



**Universidad Michoacana de San Nicolás
de Hidalgo**

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



Maestría en Enfermería

**Plan de Cuidado Estandarizado en Neonatos con Síndrome de
Dificultad Respiratoria**

Tesis

**Que para obtener el grado de Maestra en Enfermería con terminal
en Gestión, Dirección y Liderazgo**

Presenta

María Candelaria Abrego López

Asesora

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Co-asesora

Dra. Barbara Mónica Lemus Loeza

Morelia, Michoacán

Julio 2021

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. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Directora de tesis

Dra. Barbara Mónica Lemus Loeza

Co-asesora

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Revisora

Dra. Ma. Lilia Alícia Alcántar Zavala

Revisora

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Revisora

ACTA DE REVISIÓN

La Dra. **Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz** Profesor e Investigador Asociado “B” adscrita a la Facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, directora de la tesis de maestría.

CERTIFICA

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado “**Plan de Cuidado Estandarizado en un Neonato con Síndrome de Dificultad Respiratoria**” elaborado por la Licenciada en Enfermería **María Candelaria Abrego López** mismo que se presenta para la obtención del grado de **Maestra en Enfermería con Terminal en Gestión, Dirección y Liderazgo**, en la Facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

**Dra. Ma .de Jesús Ruiz
Recéndiz**
Profesor Investigador
Asociado “B”
Facultad de Enfermería

**Dra. Barbara Mónica
Lemus Loeza**
Profesor Investigador
Asociado “B”
Facultad de Enfermería

**Dra. Vanesa Jiménez
Arroyo**
Profesor Investigador
Asociado “C”
Facultad de Enfermería

**Dra. Ma. Lilia Alicia
Alcántar Zavala**
Profesor Investigador
Asociado “C”
Facultad de Enfermería

**Dra. Mayra Itzel Huerta
Baltazar**
Profesor Investigador
Asociado “C”
Facultad de Enfermería

Agradecimientos

A Dios por darme la salud y permitirme llegar hasta aquí.

A mis padres por su ayuda y por ser mis pilares fundamentales ante la vida.

A mi esposo e hijos por su acompañamiento en este proceso.

A la Facultad de Enfermería porque me abrió las puertas para lograr mi sueño profesional

A mi Directora de Tesis Dra. Ma. De Jesús Ruiz Reséndiz que más que una maestra para mí es un ejemplo a seguir y porque más de una vez a interferido en mi vida para apoyarme en el crecimiento profesional.

A los docentes de la facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo que contribuyeron a que esto fuera posible.

Dedicatoria

A Dios por ser mi creador y darme la fuerza de voluntad para continuar luchando por mis metas propuestas.

A mis padres Elena y Ladislao porque siempre están al pendiente de mí y apoyarme absolutamente en todo.

A mis hermanos Leo, Betty, Damián y Mariana por que nos une algo más que la sangre y porque siempre puedo contar con ellos.

A mi compañero de vida Hualberto por motivarme y ser mi apoyo en todo momento

A mis hijos Isabella y José Alejandro que son mi razón de ser y el motor de mi vida.

Índice

Introducción	1
Capítulo I	4
I. Justificación	5
II. Objetivos	7
Capítulo II	8
III. Marco Teórico	9
3.1 Proceso enfermero (PE)	9
3.1.1 Antecedentes	9
3.1.2 Definición	9
3.1.3 Etapas	10
3.2 Teoría de Autocuidado de Dorothea E. Orem (TEDA)	12
3.2.1 Antecedentes	12
3.2.2 Fuentes teóricas	12
3.3 Síndrome de dificultad respiratoria	17
3.3.1 Signos y síntomas	18
3.3.2 Tratamiento	19
Capítulo III	20
IV. Metodología	21
4.1. Revisión sistemática	21
4.2. Plan de Cuidados Estandarizado	22
Capítulo IV	23
V. Diagnósticos de Enfermería	24
<i>Diagnóstico No. 1 Patrón respiratorio ineficaz</i>	26
<i>Diagnostico No. 2 Patrón de alimentación ineficaz del lactante</i>	29
<i>Diagnostico No. 3 Riesgo de Infección.</i>	32
<i>Diagnostico No.4 Dolor agudo</i>	37
<i>Diagnostico No. 5 Termorregulación ineficaz</i>	41
Capítulo V	44
VI. Resultados	45
VII. Conclusiones	46
VIII. Referencias Bibliográficas	47
Anexos	52

Resumen

Introducción. El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es una condición muy frecuente en los recién nacidos, principalmente en prematuros, considerándose como un problema de salud por la elevada morbilidad y mortalidad. No existen Planes de Cuidados Estandarizado (PCE) en neonatos con esta condición y bajo el enfoque de la teoría de Autocuidado de Dorothea E. Orem. **Objetivo.** Realizar un PCE dirigido a neonatos con SDR para mejorar el desarrollo de la práctica profesional. **Metodología.** Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos Scielo, Cuiden y Dialnet; se analizaron artículos publicados entre 2015 y 2020 en idioma español; se utilizaron los términos libres “plan de cuidados estandarizados”, “plan de cuidados en neonatos” y “plan de cuidados en neonatos con SDR”. **Resultados.** Diez artículos cumplieron con los criterios de inclusión y 100% mencionan diagnósticos que se presentan en un recién nacido con SDR. Se efectuó una ponderación de los diagnósticos identificados y se seleccionaron cinco diagnósticos: cuatro de clasificación real y un diagnóstico de riesgo. Con ellos se realizó la planeación de intervenciones, acciones y evaluación a partir de las taxonomías *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, *Nursing Outcomes Classification (NOC)* y *Nursing Interventions Classification (NIC)*. **Conclusión.** Se elaboró un PCE dirigido al neonato con SDR con el referente teórico de Orem, cinco diagnósticos y los correspondientes resultados, indicadores, intervenciones y actividades.

Palabras clave: Cuidado de enfermería, Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, Neonato (DeCS).

Abstract

Introduction. Respiratory distress syndrome (RDS) is a very common condition in newborns, mainly premature infants, and is considered a health problem due to its high morbidity and mortality. There are no Standardized Care Plans (PCE) in neonates with this condition and under the approach of the Self-Care Theory of Dorothea E. Orem. **Objective.** Carry out a PCE aimed at neonates with RDS to improve the development of professional practice. **Methodology.** A systematic search was carried out in the Scielo, Cuiden and Dialnet databases; Articles published between 2015 and 2020 in Spanish were analyzed; The free terms “standardized care plan”, “neonatal care plan” and “care plan for neonates with RDS” were used. **Results.** Ten articles met the inclusion criteria and 100% mention diagnoses that occur in a newborn with RDS. A weighting of the identified diagnoses was carried out and five diagnoses were selected: four of real classification and one risk diagnosis. With them, the planning of interventions, actions and evaluation was carried out based on the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) and Nursing Interventions Classification (NIC) taxonomies. **Conclusion.** A PCE was developed for the newborn with RDS with the theoretical reference of Orem, five diagnoses and the corresponding results, indicators, interventions and activities.

Keywords: Nursing care, Newborn respiratory distress syndrome, Neonate (DeCS).

Introducción

Enfermería históricamente cuida a las personas y se encuentra en la búsqueda de metodologías que le permitan sistematizar su cuidado. De manera especial, desde 1970 en Estados Unidos se evidenció el hecho de que “las enfermeras diagnosticaban y trataban algo de manera independiente relacionado con los pacientes y sus familias” (Herdman y Kamitsuru, 2019) que es conocido actualmente como un diagnóstico de enfermería, y es definido por la *North American Nursing Diagnosis Association* (por sus siglas en inglés NANDA) como “un juicio clínico relacionado con una respuesta humana a las condiciones de salud / proceso de vida, o la vulnerabilidad de esa respuesta, por parte de un individuo, familia, grupo o comunidad” (Herdman y Kamitsuru, 2019).

Junto con la taxonomía de los diagnósticos de enfermería, surge la taxonomía de Resultados de Enfermería (*Nursing Outcomes Classification* o NOC por sus siglas en inglés), que se define como un “estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo, en respuesta a una intervención o intervenciones enfermeras” (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2013).

La tercera taxonomía esencial son las Intervenciones de Enfermería (*Nursing Interventions Classification* o NIC por sus siglas en inglés), que permite a la enfermera describir los tratamientos que realiza. La NIC describe a la Intervención de Enfermería como “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente” (Bulechek, Butcher, Dochterman y Wagner, 2013).

Las metodologías ya mencionadas permiten al profesional de enfermería disponer de elementos para la aplicación del Proceso de Enfermería, la herramienta metodológica propia de la disciplina y la profesión que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada (Secretaría de Salud, 2013). Además, la utilización de las clasificaciones taxonómicas, facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como, un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones.

