



**Universidad Michoacana de San Nicolás de
Hidalgo**



**División de posgrado de la Facultad de
Enfermería**

Maestría en Enfermería

**Intervención de Cuidados Estandarizados para la Estimulación
Temprana en Recién Nacido Pretérmino Hospitalizado**

Tesis

Que para obtener el grado de Maestra en Enfermería

Presenta

L.E. María Yesenia Cortez González

Asesora

Dra. Ana Celia Anguiano Morán

Co-asesora

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Morelia, Michoacán Febrero 2022

Directorio

M.S.P. Julio César González Cabrera

Director

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria Académica

M.E. Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa Sinodal

Dra. Ana Celia Anguiano Morán

Asesora

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Co-asesora

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Revisora

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán

Vocal

Dra. Bárbara Mónica Lemus Loeza

Vocal

ACTA DE REVISIÓN

La **Dra. Ana Celia Anguiano Morán** asesora y la **Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga** co-asesora, profesoras e Investigadoras de tiempo completo adscritas a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

CERTIFICA

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado ***“Intervención de Cuidados Estandarizados para la Estimulación Temprana en Recién Nacido Pretérmino Hospitalizado”***, elaborado por la Licenciada en Enfermería **María Yesenia Cortez González**, mismo que presenta para la obtención de grado de *Maestra en Enfermería con terminal en Adulto Mayor* en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

**DRA. ANA CELIA ANGUIANO
MORÁN**

Profesora e Investigadora de Tiempo
Completo
Facultad de Enfermería

**DRA. MARIA MAGDALENA
LOZANO ZUÑIGA**

Profesora e Investigadora de Tiempo
Completo
Facultad de Enfermería

DRA. MARIA LETICIA RUBI GARCIA VALENZUELA

Profesora e Investigadora de Tiempo Completo
Facultad de Enfermería

DRA. JAZMIN VALENCIA GUZMÁN

Profesora e Investigadora de Tiempo
Completo
Facultad de Enfermería

DRA. BÁRBARA MÓNICA LEMÚS

Profesora e Investigadora de Tiempo
Completo
Facultad de Enfermería

Dedicatoria

Agradezco primero a mi Padre **Dios**, por darme la oportunidad de vivir en este tiempo de tanta necesidad, y por la oportunidad de servir a los demás a través de lo más hermoso que tengo, mi profesión.

A mi **esposo**, por ser esa persona que siempre está presente en cada paso, en cada proyecto, por su paciencia, apoyo y sobre todo por creer siempre en mí.

A mi **familia, hermanos y sobrinos** que siguen presentes y a los que en ocasiones sacrifico el tiempo con ellos para realizar mi sueño, gracias por siempre estar; y a ti amiga por hacerme fuerte y confiar en mí.

Y a ustedes, **mamá y hermano** que siempre están conmigo, recuerden que en cada uno de mis logros estarán enlazados a los recuerdos, enseñanzas, cariño y ejemplo que dejaron en mí y me sostienen en los momentos difíciles.

Gracias a todos y cada uno de ustedes

Agradecimientos

A mi amada casa de estudios **Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo**, por una oportunidad más de crecimiento personal y profesional.

A todos **mis profesores** por compartir su conocimiento y experiencias conmigo a través de todo este tiempo, por su paciencia y sobre todo por su gran ejemplo.

A la **Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga**, que aparte de ser un gran ser humano es un gran ejemplo para mí, gracias por su apoyo incondicional.

A la **Dra. Ana Celia Anguiano Moran**, quien, a pesar de tener la gran responsabilidad de la dirección en aquel momento de la asesoría, se dio el tiempo de atenderme, siempre con mucha calidez, muchas gracias.

A **mis amigos, compañeras y compañeros** de estudio y de vida, por compartir y darnos fuerza los unos a los otros de seguir adelante y luchar por nuestros sueños y metas, por no dejarnos caer y apoyarnos siempre.

Índice

I.	Introducción.....	11
II.	Objetivos	13
	Objetivo General.....	13
	Objetivos Específicos	13
III.	Justificación	13
IV.	Marco Teórico.....	15
	4.1 Proceso Enfermero (PE).....	15
	4.1.1 Antecedentes	15
	4.1.2 Definición	16
	4.1.3. Finalidad.....	17
	4.1.4 Características	17
	4.1.5 Etapas.....	18
	4.1.6 Relación del Método Científico y el Proceso Enfermero	19
	4.1.7 Intervenciones estandarizadas.....	20
	4.2 Teoría de Autocuidado de Dorothea E. Orem (TEDA).....	20
	4.2.1 Historia.....	20
	4.2.2 Macro-Teoría del Déficit de Autocuidado	22
	4.2.2.1 Teoría del Autocuidado	22
	4.2.2.2 Teoría del Déficit de Autocuidado	23
	4.2.2.3 Teoría de Sistemas Enfermeros.....	24
	4.3 Estimulación temprana en Recién Nacido Pretérmino Hospitalizado	26
	4.3.1. Recién Nacido Pretérmino (RNP): Concepto y Clasificación	26
	4.3.2 Epidemiología.....	26
	4.3.3 Complicaciones.....	26

4.3.4 Tratamiento	29
4.3.5 Secuelas	30
4.3.6 Estimulación Temprana.....	31
V. Valoración	32
VI. Diagnósticos de enfermería.....	34
VII. Planeación.....	38
IX. Conclusiones	48
X. Sugerencias	49
Referencias.....	51
XI Anexos.....	56
Anexo 1. Instrumento de Valoración basado en la Teoría de Autocuidado	56

Resumen

Introducción. El proceso enfermero es un sistema metodológico con base científica que permite al personal de enfermería la elaboración de procesos individualizados o estandarizados en cualquier nivel de atención, de manera ordenada y enfocada a la resolución de problemas del usuario; por ello, el profesional de la enfermería asume una responsabilidad fuerte cuando de bebés prematuros se trata, ya que de antemano se conoce que pueden necesitar cuidados neonatales prolongados o intensivos.

Objetivo. Realizar intervenciones de cuidado estandarizado para la estimulación temprana en recién nacido pretérmino hospitalizado.

Método. Se realizó una búsqueda sistemática sobre el proceso enfermero, la teoría de D. Orem y la estimulación temprana, se seleccionó la información a través de un proceso de análisis, sistemático e histórico en guías de práctica clínica, libros impresos y digitales, así como en plataformas indexadas entre las que se encuentran: Redalyc, Dialnet y SciELO, siendo esta última donde se encontró la mayor parte de artículos con las palabras clave que se requerían para esta revisión, posteriormente bajo la referencia de D. Orem se realizó la valoración, con lo que se pudieron seleccionar los diagnósticos, plan de cuidados y evaluación.

Resultados. Se establecieron cinco diagnósticos con su plan de cuidados, para que se puedan aplicar de manera estandarizada a los neonatos prematuros estables, donde exista un factor en común, independiente al diagnóstico agregado a la prematurez.

Conclusiones. El proceso enfermero estandarizado es la herramienta ideal para la aplicación y evaluación constante de las intervenciones del profesional de Enfermería, siendo de fácil aplicación tanto en diagnóstico real, de riesgo o de promoción a la salud.

Palabras clave: Proceso enfermero, Teoría D. Orem, Recién nacido pretérmino, estimulación temprana

Abstract

Introduction. The nursing process is a scientifically-based methodological system that allows nursing staff to develop individualized or standardized processes at any level of care, in an orderly manner and focused on solving user problems; for this reason, the nursing professional assumes a strong responsibility when dealing with premature babies, since it is known in advance that they may need prolonged or intensive neonatal care. **Objective.** To carry out standardized care interventions for early stimulation in hospitalized preterm newborn. **Method.** A systematic search was carried out on the nursing process, D. Orem's theory and early stimulation, the information was selected through a process of analysis, systematic and historical in clinical practice guides, printed and digital books, as well as in indexed platforms among which are; Redalyc, Dialnet and SciELO, the latter being where most of the articles were found with the keywords that were required for this review, later under the reference of D. Orem the assessment was carried out, with which the diagnoses could be selected. care plan and evaluation. **Results.** five diagnoses were established, with a care plan that can be applied in a standardized way to stable preterm infants where there is a common factor, independent of the diagnosis added to prematurity. **Conclusions.** The standardized nursing process is the ideal tool for the application and constant evaluation of nursing interventions, being of facial application both in real diagnosis, irrigation or health promotion.

Keywords: Nursing process, D. Orem theory, Preterm newborn, early stimulation.

I. Introducción

El proceso enfermero (PE) es un modelo sistemático que promueve el pensamiento crítico y requiere un nivel competente de cuidados, en donde se engloban todas las acciones que realiza el profesional de enfermería, además, de establecer la base para la toma de decisiones. Su uso radica en que a través de el se establece la base del razonamiento clínico ya que ayuda a desarrollar las habilidades y capacidades que enfermería debe poseer al utilizarlo, las cuales se pueden dividirse en 3 categorías: cognitiva (razonamiento), psicomotora (hacer) y afectiva (sentimientos y valores) (Ramírez, 2016).

Por lo tanto, el PE demanda utilizar una forma de actuación ordenada y fundamentada, lo que a su vez requiere el uso de modelos y teorías que junto a los avances tecnológicos estén encaminados a favorecer el desarrollo de la profesión. Por su parte, Dorothea Elizabeth Orem (D. Orem) presenta su Macro-Teoría como una teoría general compuesta por tres subteorías relacionadas entre sí: Teoría de Autocuidado (TA), Teoría del Déficit Autocuidado (TDA) y la Teoría de los Sistemas de Enfermería (TSE) (Berbiglia y Banfield, como se citó en Raile. 2018).

