



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA**

**ESPECIALIDAD  
ENFERMERÍA DEL NEONATO**

**ESTUDIO DE CASO**

**“DEFICIT EN EL MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE  
DE AIRE, EN UN NEONATO PRETERMINO CONDICIONADO POR UNA  
INADAPTACIÓN A LA VIDA EXTRAUTERINA”**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL NEONATO**

**PRESENTA  
L.E.O ARACELI MARTINEZ CLEMENTE**

**ASESORA  
E.E.I NORA CLARISSA CASTRO ESCUDERO**



**MÉXICO, D.F 2010**

---



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**

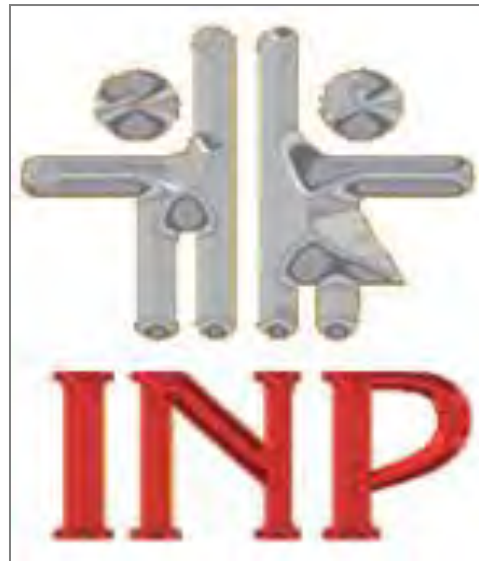


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



*“LA SABIDURÍA CONSISTE EN SABER CUÁL ES EL SIGUIENTE PASO; LA VIRTUD, EN LLEVARLO A CABO”. WILLIAM SHAKESPEARE (1564-1616).*

## RECONOCIMIENTO

- Especialmente a mi familia que sin su apoyo, entusiasmo y comprensión no tendría el ahincó por seguir; ya que sus palabras son la base primordial, que me ayudan a seguir adelante gracias por formar parte de mi.
- Para mis amigas y amigos que son parte importante para el desempeño de mi profesión por su apoyo, consejos y sobre todo que han sabido escucharme y aconsejarme para lograr mi meta. Y principalmente a **DIOS.**, por situarme en este camino y profesión, así como llenar mi vida con personas agradables. **!!!!!!GRACIAS!!!!!!**
- Agradezco a Clarissa Castro Escudero y Estela Peña Romero por su esfuerzo y dedicación, por formar parte de este nuevo y grandioso proyecto; y por ser unas personas maravillosas, que han demostrado que este proyecto fue posible y trascendental. **..... META CUMPLIDA.....**

**“A USTEDES PEQUEÑOS QUE ME ENSEÑAN LO QUE ES LUCHAR POR LA VIDA >>>>MIL GRACIAS>>>>”**



## INDICE

	PAG
<b>I.-INTRODUCCIÒN.....</b>	<b>5</b>
<b>II.-OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>6</b>
2.1.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
2.2.-OBJETIVO DEL MÈTODU ENFERMERO.....	7
<b>III.-SELECCIÒN Y DESCRIPCIÒN GENÈRICA DEL CASO.....</b>	<b>7</b>
3.1.-FICHA DE IDENTIFICACIÒN .....	9
3.2.-MOTIVO DE CONSULTA.....	10
3.3.-DESCRIPCIÒN DEL CASO.....	10
3.4.-ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLÒGICOS.....	10
3.5.-ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÒGICOS.....	10
3.6.-ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÒGICOS.....	11
3.7.-ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÒGICOS.....	11
3.8.-MAPA FAMILIAR.....	12
3.9.-DINÀMICA FAMILIAR.....	13
<b>IV.- FUNDAMENTACIÒN TEÒRICA DEL CASO.....</b>	<b>14</b>
4.1.-ANTECEDENTES (ESTUDIOS RELACIONADOS).....	15
4.2.-TEORÌA DE ENFERMERÌA DE DOROTHEA OREM.....	20
4.3.-PARADIGMA DE ENFERMERÌA.....	35
4.4.-MÈTODU ENFERMERO.....	46
4.5.-RELACIÒN DE LA TEORÌA DE DOROTHEA OREM Y EL MÈTODU ENFERMERO.....	60
4.6.-DAÑOS A LA SALUD (FISIOPATOLOGÌA).....	62
4.7.-CONSIDERACIONES ÈTICAS.....	67
4.7.1.-PRINCIPIOS BÀSICOS DE BIOÈTICA.....	69
4.7.2.-CÒDIGU DE ÈTICA.....	71
4.7.3.-DERECHOS DEL NEONATU.....	76
4.7.4.-CONSENTIMIENTO INFORMADU.....	78
4.7.5.-EXPEDIENTE CLÌNICO.....	82