Considerando lo anterior, es que en México la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) consideró necesario establecer líneas metodológicas que permitieran la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE, ahora denominados PCE) con criterios

unificados y homogéneos, encaminados a “mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente” que se han elaborado en el seno de la CPE con la colaboración de instituciones de salud, educativas y de organismos gremiales, utilizando la metodología incluida en el Lineamiento General para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (Secretaría de Salud, 2012).

El Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) constituye una herramienta de soporte vital para la profesión de enfermería, caracterizado por el enfoque humanístico que abarca no sólo los cuidados específicos de la patología, sino los componentes sociales, culturales y espirituales que rodean al paciente, además de la vinculación de las clasificaciones taxonómicas de NANDA, NOC y NIC como un sistema propuesto para la protocolización de cuidados de enfermería, con soporte científico (Secretaría de Salud, 2012).

Debido a que el PCE es una herramienta metodológica que guía la práctica de enfermería, se aplica en diversas condiciones clínicas como el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), que es la principal causa de insuficiencia respiratoria en recién nacidos prematuros (RNP) (Morales-Barquet, Reyna-Ríos, Cordero-González, Arreola-Ramírez, Flores-Ortega, Valencia-Contreras, Fernández-Carrocerá y Villegas-Silva, 2015) y cuyos criterios diagnósticos clínicos y paraclínicos fueron definidos en 2015 por un Comité Internacional en Montreaux, Suiza (Sánchez, Suaza-Vallejo, Reyes-Vega y Fonseca-Becerra, 2020).

La incidencia de SDR se incrementa con una edad gestacional menor; algunos datos muestran que en 2010 la incidencia fue del 92% en recién nacidos (RN) de 24 a 25 semanas, de 88% en RN de 26 a 27 semanas, de 76% en prematuros de 28 a 29 semanas y del 57% en niños con 30 y 31 semanas de gestación (Morales-Barquet et al, 2015).

Debido a su importancia se planteó realizar un PCE en neonatos que presentan la condición del síndrome de dificultad respiratoria, tomando como base la valoración de la teoría de Dorothea E. Orem (Berbibglia y Banfield, 2018) y las taxonomía NANDA, NOC y NIC.

El PCE reviste una trascendencia importante en virtud de la sistematización de cuidados que se otorga por parte del profesional de enfermería al neonato con síndrome de dificultad respiratoria (SDR) por lo que se realizó este trabajo que está estructurado en capítulos.

El capítulo I presenta la justificación del trabajo y los objetivos general y específicos del Plan de Cuidados Estandarizados; el capítulo II está conformado por el marco teórico que desarrolla de manera específica el proceso de enfermería, la teoría del autocuidado de Dorothea E. Orem, y la condición de síndrome de dificultad respiratoria; el capítulo III contiene la metodología seguida para la elaboración del PCE, la ponderación de los diagnósticos, la confrontación de los datos significativos y el desarrollo de los diagnósticos de enfermería, cuatro reales y uno de riesgo así como la inclusión de los resultados, intervenciones y actividades para cada diagnóstico; el capítulo IV presenta las conclusiones del PCE; y, finalmente, se observan las referencias bibliográficas y los anexos.

Capítulo I

I. Justificación

La OMS (2018) considera como recién nacido prematuro (RNP) a un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación; de acuerdo a este mismo organismo en México se estima una tasa de 7.3 nacimientos prematuros por cada 100 nacimientos. Cabe resaltar que actualmente esta condición continúa siendo un problema perinatal importante, ya que se afecta entre 5 y 12% de los nacimientos.

En México, de los 414 mil bebés que nacen en el IMSS cada año 40 mil 411 son prematuros (Instituto Mexicano de Seguro Social, 2019). Mientras que, en Michoacán en el 2019, se llevó un registro de mil 729 niños nacidos prematuramente, lo que representa 8.82 por ciento del total de nacimientos ocurridos en ese año.

Dada la inmadurez del árbol respiratorio, los recién nacidos inician con datos de dificultad para respirar; aleteo nasal, tiros intercostales, retracción xifoidea, cianosis peribucal, central o distal. La principal condición clínica asociada a la prematurez es el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), que inicia de manera inmediata al nacimiento con dificultad respiratoria progresiva, que requiere asistencia ventilatoria e ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales (Villanueva, 2016).

López (2007) menciona que el SDR es un cuadro respiratorio agudo que afecta casi exclusivamente a los recién nacidos pretérmino (RNP). La inmadurez del pulmón no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, puesto que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos pacientes. El SDR es una enfermedad por inmadurez pulmonar y es exclusivamente una enfermedad del RNP.

Por otro lado, la Secretaría de Salud (2011) señala en el Lineamiento General para la Elaboración de PCE que, según los resultados del diagnóstico nacional y las investigaciones descriptivas revisadas, son pocos los profesionales de enfermería que han aplicado la metodología del Proceso de Enfermería (PE) como una herramienta útil para el desarrollo de la práctica profesional, ya que no cuentan con un modelo práctico que se ajuste al área donde se desempeñan. Desde hace varios años, la práctica de enfermería ha cambiado con la aplicación del PE como un método de prestación de cuidados, la incorporación de sistemas estandarizados de lenguaje y diagnósticos propios incorporando la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

En México se han realizado intentos para implementar los PCE como una herramienta de trabajo en la práctica de enfermería sin embargo cabe señalar que en instituciones tanto públicas como privadas no se ha podido concretar su uso debido a la falta de estándares que permitan contar con un mismo lenguaje, sin embargo, en instituciones educativas se están buscando estrategias de enseñanza destacando la importancia del PE como herramienta vital para la profesión, caracterizada por el enfoque humanístico que abarca los componentes sociales, culturales y espirituales que rodean al paciente y que permite un soporte científico, disminuyendo el tiempo, ahorra recursos al momento de proporcionar los cuidados y sirve como método de desarrollo de la profesión (Secretaría de Salud, 2018).

Ante la necesidad de resolver complejas situaciones de salud de la población entre ellas el incremento de neonatos con enfermedades asociadas a alteraciones respiratorias, se insiste en la importancia de la participación del personal de enfermería que ayudará a estandarizar las intervenciones de enfermería.

II. Objetivos

General

Realizar un Plan de Cuidados Estandarizados para mejorar el desarrollo de la práctica profesional dirigida a neonatos con síndrome de dificultad respiratoria.

Específicos

1. Describir las etapas del proceso de enfermería
2. Desarrollar los componentes de la teoría del autocuidado de Dorothea E. Orem.
3. Describir la condición del síndrome de dificultad respiratoria.
4. Realizar una revisión sistemática para identificar diagnósticos de enfermería en neonatos con síndrome de dificultad respiratoria.
5. Elaborar un Plan de Cuidados Estandarizados con base en los diagnósticos identificados con resultados, intervenciones y actividades con la metodología NANDA-NOC-NIC.

Capítulo II

III. Marco Teórico

Este apartado se compone de tres partes. Se inicia con el sustento teórico del Proceso de Enfermería que fundamenta este trabajo, seguido del desarrollo de la Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem en donde se explican las bases teóricas del autocuidado, el déficit de autocuidado y los sistemas de enfermería; y, finalmente, se presenta la condición de un recién nacido prematuro con síndrome de dificultad respiratoria.

3.1 Proceso enfermero (PE)

3.1.1 Antecedentes

En el siglo XIX inicia la disciplina profesional de Enfermería con la figura de Florence Nightingale en los países europeos en donde se remonta al acto de cuidar a la persona herida, abordando con especial interés la observación como elemento primordial para brindar cuidado de Enfermería. (Reina, N. 2010).

El proceso Enfermero (PE) data de 1955 cuando Hall por primera vez lo considero como un proceso, primeramente, se consideraron tres etapas donde incluía la valoración, la planeación y finalmente le ejecución. En 1967 fue cuando Yura y Walsh agregaron una cuarta etapa considerando la valoración, la planificación, la realización y la evaluación. Finalmente, Bloch, Roy y Aspinall entre 1974 y 1976 añadieron la etapa de diagnóstico para así finalmente el PE quedara como lo conocemos en la actualidad con sus cinco etapas. (González-Castillo, 2016).

3.1.2 Definición

El PE es un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente. Es sistemático porque consta de cinco pasos- valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, durante las cuales se llevan a cabo acciones deliberadas para lograr la máxima eficiencia y conseguir a largo plazo resultados beneficiosos. Es humanista porque se basa en la idea de que, mientras se planifica se consideran los intereses, ideales y deseos de la persona, familia o comunidad. (Alfaro-LeFevre, 1999).

3.1.3 Etapas

1. Valoración

La primera etapa, consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación. Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera-sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y los datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona. (Reina, N. 2010).