Siguiendo lo anterior, la TSE consta de tres sistemas: el parcialmente compensador, totalmente compensador y de apoyo educativo; pero, ¿Por qué retomar esta teoría en el presente trabajo? Es importante debido a que representa la base del plan de cuidados estandarizados para los neonatos que se encuentran hospitalizados y los cuales dependen del profesional enfermero. Cabe mencionar, que D. Orem describe la Enfermería como un servicio humano que se presta cuando una persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar (Berbiglia y Banfield, como se citó en Raile. 2018).

En ese sentido, los estudios e investigaciones revelan que las tasas de supervivencia han mejorado durante los últimos 20 años, incluso en los niños más prematuros, sin embargo, tal población sigue siendo vulnerable en cuanto a morbilidad grave y desventajas en el neurodesarrollo a largo plazo, por ello, han surgido diversas

estrategias de estimulación temprana aplicadas por el personal de enfermería y se hace cada vez más importante su aplicación (Ortega y Núñez, 2017).

De ese modo, la estimulación temprana tiene implicaciones positivas en el neurodesarrollo del neonato si se aplican de forma temprana, es un método en el cual la enfermera realiza intervenciones para apoyar al neonato a integrarse a la sociedad de una manera más favorable, con actividades como: reducción del estrés, cuidados posturales o manipulaciones gentiles, que ayudan a la estabilidad fisiológica y estimulan el desarrollo sensoriomotor óptimo (Hecheverría, 2018).

El conocimiento anterior se integra de manera estandarizada bajo el diseño de las taxonomías NANDA, NIC Y NOC, integrando los diagnósticos, con pautas de intervenciones y evaluaciones concretas, creando un vocabulario estandarizado, que da como resultado un fundamento teórico, una manera de actuar alineada, con resultados medibles como los son claramente los procesos de enfermería (NANDA Internacional, 2019).

El presente plan de intervención propone un plan de cuidados personalizados, encaminados a fortalecer el neurodesarrollo del recién nacido prematuro hospitalizado a través del desarrollo de diagnósticos con intervenciones, que permitan llevar a una conducta organizada fundamentando las actividades propuestas en las intervenciones NIC que lleven a un resultado NOC favorecedor en el neurodesarrollo del prematuro.

Por ello, enseguida se revisara la justificación, y posteriormente, el marco teórico conformado en primera instancia, por los conceptos de proceso de enfermería, donde se destacan algunas afirmaciones sobre la importancia del proceso enfermero en la profesión, así como los avances que Hall destaco en 1955 cuando lo nombro por primera vez así, hasta la actualidad con más de cuatro generaciones, en segunda instancia, se aborda la macro-Teoría de D. Orem sobre el Déficit de Autocuidado, así como los supuestos que ella identifico y la importancia que tiene en la aplicación de los cuidados (como se citó en Elso y Solis, 2015).

En tercera instancia, se retoman algunos conceptos de estimulación temprana en neonatos, así como algunas afirmaciones de autores que destacan su importancia

desde la etapa más temprana y, por último, en cuarta instancia, se encuentran las propuestas de planes estandarizados dirigidos a la identificación y planeación de estrategias para la aplicación de estos en las áreas hospitalarias, culminando con el apartado de conclusiones, referencias y anexos.

II. Objetivos

Objetivo General

Realizar una propuesta de intervención de cuidados estandarizados para la estimulación temprana en recién nacido pretérmino hospitalizado.

Objetivos Específicos

- Describir la importancia del proceso enfermero estandarizado para favorecer el neurodesarrollo del recién nacido prematuro a través de la estimulación temprana.
- Describir las intervenciones (NIC) de enfermería que favorecen la estimulación temprana en el recién nacido pretérmino.
- Argumentar el criterio de resultado (NOC) para el diagnóstico de enfermería.
- Desarrollar el plan de cuidados estandarizados para el recién nacido pretérmino.

III. Justificación

La prematuridad es uno de los problemas de salud pública más prevalentes en la población infantil; según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), se estima que cada año nacen 15 millones de niños prematuros y que esta cifra está aumentando, ya que la incidencia es del 11% en América del Norte, 5.6% en Oceanía y 5.8% en Europa.

Por un lado, en Estados Unidos se estima que nace un bebé prematuro cada minuto, mientras que en México según datos que arroja en 2012 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la incidencia nacional hasta ese año el porcentaje de recién nacidos prematuros fue del 7.7%, para el 2013 el porcentaje fue de 6.6% y en el 2014 de 6.8% del total de nacimientos vivos, para 2017 el Dr. Jorge Arturo Cardona Pérez director del instituto de Perinatología en México comenta que nacen más de 120 mil prematuros anualmente (Instituto Nacional de Perinatología, 2016).

Por otro lado, a nivel estatal según cifras de la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA, 2019), Michoacán en el año 2019 se llevó un registro de mil 729 niños nacidos prematuramente en la entidad, lo que representa el 8.82% del total de nacimientos ocurridos en ese año, una cifra alarmante para el sector salud. En ese sentido, se observó que el 17% de los nacimientos en el Hospital de la Mujer, ubicado en la ciudad de Morelia son prematuros, siendo los problemas respiratorios los factores más frecuentes, y que, en algunos casos, pueden derivar en hemorragias cerebrales, lo cual puede dejar graves secuelas en los niños, ya que requerirán de estimulación temprana para su integración.

Por otro lado, algunos estudios revelan que las tasas de supervivencia han mejorado durante los últimos 20 años, incluso en los niños más prematuros, sin embargo, tal población sigue siendo muy vulnerable en cuanto a morbilidad grave y desventajas en el neurodesarrollo a largo plazo, como consecuencia han surgido diversas estrategias de estimulación temprana aplicadas por el personal de enfermería, y se hace cada vez más importante su aplicación (Ortega y Núñez, 2017).

Por lo tanto, la estimulación temprana puede ser considerada un método ideal de atención para los bebés hospitalizados con riesgo de atraso en el desarrollo, como lo son sin duda alguna los neonatos prematuros (Gómez, 2012), ya que poseen un mayor riesgo de presentar problemas de desarrollo, tanto a nivel motor como cognitivo. Por ello, que el profesional de enfermería involucrado de forma directa e indirecta en la atención de estos pacientes debe participar activamente en la creación de un proceso de cuidado enfermero estandarizado que promueva el correcto y adecuado desarrollo del sistema nervioso, es así, como acciones puedan incrementar

la sobrevivencia de estos pacientes y a la vez su actual y futura calidad de vida (OMS, 2017).

De acuerdo con Cueli (2013) en su trabajo de plan de cuidados de enfermería estandarizado para pacientes sometidos a implantación de marcapasos definitivo, mencionan la importancia de crear este tipo de procesos, ya que mejora la calidad y continuidad de los cuidados además de facilitar, unificar y mejorar la practica asistencial, sin dejar de lado la individualidad de cada paciente.

En el presente trabajo se proponen cuidados estandarizados para pacientes que cursan con características similares donde se puede dar un abordaje desde lo general, hasta lo concreto de cada paciente, con intervenciones que de la misma manera puedan aplicarse en neonatos de diferente sexo, edad gestacional e incluso con diferentes patologías agregadas a la propia prematurez, apoyados con la taxonomía NANDA , con intervenciones propuestas por el NIC que nos lleven a resultados NOC y con esto favorecer el neurodesarrollo del prematuro.

IV. Marco Teórico

En este apartado se retoma la definición y conceptos del proceso enfermero, así como la relación que existe entre el método científico y dicho proceso, posteriormente, se describirá la teoría de Dorotea Elizabeth Orem y como se implica directamente en cada uno de los quehaceres de la enfermería en cualquiera de sus ámbitos de trabajo, por último, se argumentará la importancia de la estimulación temprana en el neonato hospitalizado.

4.1 Proceso Enfermero (PE)

4.1.1 Antecedentes

El Proceso Enfermero (PE) ha pasado por varias fases para ser formulado como en la actualidad se conoce, ya que ha sido retomado por diversas estudiosas que han tratado de plasmar el quehacer de enfermería. Dicho proceso tiene sus

orígenes en 1955 cuando Hall lo concibe de esa forma, posteriormente se unieron otras teóricas como Jhonson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963. Es así, que en las primeras etapas de la aplicación del proceso enfermero se ejecutaba a través de tres etapas: valoración, planeación y ejecución, aunado a lo anterior, en 1967 Yura y Walsh establecieron la cuarta etapa: evaluación, mientras que la etapa diagnóstica fue incluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall (como se citó en Elso y Solis, 2015).

Cabe destacar, que la teórica Ida Jean Orlando es quien lo fundamenta por medio de la Teoría del Proceso de Enfermería, la cual brinda los primeros cimientos para conformar los elementos básicos dados por el contacto enfermera-paciente; por su parte, Maryore Gordon introduce el término de patrones funcionales, definidos como “una expresión de integración psicosocial, influidos por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales” (Reina, 2010, pp.21-22), para realizar la valoración del sujeto de cuidado y a partir de ellos definir el diagnóstico de Enfermería.

En 1997, la OMS declara al proceso enfermero como un: “sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud basado en el método científico para la identificación de las necesidades, definir objetivos, fijar prioridades e identificar los cuidados que se deben proporcionar” (Iyer, 1997, p.11). Posteriormente, se han considerado varias generaciones del proceso enfermero, pero no es sino hasta la tercera generación donde se enfoca en establecer cuidadosamente los beneficios de centrar los cuidados en los resultados actuales, los esperados y los obtenidos, a diferencia de la primera y segunda generación que encauzaban los cuidados de enfermería en la resolución de problemas del paciente o propiamente su diagnóstico (González, 2016).