<b>V.- METODOLOGIA.....</b>	<b>85</b>
5.1.-MÈTODU CLÌNICU.....	87
5.2.-INSPECIÒN.....	88
5.3.-AUSCULTACIÒN.....	89
5.4.-PALPACIÒN.....	90
5.5.-PERCUSIÒN.....	90
<b>VI.- IMPLEMENTACIÒN DEL MÈTODU ENFERMERU (INSTRUMENTU DE VALORACIÒN DEL NEONATU).....</b>	<b>91</b>
6.1.-ESQUEMA METODOLÒGICU DE LA TEORIÀ DE DOROTHEA OREM.....	92
6.2.-JERARQUIZACIÒN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES ALTERADOS.....	103
❖ AGENCIA DE ENFERMERIA	
❖ DIAGNÒSTICU	
❖ OBJETIVU	
❖ PRESCRIPCIÒN DEL CUIDADU	
❖ FUNDAMENTACIÒN CIENTIFICU	
❖ EVALUACIÒN	
<b>VII.- PLAN DE ALTA.....</b>	<b>111</b>
<b>VIII.-CONCLUSIONES.....</b>	<b>112</b>
<b>IX.- BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>113</b>
<b>X.- ANEXOS.....</b>	<b>115</b>
10.1.-REGISTRU DE METODU DE MÀMA CANGURU.....	115
10.2.-CONSENTIMIENTU INFORMADU.....	116
10.3.-ESCALA DEL DOLOR.....	117

## **I INTRODUCCIÓN**

El nacimiento de un ser humano implica una serie de procesos de adaptación a un medio ambiente distinto al que se mantuvo este ser, por un periodo de nueve meses en condiciones normales, para algunos neonatos este proceso transcurre en forma natural y con mínima intervención médica, en otros sucede lo contrario ya que para sobrevivir requieren de intervenciones que varían en grado de complejidad.

En los últimos años la cobertura, la continuidad y la oportunidad de atención prenatal han experimentado una creciente mejoría que se refleja en la disminución de las tasas de mortalidad materna y neonatal. Existen pruebas de que en las tasas actuales de morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal influye en grado considerable, la deficiente calidad de control prenatal que se proporciona en las unidades de medicina familiar y hospitalaria.

Este hecho hace pensar en una relación directa con alrededor de 50% de la mortalidad, que ocurre en mayor medida durante las primeras 24 hrs de vida del neonato, las principales causas son: Sufrimiento fetal, Prematurez, Problemas respiratorios por inmadurez pulmonar, Hemorragia intracraneal, aunado a deficiencias tecnológicas y a baja calidad de atención neonatal.

Por lo anterior se justifica la adaptación e instrumentos de estrategias destinadas a mejorar la calidad de atención materna y neonatal que se otorga en las unidades médicas, mediante un modelo de atención Obstétrico-Neonatólogo; como es la implementación de un Método de Valoración mediante la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem para el Neonato; que tiene el propósito de dar a conocer los beneficios que aporta al neonato para que disfrute de mayores posibilidades de sobrevivir sanamente y afrontar los riesgos naturales con fortaleza y seguridad.

A través de un equipo de salud de Enfermería Especializado en la Atención del Neonato, este personal de enfermería debe de tener los conocimientos, la capacitación y sobre todo maximizar su esfuerzo para la atención, la recepción, y la reanimación de un recién nacido sano o enfermo; además debe de lograr que padres y familia del neonato se incorpore y participe activamente en la atención de su hijo para que junto con la enfermera neonatal favorezcan con el bienestar del neonato.

## **II OBJETIVO GENERAL**

- Emplear la Teoría de Dorothea Orem con Déficit en el Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire, en un Neonato Pretermino Condicionado por una Inadaptación a la Vida Extrauterina, basándose en el Método Enfermero, mediante la intervención de una Enfermera Neonatal; que por sus conocimientos y destrezas permanece en contacto mas cercano con el neonato, durante el periodo de transición. Así como evaluar el estado de salud del neonato en forma integral, y prevenir posibles daños a la salud del neonato.