2. Diagnóstico

Es la segunda etapa del proceso esta etapa es en donde se realiza un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a todos los problemas que se puedan presentar ya sea de tipo real o potencial. Existen una clasificación de los diagnósticos enfermeros los cuales son tres: real, de riesgo y de salud. (Secretaría de Salud, 2016).

Es aquí donde la enfermera es responsable de la predicción, prevención y tratamiento de forma independiente. Un diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable. Es necesario para la realización del diagnóstico primeramente un razonamiento diagnóstico. (FEMCE, 2013).

3. Planeación

Una vez que se realizan las etapas anteriores se procede a la fase de planeación de los cuidados, es en esta fase en donde se establecen y se llevan a cabo los cuidados de enfermería que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Es aquí donde se establecen las prioridades en los cuidados, se plantean los objetivos con resultados esperados, se elaboran las actuaciones de enfermería y se realiza la documentación y registro. Los objetivos permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados. (González-Castillo y Monroy-Rojas, 2016).

4. Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, en esta etapa es cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería
- Anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- Dar informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

Enfermería tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente, y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizan todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada. (Merodio, I. 2006).

5. Evaluación

La evaluación, consiste en comparar los resultados esperados con los que realmente se han producido. Para ello, se valoran los cambios acontecidos como consecuencia de la actuación de enfermería en relación con los objetivos marcados. Cuando coinciden, se puede llegar a la conclusión de que la asistencia de enfermería se ha ajustado a las necesidades de la persona y ha logrado satisfacerlas. En el caso contrario, el proceso ha fallado en algunas de sus fases y hay que comenzarlo de nuevo desde el principio. Cabe también la posibilidad de que la evolución del paciente o del grupo evidencien que los resultados están en vías de conseguirse, pero aún no se han logrado; en tales casos, procede valorar de nuevo la situación para decidir qué nuevas medidas conviene adoptar. (Cubi, E.et.al. 2008)

En ocasiones el resultado planteado se ha logrado y sin embargo, el problema persiste, lo que precisa una reformulación de resultados. Si el problema persiste y el resultado tampoco se ha alcanzado, habría que plantearse las siguientes cuestiones: si realmente es válido el diagnóstico enfermero, si el resultado planteado era el oportuno o si las intervenciones ejecutadas son las más apropiadas o se han realizado de forma correcta o incorrecta. También si el resultado planteado era realista para la situación de la persona y sus capacidades o para los recursos que cuenta (Reina N.C, 2010).

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

3.2.1 Antecedentes

Dorothea Elizabeth Orem, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Inició su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington. Obtuvo un Master of Sciences in Nurse Education de la Catholic University of America. De 1958 a 1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras. Ese proyecto despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta: ¿Cuál es el tema principal de la enfermería? Fue nombrada doctora Honoris causa de la Universidad de Missouri en 1998. Dorothea Orem murió el viernes 22 de junio de 2007 en su casa de Georgia. Muchos artículos y presentaciones de Orem proporcionan una idea de sus puntos de vista sobre la práctica enfermera, la formación enfermera y la ciencia enfermera (Berbiglia y Banfiel, 2018).

3.2.2 Fuentes teóricas

Orem estableció: “La enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria” La enfermería tiene funciones sociales e interpersonales que caracterizan a las relaciones de ayuda entre quienes necesitan la asistencia y quienes la prestan. La teoría enfermera del déficit de autocuidado de Orem ofrece una conceptualización del servicio de ayuda característico que presta la enfermería. Orem reconoció que, si la enfermería tenía que avanzar como un campo de conocimiento y como un campo de práctica, se necesitaba un cuerpo de conocimientos enfermeros estructurado y organizado (Berbiglia y Banfiel, 2018).

La visión de los seres humanos como persona refleja la postura filosófica del realismo moderado. La idea de persona como agente es básica en la TEDA. Orem etiquetó su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas:

- La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
- Teoría del cuidado dependiente en donde explica de que modos los miembros de la familia y/o amigos proporcionan cuidados dependientes.

- La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
- La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero (Berbiglia y Banfiel, 2018).

Autocuidado Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

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.

Requisitos de autocuidado. Es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

- El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.
- La naturaleza de la acción requerida.

Requisitos de autocuidado universales. Son los requisitos que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad

7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal; la normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.

Requisitos de autocuidado de desarrollo

1. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo
2. Implicación en el autodesarrollo
3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano (Berbiglia y Banfiel, 2018).

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud

Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran. La enfermedad o la lesión no sólo afectan a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave y estados de coma), los poderes desarrollados o en desarrollo de la persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente (Berbiglia y Banfiel, 2018).

Dorothea E. Orem (1956) definió los siguientes conceptos metaparadigmáticos:

Persona: organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente. (Berbiglia y Banfiel, 2018).

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Aunque no define como tal al entorno, 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. (Berbiglia y Banfiel, 2018).

Necesidades de autocuidado terapéutico. Constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para: controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida), Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión). La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento: a) describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente, y b) tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno. (Berbiglia y Banfiel, 2018).

Actividad de autocuidado. Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

Actividad de cuidado dependiente. Actividad de cuidado dependiente se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de

autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente. (Berbiglia y Banfiel, 2018).

Déficit de autocuidado Es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada. (Berbiglia y Banfiel, 2018).

Actividad enfermera. Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado. ((Berbiglia y Banfiel, 2018).

Diseño enfermero. Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras (Berbiglia y Banfiel, 2018).

Sistemas enfermeros. Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes. (Raile, M. 2011).

Berbiglia y Banfiel, (2018). Mencionan que Dorothea E Orem estableció la existencia de tres tipos de sistemas de enfermería y los factores condicionantes básicos los cuales son:

Totalmente compensador: es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requerimientos de autocuidado universal del paciente hasta

que se este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

Sistema parcialmente compensador: este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.

Sistema de apoyo educativo: este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería a veces esto puede significar simplemente alentarlos. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Factores condicionantes básicos. Hace referencia a los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Los cuales son; edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, modelo de vida, factores del sistema sanitario, factores del sistema familiar, factores socioculturales, disponibilidad de recursos, factores externos del entorno (Taylor, 2007).

3.3 Síndrome de dificultad respiratoria

3.3.1 Concepto

La Guía de Práctica Clínica de la Secretaría de Salud (2009) menciona al SDR como una enfermedad caracterizada por inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del recién nacido prematuro, cuyo principal componente es la deficiencia cuantitativa y cualitativa de surfactante que causa desarrollo progresivo de atelectasia pulmonar difusa e inadecuado intercambio gaseoso. Se manifiesta con dificultad respiratoria progresiva, que puede llevar a la muerte si no recibe tratamiento adecuado.

La OMS (2018) considera recién nacido prematuro (RNP) a un recién nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. 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)

3.3.2 Fisiopatología

La etiología del SDR es un déficit transitorio de surfactante por disminución de la síntesis alteraciones cualitativas o aumento de su inactivación. La pérdida de la función tensoactiva produce colapso alveolar, con pérdida de la capacidad residual funcional, que dificulta la ventilación y altera la relación ventilación perfusión, por aparición de atelectasias. El pulmón se hace más rígido y tiende fácil y rápidamente al colapso aumentando el trabajo y el esfuerzo respiratorio (López de Heredia, 2008).

Paralelamente, el pulmón dañado disminuye su capacidad de reabsorción de líquido, la que resulta insuficiente, contribuyendo al edema pulmonar. Finalmente, este último puede estar, además, exacerbado por las respuestas sistémicas al síndrome de distress respiratorio que contribuyen a la retención de líquidos. El déficit de surfactante y el edema pulmonar conducen a anormalidades en la función pulmonar que llevan a hipoxemia. La disminución del volumen pulmonar que se refleja en la disminución de la capacidad residual funcional (López-Candiani, C. et.al. 2010)

El surfactante se produce, se almacena, se secreta y es reciclado por los neumocitos tipo II; en el neonato pretérmino, la producción está limitada y sus almacenes se depletan rápidamente al nacer. Desde el punto de vista de inmadurez anatómica, en el pretérmino los alvéolos terminales no están suficientemente desarrollados, lo que junto con el mesénquima grueso de la interfase alveolo-capilar, dificultan el intercambio gaseoso. La inmadurez condiciona mayor permeabilidad alveolar y facilita el edema intersticial (Brena-Ramos et al, 2015).

3.3.1 Signos y síntomas

Los síntomas comienzan al poco de nacer, con dificultad respiratoria moderada o intensa con polipnea debida a las alteraciones de la función mecánica del pulmón y cianosis secundaria por anomalías del intercambio gaseoso, alcanzando su máxima intensidad a las 24 – 48 horas de vida apareciendo tiraje intercostal, retracción xifoidea, quejido, aleteo nasal. El cuadro clínico es recortado debido a la administración precoz de surfactante y al soporte respiratorio (López de Heredia y Valls, 2008).

