINISTRATIVO

MESA SINODAL

ME: BERTHA HERLINDA RUIZ CUBILLO

Presidente:

M. PSIC: GABRIELA GALVAN VILLALOBOS

Vocal 1:

DRA. MA. DEL CARMEN MONTOYA DIAZ

Vocal 2:

DEDICATORIAS

El presente trabajo es dedicado a mi familia, a mi esposo y a mis hijos quienes han sido parte fundamental, ellos son quienes me dieron grandes enseñanzas y los principales protagonistas de este “sueño alcanzado”.

AGRADECIMIENTOS

Este Proceso Enfermero es el producto de grandes esfuerzos y de muchas voluntades. Tengo una deuda de gratitud con muchas personas con las que me han apoyado a lo largo de este Proceso de Enfermería:

A mis padres, David Cortez Bautista, Carmen Vargas Avalos, a mi esposo J. Jesús Cárdenas zarco mis hijos Nadia Alejandra Cárdenas Cortez y David Alexandro Cárdenas Cortez, por su paciencia y apoyo.

Mi asesora L.E.Q.D. Bertha Herlinda Ruiz Cubillo, quien con su sabia orientación dieron luz a muchas páginas de este trabajo de titulación, indudablemente sus observaciones fueron valiosas.

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	11
II. JUSTIFICACIÓN	12
III. OBJETIVOS	14
Objetivo General:	14
Objetivos Específicos:	14
IV. MARCO TEÓRICO	15
4.1. PROCESO DE ENFERMERÍA	15
4. 1. 1. VALORACIÓN	17
4. 1. 2. DIAGNÓSTICO	26
4. 1. 3. PLANEACIÓN	29
4. 1. 4. EJECUCIÓN	33
4. 1. 5. EVALUACIÓN	34
4.2 . TEORIA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	37
4.2.1. SUBTEORÍA DE AUTOCUIDADO	38
4.2.2. SUBTEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	41
4.2.3. SUBTEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA	41
4.3. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO	43
4.3.1. DEFINICIONES	43
4.3.2. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE TOCOLOGÍA	44
4.3.3. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN ÁREA HOSPITALARIA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO	47
4.3.4. ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA	47
4.3.5. INSTRUCCIONES PARA LA MUJER ENFOCADAS A LA ASISTENCIA DEL LACTANTE.	49
4.3.6. PREVENIR POSIBLES COMPLICACIONES	49
4.3.7. PREOCUPACIONES COMUNES DE LOS PADRES	51
V. METODOLOGÍA	52

5.1. CONSIDERACIONES ÉTICAS	53
5.1.1. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD	53
5.1.2. DECLARACIÓN DE HELSINKI	55
5.1.3. CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO	57
VI. CASO CLÍNICO	61
VII. PROCESO ENFERMERO CON EL REFERENTE TEÓRICO DE OREM	63
7.1. VALORACIÓN	63
7.2. DIAGNÓSTICO	64
7.3. PLANEACIÓN	65
7.4. EJECUCIÓN	66
7.5. EVALUACIÓN	68
VIII. CONCLUSIONES	69
IX. SUGERENCIAS	70
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
XI. GLOSARIO	73
XII. ANEXOS	75
ANEXO 1. GUÍA DE VALORACIÓN DE DOROTHEA E. OREM	75
ANEXO 2. EJECUCIÓN DE CUIDADOS	89
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	93
ANEXO 4. PROCESO DE ENFERMERÍA CON REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM	94
ANEXO 5. PUNTOS BÁSICOS DE LA TEORÍA DE OREM	99

RESUMEN

Los cuidados al recién nacido, son aquellos en los que se valora el estado fisiológico del niño en el periodo inmediato al nacimiento y la suficiencia de la adaptación a la vida extrauterina durante las primeras seis u ocho horas de vida.

Los recién nacidos constituyen una población completamente vulnerable para recibir cuidados de enfermería, indispensables para el desarrollo adecuado y lograr un completo bienestar físico, mental, social, cultural y espiritual, ya que, durante esta edad, la persona depende completamente del cuidado de los padres, además de la orientación y apoyo educativo de enfermería. El estudio de caso clínico se realizó en un recién nacido sano; mediante la utilización del proceso de enfermería siguiendo las 5 etapas desde la perspectiva o interpretación de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem y sus tres subteorías: Déficit de autocuidado, autocuidado y sistemas de enfermería.

Este proceso enfermero se llevó a cabo dentro de las instalaciones del Hospital Comunitario Carácuaro_Nocupétaro, en los servicios de tocología, recuperación y hospitalización, en el periodo del 7 de marzo al 9 de marzo y posteriormente en visitas domiciliarias en la calle Gregorio Zapien No.104, Colonia Centro, Código Postal 61900, Nocupétaro, Michoacán; que se llevaron a cabo los días 11, 23 y 30 de marzo y 13, 20 y 30 de junio dentro del periodo del día 7 marzo al 30 junio del 2019

El presente documento se realizó con el fin de describir y tener presente los cuidados brindados al recién nacido y prevenir complicaciones en el neonato, en base a información recopilada de archivos publicados y en guías de práctica clínica.

Palabras claves: proceso enfermero, caso clínico, cuidados, consejería, atención.

SUMMARY

The care of the newborn are those in which the physiological state of the child is valued in the period immediately after birth and the sufficiency of adaptation to extrauterine life during the first six or eight hours of life.

Newborns constitute a completely vulnerable population to receive nursing care, essential for proper development and achieve complete physical, mental, social, cultural and spiritual well-being, since, during this age, the person depends completely on the care of the parents , in addition to the guidance and educational support of nursing. The clinical case study was conducted in a healthy newborn; through the use of the nursing process following the 5 stages from the perspective or interpretation of the theory of self-care deficit of Dorothea E. Orem and its three sub-theories: Self-care deficit, self-care and nursing systems.

This nursing process was carried out within the facilities of the Carácuaro_Nocupétaro Community Hospital, in the services of tocology, recovery and hospitalization, in the period from March 7 to March 9 and later in home visits in Gregorio Zapien Street No.104 , Colonia Centro, Postal Code 61900, Nocupétaro,

Michoacán; which took place on March 11, 23 and 30 and June 13, 20 and 30 within the period of March 7 to June 30, 2019

This document was made in order to describe and keep in mind the care provided to the newborn and prevent complications in the newborn, based on information collected from published files and in clinical practice guidelines.

I. INTRODUCCIÓN

Los cuidados al recién nacido, son aquellos en los que se valora el estado fisiológico del niño en el periodo inmediato al nacimiento y la suficiencia de la adaptación a la vida extrauterina durante las primeras seis u ocho horas de vida, se debe observar y anotar las características físicas del bebe, calcular la edad gestacional, emplear la valoración del neonato para instruir a los padres sobre su hijo, la enfermera es el primer profesional que efectúa la valoración del recién nacido.

En las unidades de salud el personal a cargo debe tener conocimientos básicos para la atención adecuada de los cuidados del recién nacido. Es importante que se capacite el personal laborando en unidades de salud para la atención de calidad.

A continuación, se presenta un proceso enfermero aplicado a un recién nacido sano sustentado en el referente teórico de Dorothea E. Orem, utilizando la taxonomía NANDA-NIC-NOC, en las cinco etapas del proceso enfermero, utilizando los diagnósticos de la NANDA, los resultados esperados NOC y las intervenciones de enfermería NIC.

Se aplica la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem para demostrar que el Recién Nacido Sano requiere autocuidado totalmente dependiente.

II. JUSTIFICACIÓN

El presente documento es realizado con el fin de describir y tener presente los cuidados brindados al recién nacido y prevenir complicaciones en el neonato, en base a información recopilada de archivos publicados y en guías de práctica clínica.

Es importante dar a conocer todos los cuidados al recién nacido ya sea en sala de partos, área de hospitalización y extra hospitalaria con la consejería que brindan las enfermeras a los padres, existe un plan de cuidados estandarizados que ayudan a una mejor atención de calidad como son las guías de práctica clínica, NANDA, NIC Y NOC.

Es de vital importancia la valoración clínica de enfermería al recién nacido, por patrones de salud, entre los que destacan percepción y control de la salud, aspecto nutricional, metabólico, reposo, sueño, actividad y higiene.

Si se aplicara correctamente los cuidados disminuiríamos la mortalidad infantil en nuestro país y se incrementaría la esperanza de vida, tendrían una mejor calidad de vida, por tal motivo el plan sectorial de salud 2013-2018 contempla estrategias y líneas de acción específicas para atender esta situación primordial.

Realizar un Proceso Enfermero basado en la Teoría del déficit de autocuidado tiene una gran trascendencia en la atención del recién nacido sano, ya que proporciona herramientas para mantener un adecuado bienestar en esta población, completamente dependiente de cuidados.

La institución donde se aplicó el proceso es un hospital de segundo nivel de la Secretaría de Salud, con una plantilla de 25 enfermeras y 18 camas censables, atiende un aproximado de nacimientos de 283 por año, la población se encuentra en una zona rural, con un nivel socioeconómico de alta marginación en los municipios de Nocupétaro y Carácuaro, pueblos históricos porque fue donde José María Morelos y Pavón se levantó en armas para la independencia de México en 1810, saliendo con 16 indígenas de Nocupétaro siendo párroco de Carácuaro.

Hospital Comunitario Carácuaro-Nocupétaro se encuentra ubicado en la carretera Morelia-Huetamo Km 104+200 predio la manga en el municipio de Nocupétaro, la aplicación de proceso enfermero tendrá una gran magnitud en el desarrollo profesional de enfermería y en la atención a los Recién Nacidos, ya que no se cuenta con un hospital cercano que cuente con especialidades de segundo nivel.

Los recién nacidos constituyen una población completamente vulnerable para recibir cuidados de enfermería, indispensables para el desarrollo adecuado y lograr

un completo bienestar físico, mental, social, cultural y espiritual, ya que, durante esta edad, la persona depende completamente del cuidado de los padres, además de la orientación y apoyo educativo de enfermería.

El presente estudio es factible de ser realizado ya que se cuenta con los recursos materiales, físicos y financieros además de la autorización de la institución de salud y los padres del recién nacido para llevar a cabo el proceso enfermero, el cual, será autofinanciado por el profesional de enfermería a cargo.

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

Aplicar un Proceso Enfermero en un recién nacido sano, sustentado en la Teoría del déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.

Objetivos Específicos:

- Valorar al recién nacido sano de acuerdo a la teoría de Dorothea Orem.
- Identificar los diagnósticos enfermeros reales, de salud o de riesgo en base a la teoría de Dorothea Orem.
- Establecer cuidados dependientes especificando los resultados esperados y las intervenciones de enfermería al recién nacido quien por su edad no puede realizar el autocuidado necesario para mantener un funcionamiento saludable, el bienestar y la vida.
- Ejecutar los cuidados a través de la agencia de cuidado dependiente y de enfermería, aplicando los sistemas de enfermería y los métodos de ayuda de Dorothea Orem.
- Evaluar los resultados obtenidos de acuerdo a los resultados esperados, así como la efectividad de las intervenciones de enfermería en el cuidado dependiente del recién nacido.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. PROCESO DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, también es conocido como Proceso de Enfermería (PE) o Proceso de Cuidados de Enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud (Acosta, 2011).

Objetivos

- ✓ Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.
- ✓ Imprimir a la profesión un carácter científico.
- ✓ Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- ✓ Traza objetivos y actividades evaluables.
- ✓ Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- ✓ Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social (Acosta, 2011).

Características

- ✓ Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo.
- ✓ Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para lograr su objetivo.
- ✓ Es dinámico: responde a un cambio continuo.
- ✓ Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establece entre la enfermera y el paciente.
- ✓ Es flexible: Se puede adaptar a la práctica de enfermería en cualquier lugar o área de especialización que se ocupe de individuos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

- ✓ Tiene una base teórica: sustentada en una amplia variedad de conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y es aplicable a cualquier modelo teórico de enfermería. (Acosta, 2011).

Habilidades necesarias para su aplicación

El proceso enfermero implica habilidades que un profesional de enfermería debe poseer cuando él o ella tenga que comenzar la fase inicial del proceso.

- Habilidades Cognitivas o Intelectuales, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del cliente. Incluidas entre estas habilidades están las de identificar y diferenciar los problemas de salud actuales y potenciales a través de la observación y la toma de decisiones, al sintetizar el conocimiento de enfermería previamente adquirido.
- Habilidades Interpersonales, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, así como la obtención ética de información necesaria y relevante del cliente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.
- Habilidades Técnicas, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el cliente al realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos. (Acosta, 2011)

Ventajas

Para la Profesión:

- Mayor rigor científico.
- Define el campo del ejercicio profesional.
- Mayor organización para proporcionar los cuidados.

Para el Paciente:

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

Para el Profesional de Enfermería:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional **Fuente especificada no válida.**

Etapas del Proceso Enfermero.**4. 1. 1. VALORACIÓN**

Es la primera fase del PAE, donde se realiza la recolección de datos de forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar factores y situaciones que guían la determinación de los diagnósticos reales o potenciales, en la persona, familias o comunidad. La recolección de datos se obtiene de fuentes variadas como: el sujeto de atención, la familia, el personal del equipo de salud, los registros clínicos, el examen de laboratorio y otras pruebas diagnósticas. Para recolectar la información se utilizan métodos como la entrevista, la observación y el examen físico. (Acosta, 2011).

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del usuario que exigen una intervención de enfermería.

La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar. Por tanto, será preciso establecer un sistema para determinar qué datos deben reunirse en primer lugar. Uno de estos mecanismos es la jerarquía de necesidades humanas. (Acosta, 2011).

- autoestima

- estima-sociales
- inocuidad / seguridad
- fisiológicas

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen

inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

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 de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": 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 "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas. Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde se deben buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En valoraciones posteriores, se tomará en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.

- - Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos es necesario:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc....) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc....)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Tipos de Datos:

- Subjetivos: La percepción individual de una situación o una serie de acontecimientos. (Acosta, 2011). No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos). Borrell (1986).
- Objetivos: Información susceptible de ser observada y medida. (Acosta, 2011). Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial). Borrell (1986).
- Históricos - Antecedentes: Situaciones o acontecimientos que se han producido en el pasado. (Acosta, 2011). Son aquellos hechos que han

ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo, por ejemplo: hospitalizaciones previas. Borrell (1986).

