



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO
A UN NENONATO PRETERMINO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
SOFIA NIEVES APARICIO PABLO

No. CTA. 7665133-1

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

Juana Baroja Cruz
DIRECTORA DE TRABAJO
MAESTRA JUJANA BAROJA CRUZ



MEXICO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por haberme dado el don de la vida.

A mi familia:

Mi esposo Gabriel, mis hijos y en especial a Juanita por haberme impulsado y apoyado en todo.

A todos mis profesores de la FEZ Zaragoza:

Por los conocimientos que me transmitieron.

A los profesores de la ENEO:

Quienes también contribuyeron a mi formación.

Mi agradecimiento, admiración y respeto a mi **directora del trabajo** por todo el tiempo que me dedico y el cariño que me tiene.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE:

Apaucio

Pablo

FECHA:

13 - Abril - 04

FIRMA:

Apaucio Pablo

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS	1
1. Marco Teórico	3
1.1 Proceso de Atención de Enfermería	3
1.2 Antecedentes de la historia del proceso de atención enfermería	5
1.3 Definición	7
1.4 Importancia del Proceso de Atención de Enfermería	9
2. Etapas del proceso de Enfermería	11
2.1 Primera Etapa: Valoración	11
2.2 Segunda Etapa: Diagnostico	12
2.3 Tercera Etapa: Planificación	14
2.4 Cuarta Etapa: Ejecución	17
2.5 Quinta Etapa: Evaluación	19
3. La teoría de Virginia Henderson	20
3.1 Antecedentes biográficos sobre Virginia Henderson	22
3.2 Modelo del proceso de atención de enfermería de Virginia Henderson	24
3.2.1 El Metaparadigma según Virginia Henderson	26
3.2.2 La persona y las 14 necesidades básicas	29

4.	Aplicación del proceso de Atención de Enfermería con el Modelo de Virginia Henderson	31
4.1	Contexto en que se estudia el caso	33
4.1.1	Antecedentes Históricos del ISSSTE	33
4.1.2	Antecedentes históricos del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza"	34
4.1.3	Identificación del Área de Neonatología	40
4.2	Valoración: Primera etapa	41
4.3	Diagnósticos de Enfermería	44
4.4	Planeación, Ejecución y Evaluación del Plan de Cuidados	46-54
5.	Conclusiones	55
6.	Bibliografía	56

Anexos

Instrumento de valoración

El niño Prematuro

Ilustraciones

INTRODUCCIÓN.

En la actualidad, el uso del Proceso de Enfermería como herramienta habitual en todas las actividades relacionadas a la Enfermería se ha vuelto una preocupación importante en nuestra profesión.

Siendo un método que emplea valoración, planeación, ejecución y evaluación en su desarrollo, el proceso de enfermería es flexible adaptable y aplicable en todas las situaciones, logrando el principal propósito de la enfermera: Promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima utilización de todos los recursos. Actualmente nos enfrentamos al reto de utilizar todo nuestro conocimiento para valorar la fuerza y debilidad del paciente, de modo que el pueda intervenir en la valoración, planeación y evaluación de su cuidado.

El modelo de atención de enfermería que se utiliza para tal fin es el de Virginia Henderson, ya que este modelo conceptual, basado en las catorce necesidades, es utilizado cada vez por más enfermeras. Este modelo se aplico a un paciente recién nacido de pretérmino, con la consecuente planeación y fundamentación de cuidados según los diagnósticos de enfermería detectados, dando como pauta las acciones de enfermería con la calidad, evitando así posibles complicaciones.

Tenemos así que el contenido del trabajo se integro de la siguiente manera: en el Capítulo I se hace una descripción de la metodología del cuidado de Enfermería, es decir se hace una introducción al proceso de enfermería, en donde se abarca sus generalidades, principios y norma con que se rige.

En el Capítulo II se presentan de manera amplia todas y cada una de las etapas que comprenden el proceso.

El proceso requiere necesariamente de la aplicación de una teoría que le fundamente la parte teórica y referencial del cuidado, de ahí que en el Capítulo III se haga la presentación con detalle de la teoría de Virginia Henderson

Necesariamente debe haber una unión entre la teoría y la práctica de ahí que sean evidenciadas en el Capítulo IV a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería con el modelo de Virginia Henderson

Por último y dándole un cierre a este trabajo se presentan en el Capítulo V las conclusiones a las que se llega con este trabajo

OBJETIVO GENERAL

- Realizar un Proceso de Atención de Enfermería aplicándolo a un recién nacido Pretermino con el objeto de proporcionar atención individualizada y de calidad basada en sus necesidades buscando satisfacción y restablecer su salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Brindar los cuidados, reconocer los signos y síntomas fisiopatológicos de la Prematurés para brindar los cuidados de enfermería específicos.

- Establecer el diagnóstico de enfermería adecuado a la patología del cliente con fundamentación científica, basada en la investigación del problema.

- Reconocer los diagnósticos potenciales de Enfermería a fin de conocer los riesgos y dar posibles soluciones a los problemas encontrados.

- Elaborar el proceso de atención de enfermería donde se pueda evaluar los objetivos del trabajo de manera continua.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

¿Qué es la enfermería?

La enfermería ha sido descrita de muy diversas formas por muchos líderes de opinión y teóricos de la especialidad.

“La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas que ha caracterizado a los problemas de salud reales o potenciales”¹.

El proceso de atención de enfermería consiste en pensar como enfermera. Es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión.

Con los años dicho proceso ha cambiado y evolucionado y, por ende, adquirido mayor claridad y comprensión. El proceso de atención de enfermería es un término familiar para el personal de enfermería, ya que es una herramienta habitual que sirve para organizar sus acciones en la realización de atención de salud a individuos.

Entre los profesionales del área de la salud, enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad, con la cual interactúa permanentemente como sujeto de atención².

¹ Mary Ellen Murray. Proceso de atención de enfermería. McGraw Hill. 1996. Pág.1

² Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: es Rol 1989. Pág.305

Esto ha permitido permanecer a lo largo del tiempo como profesión irremplazable, a través de la práctica necesaria.

Es por ello que la Enfermería profesional ha evolucionado desde la aplicación de principios científicos hasta una disciplina que aplica teorías, marcos de referencia, modelos y principios a la práctica.

La teoría proporciona herramientas necesarias para dirigir la práctica de enfermería, y ésta suministra el ambiente para aplicar y someter a prueba los conocimientos enfermeros; la investigación proporciona a los científicos de la enfermería los medios necesarios para examinar las teorías relacionadas con la condición de salud de los clientes y contribuye a aumentar los conocimientos de enfermería³.

Cualquiera que sea el modelo teórico éstos se componen de conceptos similares entre sí, ahora cualquiera que sea el modelo teórico, enfermería se considera como un sistema dinámico cuyos elementos constitutivos son: Teoría, Práctica, Investigación y Educación.

En resumen: juntos teorías, marcos de referencia, modelos y principios, sirven para identificar y clasificar a los fenómenos y se utilizan a través del proceso de enfermería, para dirigir la valoración, organizar los datos, analizar y conducir la implementación del proceso de enfermería⁴.

³ Leddy S, Pepper JM. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Filadelfia: JB Lippincott Company; 1985. Pág. 89-90

⁴ Griffit JW, Christeisen PJ. Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México. El manual Moderno; 1986. Pág. 6

1.2 ANTECEDENTES DE LA HISTORIA DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA.

Hall, L., 1955	Introduce el término: Proceso de Enfermería.
Kreuter, F. R. 1957	Describe las fases del proceso como coordinación, planificación, y evaluación del cuidado, e implica a la familia y a la auxiliar de enfermería como cuidadores, considerándolo como un fomento de la calidad de la práctica profesional.
Johnson, D. E. 1959	Describe el proceso como valoración de las situaciones, toma de decisiones, ejecución de acciones designadas para resolver los problemas de enfermería, y evaluación.
Orlando, I. J. 1961	Define el proceso de enfermería como una interacción. Establece tres fases en el proceso: conducta del cliente, relación de la enfermera y actividades de enfermería.
Henderson, V. 1965	Planteó que el proceso de enfermería era el mismo que el de las etapas del método científico.
Wiedenbach, E. 1963,1970	Introdujo un modelo de proceso de enfermería de tres etapas: identificar la ayuda necesitada, administrar la ayuda, verificar que la ayuda fue dada.
Heidgerken, L. 1965	Considera que las fases del cuidado profesional de enfermería son: evaluación del comportamiento y la situación, identificación de los sistemas físicos, diagnóstico, planificación e identificación de las necesidades, y coordinación del régimen del cliente a través de todos los estadios del cuidado.
Mc Cain, R. A. 1965	Introduce el término valoración, por primera vez, en un artículo publicado en 1965. Para valorar utilizó como marco las capacidades funcionales del cliente. Recogió y registró datos objetivos y subjetivos.
Knowles, L. 1967	Describió la actividad de enfermería como: descubrir, investigar, decidir, hacer y discriminar. Las enfermeras recogen datos durante las dos primeras fases.

WICHE (Western Interstate Commission on Higher Education) 1969	Enumeró las etapas del proceso de enfermería como percepción y comunicación; interpretación; intervención y discriminación.
Catholic University of America, 1967	Propuso cuatro componentes del proceso de enfermería: apreciación, planificación, intervención, y evaluación.
Orem, D. 1971	Expuso que existían tres etapas en el cuidado de enfermería: (a) determinación inicial y continuada de la necesidad de cuidado de enfermería; (b) diseño de las acciones de enfermería que contribuyan a alcanzar las metas de salud del cliente, y (c) la iniciación, dirección y control de las acciones de asistencia.
ANA Standards of Nursing Practice, 1973	Se refirió a cinco etapas del proceso: apreciación, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.
Bloch, D. 1974	Sugirió un proceso de cinco etapas que era similar al modelo de cuatro etapas: recogida de datos, planificación de la intervención, realización de la intervención y valoración de la intervención.
Gebbie, K. y Lavin, M. A. 1975	Organizó la primera conferencia nacional sobre la clasificación del diagnóstico de enfermería, en 1973 que se basó en el uso del modelo de proceso de enfermería de cinco etapas: apreciación, diagnóstico de enfermería, planificación, intervención y valoración.
Roy, Sor Callista 1976	Utilizó un proceso de seis etapas: apreciación de las conductas del cliente, identificación del problema, establecimiento de las metas, intervención, selección del enfoque y evaluación. Abogó por el uso del término diagnóstico de enfermería.

1.3 DEFINICIÓN:

Un proceso es una serie de acciones u operaciones planeadas que dirigen hacia un resultado en particular⁵. Proceso de enfermería es un proceso ordenado y sistemático, para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y/o la comunidad; con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería⁶. Por tanto es la aplicación del método científico en el quehacer de la enfermería.

"El Método enfermero es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente"⁷.

El proceso de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros así mismo se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento.

Según Yura y Walsh⁸, el proceso tiene características como:

- ❖ **Sistemático.**- Porque permite la organización del trabajo y así brindar cuidados al logro de objetivos.
- ❖ **Dinámico.**- Porque evoluciona según respuestas del paciente, lo que amerita un cambio continuo e interactivo a su vez se enfatiza en la relación enfermera paciente.
- ❖ **Flexible.**- Porque se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier área que trate con individuos, grupo o comunidades.

⁵ Kozier E. B. Fundamentos de Enfermería. México. Interamericana. McGraw Hill. 1994. Pág.106

⁶ Investigación y educación en enfermería. Vol.17 No. 2. Septiembre de 1999

⁷ Alfaro Levefre R. Aplicación del Proceso de Enfermería. 3ª, Ed. Edit. Mosby Doyma. 1999. Pág.4

⁸ Silvia Orego S. Métodos de Trabajo en el quehacer del profesional de enfermería: Reflexiones acerca del proceso, Medellín. X(2). Septiembre de 1999

- ❖ El propio proceso exige **una fundamentación teórica** que parte de numeroso conocimientos y se puede aplicar cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.
- ❖ Por ultimo, su **finalidad** es desarrollar los códigos del ejercicio de la enfermería y realizar estudios sobre el quehacer, comparar resultados y monitorear cuidados y pautas terapéuticas.