### **2.1 OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Las intervenciones de enfermería buscan actuar por los neonatos; de una manera eficaz y con calidad, las enfermeras deben de reflejar una forma de actuar minuciosa lo que valoran, planifican, realizan y evalúan; mediante el Método Enfermero.
- La Teoría de Orem es la base para la atención del neonato como un ser holístico, es una herramienta metodológica y conceptual para desarrollar la labor de enfermería y permite identificar, reflexionar sobre nuestra participación.
- Que el neonato restablezca la función respiratoria idónea para su edad; que le permita adaptarse a la vida extrauterina, así como favorecer el intercambio gaseoso y evitar complicaciones que desequilibren el estado de salud del neonato.
- Se implementaron diagnóstico de enfermería basado en la teoría de Dorothea Orem un diagnostico es un proceso en la toma de decisiones, ya que contiene un análisis y síntesis de los datos de salud del neonato.



- Los diagnósticos elaborados de enfermería facilitan, la autonomía de las enfermeras en la emisión de juicios acerca de la prescripción del cuidado y representan la base de una práctica de enfermería basada en evidencias ya que son específicos y exactos para el neonato.
- La prescripción del cuidado de enfermería esta centrada y orientada a preservar o restaurar la salud del neonato.
- Asegurar la evaluación de la continuidad de la prescripción del cuidado durante la estancia hospitalaria y en su hogar.

## **2.2 OBJETIVO DEL MÉTODO ENFERMERO**

- El Método Enfermero es un marco organizado y conceptual, que se emplea en la practica de la enfermería profesional mediante los pasos utilizados en el racionamiento científico y la solución del problema; como parte del proceso que recurre al pensamiento crítico y correcto; en donde pueden planearse e implementarse, la prescripción del cuidado en el neonato, con la finalidad de preservar su salud o que retorne a un estado de bienestar de alto nivel.

## **III SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO**

Se realiza a su ingreso al “INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA” al servicio de NEONATOLOGIA; procedente de institución privada “Medica Sur”, con el diagnóstico de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido, para su continuidad medica ya que no cuenta con los recursos económicos para el tratamiento en institución privada. Se aborda al neonato el día 25 de noviembre del 2008, en la unidad de cuidados intensivos neonatales, ubicado en el tercer piso del INP.

- REVISIÓN DE LA LITERATURA: Se lleva a cabo mediante la revisión de libros en neonatología, enfermería general, manual de diagnósticos de enfermería, artículos de investigación en medicina basada en evidencias. Con referencia a Enfermería Neonatal no se encontraron artículos sobre la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido.
- PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN: Mediante la creación del Instrumento de Valoración basado en la Teoría de Dorothea Orem; así como la creación de un Instrumento que Valora el Dolor en el Neonato y un Plan de Alta aplicado al neonato. Y la creación de instrumento del método canguro que fue aplicado en el neonato.
- ENTREVISTA: Directa con la mamá del neonato y abuela materna, e indirecta a través del expediente clínico que aportan datos para el estudio de caso.
- EXPLORACIÓN FÍSICA: Se lleva a cabo mediante las etapas de, Inspección, auscultación, palpación, percusión; exploración céfalo caudal, y por aparatos y sistemas.
- IDENTIFICACIÓN DE REQUISITOS UNIVERSALES: Basados en la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.
- PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO: Es la implementación del Método Enfermero y la jerarquización los requisitos universales.
- TRATAMIENTO O REGULACIÓN DE ENFERMERÍA: Son todas aquellas intervenciones de Enfermería para dar resolución al estado de salud del Neonato.
- CONTROL DEL CASO O MEJORA (EVALUACIÓN): En esta etapa se busca saber si el tratamiento o regulación de enfermería fue el adecuado; o si podemos implementar o cambiar dicha intervención.
- PLAN DE ALTA: Son intervenciones y procedimientos que el familiar debe de tener conocimiento, para poder emplearlos al neonato, y que le ayuden a mejorar su calidad de vida.