3.3.2 Tratamiento

El tratamiento del SDR se realiza en un periodo prenatal con corticoides principalmente betametasona y dexametasona, que están indicada en todas las mujeres con riesgo de parto prematuro, esta terapia incrementa la producción de surfactante y mejora la elasticidad tisular. Como medidas generales se realiza una reanimación adecuada, es importante también mantener un ambiente térmico adecuado, mantener un equilibrio hidroelectrolítico, así como el metabólico, la administración de oxígeno para mantener saturación entre 89 y 94%. No es necesario administrar sedación ni relajación muscular de rutina, pero sí se administran medidas contra el dolor. No puede faltar el monitoreo de signos vitales y gases sanguíneos. Si se requiere se utiliza la ventilación en las vías respiratorias (CPAP) y en casos complicados la ventilación mecánica (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2016).

Capítulo III

IV. Metodología

Para esta tesis se determinó emplear una metodología mixta. Se inició con una revisión sistemática, que es considerada una investigación secundaria (Del Pino et al, 2014) y definida como “una síntesis estructurada y exhaustiva de la literatura científica con el fin de determinar la mejor evidencia de la investigación disponible para abordar una pregunta o problema sobre la asistencia sanitaria” (Grove y Gray, 2019).

En seguida se adoptó la metodología diseñada por la Comisión Permanente de Enfermería mediante el Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (Secretaría de Salud, 2011). Para lo cual se efectuaron las siguientes etapas.

1. Identificación de los diagnósticos de enfermería más frecuentes en el recién nacido con SDR.
2. Ponderación de los diagnósticos seleccionados.
3. Desarrollo de los diagnósticos de enfermería con resultados, intervenciones y actividades de acuerdo con la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

4.1. Revisión sistemática

Para realizar la revisión sistemática se inicio con la selección de la patología y la población. Es decir, se definió que la población sería el recién nacido y la patología fue el Síndrome de Dificultad Respiratoria.

En seguida definió utilizar las bases de datos Scielo, Cuiden y Dialnet. También se identificaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de BIREME “cuidado de enfermería”, síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido” y “neonato”, así como los términos libres: “plan de cuidados estandarizados”, “plan de cuidados en neonatos” y “plan de cuidados en neonatos con SDR”.

Se establecieron los criterios de inclusión para la búsqueda: período de tiempo de 2015 a 2020, idioma español, sólo recién nacidos (neonatos), países latinoamericanos y que utilizaran la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

En la búsqueda se seleccionaron 10 artículos que cumplieron los criterios de inclusión (ver tabla 1).

Tabla 1

Artículos identificados en la revisión sistemática

Base de datos	Artículos
Scielo	5
Cuiden	3
Dialnet	2

Nota: datos obtenidos de la revisión sistemática

Se realizó la lectura de los artículos y se identificaron los diagnósticos de enfermería más frecuentes en el recién nacido con SDR.

4.2. Plan de Cuidados Estandarizado

Para la elaboración del PCE se realizaron las siguientes actividades.

Se efectuó la ponderación de los diagnósticos tomando en consideración a aquellos que se presentaron con mayor frecuencia y se ordenaron en orden decreciente y se presentaron de esa manera, sin reparar en el tipo de diagnóstico, es decir, no se colocaron primero los diagnósticos reales.

En seguida se realizó la confrontación de las características definitorias propuestas por NANDA vs los autores revisados para seleccionar las características definitorias que fueron consideradas en ambos.

Las características definitorias seleccionados fueron incluidas en la redacción de los diagnósticos de enfermería.

Para cada diagnósticos de enfermería se desarrollaron resultados, intervenciones y actividades de acuerdo con la taxonomía NANDA-NOC-NIC..

Capítulo IV

V. Diagnósticos de Enfermería

A continuación, se muestra la tabla deductiva (tabla 1) de la ponderación de diagnósticos de enfermería con base a la información encontrada y la clasificación de dominios y clases de la taxonomía NANDA.

Tabla 2

Ponderación de los diagnósticos de enfermería

Artículo 1	Artículo 2	Artículo 3	Artículo 4	Artículo 5	Artículo 6	Artículo 7	Artículo 8	Artículo 9	Artículo 10	NANDA (2018-2020)	Ponderación
Brena-Ramos, V. (2019)	Chinchay, C. (2016)	Gómez, J. (2016)	Lopez, K. (2020)	Fernández, N. (2019)	Aguilar, K. (2019)	Soria, G. (2020)	Herrera, N. (2020)	Sánchez, F. (2017)	Pacha, A. (2017)		
Patrón respiratorio ineficaz.	Patrón respiratorio ineficaz	Patrón respiratorio ineficaz	Patrón respiratorio ineficaz	Patrón respiratorio ineficaz	Patrón respiratorio ineficaz	Patrón respiratorio ineficaz	Patrón respiratorio ineficaz	Patrón respiratorio ineficaz		Patrón respiratorio ineficaz	9
Patrón de alimentación ineficaz del lactante				Patrón de alimentación ineficaz del lactante	Patrón de alimentación ineficaz del lactante			Patrón de alimentación ineficaz del lactante	Patrón de alimentación ineficaz del lactante	Patrón de alimentación ineficaz del lactante	5
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.					Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.					Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	2
		Dolor						Dolor		Dolor	2
			Riesgo de infección			Riesgo de infección		Riesgo de infección	Riesgo de infección	Riesgo de infección	4
						Termorregulación ineficaz				Termorregulación ineficaz	2
							Ictericia neonatal			Ictericia neonatal	1
	Ansiedad									Ansiedad	1

Nota: La ponderación de diagnósticos de enfermería se realizó en relación al número de repeticiones según los autores consultados y al tipo de diagnóstico.

En este apartado se presentan los resultados, que se conforman de una tabla de la confrontación de las características definitorias propuestas por NANDA vs los autores revisados y selección de las consideradas en ambos, seguida de la tabla del Plan de Cuidados Estandarizados específico para cada diagnóstico de enfermería seleccionado.

Respecto a la evaluación por ser un plan estandarizado no existe una basal de inicio y por lo tanto no se puede plasmar en este PCE.

En la tabla 3 se observa la confrontación de las características definitorias propuestas por NANDA vs los autores revisados y selección de las consideradas en ambos del Diagnóstico No. 1 Patrón respiratorio ineficaz.

Tabla 3

Diagnóstico No. 1 Patrón respiratorio ineficaz

Cuadro de selección de datos significativos			
Etiqueta diagnóstica NANDA	Características definitorias NANDA	Datos significativos documentados	Seleccionados
Patrón respiratorio ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Adopción de la postura trípode - Aleteo nasal - Alteración de los movimientos torácicos - Aumento del diámetro anteroposterior del tórax - Bradipnea - Disminución de la capacidad vital - Disminución de la presión espiratoria - Disminución de la presión inspiratoria - Disminución de la ventilación por minuto - Disnea - Fase espiratoria prolongada - Ortopnea - Patrón respiratorio anormal - Respiración con los labios fruncidos - Taquipnea - Uso de los músculos accesorios para respirar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Taquipnea - Quejido intenso - Retracciones intercostales - Aleteo nasal - Coloración cianótica - Ruidos respiratorios atenuados - Estertores finos - Pausas de apnea - Disnea - Hipoxia - Ruidos respiratorios - Hipotensión - Fatiga - Palidez - Respiración irregular - Acidosis mixta - Edema - Oliguria 	<ul style="list-style-type: none"> - Taquipnea - Retracciones intercostales - Aleteo nasal - Disnea - Respiración irregular

En la tabla 4 se aprecia el Plan de Cuidados Estandarizado del Diagnóstico 1 Patrón respiratorio ineficaz.