- Actuales: Situaciones o acontecimientos que se están produciendo en el momento concreto. (Acosta, 2011). Son datos sobre el problema de salud actual. Borrell (1986),

Fuentes de Datos

Primaria: Información obtenida directamente del cliente.

Secundaria: Información sobre un usuario obtenida de otras personas, documentos o registros. (Acosta, 2011).

Métodos para obtener Datos:

4.1.1.1. Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
2. Facilitar la relación enfermera/paciente.

3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semi estructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;

Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiendo por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso de responsabilización de las obligaciones, Borrell (1986).

Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
 - Expresiones faciales,
 - La forma de estar y la posición corporal,
 - Los gestos,
 - El contacto físico,

- La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: **empatía, calidez, concreción, y respeto.**

Empatía: Capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta el interlocutor, Cibanal (1991). Borrell (1989), aporta que no basta con comprender al cliente, si no se es capaz de transmitir comprensión. La empatía consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente; y otro en el que le da a entender que la comprende.

Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal

Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador:

Autenticidad: Supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».).

4.1.1.2. Observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

4.1.1.3. Exploración Física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de La enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón

normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos. (Gomez).

4. 1. 2. DIAGNÓSTICO.

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. Los diagnósticos de Enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencias. El propósito de esta fase es identificar los problemas de Enfermería del paciente. (Acosta, 2011)

Los diagnósticos de Enfermería están siempre referidos a respuestas humanas que originan déficit de autocuidado en la persona y que son responsabilidad de la enfermera, aunque es necesario tener en cuenta que el que la enfermera sea el profesional de referencia en un diagnóstico de enfermería, no quiere decir que no puedan intervenir otros profesionales de la salud en el proceso.

Existen 5 tipos de diagnósticos de Enfermería: Reales, de riesgo, posibles, de bienestar y de síndrome. (Acosta, 2011).

Tipos de Diagnósticos enfermeros. (OME, 2019)

Diagnósticos de Enfermería Reales

Describen problemas y alteraciones de la salud del individuo, validados clínicamente mediante la presencia de signos y síntomas que lo definen. El enunciado de los diagnósticos de enfermería reales, consta de tres partes:

Etiqueta Diagnóstica + relacionado con (Factores Relacionados) + manifestado por (Características definitorias)

Diagnósticos de Enfermería de Riesgo

Son juicios clínicos que realiza la enfermera en los que valora la existencia de una mayor vulnerabilidad de la persona a desarrollar un problema concreto que el resto de la población en la misma situación.

El enunciado de estos diagnósticos consta de dos partes:

Etiqueta diagnóstica: descripción concisa de la alteración del estado de salud, que siempre va precedida por el término "riesgo de" y los "factores relacionados", que recogen las situaciones que provocan un aumento en la vulnerabilidad a padecer un problema.

Riesgo de (Etiqueta Diagnóstica) + relacionado con (Factores Relacionados)

Diagnósticos de Enfermería Posibles

Describen problemas sospechados, que necesitan confirmarse con información adicional. Se trata de una opción disponible para todos los diagnósticos de enfermería. Es un tipo de diagnóstico especial, ya que describe un estado provisional dentro del proceso para el enunciado de un diagnóstico de enfermería definitivo. Por esta razón, algunos autores no lo reconocen propiamente como un diagnóstico de enfermería. En cualquier caso, se trata de un elemento muy útil para la enfermera en la clínica.

Los diagnósticos de enfermería posibles, evolucionan a un diagnóstico de enfermería, real o de riesgo. Su resolución, al descartar la existencia de un diagnóstico de enfermería. Los factores relacionados (etiología) indican las causas por las cuales, el profesional de enfermería sospecha de este diagnóstico. El enunciado de estos diagnósticos consta de dos partes:

Possible (Etiqueta Diagnóstica) + relacionado con (Factores Relacionados)

Diagnósticos de Enfermería de Bienestar

Se trata de juicios clínicos que realiza el profesional de enfermería ante situaciones o estados de funcionamiento eficaz, pero con interés en mejorarla. La NANDA los define como "un juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar a un nivel más elevado".

En estos diagnósticos deben estar presentes en dos circunstancias obligatoriamente:

- Estado o situación de funcionamiento actual eficaz.
- Deseo de un mayor nivel de bienestar.

Para la formulación de estos diagnósticos, es necesario basarse más en los deseos expresos por el cliente, que en los observados, evitando juzgar si su estado actual de salud es suficientemente eficaz o no. El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte:

Etiqueta diagnóstica, describe el aspecto concreto del funcionamiento de la salud que se desea mejorar.

Disposición para mejorar + (Etiqueta Diagnóstica)

Diagnósticos de Enfermería de Síndrome

Son los diagnósticos que están compuestos por un grupo de diagnósticos reales o de riesgo cuya presencia es previsible como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada.

La presencia de un diagnóstico de síndrome no excluye la presencia de otros diagnósticos de enfermería no incluidos en dicho diagnóstico de síndrome. Este tipo de diagnósticos alerta de la presencia de que está ante una situación compleja, que requiere la realización de valoraciones e intervenciones de enfermería expertas.

El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte: La Etiqueta diagnóstica describe el problema y suele contener en ella los factores etiológicos o contribuyentes.

Síndrome de Etiqueta Diagnóstica + relacionado con (Factores Relacionados) +
manifestado por (Características definitorias)

Riego de Síndrome (Etiqueta Diagnóstica) + relacionado con (Factores
Relacionados)

4. 1. 3. PLANEACIÓN

La tercera etapa, la planeación, 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.

Etapas en el plan de cuidados:

Establecer prioridades en los cuidados: todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados: esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. (Acosta, 2011)

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares 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. (Acosta, 2011)

Es importante que los objetivos se decidan y se planteen 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. (Acosta, 2011).

Términos de la clasificación

Interacción de enfermería: todo tratamiento, basado en conocimiento y juicio clínico, que se realiza con un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto los cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, familia y comunidad, como tratamiento puestos en marcha por los profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores del cuidado.

Una intervención de enfermería directa consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el (los) pacientes las intervenciones de enfermería directas comprenden acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales, tanto las acciones directas sobre el paciente como las que son más bien de apoyo y asesoramiento en la naturaleza.

Las intervenciones de enfermería indirectas es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del paciente o grupos de paciente. Las intervenciones de enfermería indirectas incluyen las acciones de los cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y colaboración interdisciplinaria. Estas acciones apoyan la eficacia de las intervenciones de enfermería directas. (Gloria M. Bulechek, 2019).

Una intervención a la comunidad (o de salud pública) está dirigida al fomentar y a mantener la salud de las poblaciones. Las intervenciones a la comunidad

pretenden el fenómeno de la salud el entrenamiento de la salud y las prevenciones de enfermedades de poblaciones, e incluyen estrategias para dirigir el clima social y político en el que vive la población.

Un tratamiento puesto en marcha por el profesional de enfermería en una intervención iniciada por el en respuesta a un diagnóstico de enfermería. Es una acción autónoma basadas en fundamentos científicos que es ejecutada en beneficio del paciente en forma presidida relacionada con el diagnóstico de enfermería y los resultados proyectados tales acciones e iniciaran los tratamientos iniciados por enfermeros especialistas. (Gloria M. Bulechek, 2019)

Un tratamiento puesto en marcha por el medico es una intervención iniciada por este en respuesta a un diagnostico medico pero llevado a cabo por profesional de enfermería en respuesta a una orden del médico. Los profesionales también pueden llevar acabo tratamientos iniciados por otros proveedores de cuidados, como farmacéutico, fisioterapeutas respiratorios o ayudantes de médicos. (Gloria M. Bulechek, 2019)

Actividades de Enfermería

Las actividades o acciones específicas que realizan los profesionales de enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar a un resultado avanzado.

Clasificación de intervenciones de enfermería NIC.

Ordenación y disposición de las actividades de enfermería en grupos en función de sus relaciones y la asignación de dominaciones de intervenciones a estos grupos de actividades.

Taxonomía de las intervenciones de enfermería.

Organización sistemática de las intervenciones en función de las similitudes. La estructura de la taxonomía del NIC tiene tres niveles: campos, clases e intervenciones.

Otros términos

Paciente: es una persona, grupo, familia o comunidad que constituye en el centro de la intervención de enfermería.

Familia: dos o más personas relacionadas consanguinidad o por elección con responsabilidad compartida para fomentar el desarrollo mutuo la salud y el mantenimiento.

Comunidad: grupo de personas y relaciones entre los miembros del grupo que se desarrollan mientras comparten un entorno físico común y algunos organismo e instituciones.

Cuidador: cualquier persona que proporciona asistencia sanitaria o que actúa en nombre de otra. (Gloria M. Bulechek, 2019)

Clasificación de resultado de enfermería (NOC):

Esta clasificación consiste en presentar la terminología estandarizada de los resultados sensibles a la práctica enfermera para ser utilizada por enfermeras de diferentes especialidades y entornos de la práctica con el fin de identificar los cambios en el estado del paciente después de investigación. Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para medir el resultado de un paciente, cuidador, familia o comunidad antes y después de una intervención. En algunas situaciones clínicas, resultado de esta variedad de perspectivas pueden emplearse para la situación de un paciente. Los resultados sean desarrollados para ser utilizados por las enfermeras, si bien otras disciplinas pueden encontrarlos útiles para evaluar la efectividad de las intervenciones para realizar independientemente o en la colaboración de las enfermeras. Cada resultado tiene una definición, una escala o escala de mediada, una lista de indicadores asociados al concepto y una bibliografía de apoyo los resultados están organizados en una taxonomía que facilita la identificación de los resultados para su uso en la práctica. Los tres niveles de la taxonomía ayudan a las enfermeras y a otros a identificar rápidamente los resultados útiles en la práctica. La calificación actual contiene 490 resultados, incluyendo 107 resultados nuevos desarrollados desde la publicación de la 4ta edición 2008. (Swanson, 2019)

Definición de un resultado: Un resultado del paciente sensible a la práctica enfermera es un estado, conducta o percepción de una persona familia o comunidad medido a lo largo de un continuo en respuesta a una intervenciones o intervenciones

de enfermeras. Los resultados son conceptos variables que pueden medirse a lo largo de un continuo utilizando una escala o escalas de medida. Los resultados se expresan como conceptos que reflejan el estado de conducta o percepción de un paciente, cuidador, familia o comunidad y no como objetivos esperados. (Swanson, 2019).

4. 1. 4. EJECUCIÓN

La ejecución es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del paciente. (Ud., 2012)

El enfoque en la fase de ejecución es el inicio de las intervenciones de enfermería NIC diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del paciente. Su abordaje puede incluir el inicio de acciones independientes e interdependientes. Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del paciente son numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales específicos. (Ud., 2012).

Al recibir a un recién nacido, el profesional de enfermería es el responsable de brindar los cuidados mediatos e inmediatos en sala de tocología, como es aspiración de secreciones, cortar y pinzar muñón umbilical, profilaxis oftálmica, toma de somatometría, signos vitales, exploración física, valoración de posibles malformaciones, aplicación de medicamentos por razón necesaria, recopilación de datos, colocación de pulsera de identificación y etiqueta de identificación, registro de los datos en hoja de enfermería, ejecución de indicaciones médicas prescritas, orientación a los padres sobre cuidados del muñón umbilical, lactancia materna, tamiz neonatal, vacunas, estimulación temprana e higiene personal, cuidados en sala de recuperación, posterior alojamiento conjunto en servicio de ginecología y obstetricia; donde se brinda baño de tina, curación de muñón umbilical, vigilancia

de sagrados, lactancia materna, coloración de piel, o presencia de algún signo alterado.

Para llevar a cabo las intervenciones de Enfermería es necesario verificar que se cuente con el equipo y material, para ejecutar los procedimientos del cuidado del Recién Nacido.

4. 1. 5. EVALUACIÓN

Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de Enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez. Es parte de esta etapa el que se deba establecer metas mensurables, el fallo al establecer metas mensurables resultará en evaluaciones pobres (Acosta, 2011).

Evaluar la calidad y efectividad de la actuación de enfermería.

Los resultados son el desencadenante para la evaluación de la calidad y la efectividad ya que contestan a la pregunta “¿el paciente se benefició o no de los cuidados proporcionados?”. También permiten que las enfermeras aborden la cuestión de que intervenciones o combinaciones de las intervenciones son las más efectivas en conseguir los resultados esperados de los pacientes. La utilización de los resultados para la evaluación de los cuidados permite a los investigadores explicar las diferencias individuales en el logro de los resultados que se atribuyen a las características de paciente, tales como la edad, sexo o estado funcional. La determinación de como las características del paciente afectan al logro del resultado es un área importante para la investigación futura; los datos de este tipo de investigación proporcionarían los resultados que se pueden conseguir de manera realista con diversas poblaciones de pacientes. Es importante poder identificar un

resultado que es alcanzable; si no, se puede utilizar recursos sin lograr el impacto que esperan los pacientes y las enfermeras.

Inicialmente, se evalúa las innovaciones clínicas mediante estudios clínicos prolongados prestando atención a la medición de los resultados esperados o deseados. Muchos estudios clínicos en Enfermería se realizan en un solo lugar y con muestras relativamente pequeñas; posteriormente la enfermería no puede demostrar o evaluar la diferencia o el impacto de estas intervenciones clínicas. Utilizando resultados y lenguajes estandarizados, se podría realizar estudios comparables en entornos diferentes. Los equipos de investigadores podrían desarrollar cuestiones específicas de investigación que estudia en el efecto de una intervención (educación del paciente sobre diabetes) en el autocontrol de la diabetes de los pacientes, y definir los datos específicos que hay en la recopilar además del método de implementación de la intervención. Habría que desarrollar métodos de investigación que aseguren la consciencia en la selección de los pacientes como un aspecto de trabajo del equipo, en la implementación de la recopilación de los datos y en la implementación de la programación de la formación.

Los resultados del nivel de glicemia y autocontrol: diabetes podrían utilizarse para estudiar el impacto de la intervención educativa. El momento de la recogida de datos sobre el nivel de glicemia y autocontrol: diabetes también tendría que ser estandarizado en todos los entornos. Además, este trabajo permitiría a los investigadores estudiar el impacto de las otras variables (combinación de personal, características seleccionadas del paciente) en la calidad de los cuidados que se proporcionan.