### **3.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

- Neonato: M.O. NIÑO (SANTIAGO)
- Sexo: Masculino
- SDG: 34.2 Corregidas por Capurro
- Fecha nacimiento: 24 de Noviembre del 2008
- Hora nacimiento: 10:58 hrs
- Lugar de nacimiento: México D. F
- Fuente de información: Abuela materna
- Registró: 460305



*“LOS NIÑOS SON EL RECURSO MÁS IMPORTANTE DEL MUNDO Y LA MEJOR ESPERANZA PARA EL FUTURO OSCAR WILDE (1854-1900) DRAMATURGO Y NOVELISTA IRLANDES”.*

### **3.2 MOTIVO DE LA CONSULTA**

Es referido de hospital particular por Prematurez y Taquipnea Transitoria del Recién Nacido; para extender tratamiento ya que requiere de colocación de CPAP NASAL lo que eleva los costos hospitalarios y la familia no cuenta económicamente para dicho gasto, por lo cual es trasladada al Instituto Nacional de Pediatría.

### **3.3 DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Se realiza a su ingreso al Instituto Nacional de Pediatría al servicio de Neonatología con el Diagnóstico de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido para su continuidad médica, ya que no cuenta con los recursos económicos para el tratamiento.

### **3.4 ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLÓGICOS**

Familia pequeña funcional antes del embarazo, integrada por tres personas mama-papa-hija la cual es estudiante del nivel medio superior, religión católica, residentes del Distrito Federal de clase media, que cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, con ingesta alimenticia adecuada y servicios médicos apropiados. Posterior al embarazo se considera una familia incompleta extensiva en donde los abuelos maternos son el soporte económico.

### **3.5 ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS**

Madre de 17 años de edad en el momento del embarazo, con hipotiroidismo en la infancia en remisión, padre de 17 años previamente sano, ambos estudiantes de preparatoria, por línea materna antecedentes de hipertensión arterial sistólica y por línea paterna con diabetes mellitus tipo 2, e hipertensión arterial sistólica, ambos en control médico.

### **3.6 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

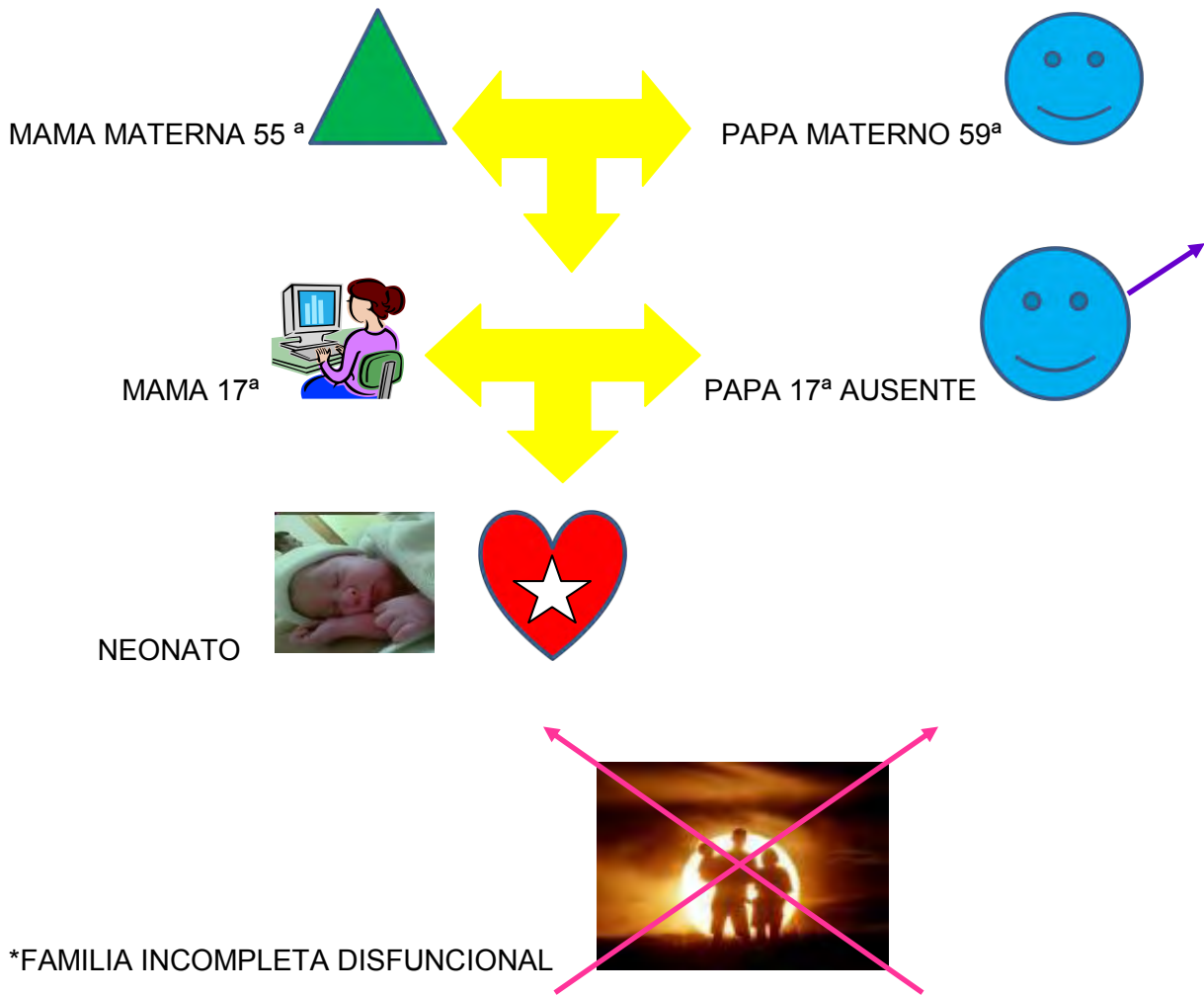
Madre GI, A0, CO, P0 con control prenatal irregular, solo dos consultas durante el embarazo y 2 ultrasonidos Obstétricos referidos como embarazo normo- evolutivo, ingesta de multivitamínicos no específica cuales y la dosis, niega antecedentes de infección y toxicomanías, ingesta alimenticia la refiere normal. Ruptura prematura de membranas de 4 horas de evolución, madre de grupo sanguíneo O positivo y prueba de Coombs negativa (es una prueba que busca anticuerpos que, puedan fijarse a los glóbulos rojos y causar su destrucción prematura= hemolisis).