4.1.2 Definición

Como toda disciplina la Enfermería posee una serie de conceptos clave que sirven para unificar el lenguaje en la práctica, en consecuencia se hace necesario definir el PE; por un lado, Ramírez (2016) lo menciona como el modelo sistemático que promueve el pensamiento crítico y requiere un nivel competente de cuidados, en donde se engloban todas las acciones que realiza el profesional de enfermería,

además, de establecer la base para la toma de decisiones; su uso radica en que a través de el se establece la base del razonamiento clínico, ya que ayuda a desarrollar las habilidades y capacidades que el profesional de enfermería debe poseer al utilizarlo, las cuales se pueden dividir en 3 categorías: cognitiva (razonamiento), psicomotora (hacer) y afectiva (sentimientos, valores).

Por otro lado, Reina (2010) define el proceso enfermero como un sistema de la práctica de enfermería, que proporciona un mecanismo donde el profesional a través de su conocimiento y habilidades puede diagnosticar y tratar las respuestas a los problemas reales o potenciales de salud.

4.1.3. Finalidad

De acuerdo a Parra y Heredia (2003) el PE tiene como finalidad “constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad; establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar las enfermedades” (p.67).

Es decir, el proceso de atención de Enfermería en la práctica diaria del cuidado tiene un gran impacto, ya que fundamenta la atención en el cuidado, previene nuevas reacciones únicas del paciente, fomenta la salud en el individuo familia y comunidad, garantiza la calidad del cuidado, permite la interacción enfermera-paciente, incrementa la acreditación profesional, impulsa la investigación, desarrolla la docencia, aplica un ejercicio independiente o de autonomía profesional, crea conciencia en el ámbito profesional y laboral de la enfermera, rescata los principios fundamentales que guían el ejercicio profesional (Urbina, 2016).

4.1.4 Características

La característica principal del PE es el hecho de que se centra en el paciente, por lo que debe compartir responsabilidades con diferentes departamentos, siendo otra de sus características, su carácter interactivo, interpersonal, colaborativo, dinámico, universal, flexible y que trabaja bajo un sustento teórico, por ello, es organizado y creativo a la vez, todo bajo un propósito, ya que es capaz de ser evaluado

y modificado de acuerdo a resultados (González y Monroy, 2018). Entre todo lo anterior destaca lo siguiente:

- *Sistemático*. Como el método de solución de problemas, consta de cinco fases que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para obtener los resultados esperados.
- *Dinámico*. A medida que adquiere más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia adelante entre las distintas fases del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.
- *Humanístico*. Porque los cuidados se planifican y se ejecutan teniendo en cuenta las necesidades, intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad. Como enfermeras debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu, ver el ser humano de una manera holística. El personal de enfermería de esfuerzo por comprender los problemas de salud de cada individuo y el correspondiente impacto del mismo en la percepción de bienestar de la persona y en su capacidad para las actividades de la vida diaria (Alfaro, 2003).

4.1.5 Etapas

Como se mencionó con anterioridad el PE consta de cinco etapas que son consecutivas y que hacen que sea sistemático el proceso, a continuación, se abordan:

Valoración: Consiste en la recolección, organización y validación de los datos relacionados con el estado de salud de la persona. Se realiza a través de la entrevista, observación y exploración física (Berbiglia y Banfield, como se citó en Raile, 2018).

Diagnóstico: Se refiere al ordenamiento, reunión y análisis de los datos con el fin de formular un diagnóstico de enfermería; identificando los datos reales y potenciales y los factores que contribuyen al problema, además, de estar basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como

potenciales y positivos o protectores (Berbiglia y Banfield, como se citó en Raile, 2018).

Planificación: Comprende la serie de pasos con los que la enfermera y el paciente establecen las prioridades y los objetivos para resolver o disminuir los problemas detectados en el paciente, 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 (Berbiglia y Banfield, como se citó en Raile, 2018).

Ejecución: Es la aplicación del plan de cuidado, que se desarrolla tres criterios: 1) preparación, 2) ejecución propiamente dicha y 3) documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería, en otras palabras, es la puesta en práctica del plan de cuidados de enfermería y finaliza con el registro de los cuidados prestados y las respuestas del paciente (Berbiglia y Banfield, como se citó en Raile, 2018).

Evaluación: Es la quinta y última etapa, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que esta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería (Berbiglia y Banfield, como se citó en Raile, 2018).

4.1.6 Relación del Método Científico y el Proceso Enfermero

De acuerdo con los Servicios de Salud Veracruz (2016), mencionan que la relación del método científico y el PE permite a la enfermería contar con un sistema de conocimientos, que abarca leyes y teorías, sin embargo, se encuentra en un proceso continuo de desarrollo, lo que permite que la profesión perfeccione continuamente su propio marco teórico y le permite describir, abordar, tratar y hasta predecir los fenómenos que ocurren en la práctica.

Asimismo, señala que la Enfermería es una ciencia que requiere de destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, que se aplican a través de un método científico de actuación, con carácter teórico-filosófico, que guían y respaldan cada uno de sus componentes, sustentado a su vez por investigaciones que regulan la práctica profesional, aunque existen varias vías para enriquecer el cuerpo de conocimientos de la ciencia de enfermería, no es sino la investigación el proceso principal a través del cual se llega al conocimiento científico (Servicios de Salud Veracruz, 2016).

4.1.7 Intervenciones estandarizadas

La Secretaría de Salud (SSA, 2011) en el Protocolo para la creación de Planes de Cuidados de Enfermería menciona que existen diferentes planes de cuidados para la aplicación de intervenciones en el PE como son:

- *Individualizados*: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- *Estandarizados*: Es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.
- *Estandarizado con modificaciones*: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería. (p. 14)

4.2 Teoría de Autocuidado de Dorothea E. Orem (TEDA)

4.2.1 Historia

Dorothea Elizabeth Orem nació en Baltimore, Maryland en 1914; inició su carrera en Enfermería en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930; en 1934 entró a la Universidad Católica de América, donde obtuvo en 1939 un Bachelor of sciences en Nursing Education, y en 1946 un Master of sciences in Nurse Education.

Sus primeros años de práctica en Enfermería los pasó en el Providence Hospital, Washington, DC (1934-1942) y el Hospital de San Juan en Lowell, Massachusetts (1936-1937) (como se citó en Pereda, 2010).

Posterior a recibir títulos avanzados, D. Orem se centró principalmente en la enseñanza, investigación y administración; se desempeñó como directora de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit en Michigan 1945-1948, donde también enseñó ciencias biológicas y enfermería (1939-1941); en la Universidad Católica de América fungió como profesora asistente (1959-1964), profesora adjunta (1964-1970) y decano de la Escuela de Enfermería (1965-1966) (como se citó en Pereda, 2010).

Asimismo, la Georgetown University le confirió el título honorario de Doctor of science en 1976 y recibió el premio Alumni Association Award for Nursing Theory en 1980. Entre los demás títulos recibidos se encuentran el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College en 1980; el Doctor of Humane Letters en Illinois Wesleyan University, en 1988; el Linda Richards Award, National League for Nursing en 1991, y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing en 1992. Fue nombrada doctora Honoris causa de la Universidad de Missouri en 1998. Falleció el 22 de junio de 2007, Skidaway Island, Georgia, Estados Unidos (Berbiglia y Banfield, como se citó en Raile, 2018) (como se citó en Pereda, 2010).

La principal fuente de ideas sobre Enfermería para Orem fueron sus experiencias sobre la disciplina, ya que a través de la reflexión sobre situaciones de la práctica enfermera pudo identificar el objeto real de la enfermería, donde la pregunta que encaminó su pensamiento fue: ¿En qué estado está una persona cuando se decide que una o varias enfermeras intervengan en la situación? La especificación del objeto real de la enfermería marca el inicio del trabajo teórico de su teoría (Orem, 2001). Es así, como Orem dio a conocer su modelo de autocuidado de Enfermería (Pereda, 2010).

4.2.2 Macro-Teoría del Déficit de Autocuidado

De acuerdo con Prado et al. (2014), entre los principales conceptos del meta paradigma de Orem se ubican los siguientes:

- *Persona*: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos.
- *Salud*: estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional. Por tanto, considera la salud como la percepción del bienestar que tiene una persona.
- *Enfermería*: servicio humano que se presta cuando una persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar.
- *Entorno*: que, aunque no lo define como tal lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo. (p. 838)

4.2.2.1 Teoría del Autocuidado

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras o en desarrollo llevan en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y de esa manera lograr continuar con su desarrollo personal y el bienestar, mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

Por lo tanto, esta teoría (TA) establece los requisitos de autocuidado que, además, de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente. El término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, en ese sentido, Orem propone tres tipos de requisitos:

- *Requisitos de autocuidado universal*: Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- *Requisitos de autocuidado del desarrollo:* Promueven las condiciones necesarias para la vida y la maduración, previenen la aparición de condiciones adversas o mitigan los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, madurez y vejez.
- *Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:* surgen o están vinculados a los estados de salud. (Reina, 2010)

Por su parte, Naranjo et al. (2017) señala que los factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, entre estos se ubican los siguientes:

- Edad
- Sexo
- Estado de desarrollo del estado de salud
- Orientación sociocultural
- Factores del sistema de cuidados de salud
- Factores del sistema familiar
- Patrón de vida
- Factores ambientales
- Disponibilidad y adecuación de los recursos

Pueden ser seleccionados para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que, de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionados con el fenómeno de interés que se pretende investigar.