Dado que se ha presentado anterior para demostrar cómo se puede utilizar los resultados en un proyecto de investigación específico, quedan por abordar muchas otras cuestiones de investigación respecto al uso de los lenguajes estandarizados como la NANDA-I, la NOC y la NIC.

El uso de la NOC en la práctica, la formación y la investigación aumenta a medida que las enfermeras clínicas, profesores y expertos avanzan hacia el uso de

lenguajes estandarizados. Estos pasos son importantes para la profesión de enfermería y aseguran que las enfermeras del futuro estén mejor preparadas para abordar los cambios que se producirán con la implementación de los registros y la documentación electrónicos. Estos estudios de investigación que usan la NOC empiezan aparecer en la literatura y se espera que el número de estudios de la investigación y las evaluaciones que hacen uso de la clasificación aumentara. Las enfermeras tendrán los datos necesarios para demostrar la calidad y efectividad de su práctica solamente mediante la investigación que evalúa los resultados del paciente en relación con su práctica. No puede sobre estimarse la potencialidad e importancia de la contribución a la asistencia sanitaria de calidad, a nivel mundial, que harán los estudios que usan los resultados NOC a medida que se implante el registro electrónico de salud que contiene nomenclaturas estandarizadas de enfermería (Swanson, 2019).

4.2. TEORIA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Biografía

Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007) nació en Baltimore, Maryland; realizó su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington, D.C. (Acosta, 2011).

A principios de la década de 1930 obtuvo el diploma de Enfermería; en 1946 obtuvo un MSNE; durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas; fungió como directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital; durante 8 años permaneció en la División de Hospitales y Servicios Institucionales de Indiana donde buscó mejorar la calidad de enfermería.

En 1959 publicó "Guidelines for developing curricula for the education of practical nurses"; en 1971 publicó el libro *Nursing: concepts of practice*"; se retiró en 1984 pero continuó asistiendo a conferencias. (Acosta, 2011)



Dorothea Elizabeth Orem

Modelo de Dorothea Orem conceptos y definiciones

La Persona: Orem concibe al ser humano, como un organismo biológico, racional y pensante, que es afectado por el entorno, realizando acciones predeterminadas que le afectan a él mismo, a otros y al entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado (Cantabria, 2012).

La Salud: Es un estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental. Es inseparable, de los factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, incluye, por tanto, la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

El Entorno: Los factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que puedan influir e interactuar con la persona.

La Enfermería: Los cuidados de Enfermería deben centrarse en “Ayudar al individuo a llevar a cabo o mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad, y afrontar las consecuencias de esta” (Cantabria, 2012).

TEORÍA GENERAL DE OREM

La teoría general de la enfermería representa una imagen completa de la enfermería y se expresa mediante tres teorías, expuesta por Orem en 1958.

Dorothea Orem presenta su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener (Navarro Peña, 2010).

4.2.1. SUBTEORÍA DE AUTOCUIDADO

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior (Solar & Reguera, 2014).

Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado.

Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta investigadora identifica en su teoría tres categorías de requisitos de autocuidado para el desarrollo de la actividad de enfermería teniendo en cuenta que

estos requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetos formalizados del autocuidado (Solar & Reguera, 2014).

1. Requisitos Universales: son los que precisan todos los individuos para preservar y mantener su funcionamiento integral como persona e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.

Estos requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que apoyan el desarrollo y la maduración humana, fomentando positivamente la salud y el bienestar (Solar & Reguera, 2014).

Los **Requisitos universales** son:

1. Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
2. Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
3. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
4. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.
5. Equilibrio entre actividades y descanso.
6. Equilibrio entre soledad y la comunicación social.
7. Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los "factores condicionantes básicos" que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.

2. Requisitos de cuidados personales del desarrollo: estos surgen como el resultado de los procesos de desarrollo o estados que afectan el desarrollo humano. Los que apoyan los procesos vitales, promueven el desarrollo y la maduración y previenen efectos negativos, son:

- Vida Intrauterina
- Vida Neonatal: parto a término/prematuro
- Lactancia
- Infancia, Adolescencia y Adulto Joven.
- Adulto
- Embarazo

Los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales, son:

- Privación Educacional
- Problemas de Adaptación Social
- Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
- Pérdida del trabajo.
- Cambio súbito de las condiciones de vida.
- Cambio de posición social o económica.
- Mala salud, condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal.
- Muerte
- Peligros Ambientales.

3. Requisitos de cuidados personales de los trastornos de salud: entre estos se encuentran los que se derivan de traumatismo, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida. En esta categoría el cuidado es intencionado, lo inicia la propia persona, este es eficaz y fomenta la independencia (Solar & Reguera, 2014). Estos requisitos son:

- Privación Educacional
- Problemas de Adaptación Social
- Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
- Pérdida del trabajo.
- Cambio súbito de las condiciones de vida.
- Cambio de posición social o económica.
- Mala salud, condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal.
- Muerte
- Peligros Ambientales.

4.2.2. SUBTEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto (Solar & Reguera, 2014).

Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería (Solar & Reguera, 2014).

Cuidado Dependiente

Cuidado que se ofrece a una persona que debido a la edad o factores relacionados no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.

Agencia de Autocuidado Dependiente

Capacidad de algunas personas de reconocer que otras (como los niños, adolescentes, o adultos con limitaciones relacionadas a la salud) tienen requisitos de autocuidado a los cuales no pueden responder por sí mismos, y satisfacerlos total o parcialmente.

Agente de Autocuidado Dependiente

Individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado.

4.2.3. SUBTEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA

La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado (Navarro Peña, 2010).

Los enfermeros(as) actúan cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse, para ello D. Orem propone los siguientes métodos de asistencia de

enfermería, que se basan en la relación de ayuda y/o suplencia los enfermeros(as) hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo, la educación a un paciente portador de una cardiopatía congénita en cuanto a la higiene y actividades que debe realizar (Solar & Reguera, 2014).

Se definen tres tipos de sistemas de enfermería que son:

1. Totalmente compensatorio.

Cuando el agente de cuidado dependiente es incapaz de decidir y actuar. En este sentido las actuaciones de la enfermera (o) estarán centradas en que realizará el autocuidado terapéutico del paciente, compensará la incapacidad del paciente de conseguir el autocuidado, apoyará y protegerá al paciente (Morales & Aguirre, 2010).

2. Parcialmente compensatorio.

Cuando el agente necesita de asistencia para tomar decisiones, modificar un comportamiento o adquirir conocimiento y habilidad. Tanto el paciente como la enfermera realizan el autocuidado, acción de la enfermera es regular el ejercicio y el desarrollo de la acción de autocuidado hecha por el paciente o en su caso por el agente de cuidado dependiente (Morales & Aguirre, 2010).

3. Apoyo educativo.

Cuando el agente necesita de asistencia para tomar decisiones, modificar un comportamiento o adquirir conocimiento y habilidad. Tanto el paciente como la enfermera realizan el autocuidado, la acción de la enfermera es el regular el ejercicio y el desarrollo de la acción de autocuidado hecha por el paciente o en su caso por el agente de cuidado dependiente (Morales & Aguirre, 2010).

4.3. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

4.3.1. DEFINICIONES

Recién nacido inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos. Recién nacido a término, Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.

Se describen datos recientes sobre el adecuado manejo de los cuidados mediatos he inmediatos de recién nacido y con ello se ayuda a mejorar los cuidados de enfermería mediante procesos realizados específicamente para atención de los cuidados del usuario.

Esta información ayuda a que personal de salud y familiares realicen los cuidados correctos durante la estancia hospitalaria o después y mantener los cuidados en casa.

El núcleo familiar es indispensable para llevar a cabo los cuidados y evitar complicaciones a corto y largo plazo, seguir las indicaciones al pie de la letra junto con recomendaciones de enfermería y las guías de práctica clínica ayudan al buen desarrollo del niño.

Recién nacido

Un recién nacido es un niño que tiene menos de 28 días. Estos 28 primeros días de vida son los que comportan un mayor riesgo de muerte para el niño. Por este motivo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuadas durante este periodo con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud. (Morales P. A., 2016)

Nacido vivo

Al producto de la concepción expulsado o extraído de forma completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, que después de dicha separación respire y presente signos vitales como frecuencia cardiaca, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. (Castro, 2004).

Nacimiento

A la expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción. Término empleado tanto para nacidos vivos o defunciones fetales.

Nacimiento con producto Pretérmino

Al que ocurre antes de las 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación, a aquél cuya gestación haya sido de 22 a menos de 37 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional, se considerará así a un producto que pese menos de 2,500 gramos. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro. (Castro, 2004)

Nacimiento con producto a Término

Al que ocurre entre las 37 semanas y menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación, se considerará así a un producto que pese más de 2,500g. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro. (Castro, 2004)

Nacimiento con producto Postérmino

Al que ocurre a las 42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación. (Castro, 2004)

Periodo neonatal

A la etapa que inicia al nacimiento y termina 28 días después del mismo. (Castro, 2004).

Lactancia materna

Proporcionada a la persona recién nacida, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos

4.3.2. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE TOCOLOGÍA.

- ❖ Valoración del Apgar, a la valoración de la persona recién nacida al minuto y a los cinco minutos de: frecuencia cardiaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y la coloración de tegumentos.
- ❖ Valoración de Silverman Anderson.
- ❖ Pinzar y cortar cordón umbilical.

- ❖ Aspiración de secreciones, boca, nariz,
- ❖ Toma de somatometría (talla, circunferencia cefálica, circunferencia torácica, circunferencia abdominal y pie)
- ❖ Signos vitales (temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y tensión arterial.)
- ❖ Fecha y hora de nacimiento, se coloca en la hoja de enfermería, y en la pulsera de identificación.
- ❖ Aplicación de vitamina k, intramuscular dosis 0.2 mg.
- ❖ Para valorar la edad gestacional y la maduración neurológica, se emplearán el método de Capurro.
- ❖ Se debe realizar el examen físico de la persona recién nacida, valorando los siguientes elementos:

Estado General: estado de maduración, estado de alerta, de nutrición, actividad, llanto, coloración, presencia de edema, evidencia de dificultad respiratoria, postura, examen antropométrico y otros elementos que permitan considerar sano o no a la persona recién nacida.

- **Piel:** color, consistencia, hidratación, evidencia de tumores, lesiones, erupciones, presencia de vérmix caseosa y valorar si está teñida de meconio, uñas.
- **Cabeza y Cara:** tamaño, forma, fontanelas, líneas de suturas, implantación de cabello, simetría facial y dismorfia facial.
- **Ojos:** presencia y tamaño del globo ocular, fijación visual, presencia/ausencia de infecciones, edema conjuntival, hemorragia, opacidades de córnea y cristalino, reflejos pupilares, retina, distancia entre ambos ojos y lagrimeo.
- **Oídos:** tamaño, forma, simetría e implantación, presencia/ausencia de apéndice preauricular, fístulas, permeabilidad de conducto auditivo externo y reflejo cocleopalpebral por palmada.
- **Nariz:** permeabilidad de fosas nasales, presencia/ausencia de secreciones anormales y depresión del puente nasal.

- **Boca y barbilla:** Presencia de fisuras de labio y/o paladar, quistes de inclusión, brotes dentarios y sialorrea, forma y tamaño de la lengua móvil tamaño de frenillo, presencia de reflejos succión, deglución y nauseoso.
- **Cuello:** movilidad y presencia de masas tumorales, permeabilidad esofágica, presencia y tamaño de tiroides y presencia/ausencia de fístulas. (Morales P. A., 2016).
- **Tórax:** forma, simetría de areolas mamarias, evidencia de dificultad respiratoria, frecuencia y tipo de respiración, percusión y auscultación con entrada bilateral de aire en campos pulmonares.
- **Cardiovascular:** frecuencia y ritmo cardiaco, presencia y/o ausencia de soplos, cianosis, frémito palpación de los pulsos en las cuatro extremidades y, en su caso, medición de presión arterial.
- **Abdomen:** forma, volumen, concavidad, masas palpables, megalias, presencia de hernia o eventración, presencia/ausencia de peristaltismo y características del cordón umbilical (presencia de dos arterias y una vena). (Morales P. A., 2016)
- **Genitales:** anomalías y características de los órganos genitales masculinos o femeninos. En los hombres: implantación del meato urinario, presencia, tamaño y localización testicular, coloración. En las mujeres: presencia de secreción vaginal y tamaño del clítoris.
- **Ano:** permeabilidad y localización.
- **Tronco y columna vertebral:** Integridad, continuidad y presencia/ausencia de masas.
- **Extremidades:** integridad, movilidad, deformaciones, posiciones anormales, fracturas, parálisis y luxación congénita de cadera, pulsos periféricos, llenado capilar.
- **Estado neuromuscular:** reflejo de Moro, glabellar, búsqueda, succión, deglución, prensión palmar y plantar, marcha automática, tono, reflejos osteotendinosos y movimientos anormales (Morales P. A., 2016).

4.3.3. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN ÁREA HOSPITALARIA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO

- ❖ Alojamiento conjunto, se debe vigilar y tomar signos vitales a la persona recién nacida por lo menos una vez por turno (cada 8 horas) y evitar que la persona recién nacida esté en decúbito ventral (boca abajo), para reducir el riesgo de muerte súbita. (Morales P. A., 2016)
- ❖ Se debe vigilar estrechamente por lo menos durante 24 horas a toda persona recién nacida que haya recibido maniobras de reanimación neonatal o a aquellos productos pretérmino o postérmino. (Morales P. A., 2016).
- ❖ En todo establecimiento para la atención médica en el que se atiendan partos y a personas recién nacidas, se debe tomar muestra para el tamiz metabólico neonatal, tomando muestra del talón, a partir de las 72 horas del nacimiento hasta los 5 días de vida, asegurando el envío en menos de 5 días y la entrega de resultados en menos de 15 días. Para casos especiales, consultar el Lineamiento Técnico para la Detección y Tratamiento Oportuno e Integral del Hipotiroidismo Congénito. (Morales P. A., 2016)
- ❖ Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva.
- ❖ Vigilar sangrados de cualquier vía al recién nacido.
- ❖ Baño diario.
- ❖ Cambio de ropa.
- ❖ Vigilar datos de infección del muñón umbilical.
- ❖ Aspiración de flemas.
- ❖ Mantener eutérmico. (Morales P. A., 2016).