1.4 IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede:

- Asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, la familia y la comunidad.
- Proporcionar la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.
- Asegura la atención individualizada; ofrece ventajas para el profesional que presta atención y para quien la recibe; permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad⁹.

Para el paciente son:

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

⁹ Atkinson L. Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 2a Ed. México. El Manual Moderno. 1983. Pág.7

Para la enfermera:

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

En resumen, el uso del proceso de enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada sujeto de atención¹⁰.

¹⁰ Idem.

2. ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

El proceso de enfermería está organizado en cinco etapas cíclicas, interrelacionadas y progresivas:

1) Valoración, 2) Diagnóstico de Enfermería, 3) Planeación, 4) Ejecución y 5) Evaluación.

2.1 PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN.

Se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos, procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de una persona, familia y comunidad¹¹.

Esta recolección de datos se vuelve un proceso continuo, en donde la enfermera no debe de cesar de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos.

El proceso de valoración consiste en tres actividades separadas entre sí: recolección de datos, organización de los mismos y formulación de diagnósticos de enfermería.

En el contexto de la valoración de enfermería, se pueden definir los datos como información específica obtenida; posteriormente esta base de datos servirá para las fases restantes del Proceso de Enfermería.

¹¹ Iyer W. Patricia et. al., Proceso de Enfermería y diagnóstico de Enfermería. México: McGraw-Hill. Interamericana. 1995. Pág.35

Organización de Datos.

Existen muchas formas de organizar la información obtenida, pero cada enfermera debe guiarse por su experiencia, esto es, emplear lo que funcione mejor.

La clasificación de datos proporciona una documentación lógica y centra la atención del profesional de enfermería sobre las funciones que necesitan soporte y asistencia para su recuperación.

Cuando se intenta identificar diagnósticos de enfermería es conveniente organizar los datos de acuerdo a un modelo de enfermería, porque se emplea un enfoque holístico y se agrupa información relacionada sobre los patrones de conducta o de funcionamiento humano; proceso vital de función de órganos o sistemas corporales, que vendría siendo un modelo médico.

Finalmente la agrupación de datos le ayuda a identificar patrones, a hallar datos de información, y por ultimo, a identificar problemas y potencialidades.

Informar y anota hallazgos significativos lo antes posible asegura unos óptimos cuidados y puede ahorrarle demandas de mala practica profesional; muchos juicios por negligencia implican la no comunicación de hallazgos esenciales del paciente¹¹.

2.2 SEGUNDA ETAPA : DIAGNOSTICO.

Un diagnostico de enfermería es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad ante proceso vitales o ante problemas de salud reales o potenciales. El diagnostico de enfermería proporciona la base para la

¹¹ Alfaro Levefre R. Aplicación del Proceso de Enfermería. 3ª, Ed. Edit. Mosby Doyma. 1996. Pág.78

selección de intervenciones, de cuyos resultados es responsable el profesional de enfermería¹².

Durante la fase del diagnóstico, el personal analiza los datos recogidos y clasificados en grupos para identificar, de esta forma se identifica las necesidades del paciente para así concluir redactando el diagnóstico de enfermería. Después del agrupamiento y análisis de los datos de valoración, la enfermera formula relaciones causales (etiológicos) entre los problemas de salud y los factores que se relacionan con ellos. Estos factores etiológicos pueden pertenecer al ambiente sociológicos, psicológicos, fisiológicos o espirituales¹³.

Para redactar el diagnóstico de enfermería deben utilizarse tres componentes:

- **Título.-** Una descripción del problema.
- **Factores Relacionados o de Riesgo.-** Factores que pueden causar o contribuir.
- **Características Definitorias.-** Grupo de signos y síntomas que con frecuencia se asocian con el diagnóstico.

La NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería: reales, potenciales o de alto riesgo y bienestar los cuales se definen del siguiente modo¹².

- **Real**

Representa un estado que a sido clínicamente valido mediante características definitorias de un individuo, familia o de la comunidad.

¹² Juall Carpenito Linda. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Ira. Ed. Edit, Mac Graw-Hill. 1993. Pág. 1

¹³ L.J. Carpenito. Diagnostico de Enfermería. 5ª Edición. MacGraw-Hill. Interamericana. Madrid España. 1995. Pág. 16-34

- **De Alto Riesgo**

Es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad, para desarrollar un problema, que otros se encuentran en igual o en similar situación.

- **Posible**

Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales.

- **Bienestar**

Es un juicio clínico respecto a una persona. Grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: Deseo de un mayor nivel de bienestar y estado o función actuales eficaces¹⁴.

2.3 TERCERA ETAPA: PLANIFICACIÓN

La valoración de enfermería y la formulación de los diagnósticos constituyen el inicio de la fase de planificación del proceso de enfermería. Planificar cuidados significa establecer un plan de acción , programar sus etapas. Los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben tomar¹⁵.

¹⁴ Juall Carpenito Linda. Manual de Diagnóstico de Enfermería. 1ra, Ed. Edit, Mac Graw-Hill. 1993. Pág. 3

¹⁵ Phaneuf Margot. En Cuidados de Enfermería. El proceso de Enfermería. Tr. Carlos Ma. Lopez. McGraw-Hill. Interamericana, Madrid. 1993. Pág. 110-120

Por tanto la planeación establecer prioridades + identificar objetivos + planear acciones de enfermería.

- **Establecimiento de prioridades**

El establecimiento de prioridades no es solamente una cuestión de enumeración de los diagnósticos de enfermería basándose en su gravedad o su importancia fisiológica. Es, más bien, el paso en el cual la enfermera y el paciente determinan el orden en que los problemas de este deben resolverse, basándose en los deseos, necesidades y seguridad del paciente.

Preguntas Clave¹⁶:

- ¿Qué problemas necesitan atención inmediata?
- ¿Qué problemas tienen solución sencilla?
- ¿Qué problemas pueden derivarse a otro profesional?
- ¿Qué problemas deben anotarse en el plan de cuidados?

- **Establecimiento de objetivos**

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identifico con el diagnóstico de enfermería.

Los objetivos, o resultados esperados tiene tres propósitos principales:

- 1) Son los instrumentos de medición del plan de cuidados.
- 2) Dirigen las intervenciones.

¹⁶ Alfaro Levefrre R. Op cit. Pág. 78

3) Son factores de motivación.

Existen tres tipos de objetivos:

Objetivo a Corto Plazo: Son los que pueden lograrse de modo favorable y rápida, en cuestión de horas o días.

Objetivo a Largo Plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo (semanas, Meses o Años).

Objetivo para el alta: Estos se fijan en las 24 o 48 horas posteriores al ingreso se describe el nivel de ayuda que es posible para que el paciente sea dado de alta.

Los resultados esperados que son claros y específicos deben indicar que tiene que hacerse, quien tiene que hacerlo, cuando se va a hacer, como tiene que hacerse y en que medida a de hacerse. En resumen debe contener: Sujeto, Verbo, Condición, Criterio y Momento específico¹⁷.

o **Planear Acciones de Enfermería**

Las intervenciones son las actividades que la enfermera realizada para: controlar el estado de salud, prevenir, resolver o controlar un problema, ayuda a realizar las actividades de la vida diaria y promover la máxima salud e independencia.

Su selección en su proceso de toma de decisiones teniendo en cuenta que cada una de estas se realice con creatividad e innovación, de manera individualizada y que puedan ser mensurables¹⁸.

¹⁷ Alfaro Levefre R. Op cit. Pág. 80

¹⁸ Alfaro Levefre R. Op cit. Pág. 84

Al final de la fase de planeación; el anotar el plan de cuidados tiene propósitos: facilitar la comunicación entre los profesionales del área de la salud, dirigir los cuidados y la documentación, proporcionar un registro escrito que mas tarde puede usarse para la evaluación.

Cabe mencionar que cada uno de los registros deben acompañarse de: firma y fecha para cada una de las intervenciones aunque se recomienda definir quien, que, donde, cuando, como y con que frecuencia tendrán lugar las actividades identificadas¹⁹.

2.4 CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN

La ejecución comienza una vez que se a establecido y desarrollado el plan de cuidados y se centra en las actuaciones de enfermería para conseguir los objetivos del plan. Phaneuf Margot²⁰; menciona que la fase de ejecución de los cuidados constituye el momento de la realización del plan de intervención. En esta fase los actores son múltiples: el cliente, la enfermera, la familia y el equipo interdisciplinario de salud.

La fase de ejecución de los cuidados es el momento mas importante para el contacto con el cliente. Es el momento por excelencia para establecer una relación significativa con él²¹. La fase de ejecución se divide en tres etapas: Preparación, Intervenciones y documentaciones.

¹⁹ Iyer W. Patricia. Proceso de Enfermería y Diagnostico de Enfermería. México. MacGraw-Hill. Interamericana. 1995. Pág.203

²⁰ Phaneuf, Margot. "La ejecución de los cuidados cuarta etapa del proceso de Cuidados" en cuidado de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería. Tr. Carlos Ma. López González y Julia López Ruiz. Mcgraw-Hill. Interamericana. Madrid. 1993, Pág.120- 124

²¹ Phaneuf, Margot.Op cit. Pág.125-134

La preparación, incluye la revisión de acciones de enfermería anticipadas, el análisis de los conocimientos de enfermería y habilidades necesarias y el reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a indicaciones de enfermería específicas.

Consiste, también en la determinación y prestación de los recursos necesarios en la preparación de un entorno que conduzca a los tipos de intervenciones.

Intervención: en esta etapa se pueden presentar necesidades o respuestas físicas y emocionales del cliente se pueden dividir en patrones de respuestas humanas; las cuales el profesional de enfermería debe utilizar el razonamiento crítico para identificar problemas y resolverlos de forma eficaz.

Sin olvidar que pueden ser de tipo: independientes, dependientes e interdependientes. También es donde deben valorarse las cualidades del profesional de salud para ayudar en las actividades de la vida diaria, se puede supervisar el trabajo de los demás y existe una comunicación con el equipo interdisciplinario; teniendo en cuenta el proceso de enseñanza-aprendizaje para finalmente brindar los cuidados a quien se requiera.

La documentación, puede utilizar diversos formatos de graficas, las tradicionales incluyen la creación de gráficas narrativas y orientadas al problema²².

Cabe mencionar que en esta etapa del proceso de enfermería, independientemente del tipo de marco en el que ejerce el profesional de Enfermería, se pueden utilizar cinco enfoques o modelos principales que son:

²² Iyer W. Patricia. Proceso de Enfermería y Diagnostico de Enfermería. México. Mcgraw-Hill. Interamericana. 1995. Pág.267

asignación por tareas, enfermería de equipo, enfermería de cuidados básicos y sus variaciones, control de caso y atención enfocada al paciente.

Teniendo en cuenta que las diferencias entre cada uno de éstos residen en los sistemas utilizados para organizar y llevar a cabo los tipos de actividades necesarios para satisfacer las necesidades del cliente. En los 90's la asignación por tareas es el método menos habitual, pensando que el control de caso sea el método de prestación que esta enfocada a la atención del paciente de manera individualizada²³.

2.5 QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN.

La evaluación es la fase final del proceso de Enfermería, que consiste en emitir un juicio sobre el trabajo de la enfermera en relación con los resultados obtenidos.

Es sistemática y continua. Es una condición absoluta de la calidad de cuidados. Generalmente el objetivo, es el que indica el momento de la evaluación, la evaluación contempla al objetivo, la satisfacción del cliente y el proceso seguido²⁴.

La persona que proceda a la evaluación de un determinado objetivo debe, además, redactar sus observaciones de forma concisa, indicar la fecha de evaluación y firmar con su nombre.

Es también el momento de revalorar como lo menciona Atkinson, al proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería previos, objetivos y acciones con base a nuevos datos del paciente.

²³ Iyer W. Patricia. Op cit. Pág.268

²⁴ Ellen Murray Mary. Proceso de atención de Enfermería. México, Mcgraw-Hill. Interamericana.1996.Pág.119

Esta nueva información se usara como prueba para evaluar el logro del objetivo y puede indicar la necesidad de revisión del plan existente.

En resumen la evaluación es un proceso continuado y sistemático utilizado para juzgar cada componente del Proceso de Enfermería y para evaluar la calidad de los cuidados.

3. LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON.

LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE:

Se pueden establecer tres niveles en la relación enfermera-paciente que van desde una relación muy dependiente a la practica independiente: 1) La enfermera como una sustituta del paciente, 2) Le enfermera como una auxiliar del paciente y 3) La enfermera como una compañera del paciente²⁵.

En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un sustituto de las carencias del paciente para ser "completo", "íntegro" o "independiente" debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

Henderson reflejo este punto de vista al declarar que la enfermera "es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien se ha quedado ciego, un medio de locomoción para el

²⁵ Ann Marriner Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería. (4ª Edición). Edit. Harcourt Brace.1999. Madrid España. Pág.103.

niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiado débiles o privados del habla, etc”²⁶.

Durante los estados de convalecencia la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia, Henderson afirmó que “Independencia es un termino relativo. Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana no una dependencia enferma”.

LA RELACIÓN ENFERMERA-MÉDICO:

Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial, diferente de la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson remarcaba que las enfermeras no están a las ordenes del médico, ya que “Cuestionaba la filosofía de que los médicos den ordenes a los pacientes y a los empleados sanitarios”²⁷. Yendo más allá, recalca que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médico.

LA ENFERMERA COMO MIEMBRO DEL EQUIPO SANITARIO.

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no deben realizar las tareas ajenas. Henderson recordaba que “ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros con peticiones que no pueda llevar a cabo dentro de su función especializada”²⁸.

²⁶ Ann Marriner Tomey. Op cit. Pág.103

²⁷ Ann Marriner Tomey. Op cit. Pág.104

²⁸ Ann Marriner Tomey. Op cit. Pág.104–106

3.1 ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS SOBRE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos, originaria de Kansas City, Missouri, paso su infancia en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía en Washington DC.

Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así, en 1918 ingreso en la escuela de enfermería del ejercito en Washington DC. En 1921 se graduó y acepto un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

En 1922 inicio su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia, Cinco años mas tarde ingreso en el Teachers College de la universidad de Columbia, donde consiguió los títulos B.S. y M.A. en la rama de enfermería.

En 1929, Henderson ocupo el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regreso al Teachers College en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y practicas clínicas hasta 1948. Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora²⁹.

Henderson afirma que la única función de la enfermera es prestar asistencia a la persona enferma o sana, en la realización de actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que podría desarrollar si ayuda, si tuviera la fuerza, la volunta o el conocimiento necesario, siempre con el objeto de ayudar a alcanzar la independencia con mayor rapidez posible.

²⁹ Ann Murriner Tomey. Op cit. Pág.99

Señala también las catorce necesidades básicas del paciente que comprenden: Respiración, Beber y Comer, Evacuación, Movimiento, Reposo y Sueño, Vestido Adecuado, Temperatura Corporal, Limpieza del Cuerpo, Tegumento Protector, Entorno Seguro, Comunicación, Culto, Trabajo, Ocio y Aprendizaje.

Identifica tres niveles de relación con el paciente en que la enfermera:

- Sustituye a alguien para cuidar al paciente.
- Lo ayuda y lo acompaña.
- Defiende la comprensión empática y afirma que las enfermeras deben meterse en la piel de cada paciente para saber lo que necesita

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería de todo el mundo³⁰.

³⁰ Ann Marriner Tomey. Op cit. Pág.99-100.

3.2 MODELO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación de la **ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera.**

Ella a través de su experiencia práctica llegó a preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.

Y es que las enseñanzas de enfermería de aquella época le eran insatisfactorias ya que no definían en forma clara **cuáles eran sus funciones** y que sin este elemento primordial -para ella- no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

“La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible³¹”.

³¹ Phaneuf, Margot. Op cit, Pág.120- 124

A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson³²:

1.- PERSONA

Necesidades Básicas.

2.- SALUD

Independencia.

Dependencia.

Causas de la dificultad o problema.

3.- ROL PROFESIONAL

Cuidados Básicos de Enfermería.

Relación con el equipo de Salud.

4.- ENTORNO

Factores ambientales.

Factores socioculturales.

³² Phaneuf, Margot. Op cit, Pág.120- 124

3.2.1. EL METAPARADIGMA SEGÚN V. HENDERSON.

El paradigma es un diagrama conceptual, una amplia estructura en torno a lo cual se articula la teoría; es la forma de ver el mundo, son compuestos, definiciones y preposiciones que proyecta una visión sistemática de un fenómeno (cuidado) con el fin de organizar y estructurar todos los conocimientos que cimientan a la enfermería, reuniendo los propósitos teóricos, prácticos e intelectuales de la disciplina³³.

PERSONA: "Se refiere al receptor de los cuidados enfermeros que incluyen los componentes físicos , espirituales ,psicológicos y socioculturales , y pueden contemplar a un individuo , una familia o una comunidad.

Casi la mayoría de las teorías manejan que la persona es un ser Biopsicosocial, es decir que este interactúa con su exterior u que no es un ser apartado de la sociedad, y este va a ser el que reciba los cuidados de enfermería".

ENTORNO: "Se refieren a todas las condiciones internas y externas , las circunstancias y las influencias que afectan a las personas.

Casi la mayoría la define como lo que rodea a la persona y esta va a influir en su desarrollo , forma de pensar, y que este está en constante cambio³⁴".

SALUD: "Se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentada por la persona" .

³³ Modelos y teorías en enfermería. Marrier Tomey Ann. Edit. Harcourt Brace. Madrid España. 1999. (4ª Edición). P.95-100.

³⁴ Idem

ENFERMERÍA: "Son las actividades, características y atributos del individuo que proporciona el cuidado enfermero"³⁵."

ELEMENTOS

PERSONA: es un todo complejo, es un ser consciente que constituye un todo completo y que requiere cubrir 14 necesidades fundamentales³⁶.

La satisfacción de estas necesidades llevarán a la independencia y desarrollo del individuo en su vida diaria³⁷.

ENTORNO: según Henderson es la naturaleza o el medio que actúa de manera positiva o negativa sobre la persona, la enfermería se esfuerza en crear un entorno favorable a la salud lo define como "...el conjunto de condiciones y factores externos que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo"³⁸.

SALUD: es la capacidad de poseer una persona, de satisfacer de manera independiente sus catorce necesidades fundamentales la conceptualiza como "la calidad vital básica para el funcionamiento humano y exige dependencia e interdependencia"³⁹.

ENFERMERÍA: consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades de sus necesidades fundamentales, Virginia afirma que "...son aquellas actividades que contribuyen a la salud o a la

³⁵ Marrier Tomey Ann. Op cit. Pág. 104

³⁶ Phaneuf, Margot. Op cit, Pág. 132

³⁷ KOZIER, B. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. (5ª edición). Edit. Mc.Graw Hill. 1999. México. Pág. 79

³⁸ POTTER, P. Fundamentos de Enfermería. (5ª edición). Edit. El Server Science. 2002 Madrid-España. Pág. 4

³⁹ KOZIER, B. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. (5ª edición). Edit. Mc.Graw Hill. 1999. México. Pág 130.

recuperación de esta, o bien, a una muerte tranquila y que dichas actividades, serán realizadas por una Enfermera que, debe ser una Profesional, capaz de hacer juicios independientes, realizando las actividades de Enfermería⁴⁰.

⁴⁰ Phaneuf, Margot. Op cit, Pág. 133

3.2.2. LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su **conceptualización** del **individuo o persona**, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, que tienen **14 Necesidades Básicas** o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento⁴¹:

- Necesidad de Oxigenación
- Necesidad de Nutrición e hidratación
- Necesidad de Eliminación
- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura
- Necesidad de Descanso y sueño
- Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de Termorregulación
- Necesidad de Higiene y protección de la piel
- Necesidad de Evitar peligros
- Necesidad de Comunicarse
- Necesidad de Vivir según sus creencias y valores
- Necesidad de Trabajar y realizarse
- Necesidad de Jugar / Participar en actividades recreativas
- Necesidad de Aprendizaje

⁴¹ Phaneuf, Margot. Op cit, Pág. 136

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 Necesidades Básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes.

Desde un punto de vista **holístico**, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión de un ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la Interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo⁴².

⁴² Phaneuf, Margot. Op cit, Pág. 137

4. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON EL MODELO DE V. HENDERSON.

El Modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del **Proceso de Atención:**

1. En las ETAPAS DE VALORACIÓN Y DIAGNOSTICO, sirve de guía en la recogida de los datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:

- El grado de Independencia / dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2. En las etapas de PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN, sirve para la formulación de objetivos de independencia con base a las causas de la dificultad detectada, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo -siempre que sea posible- en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda)

más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución⁴³.

3. Finalmente, en la etapa de EVALUACIÓN, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora *nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápido posible*⁴⁴.

Evidentemente, esto no significa que Enfermería le proporcione la independencia sino que la actuación va encaminada a ayudarle a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.

⁴³ Phaneuf, Margot. Op cit, Pág. 146

⁴⁴ Phaneuf, Margot. Op cit, Pág. 147

4.1 CONTEXTO EN QUE SE ESTUDIA EL CASO

Es muy importante hacer una contextualización del lugar en donde se tomo el siguiente caso, ya que llevo laborando 25 años y es el Servicio que más me ha gustado, y estar en contacto directo con los recién nacidos es lo más hermoso e importante que he vivido como enfermera.

4.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL ISSSTE.

En el año de 1959, el presidente Adolfo López Mateos presentó al Congreso de la Unión la iniciativa de ley para la creación del **ISSSTE**. Su aprobación fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de Diciembre. Por lo que en enero de 1960 la nueva institución comenzó sus actividades.

El **ISSSTE**, de acuerdo a su ley, amplió las áreas de sus servicios, cubriendo tanto prestaciones relativas a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, y extendiendo estos beneficios a los familiares de los trabajadores y pensionistas. Las personas protegidas por el Instituto comprenden a trabajadores al servicio de la Federación y del Departamento del Distrito Federal, trabajadores de Organismos Públicos que por Ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal sean incorporados al régimen, así como a los pensionistas de dichos Organismos.

4.1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

- 1977** Fue inaugurado el 17 de septiembre iniciando sus actividades como unidad de primer nivel ("Clínica Oriente") fungiendo como director el doctor Tirzó Cascajares Heredo y como Jefe de Enfermeras la enfermera Aída Trejo Gonzáles
- 1978** El primero de abril inicio el programa de (citas programadas por teléfono). El 3 de octubre el Licenciado José López Portillo Presidente de la Republica, inauguró el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza".
- 1979** Inicio la prestación de servicios sanitarios asistenciales el 19 de noviembre, con 66 camas censables y 42 no censables, el 1 de diciembre fue nombrado director el doctor Rolando Ocampo Leroyal y jefe de enfermeras la enfermera Ethelvina Contreras Ramírez.
- 1980** En febrero el doctor Nicolás Casanova Álvarez fue designado director y la enfermera Lourdes Ponce Linares jefe de enfermeras. En octubre se nombro director al doctor Rafael Gonzáles Iñiguez y jefe de enfermeras a la enfermera Juana Rosa Gutiérrez Ramírez.
- 1981** En el primer semestre se implanto el programa de atención de primer nivel a no derechohabientes con su propio personal medico y de

enfermería. El 2 de diciembre tomo posesión como jefe de enfermeras la enfermera Rosa María Lerma Jasso.

1982 Se iniciaron las actividades de medicina física, rehabilitación, unidad de cuidados intensivos adultos y neonatología, así como de perinatología e inhaló terapia. Se inauguró la tienda del ISSSTE anexa a esta unidad y la nueva clínica oriente a donde se transfiere la atención de primer nivel.

1983 En febrero se integro a esta unidad como director el doctor Víctor Gómez Moreno; se realizaron adaptaciones al servicio de urgencias adultos. El 15 de septiembre tomo posesión como jefe de enfermeras la P. E. Melva Pérez.Córdova. A iniciativa del doctor Carlos Vargas García se puso en funcionamiento el programa de habitación conjunta.