4.2.2.2 Teoría del Déficit de Autocuidado

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, ya que establece que las personas están sujetas a las limitaciones derivadas de su salud, lo cual los limita para las actividades de autocuidado continuo. Este cuidado legitima la necesidad del apoyo de enfermería, es decir, que cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros pueden compensarlo por medio del sistema de enfermería, a través de un método totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de apoyo educativo. Las

personas limitadas a ejercer su propio autocuidado son los pacientes reales del ejercicio de la enfermería. De ese modo, Marcos y Tizón (2013) señalan lo siguiente:

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

El déficit de autocuidado: Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

La agencia de autocuidado: Es la compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la equilibrio, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

La demanda terapéutica de autocuidado: Es una entidad construida por las personas; representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos en un lugar, momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

4.2.2.3 Teoría de Sistemas Enfermeros

Esta teoría describe y explica las relaciones que hay que generar y mantener para que se produzca el cuidado enfermero, consta de tres sistemas: el parcialmente compensador, totalmente compensador y de apoyo educativo, se describen a continuación:

- *Sistema parcialmente compensador:* se necesita cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por

motivos de limitación o incapacidad. Por tanto, el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. En otras palabras, el paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentarse, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.

- *Sistema totalmente compensador:* se produce cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.
- *Sistema de apoyo educativo:* es necesario cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente, la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado (Prado et al., 2014).

En resumen, la Teoría del Déficit de Autocuidado tiene como finalidad identificar la capacidad que tiene el neonato para realizar funciones vitales propias de su edad (Teoría del Autocuidado) y las carencias que existen para cumplirlas de manera autónoma por la inmadurez de sus órganos y sistemas (Teoría del Déficit de Autocuidado), cuyo objetivo principal es eliminar dicha necesidad a través de estímulos sensoriales que permitan de manera oportuna madurar en el menor tiempo posible y así el neonato pueda cubrir sus necesidades universales de desarrollo (Orem, 2001).

Por tanto, capacitar a los progenitores, así como al equipo multidisciplinario puede favorecer a que se limiten lo más posible las desviaciones de salud (Teoría de Sistemas Enfermeros); por ello, esta teoría da un sustento a la aplicación de las acciones de enfermería para la utilización de la estimulación temprana en los neonatos (Orem, 2001).

4.3 Estimulación temprana en Recién Nacido Pretérmino Hospitalizado

4.3.1. Recién Nacido Pretérmino (RNP): *Concepto y Clasificación*

La OMS (2018), considera prematuro a un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. En ese sentido, desarrolla una clasificación donde los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:

- Prematuros extremos (menos de 28 semanas).
- Muy prematuros (28 a 32 semanas).
- Prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas).

4.3.2 Epidemiología

De acuerdo con OMS (2017) refiere que alrededor de 15 millones de bebés nacen antes de tiempo cada año, lo que significa que 1 de cada 10 niños son prematuros; muchos de estos recién nacidos pueden enfrentar discapacidades de por vida debido a la inmadurez de sus órganos al nacer. En el IMSS (2019) el porcentaje de prematurez se ha incrementado, actualmente se ubica en 9.75 por ciento, lo que representa 40,411 nacimientos prematuros cada año. Asimismo, el director del Instituto Nacional de Perinatología (2017) indicó que nacen más de 120 mil prematuros anualmente.

Casado y Lozano (2017) encontraron que de un 8% al 10% de los nacimientos son prematuros y representan el 75% de la mortalidad perinatal y el 50% de la discapacidad en la infancia, de estos hasta el 10% desarrolla posteriormente deficiencias neurológicas y sensoriales mayores como alteraciones espásticas, retraso mental, parálisis cerebral, daño visual o auditivo y de un 50-60% alteraciones cognitivas.

4.3.3 Complicaciones

La incidencia y la gravedad de las complicaciones de la prematurez aumentan con la reducción de la edad gestacional y el peso al nacer; la mayoría de las complicaciones se relacionan con la disfunción de sistemas orgánicos inmaduros.

En algunos casos, las complicaciones se resuelven completamente; en otros, hay disfunción orgánica residual (OMS, 2018).

En otras palabras, las complicaciones del RNP derivan del binomio inmadurez más hipoxia, por el acortamiento de la edad gestacional y la ineficacia a la adaptación respiratoria postnatal, dentro de las más frecuentes están: taquipnea transitoria, hipertensión pulmonar, hipoglucemia, apnea, ictericia, dificultad de alimentación y sepsis, mientras que, dentro de las complicaciones tardías secundarias a la inmadurez están los problemas en el crecimiento y desarrollo. La Guía de Práctica Clínica del IMSS 362-18 (2018) muestra que entre las principales causas de mortalidad están la membrana hialina y hemorragia intracraneal

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN): es una enfermedad no infecciosa, que ocurre generalmente en el niño pretérmino menor de 37 semanas de gestación (SDG), se caracteriza por una frecuencia respiratoria mayor de 60x' y dificultad respiratoria después de las primeras seis horas de vida, todo ello, se debe por la retención de líquido pulmonar con atrapamiento secundario de aire. El tratamiento consiste en incrementar la vasodilatación capilar pulmonar y la presión de la vía aérea, con la finalidad de que el aire desplace el líquido al intersticio para que pueda ser absorbido en los capilares pulmonares. Entre las principales complicaciones más frecuentes son: dificultad respiratoria, hipertensión pulmonar, persistencia de la circulación fetal (PCA y CIA) y cortocircuitos intracardiacos de derecha a izquierda; lo que constantemente requiere el uso de presión positiva continua como tratamiento (González, 2011).

La hipertensión pulmonar persistente en los recién nacidos (HPPRN): es una emergencia médica en la etapa neonatal con una alta morbo-letalidad, debido a una falla en la transición de la circulación fetal a la postnatal, que ocurre en los neonatos a término o próximos a esta etapa y que se presenta en 2 a 6 de cada 1,000 nacidos vivos, aunque en ocasiones puede encontrarse en neonatos prematuros con SDR o DBP. La causa más frecuente es secundaria al síndrome de aspiración de meconio (SAM), la asfixia perinatal, la neumonía intrauterina, la sepsis y la hernia

diafragmática congénita (HDC). El tratamiento más frecuente es ventilación mecánica, el óxido nítrico y la oxigenación por membrana extracorpórea; el seguimiento neurológico a largo plazo es esencial, puesto que del 20-25% de los sobrevivientes presentan anormalidades en su neurodesarrollo y de 10 a 25% problemas de audición (Gasque, 2014).

La hipoglucemia neonatal (HN): puede llevar a morbilidad neurológica a largo plazo; actualmente no existe un consenso en cuanto al valor que se debería considerar como límite seguro y sigue siendo uno de los temas más controversiales en el manejo del recién nacido. Se define “hipoglucemia” como la concentración baja de glucosa en sangre que desencadena signos y síntomas de compromiso del sistema nervioso central; debe ser diagnosticada y tratada mediante un examen de glucemia química y no deben usarse tiras reactivas para el diagnóstico. El manejo para un paciente sintomático con signos claros de neuroglucopenia (convulsiones, coma, entre otros.), se debe administrar glucosa parenteral apenas se pueda. Según el Comité de Estudios Feto-Neonatales (2019) en los neonatos de riesgo se recomienda no realizar prácticas que impliquen la separación del RN de su madre y la suspensión de la lactancia para preservar la salud de la díada en el presente y a largo plazo, hasta que se confirme el diagnóstico de hipoglucemia.

El síndrome apneico: es la falta de flujo aéreo debido a cesación del esfuerzo respiratorio (apneas centrales), por obstrucción total (apneas obstructivas) o parcial (hipopneas) de la vía aérea, manteniendo el esfuerzo respiratorio. Existen, además: apneas mixtas, que es una combinación de ambos mecanismos; y apnea del prematuro, que es un problema clínico, manifestado por un patrón respiratorio inestable, reflejo de la inmadurez del centro respiratorio central. Se considera apnea al nivel de saturación de menos de 85% y se considera como patológico en este grupo si persiste por 5 segundos o más. De acuerdo, con Solari y Pavlov (2013) el desarrollo psicomotor y neurológico se ve más afectado en los recién nacidos prematuros extremos con apnea, que los que los RNP que no presentaron apnea.

La ictericia: en la mayoría de los casos es benigna, pero por su potencial neurotoxicidad, debe ser monitorizada muy de cerca para identificar neonatos que

pueden desarrollar hiperbilirrubinemia severa y alteraciones neurológicas inducidas por la bilirrubina. Existen dos patrones clínicos para la ictericia (Mazzi, 2005):

- Hiperbilirrubinemia severa temprana, generalmente asociada a una producción incrementada por problemas hemolíticos y presente antes de las 72 horas de vida.
- Hiperbilirrubinemia severa tardía, generalmente asociada a una eliminación disminuida, que puede o no asociarse a incremento de su producción y presente luego de las 72 horas de vida. El manejo correcto de la hiperbilirrubinemia se basa en el reconocimiento de factores de riesgo y/o en los niveles de bilirrubina sérica total específica para la edad post natal del neonato

Retinopatía del Prematuro: es una enfermedad angioproliferativa de la retina incompletamente vascularizada del prematuro de muy bajo peso de nacimiento o menor a las 32 semanas, que se caracteriza por la aparición de anormalidades visibles en fondo de ojo y que constituye la principal causa de ceguera infantil; entre los factores de riesgo asociados se encuentran: la hipotensión y el shock, la oxigenoterapia prolongada, la ventilación mecánica prolongada, necesidad de transfusiones, apneas, deficiencia de vitamina E y acidosis (Claramunt, s.f.).