4.3.4. ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA

- ❖ Se debe promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de la persona recién nacida y promover continuarla de manera complementaria hasta el segundo año de vida.
- ❖ Durante la lactancia, se debe vigilar estrechamente la prescripción y el uso de medicamentos administrados a la madre. (Morales P. A., 2016)
- ❖ En los establecimientos para la atención médica no se permitirá promover fórmulas para lactantes o alimentos que sustituyan la leche materna.

- ❖ La indicación de sucedáneos de leche materna o humana a menores de seis meses, únicamente se hará bajo prescripción médica y así se debe registrar en el expediente clínico.
- ❖ Se debe promover que la persona recién nacida de bajo peso sea alimentada con leche de su propia madre.
- ❖ La madre y el padre deben ser instruidos sobre los cuidados domiciliarios de la persona recién nacida. (Morales P. A., 2016).
- ❖ Se debe tomar muestra para el tamiz neonatal, tomando muestra del talón, idealmente, y a partir de las 72 horas del nacimiento hasta los 5 días de vida. Para casos especiales, consultar el Lineamiento Técnico, Tamiz Neonatal. Detección y Tratamiento Oportuno e Integral del Hipotiroidismo Congénito.
- ❖ La calidad alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos.
- ❖ Las ventajas de la lactancia materna exclusiva, la técnica de amamantamiento y la atención de los problemas más frecuentes.
- ❖ Los cuidados de la persona recién nacida y signos de alarma que requieren atención médica urgente. (Morales P. A., 2016).
- ❖ La importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas de la niñez. (Morales P. A., 2016).
- ❖ La prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral.
- ❖ Los esquemas de vacunación.
- ❖ La detección oportuna de los defectos al nacimiento.
- ❖ La prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito y otros errores del metabolismo. (Morales P. A., 2016).
- ❖ Para la certificación del nacimiento en el territorio nacional de toda persona nacida viva debe utilizarse el formato vigente del Certificado de Nacimiento y observarse la normativa aplicable a la expedición, uso y manejo de este Certificado. (Gispert, 2011)

4.3.5. INSTRUCCIONES PARA LA MUJER ENFOCADAS A LA ASISTENCIA DEL LACTANTE.

- ❖ Evitar sobresaltos al lactante cuando se levante, colocando las manos abajo del cuerpo, antes de tomarlo en brazos.
- ❖ Envolver bien al lactante, lo que ayudara a resolver sus necesidades de comodidad al contacto y le brindara un arreglo tranquilizante para el sueño.
- ❖ Durante la alimentación, estimular al niño para que eructiva fin con el fin de expulse del estómago el aire deglutido.
- ❖ Limpiar varias veces el cordón umbilical y conservar el pañal doblado o colocar una gasa de modo que no lastime el cordón, entre 7 a 10 días.
- ❖ Revisar con frecuencia los pañales y cambiarlos cuando estén húmedos.
- ❖ Vigilar que el recién nacido llora con frecuencia, en especial cuando tiene hambre esta mojado. (Gispert, 2011).

4.3.6. PREVENIR POSIBLES COMPLICACIONES

Es responsabilidad del personal de enfermería que atiende recién nacidos estar pendientes de aparición de signos de posibles de posibles complicaciones, y actuar con rapidez para la prevención problemas ulteriores.

Prevención de la aspiración

Si el lactante presenta nauseas, empieza a ahogarse o se pone súbitamente cianótico:

- ❖ Colocar sobre su costado o sobre el abdomen, con la cabeza ligeramente más baja que los pies.
- ❖ Darle palmadas firmes en el dorso para fomentar el drenaje de líquidos desde la boca y la nariz. (Gispert, 2011).
- ❖ Insertar en la boca una perilla de goma para extraer todas las secreciones.
- ❖ Asegurarse de comprimir la ´perilla antes introducir en la boca o nariz.
- ❖ Si la lactante continua cianótico, después de extraer las secreciones colocar oxígeno al 100 % mediante ambu o mascarilla hasta que mejor su color y reinicie la reparación. (Gispert, 2011).

Prevención de las infecciones.

- ❖ Con el objetivo de prevenir infecciones oculares, se tiene que administrar pomadas oftálmicas de eritromicina poco después del nacimiento.
- ❖ Los cuidados esenciales del cordón umbilical para prevenir la onfalitis consisten en aplicar pomadas o solución de antibióticos al cordón, o friccionarlo en cada cambio de pañal. (Gispert, 2011)
- ❖ Toda persona que entre en contacto con el recién nacido debe efectuarse el lavado de manos. (Gispert, 2011).
- ❖ Es indispensable obedecer a los principios básicos establecidos para restringir el contacto del lactante con personal q sufren infecciones, diarreicas heridas abiertas, dermatitis infecciosa, infecciones por herpes virus u otras enfermedades transmitibles. (Gispert, 2011)

Prevención de la hipoglucemia

- ❖ Se define como hipoglucemia como la concentración de glucosa menor de 30 mg/dl de sangre entera durante las primeras 72 horas de vida en el lactante a término. (Gispert, 2011)
- ❖ Es recomendable vigilar la glucemia (concentración sanguínea de la glucosa) de las cuatro a seis horas críticas que siguen al nacimiento.
- ❖ Cuando se diagnostica hipoglucemia, hay que favorecer inmediatamente la alimentación.
- ❖ Para evitar la hipoglucemia, poner lo antes posible al recién nacido al pecho, siempre y cuando el estado físico de la madre lo permita. (Gispert, 2011)

Prevenir enfermedades hemorrágicas

- ❖ El recién nacido sufre deficiencia transitoria de vitamina k está en riesgo de presentar sangrado durante el segundo o el tercer día de vida.
- ❖ Se administra una dosis de 0.2 mg de vitamina k (fitomenadiona) por vía intramuscular, después del nacimiento para prevenir cualquier hemorragia posible. (Gispert, 2011)

Prevención de la hiperbilirrubinemia.

- ❖ La asistencia de enfermería se dirige a reducir la incidencia y gravedad de la ictericia fisiológica neonatal, lo cual se logra al:

- Evitar el estrés por frío, que puede causar acumulación sérica de bilirrubina no conjugada. (Gispert, 2011)
- Iniciar la alimentación temprana y frecuente para fomentar el peristaltismo y la defecación, con lo que se prevendrá la resolución intestinal de bilirrubina conjugada. La introducción oportuna de la leche en la dieta ofrece al lactante también los nutrientes y las calorías que se requieren para producir las proteínas fijadoras de bilirrubinas. (Gispert, 2011)
- ❖ Fomentar la hidratación suficiente para prevenir la hemoconcentración y facilitar la excreción urinaria de metabolitos ácidos.
- ❖ Estar al tanto de los signos y de riesgos en el neonato. (Gispert, 2011).

4.3.7. PREOCUPACIONES COMUNES DE LOS PADRES

- ❖ Baño.
- ❖ Cuidados del cordón umbilical.
- ❖ Colocación de pañales y ropa al lactante.
- ❖ Tomar temperatura al bebé.
- ❖ Técnicas de alimentación.
- ❖ Preparación de fórmulas artificiales.
- ❖ Consideraciones de seguridad.
- ❖ Patrones de alimentación.
- ❖ Signos y síntomas de enfermedad.
- ❖ Llanto,
- ❖ Cuidados de la circuncisión.
- ❖ Cuidados del lactante no circuncidado.
- ❖ Tratamiento de la dermatitis del pañal. (Gispert, 2011)

Para todas estas preocupaciones la enfermera antes de que se de alta debe proporcionar consejería y así los padres tendrán más calidad de atención al recién nacido. (Gispert, 2011).

V. METODOLOGÍA

El estudio de caso clínico se realizará en un recién nacido sano; mediante la utilización del proceso de enfermería siguiendo las 5 etapas desde la perspectiva o interpretación de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem y sus tres subteorías: Déficit de autocuidado, autocuidado y sistemas de enfermería.

Este proceso enfermero se llevó a cabo dentro de las instalaciones del Hospital Comunitario Carácuaro_Nocupétaro, en los servicios de tocología, recuperación y hospitalización, en el periodo del 7 de marzo al 9 de marzo y posteriormente en visitas domiciliarias en la calle Gregorio Zapien No.104, Colonia Centro, Código Postal 61900, Nocupétaro, Michoacán; que se llevaron a cabo los días 11, 23 y 30 de marzo y 13, 20 y 30 de junio dentro del periodo del día 7 marzo al 30 junio del 2019.

Para la realización de este Proceso de Enfermería, se cuenta con la autorización de la señora Enedelia Cortez Vargas firmando la carta de consentimiento informado (Ver Anexo 3) y la autorización verbal de las autoridades del Hospital Comunitario Carácuaro Nocupétaro.

Para la primera etapa de valoración se utilizó el instrumento guía de valoración de la teoría de Dorothea Orem (Ver Anexo 1), estructurada por los requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y de pérdida de la salud.

De acuerdo a la agencia de Autocuidado, determinada por los conocimientos, compromiso y habilidad del agente, se identifican los diagnósticos enfermeros bajo el diseño de la NANDA, tomando en cuenta las etiquetas diagnósticas, los factores relacionados y las características definitorias, según el tipo de diagnóstico ya sea real o de riesgo.

La etapa de planeación se realizó jerarquizando los diagnósticos y utilizando las escalas de resultados esperados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC).

La ejecución incluye las intervenciones de enfermería en los sistemas, totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

La etapa de evaluación se realizó tomando en cuenta la comparación de los resultados esperados y los resultados obtenidos con base en la puntuación de los indicadores al ejecutar las intervenciones realizadas.

Este Proceso de Enfermería concentra las 5 etapas de su metodología con el referente teórico de Dorothea E. Orem (Ver anexo 5) en cuadros diseñados por las Academias del Cuidado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. (Ver Anexo 4)

5.1. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proceso de enfermería para su realización fue aprobado por la dirección del hospital y jefatura de enfermería.

5.1.1. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD

TITULO SEGUNDO

De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

CAPITULO I

Disposiciones Comunes

ARTICULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTICULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal (Ver Anexo 3), con las excepciones que este Reglamento señala;

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud

que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTICULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

TITULO SEXTO

De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud

CAPITULO UNICO

ARTICULO 113.- La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembros de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable de área de adscripción.

ARTICULO 114.- Para efectos de este Reglamento se consideran profesionales de la salud aquellas personas cuyas actividades relacionadas con la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas y las demás que establezcan disposiciones legales aplicables, requieren de título profesional o certificado de especialización legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes.

ARTICULO 116.- El investigador principal se encargará de la dirección técnica del estudio y tendrá las siguientes atribuciones:

- I. Preparar el protocolo de la investigación;
- II. Cumplir los procedimientos indicados en el protocolo y solicitar autorización para la modificación en los casos necesarios sobre aspectos de ética y bioseguridad;
- III. Documentar y registrar todos los datos generados durante el estudio;

IV. Formar un archivo sobre el estudio que contendrá el protocolo, las modificaciones al mismo, las autoridades, los datos generados, el informe final y todo el material documental y biológico susceptible de guardarse, relacionado con la investigación;

VI. Elaborar y presentar los informes parciales y finales de la investigación, y

VII. Las obras afines que sean necesarios para cumplir con la dirección técnica de la investigación.

ARTICULO 119.- Al término de la ejecución de la investigación, el investigador principal tiene la responsabilidad de presentar a la Comisión de Investigación de la institución de atención a la salud, un informe técnico que incluya los elementos que indique la norma técnica que al respecto emita la Secretaría.

ARTICULO 120.- El investigador principal podrá publicar informes parciales y finales de los estudios y difundir sus hallazgos por otros medios, cuidando que se respete la confidencialidad a que tiene derechos los sujetos de investigación, así como la que se haya acordado con los patrocinadores del estudio. Además de dar el debido crédito a los investigadores asociados y al personal técnico que hubiera participado en la investigación, deberá entregare una copia de estas publicaciones a la Dirección de la Institución. (Federación & DOF, 1984)

5.1.2. DECLARACIÓN DE HELSINKI

I. Principios Básicos.

3. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.

4. La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.

5. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las

personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

6. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

9. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.

10. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el responsable debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción.

11. En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.

III. Investigación biomédica no terapéutica que implique a personas (Investigación biomédica no clínica)

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en personas, es deber del médico seguir siendo el protector de la vida y la salud de la persona participante en la investigación biomédica.

2. Las personas participantes deben ser voluntarios, o bien personas sanas o pacientes cuya enfermedad no esté relacionada con el protocolo experimental.

3. El investigador o el equipo investigador debe suspender la investigación si estimasen que su continuación podría ser dañina para las personas.

4. En investigaciones en el hombre, el interés de la ciencia y la sociedad jamás debe prevalecer sobre consideraciones relacionadas con el bienestar de las personas.

Se concluye que el principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado), incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente o el voluntario y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación, el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad, y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones.

El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos necesita especial vigilancia. Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo. En este caso su consentimiento es muy importante. (Medica., 2019)

5.1.3. CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO

Capítulo I.

Disposiciones generales

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

Capítulo II.

De los deberes de las enfermeras para con las personas

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

Capítulo III.

De los deberes de las enfermeras como profesionistas

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

Artículo décimo séptimo.- Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

Capítulo IV.

De los deberes de las enfermeras para con sus colegas

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

Capítulo V.

De los deberes de las enfermeras para con su profesión

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

Capítulo VI.

De los deberes de las enfermeras para con la sociedad

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

5.1.3.1. Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros Mexicanos.

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
 2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
 3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
 4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
 5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
 6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
 7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
 8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
 9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
 10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.
- (Comision Interinstitucional de Enfermería, Código de Ética para las Enfermeras y enfermeros en México, 2001)

VI. CASO CLÍNICO

Paciente masculino recién nacido, de religión católica, sin escolaridad, soltero, con un diagnóstico de recién nacido aparentemente sano, a cargo del servicio de pediatría en el hospital de segundo nivel “Comunitario Carácuaro-Nocupétaro” ubicado en la carretera Morelia-Huetamo, kilómetro 104+200 predio la manga, del municipio de Nocupétaro Michoacán, nacido el día 7 marzo 2019 he ingresado al servicio.