Tabla 4

Plan de Cuidados Estandarizado del Diagnóstico 1 Patrón respiratorio ineficaz

Diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz Código de diagnóstico 00032 Definición: la inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.																			
<ul style="list-style-type: none"> • Factores relacionados: Fatiga de los músculos de la respiración, hiperventilación, posición corporal que inhibe la expansión de los pulmones. • Condiciones asociadas: Deformidad de la pared torácica, deterioro musculoesquelético, deterioro neurológico, deterioro neuromuscular, inmadurez neurológica, lesión de la médula espinal. 																			
Características definitorias	Dominios y clases	Objetivos Resultados esperados	Intervenciones / Actividades	Evaluación															
<ul style="list-style-type: none"> - Taquipnea - Retracciones intercostales - Aleteo nasal - Disnea - Respiración irregular 	Dominio 4 Actividad/ reposo Clase 4 respuestas cardiovasculares/ pulmonares	NOC / CRE 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. (041013) Aleteo nasal (041016) Disnea en reposo (041018) Uso de músculos accesorios (041020) Acumulación de esputo Puntuación Diana <table border="1"> <tr><td>1</td><td>grave</td></tr> <tr><td>2</td><td>Sustancial</td></tr> <tr><td>3</td><td>moderado</td></tr> <tr><td>4</td><td>leve</td></tr> <tr><td>5</td><td>ninguno</td></tr> </table>	1	grave	2	Sustancial	3	moderado	4	leve	5	ninguno	NIC / CIE 3390 Ayuda a la ventilación <ul style="list-style-type: none"> - Mantener una vía aérea permeable - Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios - Auscultar los ruidos respiratorios, observando las zonas de disminución o ausencia de ventilación. - Observar si hay fatiga muscular respiratoria - Iniciar y mantener el oxígeno suplementario según prescripción. 3350 Monitorización respiratoria <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. - Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización 	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	grave																		
2	Sustancial																		
3	moderado																		
4	leve																		
5	ninguno																		
1	2	3	4	5															

			<p>de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación - Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos con sistemas de alarma apropiados en pacientes con factores de riesgo. - Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea. - Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador) cuando sea necesario. <p>3160 iración de las vías aéreas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar lavado de manos - Usar precauciones universales - Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal. - Hiperoxigenar con oxígeno al 100%, durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después de cada pasada. - Monitorizar el estado de oxigenación del paciente, estado neurológico y estado hemodinámico inmediatamente antes, durante y después de la succión. - Detener la aspiración traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimenta bradicardia, un aumento de las extrasístoles ventriculares y/o desaturación. 	
--	--	--	--	--

En la tabla 5 se observa la confrontación de las características definitorias propuestas por NANDA vs los autores revisados y selección de las consideradas en ambos del Diagnóstico No. 2 Patrón de alimentación ineficaz del lactante.

Tabla 5
Diagnostico No. 2 Patrón de alimentación ineficaz del lactante

Cuadro de selección de datos significativos			
Etiqueta diagnostica NANDA	Características definitorias NANDA	Datos significativos documentados	Seleccionados
Patrón de alimentación ineficaz del lactante	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración. - Incapacidad para iniciar una succión eficaz. - Incapacidad para mantener una succión eficaz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración. • Incapacidad para iniciar una succión ineficaz. • Cambio en la alimentación de leche humana o fórmula para prematuros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración.

En la tabla 6 se aprecia el Plan de Cuidados Estandarizado del Diagnóstico 2 Patrón de alimentación ineficaz del lactante.

Tabla 6

Plan de Cuidados Estandarizado del Diagnóstico 2 Patrón de alimentación ineficaz del lactante.

<p>Diagnóstico: Patrón de alimentación ineficaz del lactante.</p> <p>Código de diagnóstico: 00107</p> <p>Definición: Alteración de la capacidad del lactante para succionar o coordinar los reflejos de succión- deglución, que da lugar a una ingesta alimentaria inadecuada para las necesidades metabólicas. Factores relacionados / Condición asociada: fatiga de los músculos de la respiración, inmadurez neurológica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores relacionados: Nada por vía oral prolongada. • Condiciones asociadas: Deterioro neurológico, hipersensibilidad oral, retraso neurológico. 																	
Características definitorias	Dominios y clases	Objetivos Resultados esperados	Intervenciones / Actividades	Evaluación													
Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración.	Dominio 2 Clase 1 Concepto: patrón de alimentación.	<p>NOC / CRE</p> <p>Estado nutricional del lactante: 1020 (102006) hidratación (102003) ingestión oral de líquido (102022) administración intravenosa de líquidos. (102021) ingestión por sonda de alimentos</p> <p>Puntuación Diana</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Inadecuado</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Ligeramente adecuado</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Moderadamente adecuado</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Sustancialmente adecuado</td> </tr> </table>	1	Inadecuado	2	Ligeramente adecuado	3	Moderadamente adecuado	4	Sustancialmente adecuado	<p>NIC / CIE</p> <p>Alimentación enteral por sonda (1056)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insertar una sonda nasogástrica de acuerdo con el protocolo del centro. - Observar si la colocación de sonda es correcta comprobando si hay residuo gástrico - Marcar el tubo en el punto de salida para mantener la colocación correcta - Vigilar el estado de líquidos y electrolíticos - Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación <p>Ayuda para ganar peso (1240)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesar al paciente a los intervalos determinados, según corresponda. - Alimentar al paciente, según corresponda. 	<p>Puntuación Diana</p> <p>NOC / CRE</p> <p>Mantener a _____</p> <p>Aumentar a _____</p> <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	Inadecuado																
2	Ligeramente adecuado																
3	Moderadamente adecuado																
4	Sustancialmente adecuado																
1	2	3	4	5													

		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="680 149 793 220">5</td> <td data-bbox="793 149 1037 220">Completamente adecuado</td> </tr> </table>	5	Completamente adecuado	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar alimentos adecuados al paciente. - Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida. - Registrar el progreso de la ganancia de peso. <p>Administración de nutrición parenteral total (NPT) (1200)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar las vías centrales solo para la infusión de nutrientes muy calóricos o de soluciones hiperosmolares. - Mantener la permeabilidad y el apósito de la vía central, según el protocolo del centro. - Mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones de NPT. - Evitar el uso del catéter para fines distintos a la administración de NPT. - Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones de NPT. - Pesar al paciente diariamente - Controlar las entradas y salidas. - Controlar los signos vitales - Mantener las precauciones universales. <p>Manejo de la nutrición (1260)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el estado nutricional del paciente. 	
5	Completamente adecuado					

Tabla 7

En la tabla 7 se observa la confrontación de las características definitorias propuestas por NANDA vs los autores revisados y selección de las consideradas en ambos del Diagnóstico No. 3 Riesgo de Infección

Diagnostico No. 3 Riesgo de Infección.

Cuadro de selección de datos significativos			
Etiqueta diagnóstica NANDA	Características definitorias NANDA	Datos significativos documentados	Seleccionados
Riesgo de infección	<p>Factores de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteración en la integridad cutánea - Alteración en la peristalsis - Conocimientos insuficientes para evitar la exposición a los agentes patógenos. - Inmunización adecuada - Malnutrición - Obesidad - Retención de los líquidos corporales - Tabaquismo <p>Población en riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición a brotes de enfermedades <p>Condición asociada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la acción ciliar - Disminución en la hemoglobina - Enfermedad crónica - Inmunosupresión - Leucopenia - Procedimiento invasivo - Ruptura prematura de membranas amnióticas - Ruptura prolongada de las membranas amnióticas - Supresión de la respuesta inflamatoria 	<ul style="list-style-type: none"> - Madre portadora de virus. - Procedimiento invasivo. - Prematuridad. - Dispositivos invasivos instalados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento invasivo. - Exposición a brotes de enfermedades

En la tabla 8 se aprecia el Plan de Cuidados Estandarizado del Diagnóstico 3 Riesgo de infección.

Tabla 8

Plan de Cuidados Estandarizado del Diagnóstico 3 Riesgo de Infección.

Diagnóstico: Riesgo de infección Código: 00004 Definición: Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud. <ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo: Alteración en la integridad cutánea, alteración en la peristalsis. • Condiciones asociadas: 									
Características definitorias	Dominios y clases	Objetivos Resultados esperados	Intervenciones / Actividades	Evaluación					
- Procedimiento invasivo. - Exposición brotes de enfermedades	Dominio 11 Seguridad/protección Clase 1 Infección	NOC / CRE Control del riesgo: 1902 Adapta las estrategias de control del riesgo (190205)	NIC / CIE Protección contra las infecciones 6550 <ul style="list-style-type: none"> - Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. - Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. - Limitar el número de visitas, según corresponda. - Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar. Control de las infecciones 6540 <ul style="list-style-type: none"> - Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro - Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiados. - Limitar el número de las visitas, según corresponda. 	Puntuación Diana NOC / CRE Mantener a _____ Aumentar a _____ <table border="1" style="width: 100px; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5
		1			2	3	4	5	
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 100px;">Nunca demostrado</td> </tr> </table>			1	Nunca demostrado			
		1			Nunca demostrado				
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 100px;">Raramente demostrado</td> </tr> </table>			2	Raramente demostrado			
		2			Raramente demostrado				
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 100px;">A veces demostrado</td> </tr> </table>	3	A veces demostrado							
3	A veces demostrado								
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 100px;">Frecuentemente demostrado</td> </tr> </table>	4	Frecuentemente demostrado							
4	Frecuentemente demostrado								
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 100px;">Siempre demostrado</td> </tr> </table>	5	Siempre demostrado							
5	Siempre demostrado								