1894 Mes de marzo se puso en funcionamiento la unidad de cuidados intensivos de pediatría, la cual se ubico en el área destinada a la UCI, durante mayo se asigno el 5° piso para la atención del parto de bajo riesgo. En julio se designo al doctor Humberto Méndez Treviño como director del Hospital, en tanto que para el 1° de agosto posesión como jefe de enfermeras la enfermera Lourdes Ponce Linares, quien para el día 28 del mismo, fue sustituida por la enfermera Amada Dávila Flores.

A partir del 2 de diciembre se inicio en forma escalonada el modulo de atención materno-infantil para desarrollar los programas de corta estancia, parto de bajo riesgo y habitación conjunta, consulta

externa, planificación familiar y atención de urgencias Gineco-obstétricas.

- 1985** Se reestructuro la funcionalidad del cunero convirtiendo en unidad de neonatología dadas las necesidades. A partir del primero de abril se implantó el módulo de urgencias pediátricas con los servicios de urgencias pediatría, hospitalización y consulta externa, de esta última fueron oftalmología, otorrino-laringología, urología, cirugía reconstructiva, reumatología, cirugía general y ortopedia.
- 1986** El 10 de octubre se reinauguro la torre de hospitalización y durante noviembre inició su ocupación con las oficinas de gobierno y la unidad de cuidados intensivos en el segundo piso.
- 1987** Se continuo con la reorganización de los servicios de hospitalización, en el 3er. Piso pediatría, 4º. Piso neonatología, 8º. Piso medicina interna y 9º. Piso cirugía general.
- 1988** En marzo se designó director al Dr. Lisandro Gómez Ponce y para el mes de abril se designo como Jefe de Enfermeras a la E. P. Teresa Rodríguez Quiroz. Durante noviembre, el hospital conmemoró su X Aniversario a través de unas Jornadas Científicas Culturales.
- 1990** En el mes de enero, se nombro director al doctor Rafael González Iñiguez, durante su administración se llevaron acabo modificaciones en el organigrama, la anteriormente llamada jefatura de enfermeras fue denominada " Coordinación de los Servicios de Enfermería".

- 1991** A partir del mes de abril, el doctor Víctor Manuel Reyes López, ocupó la dirección de este hospital. Hasta el 15 de mayo de 1993 en que se le asignó el cargo de Subdirector de Hospitales Regionales y Generales del ISSSTE a Nivel Nacional.
- 1993** El 20 de mayo recibe el cargo de director de esta unidad el doctor Alberto Velarde Carrillo como subdirector médico el doctor Miguel Ángel Alcalá Valderrama y como Coordinadora de los servicios de enfermería la E. E. Leonila Galicia Martínez.
- 1994** Se inicia la remodelación del área del 5º piso en el cual se construyen 4 salas quirúrgicas destinadas para cirugía laparoscopia. Dando inicio su funcionamiento el 13 de marzo de 1995 con las especialidades de urología, Gineco-obstetricia, cirugía general y ortopedia.
- 1995** En febrero es designado director de la unidad el doctor Daniel Angelino de León López. A partir del 1º de junio recibe el cargo de coordinadora de los servicios de enfermería la E. E. M. C. Eva Guadalupe de Jesús León Allende.
- 1996** Se intensifican las acciones a favor de la lactancia materna se erradican los biberones y se inicia la alimentación con vaso graduado para recién nacido, y vaso entrenador para pacientes pediátricos solo en caso necesario así mismo se erradican, algunas prácticas como: la separación de la madre y el niño al nacer y durante la estancia hospitalaria, ayunos prolongados, horarios rígidos de alimentación entre otros.

- 1997** Por iniciativa de la Delegación Oriente se develo el monumento a la enfermera, el día 9 de enero, por el Licenciado Manuel Aguilera Gómez, Director General del ISSSTE, siendo Delegado de la Zona Oriente el Lic. Luis José Dorantes Segovia, continuando al frente de la dirección del hospital el Doctor Miguel Ángel Alcalá Valderrama y en la subdirección Medica el Doctor Alberto Trejo Gonzáles.
- 1998** El 7 de enero, toma posesión de la dirección el doctor Víctor Manuel Reyes López, la Licenciada Isabel Alemán Ortega es designada Subdirectora Administrativa y la doctora Rebeca Hernández Luna como Subdirectora Medica.
- 1999** En marzo se lleva a cabo la primera verbena de la Salud, para la promoción de los Servicios de Salud y Sociales que el Hospital brinda, se ofreció orientación a la población asistente en tópicos como; planificación familiar, detección de cáncer cervico uterino y mamario, sida, lactancia materna, hidratación oral, higiene personal, de la vivienda y ambiental, detección y prevención de enfermedades crónico degenerativas y adicciones, estimulación temprana etc.
- 2000** Este año marca una etapa muy importante para el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", ya que en septiembre de este año se obtiene la certificación como hospital de Calidad, con la mas alta puntuación de la Republica Mexicana, por lo que se certifica con grado de excelencia. El 25 de Octubre se evalúan los 28 pasos del programa del Hospital Amigo del Niño y la Madre, obteniendo la recertificación con grado de excelencia. Cave mencionar que la primera certificación fue a través de la evaluación de los 10 pasos.

- 2001** Continúa como director del Hospital el Doctor Enrique Granja Posada, la Licenciada Rosa Leiva como Subdirectora Administrativa y como coordinadora de los servicios de enfermería la enfermera Eva León Allende. La licenciada enfermera Lourdes Ramos Hernández es designada coordinadora hospitalaria en trasplantes, y en este mismo mes inicia el programa de donación de órganos y tejidos. En agosto se lleva a cabo la remodelación de la unidad de terapia intensiva de adultos e inhalo terapia, terminan los trabajos en octubre.
- 2002** Se establece el modelo familiar preventivo, el sistema quirúrgico de resolución rápida a través de cirugía ambulatoria, sin hospitalización se crean polos de especialidad, para garantizar la accesibilidad, la equidad, oportunidad, eficiencia y calidad de la atención, se fortalecen los servicios de urgencias, se instaura el sistema para el control y regulación del abasto de medicamentos e insumos para la atención de la salud (SICORA). Se continúa con el programa de estímulos a la productividad y calidad a favor del personal de enfermería, así como a las 28 acciones que componen el programa " Hospital Amigo del Niño y de la Madre". El 8 de noviembre se efectúa el primer transplante de corneas.*

¹⁵Fuente: Archivo histórico del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" ISSSTE.

4.1.3 IDENTIFICACIÓN DEL ÁREA DE NEONATOLOGÍA.

El servicio de Neonatología se encuentra en el 4º Piso de la torre de hospitalización, este cuenta con cinco áreas distribuidas de la siguiente manera:

- 1 Área de UCIN sala abierta con capacidad para 8 neonatos.
- 1 Área de aislados UCIN con 5 cubículos de aislamiento.
- 1 Área de cunero intermedio con capacidad para 12 neonatos.
- 1 Área de cunero intermedios aislados con capacidad para 8 neonatos.
- 1 Área para Crecimiento y Desarrollo con capacidad de 10 neonatos.

El personal del área de Neonatología esta capacitado para proporcionar atención integral y especializada al neonato, la cual se encuentra apegada al programa Hospital Amigo del Niño y la Madre, poniendo en practica subprogramas, entre los cuales se encuentran el de Mama Canguro y erradicación de biberones, en donde participan de forma entusiasta tanto la madre como el personal de enfermería.

Dentro de los recursos materiales cuenta con: 9 ventiladores de presión positiva, 4 cunas de calor radiante, 20 incubadoras, 3 monitores neonatales, 2 monitores de oxímetro, carro rojo completo y funcional, equipo de aspiración de secreciones, equipo para venodisección cateterismo umbilical, seis equipos para venopunción, una báscula eléctrica, ropa estéril, reactivos para precisión, sondas nelatón, cinco básculas pesa bebé, micropore, etc.

4.2 VALORACIÓN PRIMERA ETAPA

El presente caso se trata de un neonato llamado Iván de 25 días de vida que se encuentra en incubadora a normó termia y para incremento ponderal.

Nombre: Machuca Islas R.N.

Nº Exp: MAIL-640329/7

Hora de nacimiento: 17:40 hrs.

Lugar de Nac. : U.T.Q. ISSSTE

ZARAGOZA

Fecha de nacimiento: 1 de septiembre 2003 Sexo: Masculino

Dx de ingreso: Recién Nacido Pretérmino, Potencialmente Infectado por Ruptura Prematura de Membranas, P. D. E. G., Morbilidad elevada

Datos de la madre: Nombre: M. I. Leticia; Domicilio: Av. Sor Juana Inés de la Cruz # 177, Col Metropolitana 3ª sección, Cd. Nezahualcoyotl; Ocupación: Enfermera, Organismo: Salubridad

De acuerdo a las necesidades de Virginia Henderson la valoración nos da los siguientes datos:

1. **RESPIRAR:** Presenta: cianosis, aleteo nasal, quejido audible, retracción xifoidea, tiros intercostales, por lo que hubo necesidad de mantenerlo en ventilación mecánica con FiO_2 al 100% con lo cual mejora su dificultad respiratoria.
2. **NECESIDAD DE BEBER Y COMER:** Es un neonato con peso bajo se le da su formula con sonda y así evitar que baje de peso

3. **NECESIDAD DE ELIMINAR:** Cada tres horas se verifica que el neonato haya miccionado y evacuado reportando sus características.
4. **NECESIDAD DE MOVERSE Y DE MANTENER UNA POSTURA ADECUADA:** Hacer cambios frecuentes de posición, proteger las prominencias óseas. Que elija la postura que más le agrade, pero nunca dejarlo solo cuando este en posición dorsal.
5. **DORMIR Y DESCANSAR:** Duerme la mayor parte del tiempo, sin ruidos con luz tenue, en su incubadora a temperatura ideal.
6. **VESTIRSE Y DESNUDARSE:** Usa pañal ya que al estar descubierto nos permite observarlo ampliamente.
7. **MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES:** Se checa su temperatura axilar cada tres horas y esta debe ser de 36.5° C. Y 37°C.
8. **ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LOS TEGUMENTOS:** Se le da su baño de esponja diario, lubricando la piel y cambiando la ropa de la incubadora.
9. **EVITAR PELIGROS:** Colocar protectores laterales a la incubadora para evitar que accidentalmente introduzca la mano o el pie.
10. **COMUNICARSE CON LOS SEMEJANTES:** En la hora de la visita los papás lo acarician, le hablan y lo tocan para brindarle seguridad y protección.

11. **ACTUAR SEGÚN LAS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES:** De acuerdo al credo que profesan los papás, se les permite bautizarlos o colocarles alguna imagen en estampa.
12. **TRABAJAR DE MODO QUE HAYA UN SENTIMIENTO DE LOGRO:** Todo el equipo de salud incluyendo a los papas de Iván encaminan sus acciones a su pronta recuperación.
13. **JUGAR O PARTICIPAR EN DIVERSAS FORMAS DE RECREACIÓN:** En estos momentos únicamente duerme.
14. **APRENDER:** Proporcionar a los padres toda la información disponible para que cuando sea dado de alta acuda a su consulta con toda regularidad, al control y desarrollo del niño sano, a sus vacunas y así tenga un desarrollo optimo.

4.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
RESPIRAR	Alteración del patrón respiratorio, relacionado con inmadurez pulmonar.
BEBER Y COMER	Alto riesgo de alteración de la nutrición, relacionado con succión disminuida.
ELIMINAR	Alteración de los patrones de eliminación intestinal.
MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA	Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con la susceptibilidad a las infecciones nosocomiales y a la falta de flora cutánea normal.
DORMIR Y DESCANSAR	Alteración del patrón del sueño ocasionado por ruido dolor angustia trastornos respiratorios.
VESTIRSE Y DESNUDARSE	Incapacidad para vestirse y acicalarse por sí mismo. Relacionado con inmadurez por su edad gestacional.
MANTENER TEMPERATURA CORPORAL	Termorregulación ineficaz en relación con la transición al ambiente extra uterino.
ESTAR LIMPIO Y PROTEGER TEGUMENTOS	Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con la susceptibilidad a la infección nosocomial.