Proveniente del municipio Nocupétaro, Michoacán, radicando actualmente en el municipio ya mencionado, la vivienda habitada es propia, construcción a base de ladrillos y adobe, las condiciones ambientales son adecuadas al contar con los servicios de agua potable, luz eléctrica, sistema de drenaje, alcantarillado, alumbrado público y pavimento. De una familia nuclear, el segundo hijo de la relación, los ingresos de sus padres son de 1 a 2 salarios mínimos, no realiza ninguna actividad recreativa, se le da baños de tina y cambio de ropa a diario.

Actualmente su estado de salud es bueno, el acude a las unidades de la secretaria de salud para atender aspectos relacionados con su crecimiento y desarrollo.

Presenta una frecuencia respiratoria de 46^x con una saturación de 90%, un llenado capilar de 3 segundos, tipo de respiración normal, tira, nariz y tórax normal T/A 60/40mmhg, su frecuencia cardiaca es de 148 ^x, piel hidratada y normal, turgencias normales, consume agua purificada de garrafón.

Peso actual es de 2940 kg con una talla de 50 cm, su índice de masa corporal es de 11.5 Kg/m² logrando un peso dentro de parámetros normales, aun no tiene dentadura, lengua tónica, se alimenta del seno materno y formula a diario, requiere de apoyo para alimentarse, con heces fecales pastosas, color café, micción ámbar.

Temperatura corporal de 37.5° C, el usuario recién nacido ya mencionado duerme de 10 a 18 horas diarias.

Su agudeza auditiva y visual es normal no necesita apoyo para escuchar, no presenta alteraciones oculares, convive con familiares.

Tiene antecedentes heredo-familiares patológicos tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías, artritis reumatoide, necesita ayuda para realizar actividades básicas, tales como baño, higiene perineal, alimentación, hidratación, descanso, vestido, estimulación, etc.

Cuando se brindar consejería y apoyo sobre lactancia materna, la usuaria manifiesta no tener leche suficiente para amantar al recién nacido.

Al darse de alta, la madre del recién nacido manifiesta que tiene dificultades para alimentar a su hijo, ya que el recién nacido llora, no succiona, se cansa al ser amamantado.

Se observa al recién nacido que presenta trastornos del sueño, por factores ambientales, cambios en la temperatura ambiental (clima muy caliente) y por el tipo de ropa que lo viste la madre.

A través de la observación, la profesional de enfermería pudo detectar que la madre arroja excesivamente al recién nacido durante el día y más al momento de acostarlo y dejarlo dormir.

En las visitas domiciliarias, se valora que el recién nacido está en contacto con animales domésticos y el tipo de ambiente de la región lo hace susceptible de infecciones, por su edad, aún tiene pocas defensas inmunológicas.

VII. PROCESO ENFERMERO CON EL REFERENTE TEÓRICO DE OREM

7.1. VALORACIÓN

Factores Condicionantes Básicos:

Recién nacido, sexo masculino, el segundo hijo de una familia nuclear, padres clase media, católicos.

A. Requisitos de Autocuidado Universales

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
Sin compromiso
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
La lactancia materna es insuficiente eneficaz, el recién nacido llora con frecuencia y requiere fórmula para complementar su alimentación.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
Sin compromiso.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excretos.
Sin compromiso
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.
Existen factores ambientales que interrumpen el descanso en el recién nacido tales como el ruido ambiental, exposición a la luz del día, cambios de temperatura, la humedad ambiental y los entornos no familiares.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
Sin compromiso
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
El recién nacido está expuesto al entorno con riesgo de infección por defensas primarias insuficientes como alteraciones de la integridad de la piel.

El recién nacido es arropado en exceso por lo que existe el riesgo de síndrome de muerte súbita.

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

Sin compromiso

(Fernandez AR, 2016 enero-Aril)

B. Requisitos del Desarrollo:

Procesos vitales, desarrollo y maduración y previenen efectos negativos:

- ✓ Vida Neonatal con parto a término
- ✓ Lactancia

Los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales:

- ✓ Cambio súbito de condiciones de vida.
- ✓ Peligros Ambientales.

C. Requisitos de Alteración o Desviación de la Salud:

- ✓ Buscar y asegurar ayuda médica en exposición a condiciones ambientales.
- ✓ Estar consciente de los efectos y resultados en las condiciones y estados patológicos. (Se orienta a los familiares sobre los cuidados para prevenir complicaciones asociadas al puerperio fisiológico).

7.2. DIAGNÓSTICO

Agente: Recién Nacido de 37 semanas de gestación, con Apgar de 8-9, Silverman 0, peso de 2, 940 gramos y talla 50 centímetros.

- Conocimientos: Reconoce el sonido de la voz y la temperatura materna.
- Habilidades: El recién nacido se comunica con llanto y movimientos físicos al estar activo.
- Compromiso: El paciente es totalmente dependiente de cuidado. El agente de cuidado dependiente asume el compromiso de su cuidado.

Agencia de Autocuidado: No existe agencia de autocuidado ya que un recién nacido no es capaz de auto cuidarse, depende totalmente de su cuidador.

Agencia de Autocuidado Dependiente: El recién nacido recibe cuidados de sus padres y de enfermería para satisfacer o modificar los requisitos universales, de desarrollo y/o de desviación de la salud.

Agente de Autocuidado Dependiente: Madre, Padre y Enfermera.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Existe un Déficit de Autocuidado:

- 1.- Lactancia materna ineficaz (NANDA 00104) relacionada con alimentación suplementaria con tetinas artificiales manifestada con percepción de secreción de la leche inadecuada.
- 2.- Leche materna insuficiente (NANDA 00107) relacionada con tomas de corta duración manifestada por llanto frecuente.
- 3.- Trastornos del patrón de sueño (NANDA 00198) relacionado con factores ambientales como ruido ambiental, exposición a la luz del día y oscuridad, cambios de temperatura, humedad ambiental y entorno no familiar manifestado por insatisfacción con el sueño.
- 4.- Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (NANDA 00156) relacionado con lactante excesivamente arropado.
- 5.- Riesgo de infección (NANDA 00004) relacionado con defensas primarias insuficientes como alteraciones de la integridad de la piel.

7.3. PLANEACIÓN

RESULTADOS ESPERADOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Agencia de Autocuidado Dependiente:

- 1.- Conocimiento: cuidados del lactante (NOC 1819) con asesoramiento en la lactancia (NIC 5244).
- 2.- Descanso (NOC 0003) con mejorar el sueño (NIC 1850).
- 3.- Cuidados del lactante (NOC 1819) con protección contra las infecciones (NIC 6550)
- 4.- Cuidados del lactante (NOC 1819) con seguridad del lactante (0-3 meses) (NIC 5645)

5.- Alimentación con biberón (NOC 1846) con alimentación con biberón (NIC 1052).

7.4. EJECUCIÓN

Teoría de Sistemas de Enfermería:

Apoyo Educativo (1)

Parcialmente Compensatorio (2)

Totalmente Compensatorio (3)

Métodos de ayuda:

1. Actuar o hacer por otros.
2. Guiar o dirigir.
3. Enseñar, dar sostén físico y psicológico.
4. Apoyar, promover un ambiente para que el individuo sea capaz de satisfacer las demandas de acción presentes o futuras.
5. Educar, proporcionar un entorno que estimule el desarrollo.

INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

1. Alimentación con biberón NIC 1052 (Pág. 82) (3) 1

Calentar la leche a temperatura ambiente antes de proceder con la toma.

Colocar al lactante en una posición semi-fowler durante la toma.

Colocar la tetina en la parte superior de la lengua.

Expulsar los gases del frecuentemente durante y después de la toma.

Fomentar la lactancia estimulando el reflejo de succión si fuera preciso.

2. Asesoramiento en la lactancia NIC 5244 (pag.99). (1) 2

Proporcionar a la madre la oportunidad de dar lactancia y tras el parto, cuando sea posible.

Ayudar asegurar que el lactante sujete bien la mama (monitorizar una alimentación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar, y deglución audible).

Enseñar a la madre a dejar que el lactante termine con la primera mama antes de ofrecer la segunda.

Mostrar la forma de amamantar si es necesario (utilizar un dedo limpio para estimular el reflejo de succión el enganche al pezón).

Explicar a la madre los cuidados del pezón.

3. Mejorar el sueño NIC 1850 (pág. 334) (2) 4

Determinar el patrón del sueño vigilia del paciente.

Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cuna) para favorecer el sueño.

Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día noche normales.

Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.

Iniciar/llevar acabo medidas agradables: mensaje, colocación y contacto afectos.

Se orientó al padre para que realicen estas acciones en su domicilio con el lactante.

4. Seguridad del lactante (0-3 meses) NIC 5645 (pág. 199) (1) 5

Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

Enseñar a los progenitores/cuidador a colocar al bebe sobre la espalda para dormir y a mantener fuera de la cuna las colchas holgadas, las almohadas y los juguetes.

Enseñar a los progenitores/cuidador a utilizar solo cunas seguras.

Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar uso de joyas o cordones/en el lactante.

Enseñar a los progenitores/cuidador a utilizar y mantener correctamente todo el equipo (hamacas, cochecitos, parques, cunas portátiles.)

5. Protección contra infecciones NIC 6550 (pág. 386). (1) 5

Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.

Evitar el contacto estrecho entre las mascotas y el huésped inmune deprimidos.

Instruir a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe de informar al profesional sanitarios.

Enseñar a familia a evitar infecciones.

Estas acciones se llevarán a cabo en el servicio de tocología (recuperación) el día 07 de marzo del 2019 a las 10:30 horas y en el servicio de Ginecología y Obstetricia (alojamiento conjunto) los días 07 al 09 de marzo del 2019. (Ver Anexo 2).

7.5. EVALUACIÓN

Realizada la comparación de los indicadores planeados y su calificación de acuerdo a la escala diana, los resultados que se obtuvieron fueron favorables porque el puntaje fue elevado, gracias a las intervenciones de enfermería planeadas y ejecutadas para la agencia de autocuidado dependiente.

El neonato se alimentó correctamente ya que tuvo una punción positiva, al proporcionar a los padres una orientación sobre la lactancia y la forma correcta de amamantar, el patrón del sueño es adecuado a la edad del lactante, la puntuación es positiva con las intervenciones de enfermería de proporcionar un ambiente adecuado, colocación y contacto y afecto, no presento infecciones, ya que se enseñó a cuidador a evitar las infecciones, los progenitores se muestran con entusiasmo en cada actividad, se observan con armonía familiar y disfrutan la interacción padres-hijo y se les proporcionan materiales por escrito y adecuados a las necesidades.

VIII. CONCLUSIONES

- Los cuidados de enfermería son primordiales para llevar a cabo una buena evolución satisfactoria para el paciente, es importante conocer la fundamentación teórica de cada cuidado, el porqué, beneficios y posibles desventajas.
- Los profesionales de la salud deben actualizarse cotidianamente ya que día a día se realizan nuevos estudios donde se mejora lo actualmente conocido, enfermería debe tener amplio conocimiento sobre cuidados específicos y generales.
- Esto se logra mediante el apoyo de herramientas como las taxonomías internacionales de enfermería, así como las guías de práctica clínica.
- El personal de enfermería debe asistir a cursos de actualización o en su defecto recibir cursos dentro de la unidad hospitalaria o de centro de salud en el que laboran para actualizar nuevos cuidados y brindar una atención de calidad para el usuario, contribuir a su recuperación y prevenir posibles complicaciones.

IX. SUGERENCIAS

Para un mejor manejo y evitar complicaciones del recién nacido se recomienda tomar en cuenta lo siguiente:

- En el momento del nacimiento, el personal de enfermería como agente de autocuidado terapéutico dependiente, debe valorar, notificar y registrar si existen anomalías congénitas, enfermedades, o lesiones en el recién nacido.
- Promover el inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, en alojamiento conjunto, siempre que su condición de salud lo permita.
- Informar a los padres sobre la importancia de garantizar la aplicación del esquema Nacional de Vacunación correspondiente a la persona recién nacida.
- Concientizar a las familias sobre la atención de la persona recién nacida viva, ya que no solo implica asistencia en el momento del nacimiento, sino que es fundamental también la atención de la primera consulta de revisión entre los 3 y 5 días posteriores al nacimiento, y la segunda a los 28 días de vida.
- Informar a los padres del recién nacido sobre la toma de tamiz neonatal entre los 3 y 5 días de nacimiento (A partir de las 72 horas de vida).
- Ejercer en todo momento la promoción a la salud como una estrategia fundamental para proteger, cuidar y mejorar la salud de la población, ya que es una acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre los cuidados del recién nacido.