			<ul style="list-style-type: none"> - Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente. - Poner en práctica precauciones universales. - Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado. <p>Identificación de riesgos 6610</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las estrategias de afrontamiento típicas. - Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo - Fijar objetivos mutuos, si procede - Considerar criterios útiles para priorizar áreas de reducción del riesgo. - Aplicar las actividades de reducción del riesgo. - Evitar las exposiciones innecesarias) - Facilitar medidas de higiene <p>Manejo ambiental: seguridad 6486</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las necesidades de seguridad del paciente según el nivel físico, la función cognitiva y el historial de conducta. - Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos). - Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible. - Disponer dispositivos adaptativos para aumentar la seguridad del ambiente. 	
--	--	--	--	--

			<p>Monitorización de los signos vitales 6680</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la presión arterial; pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda. - Monitorizar la pulsioximetría. - Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. - Monitorizar si hay cianosis central y periférica. - Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales. - Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente. <p>Vigilancia 6650</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda. - Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata. - Comprobar el estado neurológico. - Vigilar los patrones conductuales. - Monitorizar los signos vitales según corresponda. - Observar si hay infección, según corresponda. 	
--	--	--	--	--

Tabla No. 9

En la tabla 9 se observa la confrontación de las características definitorias propuestas por NANDA vs los autores revisados y selección de las consideradas en ambos del Diagnóstico No. 4 Dolor agudo

Diagnostico No.4 Dolor agudo

Cuadro de selección de datos significativos			
Etiqueta diagnóstica NANDA	Características definitorias NANDA	Datos significativos documentados	Seleccionados
Dolor agudo	<p>Características definitorias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoinforme de características del dolor utilizando instrumentos estandarizados. - Autoinforme de intensidad con escalas estandarizadas de dolor. - Cambio de parámetros fisiológicos - Cambios en el apetito - Centrado en sí mismo - Conducta defensiva - Conducta expresiva - Conducta protectora - Conductas de distracción - Desesperanza - Diaforesis - Dilatación pupilar - Enfocado en sí mismo - Evidencia mediante pruebas estandarizadas de dolor para aquellos que no pueden comunicarse verbalmente - Expresión facial de dolor. - Informe de una persona autorizada sobre actitudes de dolor/cambios de actividad - Postura para aliviar el dolor 	<ul style="list-style-type: none"> - Conducta expresiva - Llanto - Inquietud - Conducta defensiva - Aumento de las pulsaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Conducta expresiva - Conducta defensiva

En la tabla 10 se aprecia el Plan de Cuidados Estandarizado del Diagnóstico 4 Dolor agudo.

Tabla 10

Plan de Cuidados Estandarizado del Diagnóstico 4 Dolor agudo.

<p>Diagnóstico: Dolor agudo.</p> <p>Código: 00132</p> <p>Definición: Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (asociación internacional para el Estudio del Dolor); de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> Factores relacionados: agente químico lesivo, lesión por agentes biológicos, lesiones por agentes físicos. 														
Características definitorias	Dominios y clases	Objetivos Resultados esperados	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
Conducta expresiva Conducta defensiva	Dominio 12 confort Clase 1 Confort físico	<p>NOC / CRE</p> Nivel del dolor 2102 - (210217) Gemidos y gritos - (210208) Inquietud - (210222) Agitación - (210223) Irritabilidad - (210209) Tensión muscular <p>Puntuación Diana</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Grave</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Sustancial</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Moderado</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Leve</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Ninguno</td> </tr> </table>	1	Grave	2	Sustancial	3	Moderado	4	Leve	5	Ninguno	<p>NIC / CIE</p> <p>6482 manejo ambiental: confort</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. - Proporcionar un ambiente limpio y seguro de apoyo -Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes, posición de la sonda, ropa de cama y factores ambientales irritantes. - Evita exposición innecesarias, exceso de calor o frío - Facilitar medidas de higiene para mantener 	<p>Puntuación Diana</p> <p>NOC / CRE</p> Mantener a _____ Aumentar a _____
1	Grave													
2	Sustancial													
3	Moderado													
4	Leve													
5	Ninguno													
				<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										

			<p>la comodidad de la persona.</p> <p>1410 Manejo del dolor agudo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan. - Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediatamente. antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades - Seguir los protocolos del centro en la selección de analgésicos y dosis. - Administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular. <p>2210 administración de analgésicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurar un enfoque holístico para el control del dolor. - Monitorizar el dolor de los pacientes con alteraciones de comunicación. 	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none">- Determinar el nivel actual de comodidad y el nivel de comodidad deseado del paciente utilizando una escala de medición del dolor apropiada.- Documentar todos los hallazgos de la observación del dolor.- Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescribe más de uno.	
--	--	--	---	--

Tabla No. 11

En la tabla 11 se observa la confrontación de las características definitorias propuestas por NANDA vs los autores revisados y selección de las consideradas en ambos del Diagnóstico No. 5 Termorregulación ineficaz

Diagnostico No. 5 Termorregulación ineficaz

Cuadro de selección de datos significativos			
Etiqueta diagnóstica NANDA	Características definitorias NANDA	Datos significativos documentados	Seleccionados
Termorregulación ineficaz	<p>Características definitorias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la frecuencia respiratoria - Aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal. - Cianosis de los hechos ungueales - Convulsiones - Disminución de la temperatura corporal por debajo del rango normal. - Escalofríos leves - Hipertensión - Llenado capilar lento - Palidez moderada - Piel caliente al tacto - Piel fría al tacto - Piloerección - Rubor - Taquicardia. - Vestimenta inapropiada para la temperatura ambiente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fluctuaciones de la temperatura corporal por arriba y por debajo del rango normal. - 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la temperatura. - Aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal.

En la tabla 12 se aprecia el Plan de Cuidados Estandarizado del Diagnóstico 5 Termorregulación ineficaz.

Tabla 12

Plan de Cuidados Estandarizado del Diagnóstico 5 Termorregulación ineficaz.

<p>Diagnóstico: Termorregulación ineficaz</p> <p>Código: 00008</p> <p>Definición: fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores relacionados: actividad vigorosa, aumento de la demanda de oxígeno, deshidratación, fluctuaciones en la temperatura ambiental, inactividad, vestimenta inapropiada para la temperatura ambiente. • Condiciones asociadas: agente farmacológico, alteración en la tasa metabólica, condición que afecta la regulación de la temperatura, disminución de la respuesta de sudoración, enfermedad, lesión cerebral, sedación, sepsis, termogénesis sin temblores ineficaz, traumatismo. 																			
Características definitorias	Dominios y clases	Objetivos Resultados esperados	Intervenciones / Actividades	Evaluación															
<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la temperatura. - Aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal. 	<p>Dominio 11 Seguridad/protección Clase 6 Concepto: termorregulación</p>	<p>NOC / CRE Termorregulación: recién nacido 0801</p> <ul style="list-style-type: none"> - (080116) Inestabilidad de la temperatura - (080119) Respiraciones irregulares - (080122) Irritabilidad - (080105) Cambios de coloración cutánea. <p>Puntuación Diana</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Grave</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Sustancial</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Moderado</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Leve</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Ninguno</td> </tr> </table>	1	Grave	2	Sustancial	3	Moderado	4	Leve	5	Ninguno	<p>NIC / CIE 3900 Regulación de la temperatura</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice - Observar la temperatura y el color de la piel. - Poner un gorro de malla para evitar la pérdida de calor del recién nacido. - Colocar al recién nacido en incubadora o calentador, si es necesario. - Mantener la humedad al 50% o más en la incubadora para 	<p>Puntuación Diana NOC / CRE Mantener a _____ Aumentar a _____</p> <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	Grave																		
2	Sustancial																		
3	Moderado																		
4	Leve																		
5	Ninguno																		
1	2	3	4	5															

			<p>reducir la pérdida de calor por evaporación.</p> <p>3786 Tratamiento de la hipertermia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurar la permeabilidad de la vía aérea. - Monitorizar los signos vitales - Administrar oxígeno, si es necesario - Retirar al paciente de la fuente de calor, trasladarlo a un ambiente más frío si fuera posible. - Aflojar o quitar la ropa - Monitorizar la temperatura corporal central utilizando el dispositivo adecuado. <p>3800 Tratamiento de la hipotermia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la temperatura del paciente, usando el dispositivo de medición y la vía más apropiada. - Apartar al paciente del ambiente frío. - Minimizar la estimulación del paciente para no precipitar una fibrilación ventricular. - Monitorizar el color y la temperatura de la piel. 	
--	--	--	---	--

Capítulo V

VI. Resultados

El objetivo de esta tesis fue realizar un PCE para mejorar el desarrollo de la práctica profesional dirigida a neonatos con SDR. Para ello fueron seleccionados 10 artículos en la revisión sistemática que cumplieron con los criterios de inclusión planteados, ya que mencionaban diagnósticos que se presentan de manera frecuente en un recién nacido con SDR. Se realizó la ponderación de los mismos obteniéndose cinco principales: cuatro de clasificación real; patrón respiratorio ineficaz, patrón de alimentación ineficaz del lactante, dolor agudo, y termorregulación ineficaz; y, finalmente, uno de riesgo, que fue riesgo de infección.