4.3.4 Tratamiento

Los RNP fisiológicamente son más inmaduros que los nacidos a término por lo que tienen mayor riesgo de morbilidad, lo implica que su tratamiento este centrado en la estabilización de las funciones vitales. De forma general, sufren de serios problemas por no poder regular adecuadamente la temperatura corporal, por lo que es parte importante en su tratamiento. La función pulmonar también está muy comprometida por diversos factores entre los que se encuentran la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, por lo que el tratamiento debe ser establecido cuidando ambos criterios (IMSS, s.f.).

Con lo que respecta al comportamiento alimenticio y la función gastrointestinal, el IMSS (s.f.) refiere que son inmaduros, por lo que pueden tener dificultades en la alimentación por el tono motor bajo, la falta de coordinación en la secuencia de succión, la deglución y la dismotilidad del aparato digestivo, por lo que el aporte proteico es parte fundamental de su tratamiento.

En consecuencia, el tratamiento de los RNP es multifactorial, incluyendo: la oxigenoterapia, el aporte nutricional adecuado (140-180 kcal/kg/día), la restricción de fluidos, el uso de diuréticos, las teofilinas (cafeína), la kinesioterapia respiratoria y los broncodilatadores en caso de coexistir hiperreactividad bronquial. Otras medidas pueden plantearse según la necesidad, entre las que están rehabilitación neuronal (Lorca, 2016).

4.3.5 Secuelas

El grado de inmadurez de los RNP los coloca en una situación de fragilidad que los expone tanto a una mayor morbilidad como a retrasos en el desarrollo, con repercusiones a corto, mediano y largo plazo. Los servicios de neonatología, en ocasiones de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, son el primer contacto del recién nacido al momento del nacimiento, por ello, es ahí donde es sometido a múltiples estímulos ambientales que interfieren en su desarrollo (Ortega y Núñez, 2017).

Cabe destacar, que hay un riesgo del 10% de parálisis cerebral en RNP de muy bajo peso a la hora del nacimiento, asimismo, muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades motoras o relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos (OMS, 2018). En resumen, la frecuencia de las alteraciones del neurodesarrollo en los prematuros de muy bajo peso al nacer es alarmante, siendo esta responsable de hasta de un 50% de las anomalías neurológicas de la infancia, que incluyen desde las alteraciones leves de las funciones cognitivas hasta la parálisis cerebral infantil, retraso en el desarrollo psicomotor, sordera o hipoacusia neurosensorial, retinopatía de la prematuridad, que en su grado severo ocasionaría la ceguera (Fernández et al., 2017).

4.3.6 Estimulación Temprana

A nivel mundial, se reportan 15 millones de nacimientos prematuros al año; de ellos, aproximadamente un millón mueren debido a complicaciones en el parto. Del mismo modo, la OMS reporta que, en 184 países afiliados, la tasa de nacimientos prematuros va de 5 a 18%, de los bebés prematuros que sobreviven, muchos presentan algún tipo de complicación y discapacidades relacionadas con el aprendizaje, retraso psicomotor, así como problemas visuales y auditivos (como se citó en López et al., 2018).

De acuerdo con SSA (2019) el 17% de los nacimientos en el Hospital de la Mujer en la ciudad de Morelia Michoacán, son prematuros, siendo los problemas respiratorios los más frecuentes, y que, en algunos casos, pueden derivar en hemorragias cerebrales, lo que a su vez puede dejar graves secuelas en los niños, ya que requerirán de estimulación temprana para su integración. Siguiendo esta línea Daus (2017) define como “estímulo” a cualquier factor que puede desencadenar un cambio físico o de la conducta, externo o interno. Por lo tanto, impartir estímulos es un proceso complejo que debe ser realizado con suma responsabilidad y vigilancia.

En el libro titulado *Neurodesarrollo en Neonatología: Intervención ultratemprana en la Unidad de Cuidados intensivos Neonatales*, Basso (2016) refiere su preocupación por la protección del neurodesarrollo en las unidades UCIN, por lo que en el capítulo III desarrolla estrategias aplicadas por el personal de enfermería, que tienen implicaciones positivas en el neurodesarrollo del neonato si se aplican de forma temprana, como son; reducción del estrés, cuidados posturales o manipulaciones gentiles, que ayudan a la estabilidad fisiológica y estimulan el desarrollo sensorio motor óptimo. En conclusión, la estimulación temprana puede ser considerada un método ideal de atención para los bebés hospitalizados con riesgo de atraso en el desarrollo, como lo son sin duda alguna los prematuros (Gomes et al., 2012).

V. Valoración

En este apartado se abordará de manera general el caso de la agencia de autocuidado donde el recién nacido pretérmino debe hacer frente a su proceso de maduración dentro de un ambiente diferente al intrauterino y adaptarse a la vida extrauterina. En ese sentido:

El déficit de autocuidado, en los neonatos consiste en que ellos por la inmadurez que presentan de sus órganos no poseen las capacidades físicas para hacerse cargo de sus propias necesidades, además, que por su inmadurez se encuentran hospitalizados y separados de los padres, lo que les imposibilita afrontar sus propios requerimientos de autocuidado, tales como: alimentación, respiración, sueño y descanso, eliminación que muchas veces se ven interrumpidos en sus procesos naturales y es necesario crear agencias de autocuidado que puedan suplir y estimular dichos procesos.

El déficit de requisitos de autocuidado del desarrollo, es la provisión de los cuidados necesarios en efecto de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo del neonato como pueden ser de manera general el medio ambiente, la temperatura, las actividades que generan estrés en el prematuro, como actividades generadoras de ruido ambiental, horas de penumbra y descanso, estudios de laboratorio y radiológicos no controlados, entre otros, y que causan desorganización en el neonato así como estrés en los padres.

Los requisitos de autocuidado universal, refieren al mantenimiento de un aporte suficiente de aire, este a su vez dependerá de la edad gestacional en la que se encuentre el neonato siendo esta entre las 29 y las 36 SDG, o de la situación de maduración de los pulmones, por ello, puede requerir oxígeno en cualquiera de sus etapas ya sea en primera fase, a través de puntas nasales o flujo libre, en la segunda fase con una presión positiva continua no invasiva como lo es el CPAP, o en la tercera fase a través de un ventilador mecánico; cabe mencionar que estos neonatos requieren mantener una saturación de oxígeno entre 84 y 94 % de FiO_2 .

El mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos y alimentos, se provee a partir de la aparición del reflejo de búsqueda, así como de la coordinación succión-deglución-respiración, mientras tanto su aporte es a través de sondas para la vía enteral o catéter para vía parenteral, de acuerdo a los requerimientos de su peso, donde la enfermera es la encargada de proveer estos requerimientos. También, los cuidados de la piel los es parte de los requisitos ya que en general es fina y delgada se encuentra expuesta al medio ambiente.

Del mismo modo, los procesos de eliminación y excretas muchas veces se ven comprometidos por lo que requieren de medicamentos que ayuden a la eliminación o sondas para eliminar y cuantificar los líquidos. El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo regularmente en los neonatos que se encuentran hospitalizados requiere de la agencia de cuidado, ya que ellos no distinguen cual es el momento de estar dormido y cual el de estar alerta, por ende, el ambiente es un factor importante que interviene en el desequilibrio ya que las unidades de cuidados neonatales, regularmente mantienen las luces encendidas durante las 24 horas, así como ruidos no controlados.

Finalmente, se ubica el mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social, ya que los padres regularmente sienten miedo de afrontar la realidad de que lo que debía ser una ilusión por el nacimiento sus bebés termina siendo algo doloroso e incluso dramático para ellos, se sienten sin la capacidad de afrontar esta situación solos, por lo que tienen la necesidad de ser orientados, capacitados y acercados a esta situación de la mejor manera, ya que ellos son parte importante del proceso de recuperación de los neonatos y serán los encargados en el alta del paciente de brindar los cuidados de las secuelas que pudieran presentar al darse de alta sus neonatos.

Por su parte, los sistemas enfermeros se enfrentan ante la necesidad que los neonatos presentan sobre un sistema de autocuidado totalmente compensatorio, por sus limitaciones propias de la edad así como por la inmadurez de sus diferentes órganos y sentido, además, se hace necesario el sistema de apoyo educativo que se debe proporcionar a los padres, quienes en correlación con el personal de enfermería

deben aprender a identificar alteraciones en el neurodesarrollo del pequeño, identificar sus necesidades, brindándole educación para estimular los sentidos que así lo requieran y saber identificar donde termina la estimulación y de esta manera no genere mayor temor ni ansiedad en los padres al llevarlos a casa.

VI. Diagnósticos de enfermería

A continuación, se muestra en la “Tabla 1” el cuadro deductivo de la ponderación de diagnósticos de enfermería con base a la información encontrada y la clasificación de dominios y clases de la taxonomía de NANDA. Es importante recalcar que la ponderación se realizó en relación al número de repeticiones según los autores consultados y al tipo de diagnóstico.

Tabla 1.