- Promover estilos de vida saludables en la familia del recién nacido para que ejerzan los derechos y responsabilidades como agentes de autocuidado dependiente y logren así un bienestar integral.
- Como Castro en 2004, se recomiendan intervenciones de enfermería que en la población neonatal son indispensables para favorecer su autocuidado dependiente, tales como investigar rutinariamente en la persona recién nacida de madre Rh negativa la prueba de antiglobulina directa o prueba de Coombs, así como Biometría hemática completa y bilirrubinas cuando exista sospecha de riesgo de isoinmunización; y evitar como práctica rutinaria la circuncisión, toda vez que no existe evidencia científica que compruebe un beneficio directo a la persona recién nacida; (Castro, 2004), eliminar como prácticas de rutina y sólo por indicación médica: la aspiración de secreciones con sonda, el lavado gástrico, el ayuno, la administración de soluciones glucosadas por vía oral, agua y/o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre-hijo.
- Finalmente, se considera de gran importancia el realizar simulacros para mejorar la práctica del personal de enfermería en la atención obstétrica del binomio madre-hijo fortaleciendo los conocimientos obtenidos en la actualización académica por medio de talleres, cursos, congresos y sesiones.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M. P. (2011). *Explorando la teoría general de enfermería de Orem*. Ensayo, UNAM, Enfermería, Méxco.
- Cantabria, U. d. (2012). *Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería*. Ensayo, Universidad de Cantabria, Enfermería.
- Castro, H. M. (2004). *Obstetricia Basica Ilustrada*. Mexico: Trillas.
- Comicion Interistitucional de Enfermeria, Codigo de Etica para las Enfermeras y enfermeros en mexico. (Diciembre de 2001). Mexico, D.F.
- Federación, D. O., & DOF. (28 de marzo de 1984). *Reglamento de la ley generl de salud en materia de investigacion para la salud*. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Fernandez AR, M. A. (2016 enero-Aril). Agencia de autocuidado y factores basicos condicionandeseb adultos mayores. *Avances de enfermeria*, 34(1).
- Gispert, C. d. (2011). *Nuevo Manuel de la Enfermeria*. Barcelona (España): Oceono/Centrum.
- Gloria M. Bulechek, H. K. (2019). *Clasificacion de Intervencones de Enfermeria (NIC)*. Mexico: EL SEVIER.
- Gomez, S. R. (s.f.). *Fundamentos de enfermeria 3ra. Edecion* .
- Medica., d. d. (marzo de 2019). *comicion Naconal de Arbitraje Medico*.
- ML., R. A. (22 de Noviembre de 2016). *Academico*. Obtenido de http://www.academia.edu/6338217/MODELO_OREM.
- Morales, J. E., & Aguirre, A. M. (Agosto de 2010). Adaptación Teórica de Dorotea Elizabeth Orem en Enfermedad Vascular Cerebral. *Revista de Enfermería*, 2(5).

NOM-007-SSA2-2016 Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo Parto y Puerperio de la persona Recien Nacida . Mexico.

MP, A. (2011). *Explorando la Teoría General de Enfermería de Orem*. Mexico.

Navarro Peña, Y. (Junio de 2010). MODELO DE DOROTHEA OREM APLICADO A UN GRUPO COMUNITARIO A TRAVÉS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA. *Revista electrónica cuatrimestral de enfermería*, 19(3).

OME. (2019). Funcion para el desarrollo de Enfermería . *Tipos de Diagnosticos de Enfermería*.

Solar, L. A., & Reguera, M. G. (2014). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención*. Artículo de revisión , Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Enfermería, Matanzas.

Swanson, S. M. (2019). *Claificación de Resultados de Enfermería (NOC)* . Mexico: ELSEVIER.

Ud., C. (2012). *Bases Historicas y Teoricas de la Enfermería*.

XI. GLOSARIO

AHPF: Antecedentes Heredo Personales Familiares.

ANTIGLOBULINA: Las pruebas de Coombs se hace para detectar ciertos anticuerpos que atacan a os glóbulos rojos.

BH: Biometría Hemática.

BILIRRUBINA: Sustancia que forma los glóbulos rojos se descompense, forma parte de la bilis, que se produce en el hígado y se almacena en la vesícula.

CIRCUNSION: Es una cirugía para quitar el prepucio la piel que cubre la punta del pene.

CONGENITO: Son enfermedades congénitas hereditarias y mutaciones de Novo.

DEGLUCION: Es el transporte del bolo alimenticio.

DM: Diabetes Mellitus.

DX: Diagnostico

FC: Frecuencia Cardiaca

FR: Frecuencia Respiratoria

HAS: Hipertensión Arterial Sistémica.

HIPOGLUSEMIA: Se caracteriza por niveles bajos de glucosa en la sangre.

HIPOTIROIDISMO:

HUSPED: Es un término que se refiere al organismo.

ICTERICIA: Hace que la piel y las partes blancas de los ojos se pongan amarillas.

IM: Intramuscular

IMC: Índice de Masa Corporal.

ISOINMUNIZACION:

NANDA: Diagnósticos Enfermeros.

NIC: Clasificación de las intervenciones enfermeras.

NOC: Clasificación de resultados de enfermería.

PERIANAL: La zona perianal o periné es el área de tejido blando que cubre los músculos y ligamentos de piso pélvico entre el ano y los testículos en hombres.

PERISTALTISMO: Movimiento involuntario de los músculos del intestino u otros órganos tubulares que se caracteriza por contracción.

POSTERMINO: Es el nacimiento cuya edad es más de 42 semanas de gestación.

PRETERMINO: El nacimiento cuya edad gestacional calculada a partir del primer día del último periodo menstrual es de menor de 37 semanas.

RN: Recién Nacido.

SUJECION: Se refiere a la acción de sujetar o unir.

TAMIZ NEONATAL: Es un prueba que se realiza a los recién nacidos para detectar posibles alteraciones en el metabolismo.

TOXICOMANIAS: La clasificación psicológica de la toxicomanía no es cuantitativa, y se divide en: USADOR (ocasional), ABUSADOR (se vuelve una rutina de la semana infaltable) y DEPENDIENTE (sin la droga no puede vivir) de acuerdo a la relación del sujeto con el objeto-droga estado de intoxicación periódica o crónica originada por el consumo repetido de una droga.

VERMIX: Es un material grasoso que reviste la textura de la piel del recién nacido humano.

XII. ANEXOS

ANEXO 1. GUÍA DE VALORACIÓN DE DOROTHEA E. OREM

Instrucciones: Por favor, marque con una x en los paréntesis que corresponda y llene los espacios de acuerdo a las respuestas que la persona le otorgue y/o lo que usted perciba y observe según sea el caso.

I. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

a. Descriptivos de la persona

Fecha 14 de abril de 2019 Nombre: Cárdenas Cortez Rn. Sexo: Masc. (x) Edad Rn

Religión Católico Edo. Civil: Soltero Escolaridad sin escolaridad

Lugar de residencia Nocupétaro Domicilio actual (Centro: Gregorio Zapien, num.104, col. Centro)

Características de la vivienda

Renta _____ Propia x Otros _____

Material de Construcción

Adobe x Ladrillo x Otros _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda

Agua potable x Luz eléctrica

x

Drenaje x Pavimentación

x

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbramiento público (x)

Recolección de basura (x)

Drenaje y alcantarillado (x)

Rol que ocupa en la familia:

Madre ()

Madre ()

Hijo (x)

Esposa/o ()

Número de hijos: 0 (x)

1 ()

2 ()

3 ()

Más de 3 ()

Relación con la familia:

Buena (x)

Regular ()

Mala ()

Nivel de educación:

Analfabeta (x)

Primaria ()

Secundaria ()

Bachillerato ()

Licenciatura ()

Otros ()

Ocupación sin ocupación Horario Las 24 horas

Antecedentes laborales: Sin antecedentes laborales.

Ingreso Económico Familiar Sin ingreso económico

Menos de 1 Salario mínimo ()

1-2 S m ()

Más de 3 S m ()

Dependencia económica:

Si ()

No (x)

De quien:

Padres (x)

Esposo/ a ()

Otros () _____

b. Patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

Sociales ()

Culturales ()

Deportivas ()

Religiosas ()

Otras _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

Alimentación de seno materno, baño diario.

c. Estado de sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno (x)

Regular ()

Deficiente ()

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente?

IMSS ()

ISSSTE ()

Secretaría de Salud (x)

Particular () Otros _____

Diagnóstico médico Cuidados al Recién Nacido Sano.

Estado de salud: Grave () Delicado () Estable (x)

Valoración de la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente _____

d. Estado de desarrollo

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico?

Si () No (x)

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones? Falta de conocimientos de los padres acerca de los cuidados del recién nacido.¿Quién autoriza su tratamiento médico? Los padres.**II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES****a. Mantenimiento del aporte suficiente de aire**Frecuencia respiratoria: 46 por minuto Llenado capilar: 3 segundosCianosis: Si () No (x) Especifique: No se observaTabaquismo: Si () No (x) Especifique: No fumaCocina con leña: Si () No (x) Especifique: Estufa de gasAlergias: Si () No (x) Especifique: Se desconoce

Tipo de Respiración:

Normal (x) Disnea () Bradipnea () Polipnea ()

Otros _____

Nariz :

Desviación de tabique () Pólipos () Secreciones ()

Dolor () Edema () Otros _____

Tórax :

En Tonel () En quilla () En embudo () Otros _____

Ruidos respiratorios:

Estertores () Sibilancias () Murmullo vesicular ()
Padece alguna enfermedad pulmonar: Si () No (x)

Especifique _____

Cardiovascular:

T/A 60/40 mmhg FC 146 por minuto Soplos () Arritmias ()

Otras alteraciones _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea: Si () No (x)

Apoyo Ventilatorio: Si () No () Especifique _____

b. Mantenimiento de aporte de agua suficiente

Valore datos de deshidratación

Mucosa oral: Seca () Hidratada (x)

Piel: Seca () Escamosa () Normal (x)

Turgencia: Normal (x) Escasa ()

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?

300-500 ml () 500-1000ml ()

1500- 2000 ml () Más de 2000ml ()

¿De donde proviene el agua que consume?

Llave pública () Pila () Entubada () Garrafón (x)

Otros: _____

¿Utiliza algún método para purificar el agua? Si () No (x)

Especifique _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día

Si () No (x)

Especifique cantidad _____

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique _____

c. Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.

Peso: 2940 kilogramos Talla: 50 cm IMC 11.5 Cintura 35 centimetro

Ha observado variaciones en el peso.

Si () No (x)

Pérdida () Ganancia ()

1-3 kg () 4-6 kg () 7-9 kg () más de 10 kg ()

Dentadura:

Completa () Faltan piezas ()

Prótesis fija () Prótesis extraíble ()

Especifique: De acuerdo a la edad no tiene.

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral.

Si () No (x) Especifique _____

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía ()

Tumor oral () Leucoplaquia () Edema () Lesión oral ()

Drenaje purulento () Gingivorragia () Ulceraciones ()

Otros _____

Alteraciones en cara y cuello: _____

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia () Disminuido ()

Aumentado () Normal (x)

Distensión abdominal ()

Otros _____

Presenta algún problema en la alimentación: Si (x) No ()

¿Cuál? Acidez () Náuseas () Vómito () Hematemesis ()

Disfagia () Pirosis () Regurgitación () Polidipsia ()

Polifagia () Bulimia () Anorexia () Reflujo (x)

Sialorrea () Saciedad () Eructos ()

Otros _____

¿Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse?

Si (x) No () Especifique: Seno materno y

formula anti reflujo brindada por el cuidador

Tipo de nutrición: Oral ()

Sonda Nasogástrica () Sonda Nasoyeyunal ()

Gastroclisis ()

Nutrición parenteral ()

¿Que tan frecuente usted come....?

1= cada día 2 = una vez a la semana 3 = una vez al mes 4 = nunca

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche	x			
Derivados de la leche				
Carnes				
Cereales				
Verduras				
Frutas				
Huevos				
Pescado				
Pastas y harinas				

¿Con qué guisa los alimentos?

Aceite ()

Manteca ()

Otros _____

¿Cómo es su dieta?

Sin restricciones ()

Para diabético ()

Hiposódica ()

Hipoprotéica ()

Hiperprotéica ()

Otros _____

d. Provisión de los cuidados asociados al proceso de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de:

Estoma intestinal () Colostomía () Ileostomía ()

Hemorroides () Pólipo rectal () Rectorragia ()

Otros _____

Apoyo para la eliminación intestinal: Si () No ()

Movilización ()

Medicación ()

Higiene ()

Otros _____

Evacuación intestinal.

Espontanea ()

Estreñimiento ()

Diarrea ()

otros: Normal de acuerdo su edad.

Características de las Heces fecales.

Café (x)

Acolia ()

Melena ()

Otros _____

Consistencia de las Heces fecales.

Pastosa () Semipastosa (x) Líquida () Semilíquida () Dura ()

Grupo de la eliminación vesical.

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo ()

Disuria () Alteraciones uretero-vesicales () Otro: _____

Alteración en la micción: Si () No (x)

Ámbar (x) Coluria () Hematuria () Turbia ()

Otros _____

Grupo Transpiración.

Cambio en los patrones normales de sudoración.

Disminuida () Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: 37.5 Grados centígrados Dolor ()

Alteraciones emocionales () Temperatura ambiental ()

Otros: _____

Grupo menstruación.

Menarca _____ Días del ciclo menstrual _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación

Si () No () Ocasional () Especifique _____

e. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Reposo

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

Menor de 6 horas () 6- 8 horas () Más de 10 horas (x)

¿Cómo se encuentra al despertarse?

Cansado () Descansado (x) Fatigado () Otros ()

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si () No (x)

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño?

Si () No (x) Desde cuando:

1 semana () 15 días () 1 mes () Más de un mes ()

Presencia de:

Bostezo () Insomnio () Hipersomnia () Pesadillas ()

Alucinaciones () Ojeras () Ronquido () Enuresis ()

Sonambulismo () Terrores nocturnos ()

Factores que interrumpan su descanso y sueño _____

¿Acostumbra a tomar siestas? Si () No (x)

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No (x) Especifique _____

Actividad

Sistema músculo esquelético.

Presencia en articulaciones de:

Dolor () Rigidez () Inflamación () Limitaciones ()

Contracturas () Especifique _____

Tratamiento _____

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No (x) Especifique _____

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No (x) Especifique _____

Frecuencia/ duración _____

f. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.

Sistema auditivo

¿Presenta problemas de audición?

Si () No (x) Especifique _____

Utiliza apoyo para escuchar.

Si () No (x) Especifique _____

Presencia de: Mareo () Vértigo () Acúfenos () Malformaciones ()

Tumoraciones () Lesiones ()

Sistema ocular

¿Presenta problemas visuales?

Si () No (x) Especifique _____

¿Utiliza lentes? Si () No (x) Armazón () Contacto ()

Tiempo _____

Presencia de alteraciones oculares.

Si () No (x) Especifique _____

¿Con quienes convive diariamente?

Familia (x) Amigos () Compañeros de trabajo ()

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena (x) Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia () Amigos () Nadie () Otros _____

Observar: Seguridad () Timidez () Introversión () Apatía ()

Extraversión () Otros _____

Razones que le impiden socializar:

Lejanía () Enfermedad () Rechazo () Miedo ()

Dificultad para la comunicación () Otros _____

g. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Sistema neurológico.