EVITAR PELIGROS	Alteración de la integridad física relacionada por un sobre calentamiento de la incubadora.
COMUNICACIÓN CON LOS SEMEJANTES	Alteración de la comunicación en relación con la intubación endotraqueal. Al visitarlo, sus papás le tocan, lo acarician y le hablan.
ACTUAR SEGÚN LAS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES	Alteraciones de los procesos familiares en relación con los requisitos de adaptabilidad para la situación: Tiempo, energía, economía y cuidados físicos.
PREOCUPARSE DE LA PROPIA REALIZACIÓN	Ausencia de comportamientos de vinculación por parte de los padres, estimulación visual táctil y auditiva inapropiadas.
DISTRAERSE	
APRENDER	Demora o dificultad para adquirir habilidades (motoras, sociales o de expresión) típicas de su grupo de edad, alteración del crecimiento físico; incapacidad de realizar auto cuidados o autocontrol propios de su edad.

4.4 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

NOMBRE DEL USUARIO: Machuca Islas R.N. EDAD: R.N. No DE REGISTRO: MAIL-640329/Z
 SERVICIO: UCIN No-UNIDAD: CUNA TÉRMICA FECHA INGRESO: 1 de septiembre 2003 DÍAS DE ESTANCIA: 35 DÍAS
 DIAGNOSTICO MEDICO: RECEN NACIDO DE PRETERMINO

DIAGNOSTICO ENFERMERO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS
<p>Patrón respiratorio e intercambio gaseoso ineficaces relacionados con inmadurez del sistema respiratorio.</p>	<p>Mantendrá una función respiratoria adecuada según se evidencia por la información de los gases arteriales dentro de límites normales (pH 7,35 a 7,45; Pco2 de 35 a 45 mm de Hg; PO2 de 50 a 80 mm de Hg). Ruidos respiratorios claros y saturaciones de oxígeno del 92%.</p>	<p>Vigilar y ajustar las lecturas del respirador según está prescrito Ajustar el oxígeno para mantener una saturación adecuada. Aspirar las secreciones según lo indica el cuadro clínico. Auscultar los sonidos respiratorios. Aspirar las secreciones para mantener las vías aéreas</p>	<p>El uso de un ventilador artificial ofrece Oxigenación y ventilación adecuadas durante la enfermedad respiratoria. Aporta oxígeno adecuado a todos los sistemas orgánicos. Mantienen una vía aérea permeable.</p>	<p>Las lecturas del respirador se ajustan de acuerdo con los resultados de los gases arteriales para mantenerlos dentro de límites normales. Se aumenta el oxígeno para satisfacer las necesidades durante los procedimientos o los períodos de actividad aumentada. Requiere aspiración de secreciones cada tres horas para mantener la permeabilidad del tubo endotraqueal.</p>

DIAGNOSTICO ENFERMERO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION DE RESULTADOS
<p>Termorregulación ineficaz relacionada con inmadurez de capacidad regulatoria de la temperatura del cerebro, gran superficie corporal en relación con el peso así como con grasa subcutánea y reservas de grasa mínimas.</p>	<p>La temperatura axilar se mantendrá entre 36.5 y 37.2 °C.</p>	<p>Colocarlo bajo un calentador radiante precalentado; Cuando su temperatura sea estable, trasladarlo a una cuna.</p> <p>Poner el control de temperatura sobre el abdomen cubierto con una tapa reflectora (evitar las prominencias óseas y el hígado). Vigilar y ajustar el mecanismo de servocontrol del calentador y la incubadora.</p> <p>Valorar la temperatura axilar cada dos a cuatro horas hasta que sea estable. Si no lo está, valorarla cada hora hasta que se estabilice.</p> <p>Cambiar el lugar del termómetro del mecanismo de servocontrol con los cambios de posición o cuando no se encuentre bien adherido a la piel.</p>	<p>Se necesita una fuente de calor externo para mejorar la temperatura corporal.</p> <p>El calor del calentador radiante aumentará o disminuirá de conformidad con la lectura de temperatura del termómetro adherido al abdomen.</p> <p>Las comparaciones periódicas verifican el funcionamiento apropiado del mecanismo de servocontrol.</p> <p>La disminución de la grasa subcutánea y una superficie corporal grande predisponen a los niños prematuros a dificultades en la regulación de la temperatura.</p>	<p>La temperatura axilar se mantiene dentro de límites normales.</p>

DIAGNOSTICO ENFERMERO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS
Riesgo de infección relacionado con inmadurez del sistema inmunológico.	Cuidar las complicaciones permanecerá libre de infección según lo demostrarán la temperatura corporal normal (36.5-37.2 °C), presión arterial normal (media 35-50 mm de Hg), ausencia de apnea o bradicardia , el nivel normal de actividad y llenado capilar < 3 s	<p>Administrar los antibióticos prescritos.</p> <p>Monitorear los signos vitales de Iván cada dos a cuatro horas (los monitores cardiorrespiratorios y el oxímetro del pulso ofrecerán una lectura continua).</p> <p>Conectarlo a un monitor cardiorrespiratorio y fijar los límites de la alarma de frecuencia cardíaca así: Superior, 200 latidos/min; inferior, 100 latidos/min y apnea, 20 s.</p>	<p>Protege contra las infecciones durante la evaluación de la sepsis (los antibióticos deben actuar contra microorganismos grampositivos y gramnegativos).</p> <p>Ofrece evidencias de inestabilidad de la temperatura corporal (por lo general hipotermia, presión arterial, disminución de la oxigenación, apnea o bradicardia).</p> <p>Monitorear constantemente apnea, bradicardia y taquicardia que pueden ser signos precoces de infección.</p>	<p>Los hemocultivos de son negativos y se interrumpen los antibióticos después de tres días.</p> <p>Los signos vitales de permanecen estables.</p> <p>Se desarrollan apnea y bradicardia pero se piensa que estos episodios corresponden a apnea de la prematuridad; no hay evidencia de otros signos de infección.</p>

DIAGNOSTICO ENFERMERO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA	EVALUACION DE RESULTADOS
<p>Riesgo de alteración del vínculo entre los padres y el lactante relacionado con separación como resultado del parto pretermino.</p>	<p>Ayudar a los padres y a los hermanos el comienzo del vínculo; con el neonato.</p>	<p>Animar a los padres y a los hermanos a que lo visiten con frecuencia.</p> <p>Estimular a los padres para que lo alimenten y lo cambien de pañales. En cada visita hacer que lo toquen y lo acaricien.</p> <p>Invitar a los padres y a los hermanos a que personalicen su ambiente colocándole fotografías y grabaciones de sus voces para que los oiga entre las visitas.</p> <p>Orientar a los padres sobre la capacidad que tienen los bebés pretermino de interactuar con ellos.</p>	<p>Ver y acariciar al bebé reafirma el vínculo padres e hijos después del nacimiento.</p> <p>Ofrecer cuidados al bebé, estimular el vínculo.</p> <p>Algunos padres necesitan permiso para tocar al bebé porque una UCIN puede ser un lugar sumamente intimidante.</p> <p>Los bebés prematuros tienen un control neuroconductual inestable y pueden mostrar signos de estrés cuando los tocan o los alimentan.</p>	<p>Debido a la distancia, las dificultades de traslado y la presencia de otro hermano mayor en el caso, los padres lo visitaran con poca frecuencia pero mantienen contacto con las enfermeras, por ello se hacen arreglos para trasladar al bebé a un hospital local más cercano a los padres cuando cumpla 27 días de vida.</p> <p>El neonato puede tener interacción social con los padres durante las horas de visita.</p>

DIAGNOSTICO ENFERMERO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACION CIENTÍFICA	EVALUACION DE RESULTADOS
Riesgo de lesión en los tejidos por procedimientos invasores	Que los tejidos del neonato sanen en el sitio de infusión IV.	Debido a que la piel del neonato es delgada, para reducir las lesiones se usará un tipo especial de cinta adhesiva en los procedimientos cruentos (invasivos, como: venopunciones, toma de muestras, punciones para glucosa). Vigilar, registrar y notificar las lesiones cutáneas.	Los procedimientos invasores causan lesiones en los tejidos.	Se previene o se reducen los problemas musculoesqueléticos.
Riesgo de alteración en la crianza por la separación de madre e hijo.	Que la madre estreche al neonato con frecuencia y acaricie su cuerpo.	Animar a los padres a participar en los cuidados del neonato (alimentándolo o abrazándolo). Animar a los padres a visitarlo con frecuencia. Llamar al neonato por su nombre.	Los niños prematuros sufren largos periodos de separación de los padres, causándoles falta de seguridad y protección. Al alentar a los padres a participar en el cuidado de su hijo se facilita el apego (estrechar lazos entre padres e hijo)	Los padres pueden organizar su tiempo y energía para satisfacer las necesidades de amor atención y cuidados de todos los miembros de la familia incluidos ellos mismo.
Falta de conocimientos de los padres sobre control de infecciones.	Enseñar a los padres y allegados el control efectivo de infección.	Proporcionar videos sobre control de infecciones, supervisar las técnicas del lavado de manos, atuendo y uso de guantes. Darles literatura, folletos y artículos informativos para que se enteren y actualicen.	Se hará hincapié en las precauciones para la prevención y control de infecciones nosocomiales: <ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos • Uso de guantes • Cubre bocas • Bata • Material de cuidado del paciente 	Se previene la infección

DIAGNOSTICO ENFERMERO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS
Alteración de la nutrición: inferior a los requerimientos del organismo por elevación en la tasa metabólica.	Que el neonato conserve su peso o lo aumente.	<p>Iniciar alimentación con fórmula después, ofrecer el biberón cada dos o tres horas.</p> <p>Se acostará al neonato sobre su lado derecho después de cada alimento para aminorar el riesgo de aspiración.</p> <p>Si lo ordena el médico complementar la alimentación oral con líquidos intravenosos.</p> <p>Vigilar, registrar y notificar los signos de fatiga o dificultad respiratoria durante los alimentos.</p>	<p>Los niños prematuros deben ser alimentados con frecuencia, pues para crecer necesitan mas calorías por kilo, debido al incremento de la actividad metabólica y del consumo de oxígeno.</p> <p>Los niños se acuestan sobre el lado derecho después de los alimentos para reducir la posibilidad de aspiración y para facilitar el vaciado del contenido gástrico.</p>	El bebe se nutre adecuadamente.
Riesgo de infección del recién nacido antes, durante o después del parto	Que se identifique y trate a los microorganismos causales, de modo que se resuelva la enfermedad.	<p>Valorar los riesgos de infección e iniciar el aislamiento adecuado y el tratamiento para controlar la infección.</p> <p>Vigilar continuamente los signos vitales por medios mecánicos.</p> <p>Calcular y administrar los medicamentos con la frecuencia, horario y dosis adecuados.</p> <p>Calcular y administrar el reemplazo de electrolitos.</p>	<p>Los mecanismos de defensa del recién nacido son inmaduros y están abrumados.</p> <p>Debe identificarse la fuente materna de infección, para prevenir la reinfección.</p> <p>La valoración en proceso indica cambios oportunos que permiten ajustar el tratamiento.</p> <p>Se pierden electrolitos en presencia de Sepsis.</p>	Se previene la infección

DIAGNOSTICO ENFERMERO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS
<p>Alto riesgo de alteración en la nutrición por defecto, relacionado con inmadurez del sistema digestivo.</p>	<p>Suministrar nutrición e hidratación adecuadas y básicas en el recién nacido prematuro.</p>	<p>Restituir los nutrientes necesarios utilizando una vía alternativa para proporcionar un aporte nutricional adecuado, al organismos en crecimiento según las necesidades individuales.</p> <p>Promocionar un aporte nutricional adecuado sin que ocasione problemas mayores como: una enterocolitis necrotizante.</p> <p>Medir el perímetro abdominal según se requiera.</p> <p>Vigilar la presencia de distensión abdominal.</p>	<p>La nutrición del recién nacido, por medios artificiales (es decir por medios diferentes a la alimentación materna) proporciona la nutrición necesaria para un crecimiento normal.</p> <p>Es normal que el lactante pierda peso durante los primeros días de vida.</p>	<p>El recién nacido prematuro mantiene una aportación de líquidos y electrolitos adecuados</p>
<p>Incapacidad total del recién nacido prematuro para realizar por si mismo las actividades de baño e higiene.</p>	<p>Propiciar la higiene y el bienestar apropiados para el recién nacido prematuro</p>	<p>Valorar la temperatura del recién nacido prematuro para determinar si se le puede bañar o no.</p> <p>Proporcionar baño de esponja, cada dos días.</p> <p>Realizar cambio de ropa de cuna las veces que se requiera pero de rutina diariamente.</p> <p>Realizar cambio de pañal cada vez que sea necesario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El conocimiento sobre la vulnerabilidad de "temperatura del prematuro evitará que este sufra enfriamientos". • Las medidas higiénicas contribuyen a que nuestro neonato se sienta cómodo y descansado. • Mover y cambiar la ropa sucia, produce bienestar al neonato. 	<p>Se le proporciona baño de esponja cuando la temperatura corporal se mantiene por arriba de los 36.7° C, para evitar que baje bruscamente la temperatura corporal.</p> <p>El cambio de ropa de la cama se realiza diario</p> <p>El cambio de pañal se debe realizar cada vez que es requerido</p>