Cuadro deductivo de la ponderación de diagnósticos de enfermería con base en NANDA (1986/2019), en conjunto con los artículos encontrados en formato digital

Autor 1	Autor 2	Autor 3	Autor 4	Autor 5	Autor 6	Autor 7	NANDA I	Ponderación
(Ortega y Núñez, 2017)	(Monte y Freitag, 1998)	(Vale et al., 2014)	(Casado y Lozano, 2017)	(Yanina, 2017)	(Hecheverría et al., 2018)	(Báez, 2018)		
00016 Conducta desorganizada del lactante	No existe control de factores ambientales		00016 Conducta desorganizada del lactante	00016 Conducta desorganizada del lactante	00016 Conducta desorganizada del lactante	00016 Conducta desorganizada del lactante	00016 Conducta desorganizada del lactante	5
00115 Riesgo de conducta desorganizada del lactante	Riesgo de alteraciones neurológicas del lactante	Riesgo de alteración en los sistemas autónomo y motor	00104 Lactancia materna ineficaz	00106 Lactancia materna eficaz		00117 Adaptación del prematuro	00115 Riesgo de conducta desorganizada del lactante	4

Autor 1	Autor 2	Autor 3	Autor 4	Autor 5	Autor 6	Autor 7	NANDA I	Ponderación
00043 Protección ineficaz	Incapacidad para defenderse de los factores externos	00043 Protección inefectiva	00126 Conocimientos deficientes	00122 Alteración de la percepción sensorial	00122 Alteración de la percepción sensorial	00043 Protección ineficaz	00043 Protección ineficaz	4
00111 Retraso en el crecimiento y desarrollo	00111 Retraso en el crecimiento y desarrollo	00111 Retraso en el crecimiento y desarrollo		00112 Riesgo de retraso en el desarrollo	Retraso del crecimiento intrauterino	00112 Riesgo de retraso en el desarrollo	00112 Riesgo de retraso en el desarrollo	3
00122 Alteraciones de la percepción sensorial	00103 Deterioro de la deglución		Hiperbilirrubinemia		00126 Conocimientos deficientes	00103 Deterioro de la deglución	00103 Deterioro de la deglución	3
00117 Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante								1

Tabla 2.

Cuadro de la clasificación de datos

Datos significativos	Análisis deductivo de la teoría	Análisis deductivo de clasificación por taxonomía
Antecedentes de parto. Edad. Fases de ventilación. Rutina de sala de UCIN	Requisitos de autocuidado y desarrollo <i>Sistema: Totalmente compensatorio</i>	Dominio IX Afrontamiento/Tolerancia al estrés Clase 3: Estrés neurocomp artamental
Neonato pretérmino. Prematurez. Asfixia. No manejo de horas de penumbra en el servicio. Trastornos del patrón del sueño.	Requisitos de autocuidado y desarrollo <i>Sistema: Totalmente compensatorio</i>	Dominio IV Actividad / Reposo Clase 3: Equilibrio de la energía.
Neonato. Edad gestacional. Nacimiento por parto distócico. Hipotermia. Separación del binomio.	Requisitos de autocuidado y desarrollo <i>Sistema: Totalmente compensatorio</i>	Dominio IX Afrontamiento/ Tolerancia al estrés Clase 2: Respuesta al afrontamiento.
Edad. Sepsis. Asfixia. Parto distócico.	Requisitos de autocuidado y desarrollo <i>Sistema: Totalmente compensatorio.</i>	Dominio XIII Crecimiento/ Desarrollo Clase 2: Desarrollo
Alteración de la recepción sensorial. Excesivos estímulos ambientales.	Requisitos de autocuidado y desarrollo <i>Sistema: Totalmente compensatorio</i>	Dominio V Percepción/cognición Clase 3: Sensación/ Percepción

Nota. Adaptado de NANDA Internacional (1986/2019), en conjunción con el factor en común que presentan los neonatos pretermino y la teoría de Orem.

VII. Planeación

De la “Tabla 3” a “Tabla 7” se presenta el PCP dividido en cinco diagnósticos con su respectiva intervención y los resultados esperados, dirigido a la estimulación temprana en recién nacido pretérmino hospitalizado.

Tabla 3.

Diagnóstico I sobre la conducta desorganizada del lactante

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía NANDA-I									
Diagnóstico: 00016 <i>Conducta desorganizada del lactante</i> Definición: Desintegración de las respuestas fisiológicas y neurocompartamentales del lactante respecto del entorno. Factores relacionados: Contención insuficiente en el entorno, privación/privación sensorial, dolor, entorno físico inadecuado y entorno sobre estimulador. Condiciones asociadas: Funcionamiento neurológico inmaduro, procedimiento invasivo y trastorno congénito.									
DS/DR	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación					
-Alteración de los reflejos primarios. -Dedos extendidos -Deterioro del tono motor - Hiperextensión de las extremidades	Dominio 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés Clase 3 Estrés neuro-comportamental . Respuestas comportamental es que reflejan la función	Resultado <i>0117 Adaptación del lactante</i> Indicadores 011708 Tono muscular relajado 011710 Postura flexionada 011717 Responde a estímulos 011716 Atento a los Estímulos	6820 Cuidados del Lactante Prematuro -Mostrar cómo llamar la atención visual y auditiva del neonato. -Evitar la hiperestimulación, estimulando un sentido a la vez. -Reducir la luz ambiental - Proteger los ojos del lactante ante luz potente.	Puntuación Diana NOC / CRE Mantener, a: Aumentar a: <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5					

DS/DR	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
-Manos en la cara	nerviosa y cerebral	<i>Puntuación Diana:</i> <table><tr><td>1</td><td>Gravemente comprometido</td></tr><tr><td>2</td><td>Sustancialmente comprometido</td></tr><tr><td>3</td><td>Moderadamente comprometido</td></tr><tr><td>4</td><td>Levemente comprometido</td></tr><tr><td>5</td><td>No comprometido</td></tr></table>	1	Gravemente comprometido	2	Sustancialmente comprometido	3	Moderadamente comprometido	4	Levemente comprometido	5	No comprometido	-Programar cuidados y alimentos según ciclo sueño-vigilia.	
1	Gravemente comprometido													
2	Sustancialmente comprometido													
3	Moderadamente comprometido													
4	Levemente comprometido													
5	No comprometido													

Nota. Adaptado de NANDA Internacional (1986/2019); Butcher et al. (1987/2014); Moorhead et al. (1991/2014).

Tabla 4.

Diagnóstico II sobre el riesgo de conducta desorganizada del lactante

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía NANDA-I									
Diagnóstico: 00015 <i>Riesgo de conducta desorganizada del lactante</i> Definición: Susceptible de padecer una desintegración del patrón de modulación de los sistemas de funcionamiento fisiológicos y neurocomportamentales que pueden comprometer la salud. Factores relacionados: Conocimiento insuficiente de las señales conductuales por parte del cuidador, contención insuficiente en el entorno e interpretación errónea de los indicadores por parte del cuidador. Condiciones asociadas: Edad gestacional baja, exposición prenatal a teratógenos y prematuridad.									
DS/DR	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación					
-Confusión de datos significativos. -Cuidador principal inexperto. -Deterioro del tono motor. -Manos en la cara.	Dominio 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés Clase 3 Estrés neuro-comportamental. Respuestas comportamentales que reflejan la función nerviosa y cerebral	Resultados 1902 <i>Control de Riesgo</i> Indicadores 190203 El cuidador controla los factores de riesgo ambiental 190205 El cuidador controla los factores de riesgo ambientales 190207 Sigue las estrategias de control de riesgo 190220 El cuidador identifica los factores de riesgo	6618 Identificación de riesgo -Revisar los antecedentes médicos y documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos y cuidados. -Identificar los riesgos biológicos ambientales y conductuales. -Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo. -Aplicar las actividades de reducción de riesgos.	Puntuación Diana NOC / CRE Mantener a: Aumentar a: ____ <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5					

DS/DR	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
		<i>Puntuación Diana:</i> <table><tr><td>1</td><td>Nunca demostrado</td></tr><tr><td>2</td><td>Raramente demostrado</td></tr><tr><td>3</td><td>A veces demostrado</td></tr><tr><td>4</td><td>Frecuentemente demostrado</td></tr><tr><td>5</td><td>Siempre demostrado</td></tr></table>	1	Nunca demostrado	2	Raramente demostrado	3	A veces demostrado	4	Frecuentemente demostrado	5	Siempre demostrado		
1	Nunca demostrado													
2	Raramente demostrado													
3	A veces demostrado													
4	Frecuentemente demostrado													
5	Siempre demostrado													

Nota. Adaptado de NANDA Internacional (1986/2019); Butcher et al. (1987/2014); Moorhead et al. (1991/2014).

Tabla 5.

Diagnóstico III sobre protección Ineficaz

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía NANDA-I									
Diagnóstico: 00043 <i>Protección Ineficaz</i> Definición: Disminución de la capacidad para protegerse de amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones Factores relacionados: Nutrición inadecuada, régimen terapéutico, disnea y fatiga. Condiciones asociadas: Edad extrema.									
DS/DR	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación					
-Deterioro neurosensorial. -Disnea. -Fatiga. -Inmovilidad. -Respuesta desadaptativa al estrés.	Dominio 1 Promoción de la Salud Clase 2 Gestión de la salud Identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y el bienestar.	Resultado 0004 Sueño Indicadores: 000401 Horas de sueño 000403 Patrón del sueño 000420 Temperatura confortable de la cuna 000405 Eficiencia del sueño 000404 calidad del sueño	1850 Mejorar el sueño -Manejo de medidas agradables y relajantes al paciente, masaje o contacto piel a piel. -Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia. -Reducir la luz ambiental	Puntuación Diana NOC / CRE Mantener a: Aumentar a: <table border="1" data-bbox="1654 963 1894 1003"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5					

DS/DR	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
		Puntuación Diana: <table><tr><td>1</td><td>Gravemente comprometido</td></tr><tr><td>2</td><td>Sustancialmente comprometido</td></tr><tr><td>3</td><td>Moderadamente comprometido</td></tr><tr><td>4</td><td>Levemente comprometido</td></tr><tr><td>5</td><td>No comprometido</td></tr></table>	1	Gravemente comprometido	2	Sustancialmente comprometido	3	Moderadamente comprometido	4	Levemente comprometido	5	No comprometido	-Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día/noche.	
1	Gravemente comprometido													
2	Sustancialmente comprometido													
3	Moderadamente comprometido													
4	Levemente comprometido													
5	No comprometido													

Nota. Adaptado de NANDA Internacional (1986/2019); Butcher et al. (1987/2014); Moorhead et al. (1991/2014).