Para cada diagnóstico de enfermería se realizó el PCE, que consistió en determinar resultados esperados de acuerdo con la taxonomía NOC, la planeación de intervenciones con base en la taxonomía NIC para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en el diagnóstico.

VII. Conclusiones

Dada la inexistencia de un Plan de Cuidados Estandarizado para recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria en México, se pretende que sirva de guía para la estandarización del cuidado de enfermería a esta población en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y Cuidados Intermedios de las unidades hospitalarias.

De esta manera, se contribuye a la homogenización del conocimiento del cuidado de enfermería, al tiempo que se garantiza la seguridad del paciente y la calidad del cuidado de enfermería brindado a los recién nacidos.

Igualmente, con este PCE se proporciona a los profesionales de enfermería elementos teóricos disciplinares básicos de las metodologías propias de enfermería para impulsarlos a realizar un cuidado integral y de alta calidad a los neonatos con SDR.

VIII. Referencias Bibliográficas

- Aguilar, K. (2019). *Proceso de atención de enfermería en recién nacido prematuro con síndrome de dificultad respiratoria según la teoría de Margory Gordon*. [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Machala]. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13332>
- Alfaro-LeFevre, R. (1999). *Aplicación del proceso Enfermero paso a paso*. (4ta edición). Springer-Verlag Ibérica.
- Alvarez, I. (s.f.) *Proceso de Enfermería*. [http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/70835/secme-25780_1.pdf;jsessionid=E2C140B48E5AFBE83880DE715CE975C5?sequence=1]
- Berbibglia, V. A, y Banfield, B. (2018). *Teoría del déficit de autocuidado en enfermería*. En Raile-Alligood, M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier.
- Brena, V. (2015). *Proceso Enfermero Aplicado a Paciente Prematuro con Síndrome de Distrés Respiratorio*. [http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol2num6/A2_Proceso_Enfermero.pdf]
- Brena-Ramos, V. M., Cruz-Cortés, I. y Contreras-Brena, J.C. (2015). *Proceso enfermero Aplicado a Paciente Prematuro con Síndrome de Distrés Respiratorio*. *Salud y administración*, 2(6), 17 – 38. http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol2num6/A2_Proceso_Enfermero.pdf
- Bulecheck, G. M., Butcher, H.K., Dochterman, J. M. y Wagner, C.M. (2013). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Elsevier.
- Cubi, E., Chela G., y Flores, J. (2008). *Evaluación de la aplicación del proceso de atención de Enfermería en los pacientes con trastornos de vías biliares que ingresan a la sala de cirugía del hospital Alfredo Noboa Montenegro*. (Tesis de nivel licenciatura, Universidad de Bolívar). <http://190.15.128.197/bitstream/123456789/38/3/TESIS%20DE%20GRADO.pdf>
- Chinchay, C. (2016). *Plan de cuidados al prematuro con síndrome de dificultad respiratoria*. *CASUS*, 1(1), 41 – 50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6258751>
- Federación Mexicana de Colegios de Enfermería A.C. (FEMCE) *Antología para el curso-taller de Proceso de Enfermería* (2013).
- Fernández, N. J. (2019). *Desarrollo del proceso de atención de Enfermería en un recién nacido pretérmino + síndrome de dificultad respiratoria*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Babahoyo].

- <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/6681/E-UTB-FCS-ENF-000219.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gómez, J. (2016). Plan de cuidados de enfermería en prematuro con enfermedad de membrana hialina. *CASUS*, 1(1), 51 – 58. http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/248/Gomez_Juliana_articulo_CASUS_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- González-Castillo y Monroy-Rojas, (2016). *Proceso enfermero de tercera generación*. [<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n2/1665-7063-eu-13-02-00124.pdf>]
- Guasmo Sur. [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo]. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/7493>
- Guía de Referencia Rápida (2009). *Diagnóstico y tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido*. Catalogo maestro de guías de práctica clínica del IMSS, 137.08.
- Gutiérrez, J. (2019). *Manual de neonatología*. (2da edición).
- Grove, S., Gray, J., (2019). *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. (7ma. Edición). Elsevier.
- Herdman, T.H. y Kamitsuru, S. (2019). *Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación*. (2018 - 2020). Elsevier.
- Herrera, N. (2020). *Proceso de atención de enfermería en neonato con dificultad respiratoria*. (Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo). [<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8557/E-UTB-FCS-ENF-000333.pdf?sequence=1&isAllowed=y>]
- Herrera, N. A. (2020). *Proceso de atención de enfermería en neonato con dificultad respiratoria*. [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo]. [<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8557/E-UTB-FCS-ENF-000333.pdf?sequence=1&isAllowed=y>]
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), portal (2019). <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201908/498>
- López-Candiani, C., Santamaría-Arza, C., Macias-Aviles, J. *Dificultad respiratoria por deficiencia de surfactante en un hospital público de tercer nivel sin maternidad. Factores asociados a mortalidad*. (2010). <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v67n2/v67n2a3.pdf>
- López de Heredia, J., Valls, A., (2008). *Síndrome de dificultad respiratoria*. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología.

- López, K. (2020). *Aplicación del proceso de atención de enfermería en neonato a término con síndrome de dificultad respiratoria y riesgo de exposición al virus del VIH*. [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8574/E-UTB-FCS-ENF-000341.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Manual de atención neonatal. (2016). (2da edición). *Ministerio de Salud Pública y Bienestar social*.
- Marriner, A. (1983). *Modelos y teorías en enfermería*. (7ma. Edición). Elsevier.
- Merodio, I. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. (2006) *Informatización de un plan de cuidados de enfermería en el paciente esquizofrénico como instrumento de mejora de la calidad de cuidados de enfermería*. http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21692/1/2006_3.pdf
- Moorhead, S., Johnson, M, Maas, M.L. y Swanson, E. (2013). *Clasificación de Resultados de Enfermería*. Elsevier.
- Morales-Barquet, D.A., Reyna-Ríos, E.R., Cordero-González, G., Arreola-Ramírez, G., Flores-Ortega, J., Valencia-Contreras, C., Fernández-Carrocera, L.A. y Villegas-Silva, R. (2015). Protocolo clínico de atención en el recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(4), 168 – 179. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rprh.2016.02.005>
- Nanda Internacional. *Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación*. (2018-2020). Elsevier.
- OMS. Organización Mundial de la Salud [En línea]. Noviembre de 2017 [Citado el 8 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre>
- Paccha, A. (2017) *aplicación del proceso de atención de enfermería en el neonato con síndrome de distres respiratorio*. (Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Machala). [\[http://186.3.32.121/bitstream/48000/10801/1/PACCHA%20GIA%20ANDREA%20ELIZABETH.pdf\]](http://186.3.32.121/bitstream/48000/10801/1/PACCHA%20GIA%20ANDREA%20ELIZABETH.pdf)
- Reina, N. (2010). *El proceso de Enfermería: Instrumento para el cuidado*.
- Sánchez, F. (2018) Cuidado especializado a neonato prematuro fundamentado en la teoría general del autocuidado. *Enfermería universitaria*, vol. 15 (4), 428-441 [\[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632018000400428\]](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632018000400428).

- Sánchez, J.L., Suaza-Vallejo, C., Reyes-Vega, D.F. y Fonseca-Becerra, C. (2020). Síndrome de dificultad respiratoria aguda neonatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 87(3), 115 – 118. <https://dx.doi.org/10.35366/94843>
- Sánchez-Quiroz, F. y Álvarez-Gallardo, L. (2018). Cuidado especializado a neonato prematuro fundamentado en la teoría general del autocuidado. *Enfermería Universitaria*, 15(4), 428 – 441. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.539>
- Secretaría de Salud (2012). *Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería*. http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/catalogo_planes_cuidado_enfermeria.pdf
- Secretaría de Salud (2013). *Lineamiento general para la documentación y evaluación de la implementación de los planes de cuidados de enfermería*. http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_implementacion_cuidados_enfermeria.pdf
- Secretaría de Salud (2016). *Metodología del Proceso de Enfermería para el cuidado estandarizado*. www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-III-METODOLOGÍA-DEL-PROCESO-DE-ENFERMERÍA-DIAGNOSTICO.pdf
- Secretaría de Salud (2018). *Modelo de cuidado de enfermería*. http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf
- Secretaría de Salud de Michoacán (2019). *Programa Sectorial de salud 2015-2021* <https://salud.michoacan.gob.mx/wp-content/uploads/2018/12/8.-Programa-Sectorial-de-Salud-2015-2021.pdf>
- Soria, J. (2020). *Proceso de atención de enfermería en neonato pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria en el área de UCIN del Hospital General De Guasmo Sur*. [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/7493/E-UTB-FCS-ENF-000274.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Taylor SG. Dorothea E. Orem, teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. Elsevier; 2007, p. 267-295.
- Vega, S. (2014). *De Planes de Cuidados Estandarizados a Individualización de cuidados: Alzheimer fase moderada* [\[https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/13021/TFG.pdf?sequence=2&isAllowed=y\]](https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/13021/TFG.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Villanueva, D. (2016). *Programa de actualización continua en neonatología*.
https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L2_edited.pdf