DIAGNOSTICO ENFERMERO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS
<p>Patrón de eliminación ineficaz del lactante relacionado con inmadurez de los sistemas de eliminación</p>	<p>Realizar valoración y registro de diuresis, evacuaciones y pérdidas insensibles presentadas por el recién nacido prematuro</p>	<p>Vigilar la presencia de diuresis. Peser el pañal previamente para realizar una cuantificación lo mas exacta posible de la diuresis del recién nacido prematuro. Observar presencia y características de las evacuaciones, y realizar el registro de las mismas en los informes de enfermería.</p>	<p>La orina esta constituida por un 95% de agua y sustancias orgánicas e inorgánicas las cuales contienen productos de desecho del metabolismo. El uso de frascos o bolsas graduadas en mililitros facilita la cuantificación de la orina por parte del personal de enfermería</p>	<p>Se lleva acabo una vigilancia y registro de micciones, evacuaciones y cuantificación de pérdidas insensibles con control de líquidos con balance parcial por turno, y total de cada 24 horas obteniendo un balance neutro.</p>
<p>Deterioro de la movilidad física, relacionado con la edad y Prematurez del RNP.</p>	<p>Proporcionar movilidad activa y pasiva a intervalos regulares de acuerdo a su estado homeostático</p>	<p>Movilizar al neonato según su estado hemodinámica. Realizarle movimientos, activos a intervalos adecuados para sus necesidades. Colocar colchón de agua para evitar lesiones cutáneas por presión mecánica. Realizar pequeños masajes de frotación sobre la piel.</p>	<p>Una sola posición durante tiempo prolongado produce malestar física y mental. La presión sobre la piel es exagerada sobre las prominencias óseas de la espalda por lo que disminuye el aporte sanguíneo. El masaje estimula la circulación y auxilia la nutrición de los tejidos.</p>	<p>Se realiza movilización activa y pasiva, así como masaje en prominencias óseas y zonas que se encuentran en contacto con la cuna y así evitar laceraciones o escaras por dermopresión.</p>

DIAGNOSTICO ENFERMERO	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS
<p>Alteración de la protección de riesgos y peligros relacionada con Prematuros del recién nacido</p> <p>Riesgo de infección relacionado con parto Pretérmino y terapias invasivas.</p>	<p>Llevar a cabo la mayor protección posible en la aplicación de los procedimientos de enfermería</p>	<p>Colocación de tienda de plástico en la cuna de calor radiante para evitar riesgos de quemaduras y corrientes de aire.</p> <p>Utilizar las técnicas asépticas y precauciones universales al llevar a cabo cualquier procedimiento invasivo de enfermería (entre ellas el cepillado de manos antes del manejo del prematuro)</p> <p>Toma de prueba de matiz neonatal (incluido dentro del programa de prevención del retraso mental secundario a hipotiroidismo congénito)</p>	<p>Los bebes prematuros que requieren de procedimientos invasivos tienen un riesgo mas alto de infección que los bebes de termino.</p>	<p>Las medidas de protección han sido aplicadas en su totalidad</p>

5.CONCLUSIÓN

La Enfermería es una de las disciplinas que a lo largo de la historia se ha desarrollado acorde a las necesidades de la humanidad, pues atender los males que la aquejan es una de sus prioridades, siendo así la tendencia de la disciplina hacia el sentido de brindar una mejor atención, es decir un cuidado de calidad.

La Enfermería como otras disciplinas específicamente las de la salud no trabaja con personas de manera aislada sino que se conjuntan en un equipo de trabajo, en este caso: equipo de salud, en donde el papel que Enfermería juega es preponderante.

El proceso de atención de enfermería, metodología indispensable para las intervenciones de enfermería, conlleva una gran importancia de ahí que se presente en este caso, una experiencia aplicable a cierta realidad con un resultado gratificante tanto para quien la aplica como para quien lo recibe directa e indirectamente.

Como en otros muchos servicios donde se requiere la participación de Enfermería el área de neonatología del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" ISSSTE, es en esta caso el servicio seleccionado para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Pues la permanencia prolongada en esta área compromete al equipo de salud, especialmente a la enfermera al desarrollo de una sensibilidad única para el cuidado de este tipo de usuarios, ya que son más susceptibles que otro tipo de pacientes.

La susceptibilidad se da en varios sentidos, ya que la dependencia para satisfacer todas sus necesidades por ser neonatos se pondera aún más, por ser de Pretérmino.

6. BIBLIOGRAFÍA

Ann Marriner Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería. (4ª Edición). Edit. Harcourt Brace. Madrid España. 1999. P.99-100.

Alfaro Lefevre R. Aplicación del Proceso de Enfermería. 3ª. Ed. Edit. Mosby Doyma. 1996. p.78

Alfaro Rosalina .Aplicación del Proceso de Enfermería. Ed. Mosby. España

Archivo histórico del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" ISSSTE.

Borrougs Arlene. Enfermería Materno Infantil. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. México 1999.

Capernito L. J. Diagnostico de Enfermería. 5ª. De. Edit. Mcgraw-Hill Interamericana. Madrid España 1995. P.16-34

De Silver,Kempe, Bruyn y Fulginiti. Manual de Pediatría. Edit. Manual Moderno.1994
P. 220

Doenges Marilyn E. Diagnóstico y Actualización de Enfermería. Ediciones Doyma. España 1992

Enciclopedia de la Enfermería. Vol. 5 Materno Infantil II. Ed. Océano. España

Griffit JW, Christeisen PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicaciones y teorías, guías y modelos. México. El Manual Moderno 1986 p.6

Investigación y educación en Enfermería. Vol. 17. No. 2 Septiembre de 1999

Iyer p. Tapich B. Bernocchi-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnostico de Enfermería. México. Interamericana Mcgraw-Hill. 1993. p.13

Janet W. Griffith. Proceso de Atención de Enfermería. Edit. El Manual Moderno. 1999. p.41

Kozier E. B. Fundamentos de Enfermería. México. Interamericana Mcgraw-Hill. 1994. p.106

Leddy S. Pepper JM. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Filadelfia: JB Lippincott Company. 1985. p.89-90

Marriner, Ann. Proceso Atención de Enfermería un Enfoque Científico. Ed. Manual Moderno México 1990

Nordmark/ Rohweder. Bases Científicas de la Enfermería. Ed. El manual Moderno. México 2da. Reimpresión 2001

Phaneuf. M. La planificación de los cuidados enfermeros. Edit. Mc Graw Hill. Interamericana. 1999. Pág.122,123 y 124

Phaneuf, Margot. La Ejecución de los cuidados cuarta etapa del proceso de cuidados en Cuidado de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería. Tr Carlos Ma. López González y Julia López Ruiz, Mcgraw-Hill Interamericana: Madrid, 1993. p.125-134

Potter P. Fundamentos de Enfermería. Teoría y práctica. Madrid. Mosby Doyma. 1996. p.121

Olds sally B. Enfermería Materno Infantil. Ed. Interamericana. México 1987

Silvia Orego S. Métodos de Trabajo en el quehacer del profesional de Enfermería: Reflexiones acerca del proceso. Medellín, X (2) Septiembre 1999

ANEXOS

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

Nombre: _____ N° Exp: _____

Hora de nacimiento: _____ Lugar de Nac. : _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Dx de

ingreso: _____

1. Respirar

Ejercicios respiratorios _____ Humedad en la cabecera _____ Vigilar coloración de la piel _____ disnea _____ Otros _____.

2. Beber y comer

Autónomo _____ Dieta _____ refrigerios especiales _____ Ayudar a comer _____ Ayudar beber _____ Cortar los alimentos _____ Balance de Ingestión _____ Vigilar en las comidas _____ Utensilios especiales _____ Reeducación para comer _____ Peso _____ Otros _____.

3. Eliminar

Autónomo _____ Cuña _____ Retrete _____ Orinal _____ Pañal de incontinencia _____ Tamaño _____ Balance de las excretas _____ Vigilancia de la Orina _____ De las heces _____ De las secreciones vaginales _____ Otros _____.

4. Moverse y mantener una postura adecuada

Autónomo _____ Levantar con ayuda _____ Ayudar a andar _____ Sentar en el sillón _____ Reposo en cama _____ Posición _____ Cambiar deposición _____ Ejercicios físicos _____ Bastón _____ Muletas _____ Silla de ruedas _____ Vigilar al levantarse _____ Otros _____.

5. Dormir y descansar

Hábitos a mantener _____ Vigilar durante la noche _____ Otros _____

6. Vestirse y desnudarse

Autónomo _____ Necesidad de ayuda _____ Otros _____

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales

Tomar la temperatura: Bucal_____Rectal_____Axilar_____poner una manta suplementaria_____poner calcetines al acostarse_____Ventilador en la cabecera_____Vigilar hipertermia_____Otros_____

8. Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos

Autónomo_____Baño parcial_____En la cama_____En el lavabo_____
Baño completo_____En la cama_____Día: d_____l_____m_____m_____
J_____v_____s_____Lavar el pelo: Día_____Higiene de la boca:
Autónomo_____Cuidados de la boca_____mantenimiento de las prótesis dentales_____Auditivas_____Barba_____Uñas_____Masaje_____
Vigilar enrojecimiento: Lugar/es_____Lesión/es: Lugar/es_____Otros_____

9. Evitar peligros

Alergias_____Técnica de aislamiento_____Contenciones: Tipo_____
Permanentes_____De noche_____Barandillas_____Permanentes_____
De noche_____Vigilar: Caídas_____Fugas_____Otros_____

10. Comunicarse con los semejantes

Lengua hablada_____Se comunica verbalmente_____Por gestos_____Con ayuda de una pizarra_____Disartria_____Vista: Ojo derecho buena_____Limitada_____Ojo izquierdo buena_____Limitada_____Poner_____Mantener_____Gafas_____Lentillas_____Audición: Oído derecho buena_____Limitada_____Oído izquierdo buena_____Limitada_____Poner_____Mantener_____Aparato auditivo_____Izquierdo_____Derecho_____Vigilar agresividad_____Otros_____

11. Actuar según las propias creencias y valores

Religión_____Prescripciones o prohibiciones religiosas a respetar_____Petición especial_____Otros_____

12. Preocuparse de la propia realización

Actividades a realizar_____Taller_____Salidas autorizadas_____Otros_____

13. Distraerse

Actividades de grupo _____ Actividades a evitar _____ Otros _____

15. Aprender

Explicar _____ establecer un plan de enseñanza sobre _____ Otros _____

Tratamientos y cuidados especiales

Solución I.V. _____ Transfusiones _____ Tensión venosa central _____
Sonda gástrica _____ Colocada el _____ Sonda vesical _____ Colocada
el _____ Bolsa colectora _____ A cambiar el _____ Sonda
rectal _____ Fisioterapia _____ Ergoterapia _____ Monitorización cardíaca _____
O2 _____ Espirometría _____ Aposito: Tipo _____ A sustituir _____
Otros _____

Controles especiales

Signos vitales: Respiración _____ Pulso _____ Temperatura _____ T.A. _____
Acostado _____ Sentado _____ De pie _____ Signos neurológicos _____
Otros _____

Este cuestionario sirvió de instrumento para realizar la valoración de nuestro caso clínico²⁴

²⁴ M. Phaneuf. La planificación de los cuidados enfermeros. Edit. Mc Graw Hill. Interamericana. 1999. pag.122,123 y 124