Tabla 6.

Diagnóstico IV sobre riesgo de retraso en el desarrollo

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía NANDA-I									
Diagnóstico: 00112 <i>Riesgo de retraso en el desarrollo</i> Definición: Susceptible de sufrir un retraso del 25 % o más en las áreas de la conducta social o autor reguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras gruesas o finas, que puede comprometer la salud. Población de riesgo: Analfabetismo funcional materno, cuidado prenatal insuficiente, edad materna extrema y prematuridad. Condiciones asociadas: Infección prenatal, lesión cerebral, régimen terapéutico y retraso en el desarrollo.									
DS/DR	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación					
-Crisis convulsivas. -Deterioro auditivo. Deterioro de la visión. -Dificultad para el aprendizaje del cuidador. -Peso bajo para la edad gestacional.	Dominio 13 Crecimiento y desarrollo Clase 2 Desarrollo Aumento de las dimensiones físicas o maduración de los sistemas orgánicos	Resultado <i>1819 Conocimiento sobre el cuidados del lactante</i> Indicadores 181919 Señales de comunicación del lactante. 181920 Métodos de estimulación del lactante 181922 Técnicas de relajación del lactante 191823 Necesidades especiales de cuidados	5655 Enseñanza: estimulación del lactante (0-4 meses) -Proteger al lactante de la sobre estimulación. -Ayudar a los progenitores a planificar una rutina para la estimulación del lactante. -Enseñar a los progenitores/cuidadores a realizar actividades que favorezcan el movi-	Puntuación Diana NOC / CRE Mantener, a: Aumentar a: <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5					

DS/DR	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
		<i>Puntuación Diana:</i> <table><tr><td>1</td><td>Ningún conocimiento</td></tr><tr><td>2</td><td>Escaso conocimiento</td></tr><tr><td>3</td><td>Moderado conocimiento</td></tr><tr><td>4</td><td>Sustancial conocimiento</td></tr><tr><td>5</td><td>Extenso conocimiento</td></tr></table>	1	Ningún conocimiento	2	Escaso conocimiento	3	Moderado conocimiento	4	Sustancial conocimiento	5	Extenso conocimiento	miento y/o proporcionen estimulación sensorial. -Hacer que los progenitores demuestren las actividades aprendidas durante la enseñanza.	
1	Ningún conocimiento													
2	Escaso conocimiento													
3	Moderado conocimiento													
4	Sustancial conocimiento													
5	Extenso conocimiento													

Nota. Adaptado de NANDA Internacional (1986/2019); Butcher et al. (1987/2014); Moorhead et al. (1991/2014).

Tabla 7.

Diagnóstico V sobre deterioro de la deglución

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía NANDA-I									
Diagnóstico: 00103 Deterioro de la deglución Definición: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con un déficit en la estructura o función oral, faríngea o esofágica. Factores definitorios: Atragantamiento previo a la deglución, babeo, enganche al pezón ineficaz, reflujo nasal y succión ineficaz. Condiciones asociadas: Deterioro neuromuscular, enfermedad cardíaca congénita, enfermedad por reflujo gastroesofágico, lesión cerebral, parálisis cerebral, problemas con hipotonía importante, problemas neurológicos y problemas respiratorios.									
DS/DR	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación					
-Débil succión. -No coordina succión y deglución. -Reflujo. -Estado neurológico deteriorado. -No responde a estímulos sensoriales -Mantiene sobresalto al estímulo	Dominio 2 Nutrición Clase 1 Ingestión Incorporación de alimentos o nutrientes en el organismo	Resultados 0913 Estado Neurológico: Función sensitiva/motora de pares craneales Indicadores 091301 Olfato 091303 Reflejos oculares 091305 Audición 091319 Estiramiento bilateral de músculos 091309 Reflejo nauseoso	6618 Identificación de riesgo -Revisar los antecedentes médicos y documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos y cuidados. -Identificar los riesgos biológicos ambientales y conductuales. -Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo	Puntuación Diana NOC / CRE Mantener a: Aumentar a: <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5					

DS/DR	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
		<i>Puntuación Diana</i> <table><tr><td>1</td><td>Gravemente comprometido</td></tr><tr><td>2</td><td>Sustancialmente comprometido</td></tr><tr><td>3</td><td>Moderadamente comprometido</td></tr><tr><td>4</td><td>Levemente comprometido</td></tr><tr><td>5</td><td>No comprometido</td></tr></table>	1	Gravemente comprometido	2	Sustancialmente comprometido	3	Moderadamente comprometido	4	Levemente comprometido	5	No comprometido	-Aplicar las actividades de reducción de riesgos.	
1	Gravemente comprometido													
2	Sustancialmente comprometido													
3	Moderadamente comprometido													
4	Levemente comprometido													
5	No comprometido													

Nota. Adaptado de NANDA Internacional (1986/2019); Butcher et al. (1987/2014); Moorhead et al. (1991/2014).

VIII. Resultados

El proceso enfermero es un método que cumple con la base científica que moldea el quehacer de la enfermería, por ello, la implementación de este es una herramienta fundamental para la gestión de los cuidados y la utilización con un lenguaje normalizado que contribuya al avance de la profesión, y que a su vez permite brindar intervenciones de manera estandarizada, constituyendo la base para homologar los cuidados de enfermería, sin que suponga, alguna limitación a la atención individualizada a cada persona.

En ese sentido, se establecieron cinco diagnósticos con plan de cuidados que se pueden aplicar de manera estandarizada a los neonatos prematuros estables, donde exista un factor en común independiente al diagnóstico agregado a la prematurez.

IX. Conclusiones

En la actualidad existen numerosas tecnologías que permiten incrementar la sobrevivencia de los recién nacidos prematuros, si bien, el hecho de que nazca antes de término puede condicionar un ambiente hostil, el cual está lleno de luz, ruido, manipulación y procedimientos que le generan dolor, contrario al vientre materno el cual se encuentra en condición ideal para su desarrollo, por lo que se hace necesario implementar y describir intervenciones que favorezcan su neurodesarrollo con calidad. Es así, que la argumentación del criterio de resultados NOC, permite trazar objetivos claros, que puedan evaluarse con facilidad y de forma constante para una mejor aplicación.

El Proceso Enfermero estandarizado representan un instrumento básico y valioso en la práctica de la Enfermería, ya que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática; este método tiene carácter científico con validez universal, brinda la posibilidad de identificar las necesidades reales y potenciales del neonato a través de la clasificación NANDA, traza objetivos claros con la evaluación

diana del NOC e intervenciones evaluables apoyados del NIC para su aplicación; no obstante, hace falta trabajar más por un neurodesarrollo sano en el neonato, incluyendo más evidencia científica en cuanto a la sobreestimulación, así como la estimulación sensorial, en las unidades de cuidados neonatales en los procesos enfermeros, para que sean incluidos de manera rutinaria en las instituciones de salud.

La vida del neonato prematuro ha incrementado considerablemente, gracias a los avances de la medicina y la tecnología, sin embargo, la atención se enfoca primordialmente en salvar la vida del prematuro dejando de lado la calidad de vida. Por lo que hace falta trabajar en estrategias que garanticen la mejor calidad de vida posible, para el futuro de estos neonatos. La aplicación de un proceso enfermero estandarizado en las unidades de cuidados neonatales es el primer paso para asegurar la aplicación de la estimulación temprana de manera rutinaria que como su nombre lo dice se aplique de manera temprana a todos los neonatos, involucrando a todo el equipo multidisciplinario y a los padres.

En conclusión, la estimulación temprana debe ser considerada un método ideal de atención de los bebés hospitalizados con riesgo de atraso en el desarrollo, es por ello, que se debe realizar un trabajo muy arduo para lograr concientizar a todo el equipo multidisciplinario sobre la importancia del manejo de los estímulos ambientales que afectan la salud del neonato, trabajando de manera más organizada en la protección del neurodesarrollo del neonato.

X. Sugerencias

Por un lado, es fundamental que el profesional de enfermería sea consciente que es pilar esencial en el desarrollo del prematuro, además, que es de suma importancia su participación en el cuidado haciendo uso de conocimiento basado en evidencia, con el fin de fomentar el desarrollo del recién nacido prematuro y con ello, fortalecer su neurodesarrollo. Por otro lado, es necesario identificar las mejores intervenciones en la atención de pacientes para promover su generalización, ya que

así se pudieran aprovechar de una forma mayor, mejorando los tiempos para registros de enfermería y utilizándolo para la atención directa del paciente.

En ese sentido, resulta necesario la revisión y utilización constante de los procesos enfermeros estandarizados, ya que puede mejorar en gran medida la atención a los pacientes que cursan con la misma enfermedad, por ende, se tendría que contar con un diagnóstico con intervenciones propuestas para iniciar la atención, así como modelos de evaluación para mejorar o re-direccionar las intervenciones, sin dejar de lado la individualidad de los pacientes, integrando las características propias a los procesos estandarizados.

Cabe mencionar, que, en este caso, la elaboración del plan de cuidados estandarizados de enfermería, permitiría identificar los puntos claves para atender el neurodesarrollo del recién nacido pretérmino, mediante un factor común encaminado a la débil adaptación al medio extrauterino. Por ello, se sugiere a futuras investigaciones la revisión de la evidencia sobre los daños de la sobre estimulación en las unidades de cuidados neonatales que, por ende, llevan a rehabilitar a los neonatos a través de la estimulación temprana, como consecuencia de actividades completamente evitables desde un principio.