Estado de conciencia:

Consciente (x) Inconsciente () Sopor ()

Estupor () Confusión () Coma ()

Glasgow _____

Problemas de:

Concentración () Razonamiento () Especificar _____

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación?

Bastón () Silla de ruedas () Andador () Otros _____

Antecedentes heredo familiares / patológicos:

Si (x) No () Especifique: Abuela materna diabética

he hipertensa, abuelo materno diabetico, Abuela paterna cardiópata, hipertensa, artritis reumatoide.

Toxicomanías:

Si () No (x) Especifique _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No () Especifique _____

h. Promoción del funcionamiento humano y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si () No () Especifique _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si () No () Especifique _____

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas? Si (x) No () Especifique: Depende totalmente de sus cuidados personales.

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si () No () Especifique _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si () No ()

Depresión () Ansiedad () Vergüenza () Temor ()

Desesperanza () Negatividad () Tristeza ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación () Inadaptación () Irritabilidad ()

Culpa () Agresión () Cólera ()

III. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

a) Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo.

1. Etapa del ciclo vital.

¿Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente a su salud en alguna de las siguientes etapas de su vida?

Niñez Si () No (x) Especifique _____

Edad escolar Si () No () Especifique _____

Adolescente	Si ()	No ()	Especifique_____
Adulto joven	Si ()	No ()	Especifique_____
Edad fértil	Si ()	No ()	Especifique_____
Adulto maduro	Si ()	No ()	Especifique_____

2. Salud sexual.

Sistema reproductor

¿Ha recibido educación sexual?

Si () No () Especifique_____

¿Cuál es su orientación sexual? Heterosexual

Inicio de Vida Sexual Activa: Si () No (x) Especifique_____

Número de parejas sexuales_____

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si () No () Porque _____

¿Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales?

Si () No () Especifique_____

¿Utiliza algún método de planificación familiar?

Si () No () Especifique / tiempo_____

Número de hijos: _____

¿Tiene problemas de infertilidad?

Si () No () Especifique_____

Causa / tratamiento _____

¿Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual?

Si () No () Especifique_____

Tratamiento _____

Cirugías realizadas en Aparato reproductor

Si () No () Especifique_____

Hombre:

¿Acude a examen de próstata/testicular?

Si () No () Especifique_____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Especifique_____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz

Si () No () Especifique/Tratamiento _____

Mujer:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual _____

Tipo, cantidad y características del flujo. _____

Presenta algún problema durante su menstruación

Si () No () Especifique _____

Embarazos _____ Partos _____ Cesárea _____

Abortos _____ Óbitos _____ Partos prematuros _____

Embarazos de alto riesgo _____ Periodo intergenésico: _____

Menopausia _____ Fecha de último Papanicolaou _____

Presencia de flujo/ hemorragia transvaginal:

Si () No () Especifique _____

¿Existe alteración del crecimiento físico?

Si () No () Especifique _____

IV. REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

¿Con qué frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

4- 6 meses () 6- 12 meses () más de 12 meses ()

No se realiza () Especifique _____

¿Sabe usted de su enfermedad? _____

Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, ¿usted acude?

Si () No ()

En caso de déficit o incapacidad física, ¿cuál es su sentimiento respecto a su situación? _____

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación

Si () No () Especifique _____

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación?

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique _____

Observaciones: Todo paciente recién nacido tiene la necesidad de vigilancia estrecha por los cuidadores, ya que no se pueden valer si mismos, no pueden alimentar, bañar o tener autocuidado de ellos, son total mente compensatorios, solo con ayuda de los cuidadores pueden sobrevivir.

INDICACIONES MÉDICAS

Nombre de paciente: Cárdenas Cortez Masculino

Cama: 01

Expediente: 21970 Servicio: Pediatría

Sexo: Masculino

Edad: R/N

Alergias A: Desconocidas

07/04/2019

10:00 AM.

1. Dieta: Seno materno a libre demanda
2. Medicamentos:
3. Cloranfenicol 2 gotas en cada ojo Dosis Única
4. Vitamina K 0.5mg Intramuscular Dosis Única
5. Cuados de Recién Nacido:
 - Aspiración de secreciones nariz y boca
 - Estimulación manual
 - Pinzamiento del cordón umbilical
 - Vigilar sangrado de cualquier vía
 - Destrixtix por turno
 - Vigilar patrón respiratorio
 - Alojamiento conjunto
 - Signos vitales por turno y cuidados generales de enfermería.
 - Verificar permeabilidad anal

- Reportar eventualidades

Dr. Juvenal Hernández Gutiérrez

Cedula Profesional 6130003

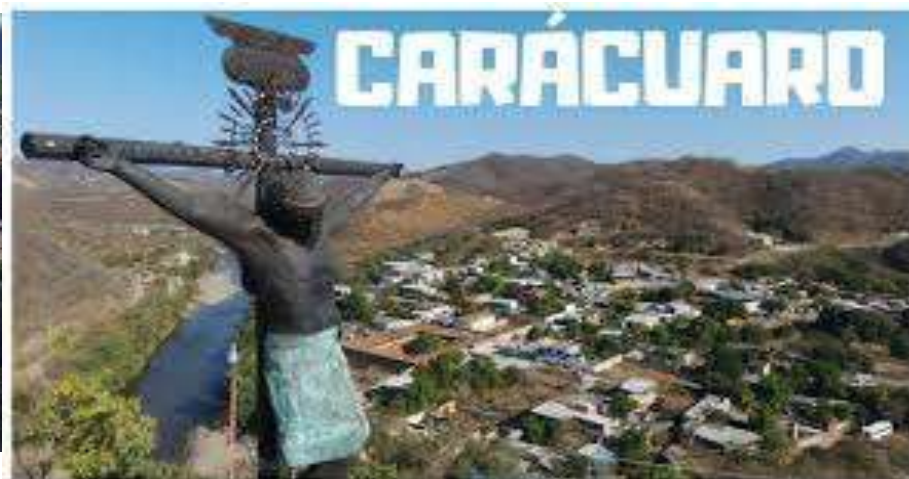
ANEXO 2. EJECUCIÓN DE CUIDADOS







FOTOS HOSPITAL



ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA COMPLEMENTARIO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



N.O. FOLIO: 001

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROCESO ENFERMERO EN UN CASO CLÍNICO DE PUERPERIO FISIOLÓGICO CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM

Yo Enedelia Cortez Vargas doy mi consentimiento para que la P.L.E. MA. DEL SOCORRO CORTÉZ VARGAS; aplique un Proceso Enfermero a mi hijo Recién Nacido, con la valoración y diagnóstico de las respuestas humanas que esta etapa de vida desencadena y la planeación, ejecución y evaluación de un plan de cuidados con el fin de desarrollar y mantener el autocuidado de su salud, crecimiento y desarrollo.

He recibido información completa sobre la temática que abordará el presente Proceso Enfermero que será realizado con propósitos educativos y de investigación en Enfermería a fin de favorecer la calidad en los cuidados que el personal de enfermería brinda a los usuarios recién nacidos haciendo el registro correspondiente de ellos.

La participación de mi hijo en el estudio será voluntaria, no provocará riesgos a su salud, la información que yo su madre proporcione será tratada de manera confidencial y no tendrá ninguna remuneración económica. Se me ha informado que en el momento que yo decida NO PARTICIPAR en el estudio, no existirán de ninguna manera represalias hacia mi persona y hacia mi hijo y seguiremos recibiendo un trato digno por parte del personal de enfermería.

Fecha de Aplicación: 7, 05, 2019

Nombre del Participante:

Enedelia Cortez Vargas

Firma:

Testigo:

Diocelina Sandoval Velazquez

Firma:


P.L.E. MA. DEL SOCORRO CORTÉZ VARGAS
ENFERMERA INVESTIGADORA

ANEXO 4. PROCESO DE ENFERMERÍA CON REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM

Déficit de autocuidado VALORACIÓN / DIAGNÓSTICO		Etiqueta NANDA:		Lactancia materna ineficaz.																			
		Relacionado con:		Alimentación suplementaria con tetinas artificiales.																			
		Manifestado por:		Percepción de secreción de leche inadecuada.																			
		Definición del Diagnóstico: Dificultad en el aporte de leche directamente del pecho a un neonato o lactante, que puede comprometer el estado nutricional del neonato/lactante.																					
		PÁGINA NANDA		159		DOMINIO		2. Nutrición				CLASE		1. Ingestión									
Requisito de Autocuidado Universal		3. Mantener un aporte suficiente de alimento.				Sistema de Enfermería PLANEACIÓN / EJECUCIÓN																	
Requisito de Desarrollo		Recién nacido de 37 SDG con un Apgar 8/9, Silverman 0, con peso de 2,940kg, con una talla de 50cm.				Intervención NIC PAG. 99		Asesoramiento en la lactancia 5244				Sistema de Enfermería				Totalmente compensatorio							
Requisito de Autocuidado en la Desviación de la Salud		No aplica				Definición del NIC: Ayudar a establecer y mantener una lactancia satisfactoria.																	
						Fundamentación Teórica del NIC																	
Agencia de Enfermería						Emplear la valoración del neonato para instruir a los padres sobre su hijo.																	
2. Apoyar y proteger.																							
Resultado Esperado NOC:1819 PÁG. 187		Conocimiento: Cuidados del lactante				Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)				EVALUACIÓN / Conclusiones													
										El avance del recién nacido es positivo; ya que la familia logro obtener conocimientos para mejorar su alimentación, la importancia que tiene el conocer sobre lactancia materna y alimentación suplementaria.													
Definición del NOC: Grado de conocimiento transmitido sobre la asistencia del niño desde el nacimiento hasta 1 año de edad.						1. Proporcionar a la madre la oportunidad de dar lactancia tras el parto, cuando sea posible. 2. Ayudar asegurar que el lactante se sujeta bien a la mama (monitorizar una alimentación correcta del lactante, sujeción y comprensión areolar, y deglución audible). 3. Enseñar a la madre a dejar que el lactante termine con la primera mama antes de ofrecer la segunda. 4. Mostrar la forma de amamantar si es necesario (utilizar un dedo limpio para estimular el reflejo de succión el enganche al pezón. 5. Explicar a la madre los cuidados del pezón.				Escala Diana		1: NINGÚN CONOCIMIENTO; 2. CONOCIMIENTO ESCASO; 3. CONOCIMIENTO MODERADO; 4. CONOCIMIENTO SUSTANCIAL; 5. CONOCIMIENTO EXTENSO											
Código		Indicadores		1	2					3	4	5	Código		Indicadores		1	2	3	4	5		
181902	Desarrollo y crecimiento normales									X			181902	Desarrollo y crecimiento normales							X		
181908	Succión nutritiva frente a la no nutritiva.									X			181908	Succión nutritiva frente a la no nutritiva.						X			
181904	Posición adecuada del lactante										X		181904	Posición adecuada del lactante							X		
181910	Técnicas de alimentación del lactante				X								181910	Técnicas de alimentación del lactante						X			
181920	Métodos de estimulación del lactante									X			181920	Métodos de estimulación del lactante							X		
Total:		15		puntos										Total:		23		puntos					
														(+ Puntuación Diana POSTERIOR)									
BIBLIOGRAFÍA: <i>Bibliografía:</i>																							
- HERDMANT, T. Heather; "NANDA Internacional; Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación"; Edición 2015-2017; Editorial Elsevier España, 2010, Barcelona España. - MOORHEAD, Sue; et al; "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)"; Tercera Edición; Editorial Elsevier España, 2009, Barcelona España. - BULECHEK, Gloria M; et al; "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)"; Quinta Edición; Editorial Elsevier España, 2009, Barcelona España.																							

Déficit de autocuidado VALORACIÓN / DIAGNÓSTICO		Etiqueta NANDA:		Leche materna insuficiente																													
		Relacionado con:		Tomas de corta duración																													
		Manifestado por:		Llanto frecuente																													
		Definición del Diagnóstico: Baja producción de leche materna.																															
PÁGINA NANDA		161		DOMINIO		2.Nutricion				CLASE		1. Ingestión																					
Requisito de Autocuidado Universal		3. Mantener un aporte suficiente de alimento.				Sistema de Enfermería PLANEACIÓN / EJECUCIÓN																											
Requisito de Desarrollo		Recién nacido de 37 SDG con un Apgar 8/9, Silverman 0, con peso de 2,940kg, con una talla de 50cm				Intervención NIC PAG. 82		Alimentación con Biberón 1052				Sistema de Enfermería		Totalmente compensatorio																			
Requisito de Autocuidado en la Desviación de la Salud		No aplica				Definición del NIC: preparación y administración de líquidos a un lactante mediante biberones.																											
						Fundamentación Teórica del NIC																											
Agencia de Enfermería						Valorar la actitud conductual del neonato.																											
2. Apoyar y proteger.																																	
Resultado Esperado NOC: 1846 PAG. 176		Conocimiento: Alimentación con biberón				Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)						EVALUACIÓN / Conclusiones																					
												El avance del recién nacido fue positivo, ya que sus progenitores obtuvieron un aprendizaje y lograron conocer las señales de hambre del recién nacido así como su correcta alimentación.																					
Definición del NOC: Grado de conocimiento trasmitido sobre proporcionar líquidos a un lactante utilizado un biberón.						1.- calentar la leche a temperatura ambiente antes de proceder con la toma. 2.- colocar al lactante en una posición semi-fowler dutante la toma. 3.- colocar la tetina en la parte superior de la lengua. 4.- expulsar los gases del bebe frecuentemente durante y después de la toma. 5.- Fomentar la lactancia estimulando el reflejo de succión si fuera preciso.																											
Escala Diana		1: NINGÚN CONOCIMIENTO; 2. CONOCIMIENTO ESCASO; 3. CONOCIMIENTO MODERADO; 4. CONOCIMIENTO SUSTANCIAL; 5. CONOCIMIENTO EXTENSO																		Escala Diana		1: NINGÚN CONOCIMIENTO; 2. CONOCIMIENTO ESCASO; 3. CONOCIMIENTO MODERADO; 4. CONOCIMIENTO SUSTANCIAL; 5. CONOCIMIENTO EXTENSO											
Código		Indicadores		1	2															3	4	5	Código		Indicadores		1	2	3	4	5		
184601		Señales de hambre del lactante			X																		184601		Señales de hambre del lactante					X			
183606		Método para limpiar biberones y tetinas																		X			183606		Método para limpiar biberones y tetinas					X			
814608		Correcto almacenamiento de la formula preparada			X																		814608		Correcto almacenamiento de la formula preparada					X			
184616		Señales del lactante para terminar la toma		X																			184616		Señales del lactante para terminar la toma					X			
184617		Razones para evitar el agua en recién nacido		X																			184617		Razones para evitar el agua en recién nacido					X			
Total: 9 puntos																				Total: 20 puntos													
(+ Puntuación Diana PREVIA)																				(+ Puntuación Diana POSTERIOR)													
BIBLIOGRAFÍA:																																	
- HERDMANT, T. Heather; "NANDA Internacional; Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación"; Edición 2015-2017; Editorial Elsevier España, 2010, Barcelona España. - MOORHEAD, Sue; et all; "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)"; Tercera Edición; Editorial Elsevier España, 2009, Barcelona España. - BULECHEK, Gloria M; et all; "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)"; Quinta Edición; Editorial Elsevier España, 2009, Barcelona España																																	