MARCO TEÓRICO DEL NIÑO PREMATURO

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO PREMATURO:

El factor más común de la muerte de los neonatos es la premadurez. El niño prematuro es aquél que nace antes de 37 semanas de gestación aunque puede nacer incluso mucho antes y vivir, estará muy subdesarrollado como para sobrevivir fuera del útero. La piel de los prematuros a menudo esta arrugada, es delicada y casi siempre esta cubierta de lanugo. Estos lactantes son delgados, tienen poca grasa subcutánea, fontanelas y líneas de sutura prominentes en el cráneo. Dependiendo de las semanas de premadures, su llanto puede ser muy débil y concordar con su frágil apariencia. La musculatura esta mal desarrollada, el tórax menos rígido, y no suele haber la ingurgitación mamaria, es posible que los testículos no estén descendidos.⁴⁷

VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL NIÑO PREMATURO

SISTEMAS ORGÁNICOS

El grado de inmadurez de los sistemas orgánicos del prematuro varia con la edad gestacional, al igual que los riesgos potenciales. Si el hospital no dispone de una unidad de cuidado intensivo para recién nacidos y si la criatura requiere de la atención especial, podría ser transferida a un hospital regional que cuente con los servicios para prematuros de alto riesgo. Antes y durante su traslado, se le proporciona la reanimación necesaria, así como oxígeno, se le mantiene caliente y se le protege de infección.⁴⁸

⁴⁷ Borrougs Arlene. Enfermería Materno Infantil. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. México 1999 Pág.440

⁴⁸ Borrougs Arlene. Enfermería Materno Infantil. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. México 1999 Pág.441

SISTEMA RESPIRATORIO

El sistema respiratorio del recién nacido no está totalmente maduro sino hasta después de las 35 semanas de gestación. Es de primordial importancia la presencia de agente tensóactivo en cantidades adecuadas. A las 35 semanas de gestación la producción de agente tensóactivo generalmente es suficiente como para permitir que el niño respire sin que los alvéolos se colapsen al exhalar. En el niño prematuro es común que el patrón respiratorio sea irregular. El riesgo de la respiración periódica es una apnea prolongada que provoque bradicardia o cianosis.⁴⁹

REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA

La pérdida de calor en los prematuros es mayor que en los niños a término y su capacidad para producir calor es limitada. Los prematuros no cuentan con una reserva adecuada de grasas parda para su metabolismo y se enfrían, se metabolizan rápidamente tanto las reservas de glucógeno como las de grasa parda para producir calor. El prematuro tiene una superficie corporal grande siendo la cabeza proporcionalmente mayor al cuerpo a diferencia del niño a término.⁵⁰

SISTEMA CIRCULATORIO

Los niños prematuros tienen tendencia a una circulación fetal persistente debido al problema de la expansión pulmonar y a la incapacidad de establecer la estabilidad alveolar como resultado de la deficiencia de agente tenso activo, la criatura puede presentar retraso en el cierre del conducto arterioso o reapertura de la circulación fetal. Para la apertura del sistema pulmonar y para el cierre del conducto arterioso es esencial una alta tensión de oxígeno en la sangre.⁵¹

⁴⁹ ídem.

⁵⁰ ídem.

⁵¹ Borrougs Arlene. Enfermería Materno Infantil. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. México 1999 Pág.441

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Los lactantes muy prematuros pueden ingerir cantidades limitadas de alimentos; no obstante el proceso digestivo y el de absorción no alcanzan su desarrollo total y no funcionan completamente hasta las 36 semanas de gestación, por lo cual no pueden digerir algunos nutrientes, como las grasas saturadas y las proteínas altas en caseína. Por otra parte, los bebés muy prematuros tienen problemas con los reflejos de succión y de glución . Es importante recordar que su capacidad estomacal es limitada, de modo que la enfermera debe tener cuidado con la cantidad de líquidos que le administra para evitar el riesgo de aspiración; esto incluye el gavage gástrico (alimentación por medio de sonda).⁵²

FUNCIÓN HEPÁTICA Y FUNCIÓN METABÓLICA

Como las reservas de glucógeno, grasa, vitaminas y minerales (en especial el calcio) de los prematuros son reducidas, se enfrentan a dos problemas, hipoglucemia e hipocalcemia. Algunos de los signos clínicos son espasmo, convulsiones y un llanto muy agudo. La depuración deficiente de la bilirrubina y la escasa ingestión de líquidos (porciones pequeñas de alimentos) suelen inhibir la eliminación de esta en los intestinos.⁵³

SISTEMA ENDOCRINO.

Como el tiempo en el útero ha sido menor, se han acumulado cantidades limitadas de grasa parda y de glucógeno. Esto significa que cuando el niño se estresa porque tiene frío, necesita más energía en forma de glucosa. Esa necesidad adicional puede agotar rápidamente las reservas de glucógeno y producir

⁵² Idem.

⁵³ Idem.

hipoglucemia de modo que los niveles de glucosa en sangre de los prematuros deben vigilarse estrechamente.⁵⁴

SISTEMA RENAL.

La inmadurez de los riñones de los prematuros da lugar a problemas potenciales. La capacidad de estos niños para concentrar la orina o controlar grandes cantidades de líquidos es limitada, por tanto corre el riesgo de retener líquidos y de sobrehidratación. Las pérdidas excesivas de bicarbonato podrían provocar acidosis metabólica.⁵⁵

SISTEMA INMUNITARIO.

La inmunidad pasiva que el niño prematuro recibió de su madre es limitada porque la mayor parte de la que recibe de las inmunoglobulinas maternas contra una variedad de infecciones ocurre en el tercer trimestre de modo que es más susceptible a las infecciones que un niño a término. En el útero, el niño prematuro recibe menos inmunidad pasiva de las inmunoglobulinas IgA de su madre contra las infecciones. La otra inmunoglobulina importante para el prematuro es la IgA secretoria que no cruza la placenta, pero que se encuentra en la leche materna en concentraciones significativas.

La IgA secretoria de la leche materna proporciona inmunidad a las superficies mucosas del tracto intestinal y protege a los recién nacidos de infecciones entéricas como las producidas por la *Escherichia coli* y *Shigella*. Dado que los prematuros podrían no recibir leche materna, están en riesgo de padecer infecciones entéricas.⁵⁶

⁵⁴ Borrougs Arlene. Enfermería Materno Infantil. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. México 1999 Pág.442

⁵⁵ Idem.

⁵⁶ Borrougs Arlene. Enfermería Materno Infantil. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. México 1999 Pág.442

ALIMENTACIÓN

Los prematuros que pesan menos de 1 700 g deben recibir soluciones IV de dextrosa al 10% para complementar la ingestión oral inadecuada que ocurre durante los primeros días después de nacer . Si hay glucosuria en un lactante notablemente prematuro, debe reducirse la concentración de dextrosa. El suplemento intravenoso debe continuarse hasta que el lactante esté recibiendo un ingreso intravenoso y oral combinado de cuando menos 100 ml/Kg/día.

Los lactantes menores de 34 a 36 semanas de gestación no suelen succionar y deglutir lo bastante bien para poder alimentarse al seno. Estos niños pueden alimentarse por gavage a través de sondas de alimentación nosogástricas de polietileno intermitentes, comenzando con 2 a 5 ml de agua estéril . Las alimentaciones subsecuentes con formula completa pueden aumentarse en 1 a 5 ml cada tres horas.

Las alteraciones de la nutrición, pueden ser consecuencia de una deficiencia de la absorción de grasa, vitaminas liposolubles y ciertos minerales, y también por depósitos reducidos de calcio, fósforo, proteínas ácido ascórbico y vitamina A .

En lactantes muy prematuros y otros recién nacidos enfermos puede utilizarse hiperalimentación intravenosa periférica con soluciones de aminoácidos, glucosa y lípidos cuando la alimentación oral es imposible o difícil de lograr. Los prematuros experimentan una pérdida de peso relativamente mayor que los recién nacidos a término debido a una menor ingestión, en consecuencia, es posible que tomen más tiempo para recuperar se peso al nacer.⁵⁷

⁵⁷ De Silver, Kempe, Bruyn y Fulginiti. Manual de Pediatría. Edit. Manual Moderno. 1994. Pág. 220

VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DEL NIÑO PREMATURO

La enfermera que tiene a su cuidado un niño prematuro debe estar habilitada en procedimientos de cuidado intensivo así como en valoración física y del comportamiento para que reconozca oportunamente las complicaciones . Algunas de las más importantes en los prematuros son también complicaciones neonatales.⁵⁸

PREVENCIÓN DE INFECCIONES.

Como ya se mencionó quienes proporcionan servicios de salud deben percatarse de la gran susceptibilidad de los prematuros a las infecciones y hacer todo lo posible para protegerlos . Asimismo, la barrera externa de la piel íntegra suele ser rebasada muchas veces en un niño hospitalizado, de modo que se abre una vía de acceso a los microorganismos, que forman parte de la flora cutánea normal y se sabe que dan lugar a un incremento de las infecciones .En ninguna unidad del hospital es más importante la asepsia estricta en todos los procedimientos que en la de los prematuros.⁵⁹

PRECAUCIONES ESENCIALES DE LA PRACTICA CLINICA AL ATENDER A RECIEN NACIDOS DE ALTO RIESGO.

- El adecuado lavado de manos y uso de guantes son esenciales para prevenir la transmisión de microorganismos patógenos.
- De manera específica.

Usar guantes cuando se maneje a un recién nacido antes de su primer baño

Succionar las secreciones de boca y nariz

⁵⁸ Borrougs Arlene. Enfermería Materno Infantil. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. México 1999 Pág.442

⁵⁹ Idem.

Aplicar inyecciones de medicamentos y al curar el cordón umbilical

Durante la reanimación al usar ventilación de bolsa y mascarilla.

Hacer pruebas rutinarias de sangre capilar p. Ej., la punción del talón para la glucosa

Insertar o ayudar con sondas invasoras

Asear áreas de la piel (donde haya caído sangre)

- Recordar lavarse las manos antes de ponerse los guantes y de nuevo , inmediatamente después de quitárselos
- Recordar que en ocasiones podrían ser necesarios lentes, batas y delantales protectores.⁶⁰

APOYO RESPIRATORIO

El síndrome de dificultad respiratoria se encuentra en casi el 10% de los niños prematuros, sobre todo en los que pesan menos de 1500 gramos; la enfermedad de la membrana hialina, también conocida como síndrome de insuficiencia respiratoria, es una complicación frecuente en los prematuros. Aquéllos cuya puntuación apgar fue baja, tiene probabilidades de desarrollarla en las primeras horas posteriores al nacimiento, de modo que les proporciona ventilación asistida.⁶¹

REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA

Para la supervivencia de los prematuros es esencial mantener un ambiente térmico neutro constante; los recién nacidos a término pueden modificar la temperatura del cuerpo incrementando la actividad muscular y adoptando una posición flexionada para minimizar la pérdida de calor. En general, el niño prematuro es

⁶⁰ Borrourgs Arlene. Enfermería Materno Infantil. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. México 1999 Pág.442

⁶¹ Idem.

colocado en una cama o incubadora de calor radiante, además de que se utiliza un dispositivo cutáneo transmisor para vigilar su temperatura.⁶²

NUTRICIÓN Y MÉTODOS DE ALIMENTACIÓN

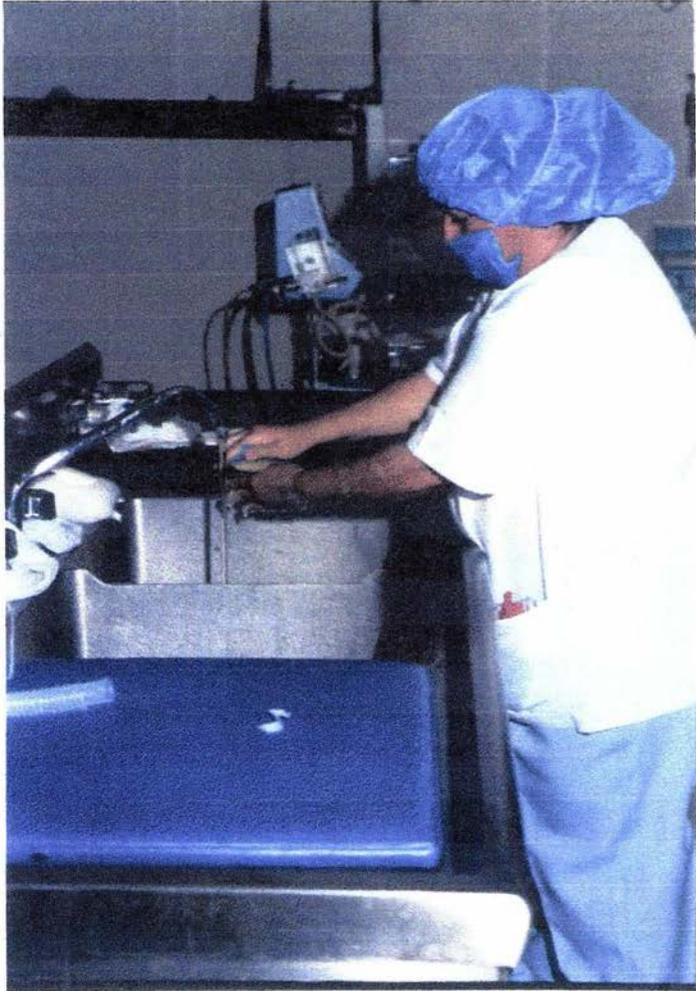
Proporcionar la nutrición y los líquidos adecuados a los prematuros representa un desafío para el equipo médico. Es extremadamente importante alimentarlo pronto para mantener el metabolismo normal y reducir la posibilidad de hipoglucemia, hiperpotasemia e hiperbilirrubinemia. El prematuro tiene grandes necesidades calóricas (de 110 a 130 Kcal/ Kg/ día) y requiere de más proteínas que los niños a término. Muchas instituciones utilizan la leche materna o una fórmula especial para prematuros.