Es así, como se hace necesario la revisión y utilización constante de los procesos enfermeros estandarizados, ya que pueden mejorar en gran medida la atención que se brinda por parte del profesional de la enfermería en este grupo etario, además, de reducir de forma considerable los tiempos de su aplicación. Cabe mencionar, que para una mayor difusión sobre este fenómeno se consideró necesario la realización de un folleto para difundir la propuesta de cuidados enfocados a la estimulación temprana en las áreas de cuidados neonatales.

Finalmente, se sugiere solicitar a las áreas correspondientes del Hospital la modificación de las normas del servicio tales como: horarios de visita, tomas de muestras de laboratorio, rayos X, aplicación de medicamentos., luz, ruido, etc., con la finalidad de mejorar el cuidado de los neonatos.

Referencias

- Alfaro, R. (2003). *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración* (5ª ed.). Masson
- Basso, G. (2016). *Neurodesarrollo en Neonatología. Intervención ultra temprana en la unidad de cuidados intensivos neonatales*. Panamericana
- Berbiglia, A. y Banfield, B. Teoría del déficit de autocuidado en enfermería. En M. Raile (Eds.), (2018). *Modelos y teorías en enfermería* (9ª ed.), (p. 565). ELSEVIER
- Bulechek, H., Butcher, G., Dochterman, J.M. y Wagner, C.M. (Eds.). (1987/2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NIC): Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (6ª ed.). ELSEVIER
- Casado, C. y Lozado, P. (2017). *Atención Temprana desde las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Cuidado Individualizado del desarrollo del recién Nacido y la Familia (NIDCAP)* [Actas de Congreso]. <http://congresoaspromin.com/casp/wp-content/uploads/2018/02/ATENCI%C3%93N-TEMPRANA-DESDE-LAS-UCI-NEONATALES.pdf>
- Claramunt, J. (s.f.). *Retinopatía del prematuro*. http://www.manuelosses.cl/BNN/gpc/Retinopatia_del_Prematuro.pdf
- Comité de Estudios Feto-Neonatales. (2019). Hipoglucemia neonatal: revisión de las prácticas habituales. *Arch Argent Pediatr.*, 117(5), 195-204. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.S195>
- Cueli, E. (2013). *Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado para los pacientes sometidos a la implantación de un marcapasos definitivo* [Tesis de licenciatura], Universidad de Cantabria. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2996/CueliDiazE.pdf?sequence=1>

- Daus, M.Y. (2017). Enfermería neonatal, intervención y Neonatal estimulación temprana: un camino conjunto para el cuidado del crecimiento y el desarrollo. *FUNDASAMIN: Enfermería Neonatal*, (23), 21-27. <https://riu.austral.edu.ar/handle/123456789/1108>
- Elso, R. y Solís, L. (2015). *El Proceso de Atención de Enfermería en Urgencias Extra hospitalarias* [Actas de congreso]. www.congresohistoriadeenfermeria2015.com
- Fernández, C., Matzumura, J., Gutiérrez, H., Zamudio, L. y Melgarejo, G. (2017). Secuelas del neurodesarrollo de recién nacidos prematuros de extremadamente bajo peso y de muy bajo peso a los dos años de edad, egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2009-2014. *Horizonte Médico (Lima)*, 17(2), 6-13. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n2.01>
- Gasque, J.J. (2014) Hipertensión pulmonar persistente en niños recién nacidos. Conceptos recientes. *Revista Mexicana de Pediatría*, 81(5). <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2014/sp145g.pdf>
- Gomes, P., Mota, A., Panúncio, M.P. y Iara, L. (2012). Estimulación Temprana en Enfermería Pediátrica: el papel del terapeuta ocupacional. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia*, 9 (16), 1-11. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4220947.pdf>
- González, A. (2011). Actualidades sobre la taquipnea transitoria del recién nacido. *Acta Pediátrica de México*, 32(2), 128-129. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2011/apm112j.pdf>
- González, M.G. y Monroy, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Revista de Enfermería Universitaria*, 13(2), 124-129. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>
- González, S., Romero, G. y Romero-Ojeda, M. (2013). Conocimiento sobre la diferencia entre el diagnóstico enfermero y problema interdependiente. *Rev*

Enferm *IMSS*, 21(2), 63-67.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim132b.pdf>

Hechavarría, L., Cruz, U.A., Hernández, M.A. y López, M. (2018). Protocolo de atención temprana a los neonatos con neuro-desarrollo de alto riesgo. *Correo Científico Médico de Holguín*, (4), 137-154.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000100012

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). *Guía de Práctica Clínica*.
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/362GER.pdf>

Instituto Nacional de Perinatología. (2016). *Informe de autoevaluación del director general del instituto nacional de perinatología Isidro espinosa de los reyes 1 de enero al 31 de diciembre de 2015*.
<https://www.inper.mx/descargas/pdf/INFORME-DE-AUTOEVALUACION-2015.pdf>

Iyer, P., Taptich, B. y Bernocchi, D. (1997). *Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería* (3a ed.). McGraw-Hill.

López, B., Ávalos N. y Díaz, N. (2018) Incidencia de prematuros en el Hospital General Naval de Alta Especialidad 2015-2017. *Revista sanidad militar*, 72(1), 19-23.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000100019&lng=es&tlng=es

Marcos, M.P. y Tizón, E. (2013), Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos*, 24(4), 168-177. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400005>

Mazzi, E. (2005). Hiperbilirrubinemia neonatal. *Rev. Soc. Bol. Ped.*, 44 (1), 26–35.
<http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v44n1/v44n1a07.pdf>

Moorhead, S., Swanson E., Johnson M. y Maas, M. (Eds.). (1991/2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud*. (6ª ed.). ELSEVIER

- NANDA Internacional. (1986/2019). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2018-2020 (11th ed.). ELSEVIER
- Naranjo, Y., Concepción, J.A. y Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana. Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus*, 19(3), 89-100.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby
- Organización mundial de la salud [OMS]. (2017). *Nacimientos prematuros*.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Nacimientos Prematuros*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#>
- Ortega, J. y Núñez, C. (2017). Estrategias de estimulación temprana dentro de unidades de neonatología para bebés pretermino. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, (1), 1-13.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6342236>
- Parra, B. y Heredia, E.N. (2003). Proceso atención de enfermería a un paciente con estenosis aórtica crítica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 11 (2), 66-71. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003/en032d.pdf>
- Pereda, M. (2010). Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enfermería Neurológica, Enfermería Neurológica (Mex)*, 10(3), 163-167.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>
- Prado, L.A., González, M., Paz, N. y Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>

- Ramírez, A. (2016). Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Revista Enfermería Universitaria*, 13 (2), 71-72.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.001>
- Reina, N.C. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Revista Umbral Científico*, 17(1), 18-23.
https://www.researchgate.net/publication/348928863_2010_Proceso_de_Atencion_de_Enfermeria_Instrumento_para_el_cuidado
- Secretaria de Salud [SSA]. (2011). *Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería*. Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud.
- Secretaria de Salud Michoacán [SSA]. (2019). *17% de los Nacimientos en el Hospital de la Mujer son prematuros*. <https://salud.michoacan.gob.mx/noticias/17-de-nacimientos-en-el-hospital-de-la-mujer-son-prematuros/>
- Secretaria de Salud Michoacán [SSA]. (2019). *Atención a Recién Nacidos Prematuros*. <https://salud.michoacan.gob.mx/noticias/ssm-brinda-atencion-oportuna-a-menores-prematuros/>
- Servicios de Salud Veracruz (2016). *El Proceso de Atención de Enfermería*. <https://www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-I-PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA.pdf>
- Solari, F. y Pavlov, J. (2013). Síndrome apneico en el recién nacido prematuro. *Revista Médica Clínica Condes*, 24(3), 396-402.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70175-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70175-5)
- Urbina, T. (2016). *Importancia de la Aplicación del Proceso Enfermero en la Práctica Diaria del Cuidado* [Ensayo]. <https://es.slideshare.net/agustingarcia79230305/importancia-de-la-aplicacin-del-proceso-enfermero-en-la-prctica-diaria-del-cuidado-63230205>

XI Anexos

Anexo 1. Instrumento de Valoración basado en la Teoría de Autocuidado

Factores condicionantes básicos:

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Orientación sociocultural.
- Factores del sistema de cuidados de salud; por ejemplo, diagnóstico médico y modalidades de tratamiento.
- Factores del sistema familiar.
- Patrón de vida, incluyendo las actividades en las que se ocupa regularmente.
- Factores ambientales.
- Disponibilidad y adecuación de los recursos.

Requisitos de autocuidado universal:

- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos incluidos los excrementos.
- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

Requisitos de autocuidado y desarrollo:

- Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo, esto es, el progreso humano, hacia los niveles más

altos de organización de las estructuras humanas y la madurez, durante las etapas siguientes de la vida.

- Previsión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que puedan afectar adversamente el desarrollo humano.

Requisitos de desviación de la salud:

- Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en cada caso.
- Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos.
- Llevar a cabo las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patologías.
- Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico.
- Modificar el auto concepto y auto imagen.
- Aprender a vivir con los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico.

Ficha técnica de la Agencia de autocuidado:

- Agencia de autocuidado:
- Agencia de cuidado dependiente:
- Demanda de cuidado terapéutico:
- Déficit de autocuidado:
- Limitaciones de autocuidado:
- Sistemas de cuidados:
- Totalmente compensatorios
- Parcialmente compensatorios
- Métodos de Apoyo