Déficit de autocuidado VALORACIÓN / DIAGNÓSTICO		Etiqueta NANDA:		Trastornos del patrón del sueño																	
		Relacionado con:		Factores ambientales (ruido ambiental, exposición a la luz del día/oscuridad, temperatura/humedad ambiental, entorno no familiar).																	
		Manifestado por:		Insatisfacción con el sueño																	
		Definición del Diagnóstico: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad del sueño debidas a factores eternos.																			
PÁGINA NANDA		213		DOMINIO		4. Actividad/Reposo.		CLASE		1. Sueño/reposo.											
Requisito de Autocuidado Universal		5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.			Sistema de Enfermería PLANEACIÓN / EJECUCIÓN																
Requisito de Desarrollo		Recién nacido de 37 SDG con un Apgar 8/9, Silverman 0, con peso de 2,940kg, con una talla de 50cm			Intervención NIC: PAG. 334		Mejorar el sueño 1850			Sistema de Enfermería		Totalmente compensatorio									
Requisito de Autocuidado en la Desviación de la Salud		No aplica			Definición: facilitar ciclos regulares de sueño vigilia.																
					Fundamentación Teórica del NIC																
Agencia de Enfermería					La valoración física detallada brindada por el personal de enfermería para adaptarse a la vida extrauterina.																
2. Apoyar y proteger.																					
Resultado Esperado NOC:0003 PÁG. 300			Descanso		Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)				EVALUACIÓN / Conclusiones												
Definición: Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física.					1.- determinar el patrón de sueño vigilia del paciente. 2.- ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cuna). Para favorecer el sueño. 3.- regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día noche normales. 4.- fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario. 5.- iniciar/llevar acabo medidas agradables: masaje, colocación y contacto afectos.				El avance del recién nacido fue positivo, ya que sus progenitores obtuvieron un aprendizaje y lograron mejorar el sueño del lactante, con la regulación de la temperatura y se brindó un mejor confort.												
Escala Diana	1: GRAVEMENTE COMPROMETIDO; SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO; MODERADAMENTE COMPROMETIDO; LEVEMENTE COMPROMETIDO; 5: NO COMPROMETIDO.			2: 3: 4: 5:					Escala Diana	1: GRAVEMENTE COMPROMETIDO; 2: SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO; 3: MODERADAMENTE COMPROMETIDO; 4: LEVEMENTE COMPROMETIDO; 5: NO COMPROMETIDO.											
Código	Indicadores		1	2					3	4	5	Código	Indicadores		1	2	3	4	5		
000301	Tiempo de descanso								X			000301	Tiempo de descanso					X			
000303	Calidad del sueño								X			000303	Calidad del sueño					X			
000308	Descansado emocionalmente								X			000308	Descansado emocionalmente					X			
000309	Energía recuperada después del descanso			X								000309	Energía recuperada después del descanso						X		
000310	Aspectos de estar descansado			X								000310	Aspectos de estar descansado					X			
Total:									13 puntos				Total:							21 puntos	
(+ Puntuación Diana PREVIA)													(+ Puntuación Diana POSTERIOR)								
BIBLIOGRAFÍA:																					

- HERDMANT, T. Heather; “NANDA Internacional; Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación”; Edición 2015-2017; Editorial Elsevier España, 2010, Barcelona España. - MOORHEAD, Sue; et al; “Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)”; Tercera Edición; Editorial Elsevier España, 2009, Barcelona España. - BULECHEK, Gloria M; et al; “Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)”; Quinta Edición; Editorial Elsevier España, 2009, Barcelona España																							
Déficit de autocuidado VALORACIÓN / DIAGNÓSTICO			Etiqueta NANDA:		Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante																		
			Relacionado con:		Lactante excesivamente arropado.																		
			Manifestado por:		No aplica																		
			Definición del Diagnóstico: vulnerabilidad a muerte súbita de un lactante (niño de edad inferior a 1 año).																				
			PÁGINA NANDA		404		DOMINIO		11. seguridad/protección				CLASE		1. Lesión física								
Requisito de Autocuidado Universal			7. Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.				Sistema de Enfermería PLANEACIÓN / EJECUCIÓN																
Requisito de Desarrollo			Recién nacido de 37 SDG con un Apgar 8/9, Silverman 0, con peso de 2,940kg, con una talla de 50cm				Intervención NIC PAG.199		Enseñanza: Seguridad del lactante (0-3 meses)5645				Sistema de Enfermería		Totalmente compensatorio								
Requisito de Autocuidado en la Desviación de la Salud			No aplica				Definición: Enseñanza de la seguridad durante los tres primeros meses de vida.																
							Fundamentación Teórica del NIC																
Agencia de Enfermería							Las unidades de asistencia posparto cuentan con procedimientos para la instrucción organizada de los padres, que consisten en clases, demostraciones y guías básicas de enseñanza.																
2. Apoyar y proteger.																							
Resultado Esperado NOC: 1819 PAG.187			Conocimiento: cuidados del lactante				Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)				EVALUACIÓN / Conclusiones												
Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre la asistencia del niño desde el nacimiento hasta 1 año de edad.			1. NINGUN CONOCIMIENTO; 2. CONOCIMIENTO ESCASO; 3. CONOCIMIENTO MODERADO; 4. CONOCIMIENTO SUSTANCIAL; 5. CONOCIMIENTO EXTENSO.								El avance del recién nacido fue positivo, ya que sus progenitores se capacitaron adecuadamente para prevención de muerte súbita.												
							Escala Diana						Escala Diana	1. NINGUN CONOCIMIENTO; 2. CONOCIMIENTO ESCASO; 3. CONOCIMIENTO MODERADO; 4.CONOCIMIENTO SUSTANCIAL; 5.CONOCIMIENTO EXTENSO.									
								Código	Indicadores					1	2	3	4	5					
								181901	Características del lactante normal							X							
								181904	Posición adecuada del lactante					X									
								181906	Envolver con ropas al lactante						X								
								181911	Signos y síntomas de deshidratación						X								
								181816	Vestido adecuado para el entorno							X							
								Total:						11 puntos									
								(+ Puntuación Diana PREVIA)							(+ Puntuación Diana POSTERIOR)								
BIBLIOGRAFÍA:																							
- HERDMANT, T. Heather; “NANDA Internacional; Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación”; Edición 2015-2017; Editorial Elsevier España, 2010, Barcelona España. - MOORHEAD, Sue; et al; “Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)”; Tercera Edición; Editorial Elsevier España, 2009, Barcelona España. - BULECHEK, Gloria M; et al; “Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)”; Quinta Edición; Editorial Elsevier España. 2009. Barcelona España																							

Déficit de autocuidado VALORACIÓN / DIAGNÓSTICO		Etiqueta NANDA:		Riesgo de infección																
		Relacionado con:		Defensas primarias insuficientes (alteraciones de la integridad de la piel).																
		Manifestado por:		No aplica																
		Definición del Diagnóstico: vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.																		
		PÁGINA NANDA		379		DOMINIO		11. seguridad/protección		CLASE		2. Infección								
Requisito de Autocuidado Universal		7. Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.				Sistema de Enfermería PLANEACIÓN / EJECUCIÓN														
Requisito de Desarrollo		Recién nacido de 37 SDG con un Apgar 8/9, Silverman 0, con peso de 2,940kg, con una talla de 50cm				Intervención NIC PAG. 386		Protección contra las infecciones 6550			Sistema de Enfermería		Totalmente compensatorio							
Requisito de Autocuidado en la Desviación de la Salud		No aplica				Definición: Prevención y detección precoces de la infección en paciente de riesgo.														
						Fundamentación Teórica del NIC														
Agencia de Enfermería						Toda persona que entre en contacto con el neonato debe observar los principios antisépticos, el lavado de manos es el mas importante.														
2. Apoyar y proteger.																				
Resultado Esperado NOC:1819 PAG.187			Conocimiento: cuidados del lactante			Acción o método de ayuda (Intervención de Enfermería)			EVALUACIÓN / Conclusiones											
Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre la asistencia del niño desde el nacimiento hasta 1 año de edad.						1. Observan la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. 2. Evitar el contacto estrecho entre mascotas y el huésped inmune deprimidos. 3. Instruir a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuánto debe informar de ellos al profesional sanitarios. 4. Enseñar a familia a evitar infecciones.			El avance del recién nacido fue positivo, ya que sus progenitores obtuvieron un aprendizaje y lograron mejorar la prevención de infecciones con sus cuidados del lactante y sus intervenciones.											
Escala Diana		1. NINGUN CONOCIMIENTO; 2. CONOCIMIENTO ESCASO; 3. CONOCIMIENTO MODERADO; 4. CONOCIMIENTO SUSTANCIAL; 5. CONOCIMIENTO EXTENSO.							Escala Diana		1. NINGUN CONOCIMIENTO; 2. CONOCIMIENTO ESCASO; 3. CONOCIMIENTO MODERADO; 4. CONOCIMIENTO SUSTANCIAL; 5. CONOCIMIENTO EXTENSO.									
Código		Indicadores		1	2				3	4	5	Código		Indicadores		1	2	3	4	5
181901		Características del lactante normal							X			181901		Características del lactante normal					X	
181905		Prácticas para la seguridad del lactante			X							181905		Prácticas para la seguridad del lactante					X	
181913		Baño del lactante							X			181913		Baño del lactante					X	
181914		Cuidados del cordón umbilical			X							181914		Cuidados del cordón umbilical				x		
181826		Precaución cuando existen mascotas en el hogar			X							181826		Precaución cuando existen mascotas en el hogar				x		
Total:									12 puntos			Total:					18 puntos			
									(+ Puntuación Diana PREVIA)								(+ Puntuación Diana POSTERIOR)			
BIBLIOGRAFÍA:																				
▪ HERDMANT, T. Heather; “NANDA Internacional; Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación”; Edición 2015-2017; Editorial Elsevier España, 2010, Barcelona España. ▪ MOORHEAD, Sue; et all; “Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)”; Tercera Edición; Editorial Elsevier España, 2009, Barcelona España. ▪ BULECHEK, Gloria M; et all; “Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)”; Quinta Edición; Editorial Elsevier España, 2009, Barcelona España																				

ANEXO 5. PUNTOS BÁSICOS DE LA TEORÍA DE OREM

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DOROTHEA E. OREM

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

1. Edad
2. Sexo
3. Estado de Desarrollo: Físico, Funcional, Cognitivo y Psicosocial.
4. Estado de Salud: Pasado, Presente y la propia Percepción.
5. Factores del Sistema de Salud: Disponibilidad y Adecuación de los Recursos
6. Factores del Sistema u Orientación Sociocultural y Sistema Espiritual
7. Factores del Sistema Familiar: (Diagnóstico y Tratamiento)
8. Factores del Sistema Familiar: (Composición/relación)
9. Patrones de Vida, actividades en que se ocupa regularmente
10. Factores Ambientales

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. Mantener un aporte suficiente de agua
3. Mantener un aporte suficiente de alimento
4. Cuidados asociados con la eliminación de desechos, incluidos los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social
7. Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales (normalidad)

REQUISITOS DE DESARROLLO DE AUTOCUIDADO

Los que apoyan los procesos vitales, promueven el desarrollo y la maduración y previenen efectos negativos:

1. Vida Intrauterina
2. Vida Neonatal: parto a término/prematuro
3. Lactancia
4. Infancia, Adolescencia y Adulto Joven.
5. Adulto
6. Embarazo

Los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales:

7. Privación Educacional
8. Problemas de Adaptación Social
9. Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
10. Pérdida del trabajo.
11. Cambio súbito de las condiciones de vida.
12. Cambio de posición social o económica.
13. Mala salud, condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal.
14. Muerte
15. Peligros Ambientales.

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

1. Buscar y asegurar ayuda médica en exposición a condiciones ambientales.
2. Estar consciente de los efectos y resultados en las condiciones y estados patológicos.
3. Realizar las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.
4. Estar conscientes de los efectos molestos y negativos de las medidas realizadas o prescritas.
5. Modificar el autoconcepto.
6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones o estados patológicos, así como efectos del diagnóstico y tratamiento.

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DOROTHEA E. OREM

AGENCIA DE ENFERMERÍA / MÉTODOS DE AYUDA:

1. Actuar o hacer por otros.
2. Guiar o dirigir.
3. Enseñar, dar sostén físico y psicológico.
4. Apoyar, promover un ambiente para que el individuo sea capaz de satisfacer las demandas de acción presentes o futuras.
5. Educar, proporcionar un entorno que estimule el desarrollo.

SISTEMAS DE ENFERMERÍA

TOTALMENTE COMPENSATORIO

1. Compensar las incapacidades para el autocuidado.
2. Apoyar y proteger.
3. Emitir juicios y tomar decisiones para los pacientes.
4. Cultivar las capacidades existentes.

PARCIALMENTE COMPENSATORIO

1. Compensar las incapacidades para el autocuidado.
2. Apoyar y proteger.
3. Emitir juicios y tomar decisiones para los pacientes.
4. Cultivar las capacidades existentes.

APOYO EDUCATIVO

1. Ayudar a tomar decisiones.
2. Ayudar al paciente a aprender.
3. Actualizar periódicamente la capacitación.