Los niños prematuros pueden ser amamantados, de modo que si la madre lo desea y el niño demuestra reflejos de succión y deglución deben fomentarse, además, la alimentación con leche materna puede producir una flora fecal menos patógena, por lo que disminuye el riesgo de infección.⁶³

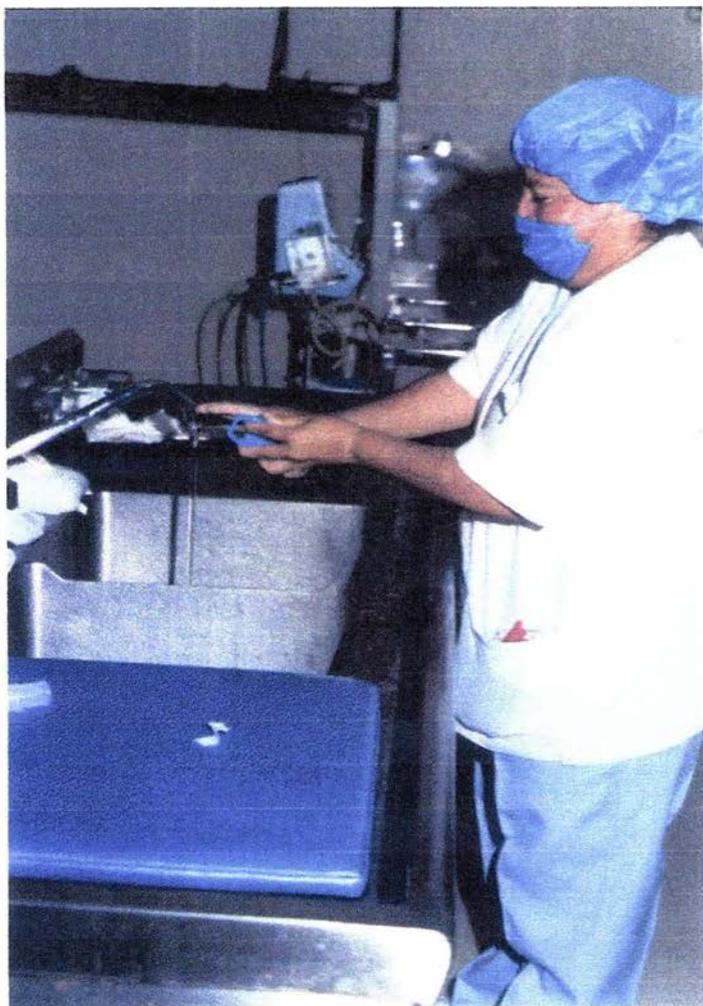
⁶² Borrougs Arlene. Enfermería Materno Infantil. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. México 1999 Pág.444

⁶³ Borrougs Arlene. Enfermería Materno Infantil. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. México 1999 Pág. 445

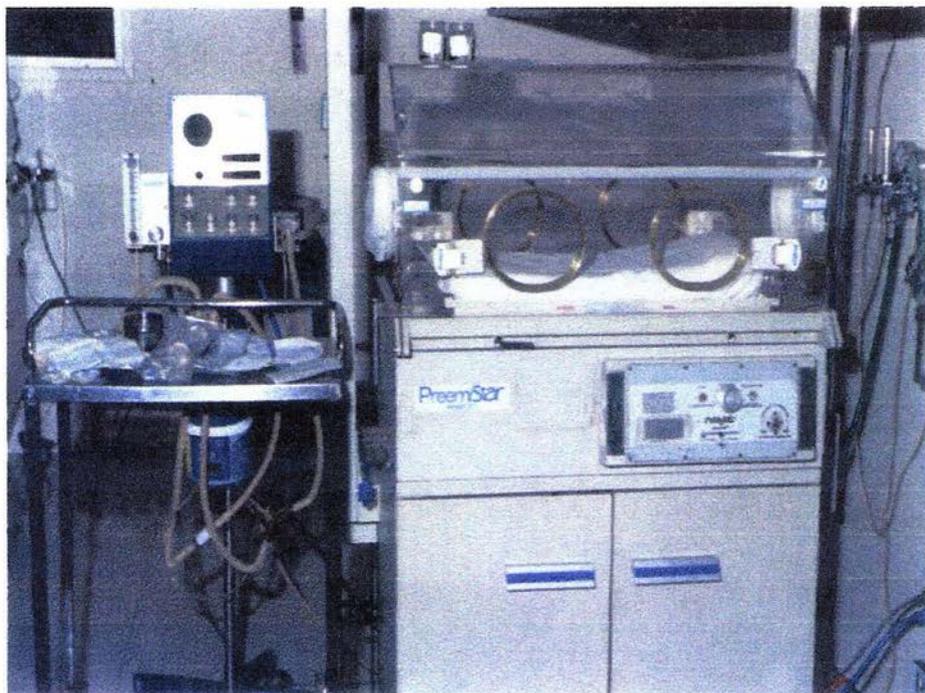
IMÁGENES



**LAVARSE LAS MANOS ES MUY IMPORTANTE PARA
EVITAR INFECCIONES CRUZADAS**



LAVARSE LAS MANOS ANTES DE INICIAR CUALQUIER PROCEDIMIENTO



**LA UNIDAD DEBE ESTAR SIEMPRE PREPARADA
PARA LA RECEPCIÓN DEL NEONATO**



**LA UNIDAD CONTARÁ EN TODO MOMENTO, CON LO
INDISPENSABLE PARA LA ATENCIÓN AL NEONATO**



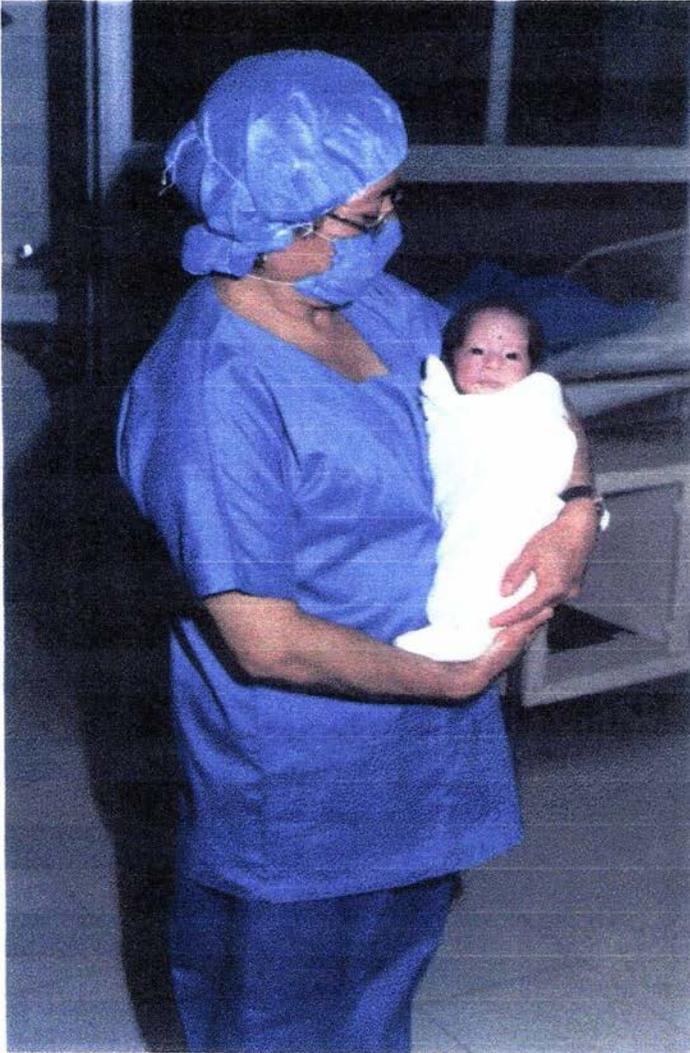
EL NEONATO EN VENTILACIÓN MECÁNICA



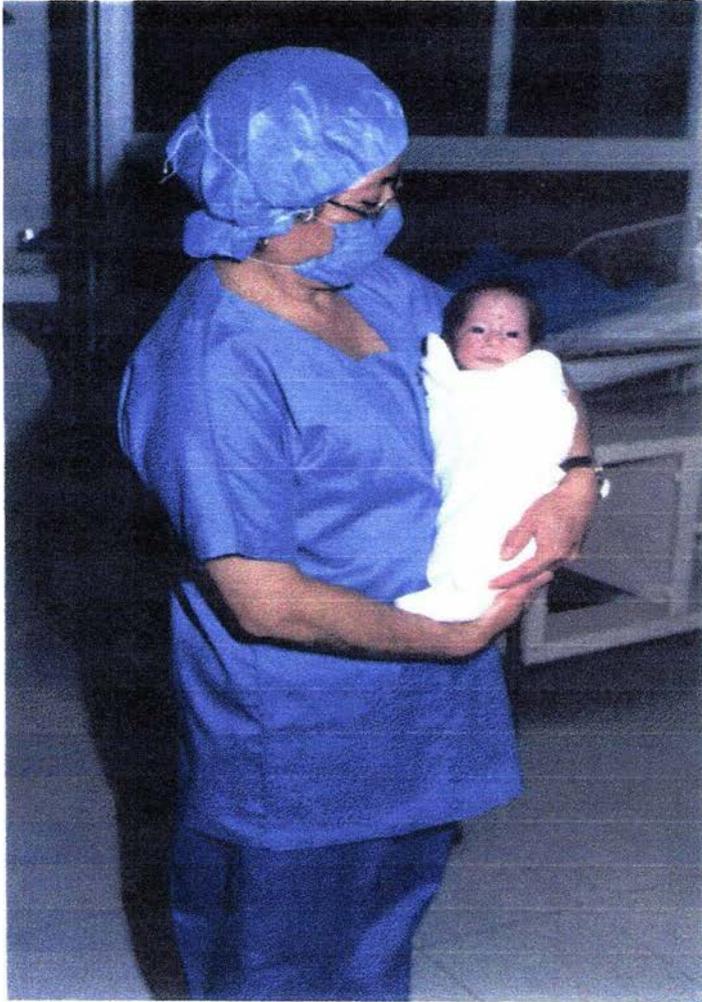
NEONATO EN FOTOTERAPIA



ALIMENTACIÓN CON SONDA



NEONATO FUERA DE PELIGRO



"LISTÓ PARA EGRESAR"



"TRABAJAR EN EQUIPO ES TAREA DE TODOS"