Anexos

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

Realizada por: Dra Vanesa Jimenez Arrollo

Profesor UMSNH

Guía de valoración del proceso con el referente de Dorothea E. Orem

Factores condicionantes básicos

Descriptivos de la persona

Fecha: _____ Nombre: _____ Sexo: _____ () Fem () Edad: _____

Religión: _____ Edo civil: _____ Escolaridad: _____

Lugar de residencia: _____

Domicilio actual (calle número, colonia): _____

Características de la vivienda:

Renta: Propia: Otros:

Material de construcción:

Adobe: Ladrillo: Otros:

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua: _____ Potable: _____ Luz: _____ Eléctrica: Drenaje: _____

Pavimentación: _____

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público: _____ Recolección de basura: _____

Drenaje y alcantarillado: _____

Rol que ocupa en la familia:

Padre () Madre () Hijo () Esposa/o ()

Cuántos hijos tiene: 0 () 1 () 2 () más de 3 ()

Como es su relación con la familia:

Buenas: () Regular: () Mala: ()

Nivel de educación:

Analfabeta: () Primaria: () Secundaria () Bachillerato: () Licenciatura: ()

Otros: _____

Ocupación: _____ Horario: _____

Antecedentes laborales: _____

Ingreso económico familiar:

Menos de 1 S.m. () 1-2 S.m. () más de 3 S.m. ()

Dependencia económica: Si () No ()

De quien: Padres () Esposa/o () Otros: _____

Patrón de vida.

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libres?

Sociales () Culturales () Deportivas () Religiosas ()

Otras: _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

Estado del sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular () Deficiente ()

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE () SALUBRIDAD () PARTICULAR ()

Diagnostico medico: _____

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

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención a clientes:

Hace _____ De su casa al médico.

Estado del desarrollo

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

Si () No ()

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones?

¿Quién autoriza su tratamiento médico?

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia respiratoria: llenado capilar:

Cianosis: Si () No () Especifique: _____

Tabaquismo: Si () No: () Especifique: _____

¿Cocina con leña?

Si () No () Cuanto tiempo: _____

Alergias: Si () No () Especifique: _____

Tipo de respiración:

Normal () Disnea: () Bradipnea: () Taquipnea: () Polipnea: ()

Otros: _____

Nariz:

Desviación del tabique: () Pólipos: () Secreciones: () Dolor: ()

Edema: () Otros: _____

Tórax:

Tonel: () En quilla () En embudo: ()

Otros: _____

Ruidos respiratorios: _____

Estertores: () Sibilancias: () Murmullo vesicular: ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No: () Especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: FC: Soplos: () Arritmias: ()

Otras alteraciones:

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si: () No: ()

Apoyo ventilatorio:

Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valorar datos de deshidratación.

Mucosa oral: Seca: () Hidratada: ()

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

()

Turgencia: Normal: () Escamosa: ()

Que cantidad de agua ingiere usted al día:

300-500 ml () 500-1000 ml () 1500-2000 ml () > a 2000 ml ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave publica () Pipa: () Entubada: () Garrafón: ()

Otros: _____

Utiliza algún método para planificar el agua:

Si () No () Especifique: _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si () No () Especifique Cantidad: _____

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique _____

24

Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso: Talla: _____ IMC: _____ Cintura: _____

Ha observado variaciones del peso:

Si () No ()

Perdida: () Ganancia: ()

1-3 kg () 4-6 kg () 7-9 kg () > 10 kg ()

Dentadura:

Completa: () Faltan piezas () Prótesis Fija: () Prótesis Extraíble: ()

Especifique: _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si () No ()

Especifique:

Lengua en túnica () Estomatitis () Xerostomía () Tumor oral ()

Leucoplaquia () Edema () Lesión oral () Drenaje purulento ()

Gingivorragia () Ulceraciones () Otros: _____

Alteraciones en cara y cuello: _____

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia: () Disminuido: () Aumentado: () Normal: ()

Distensión abdominal: () Otros: _____

Presenta algún problema en la alimentación:

Si () No ()

Cual: Acidez () Náuseas () Vómito () Hematemesis () Disfagia ()

Pirosis () Regurgitación () Polidipsia () Polifagia () Bulimia ()

Anorexia () Reflujo () Sialorrea () Saciedad () Eructos ()

Otros: _____

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No () Especifique: _____

Tipo de nutrición:

Sonda nasogástrica: () Sonda Nasoyeyunal: () Gastroclisis: ()

Nutrición Parenteral ()

Que tan frecuente come usted:

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

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

¿Con que guisa sus alimentos?
 Aceite () Manteca: ()
 ¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones () Diabética () Hiposodica () Hipoproteica ()

Hiperproteica () Otros: _____

a) Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal:

Presencia de:

Estoma intestinal: Colostomía () Ileostomía () Hemorroides ()

Pólipo rectal () Rectorragia () Otros: _____

Alteraciones al evacuar.

Tenesmo: () Pujo () Cólico () Otros: _____

Apoyo para la eliminación intestinal: No

Espontanea: () Estreñimiento: () Diarrea: () Otros: _____

Características de las heces fecales:

Café: () Acolia: () Melena: () Otros: _____

Consistencia de las heces fecales:

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

Grupo de eliminación vesical:

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo () Disuria ()

Alteraciones uretero-vesicales: _____

Alteraciones en la micción:

Polaquiuria: () Oliguria: () Anuria: ()

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización: () Cateterismo vesical () Higiene () Otros: _____

Características de la micción:

Ámbar () Coluria () Hematuria () Turbia () Otros: _____

Grupo transpiración:

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida: () Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: Dolor: () Alt. 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, dolor de mamas e inflamación de las mismas.

a) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

<6 Hr () 6-8 Hr () 8-10 Hr () >10 Hr ()

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado () Descansado () Fatigado () Otros: _____

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si () No ()

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño?

Si () No ()

¿Desde cuándo?

1 semana () 15 días () 1 mes () >1 mes ()

Presencia de:

Bostezo: () Insomnio: () Hipersomnio: () Pesadillas: () Alucinaciones: ()

Ojeras: () Ronquidos: () Enuresis: () Sonambulismo: () Terrores

nocturnos: ()

Factores que interrumpen su descanso y sueño: _____

¿Acostumbras a tomar siestas?

Si () No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No () Especifique: _____

ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

Dolor: () Rigidez: () Inflamación: () Limitaciones: () Contracturas: ()

Especifique:

Tratamiento:

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No () Especifique:

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No () Cual: _____

Frecuencia/duración: _____

b) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No () Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No ()

Presencia de:

Mareo () Vértigo () Acufenos () Malformaciones () Tumoraciones ()

Lesiones ()

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales:

Si () No () Especifique:

Utiliza lentes: _____

Armazón: () Contacto: () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No () Especifique: _____.

¿Con quienes convive diariamente?

Familia () Amigos () Compañeros de Trabajo ()

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

Buena () 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: _____

c) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

Consiente () Inconsciente () Sopor () Estupor () Confusión ()

Coma () Glasgow: _____

Problemas con:

Concentración () Razonamiento () Especificar: _____

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

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

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si () No () Especifique: _____

Toxicomanías:

Si () No () Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No () Especifique: _____

d) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su estado 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 () No () Especifique: _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si () No () Especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si () No ()

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

Desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación () Inadaptación () Irritabilidad () Culpa () Agresión () Cólera ()

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

Crear y mantener las condiciones que apoyan los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo.

1. Etapas del ciclo vital

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

Niñez Si () No () 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:

Has recibido educación sexual

Si () No () Especifique: _____

¿Cuál es su orientación sexual? _____

¿Con que Frecuencia tiene actividad sexual?

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si () No () Porque: _____

Número de parejas sexuales: _____

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

Si () No () Especifique/tratamiento: _____

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No () Especifique/tiempo: _____

Número de hijos: _____

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No () Especifique: _____

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 () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante la menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique:

Embarazos: ____ Partos: ____ Cesáreas: ____ Abortos: ____

Partos prematuros: ____ Fechas de último Papanicolaou: _____

Presencia de flujo/hemorragia trasvaginal: _____ Características: _____

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si () No () Especifique: _____

II. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

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

4-6 meses () 6-12 meses () >12 meses () No se realiza ()

Especifique: _____

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si () No ()

¿Qué conoce acerca 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: _____