### **3.7 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

Producto obtenido por cesárea por presentar ruptura prematura de membranas de 4 horas de evolución y sin trabajo de parto, obteniendo producto único vivo de sexo masculino con un apgar 8/9, silverman de 2 (tiros intercostales y quejido respiratorio), peso de 2000 Kg, talla de 45 cm, al momento del nacimiento requiere de presión positiva intermitente (PPI) con bolsa válvula mascarilla por presentar datos de dificultad respiratoria, durante 30 segundos recuperándose; a los 30 minutos de vida extrauterina requiere otro ciclo de PPI por cianosis central se recupera coloración, y se deja aporte de oxígeno por casco cefálico 5 litros por minuto por presentar datos de dificultad respiratoria (tiros intercostales y quejido respiratorio), la oximetría de pulso de 96%. A las dos horas de vida extrauterina se toma Radiografía de Tórax observando imagen de corazón peludo. Gasometría arterial que refleja acidosis respiratoria con un PH 7.21, PCO2 58.8, PO2 64, HCO3 23.



3.8 MAPA FAMILIAR



NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	APORTE ECONOMICO
M.O.C,R ABUELA	55ª	CARRERA TECNICA	ENFERMERA	JUBILADA
ABUELO	59ª	UNIVERSITARIA	ODONTOLOGO	6 A 8 MIL PESOS POR MES
MAMA	17	ESTUDIANTE PREPARATORIA	ESTUDIANTE ACTIVA	NINGUNO

### 3.9 DINÁMICA FAMILIAR

- Familia incompleta disfuncional extensiva, integrada por tres personas y un neonato.
- Nivel sociocultural y económico medio.
- Clase urbana.
- Servicios intradomiciliarios (agua, luz, drenaje, pavimento, teléfono).
- Hija de 17<sup>a</sup> la cual es mamá soltera, estudiante de preparatoria de sexto semestre.



*“EL MEJOR OLOR, EL DEL PAN; EL MEJOR SABOR, EL DE LA SAL; EL MEJOR AMOR, EL DE LOS NIÑOS (JUANA DE IBARBOUROU 1895-1979 POETISA URUGUAYA)”.*

## **IV FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO**

- Se justifica la adaptación de instrumentos y estrategias destinadas a mejorar la calidad de atención materna y neonatal, mediante un modelo de atención Neonatológico de Enfermería basado en la Teoría de Dorothea Orem.
- Se inicia con la revisión en la literatura y artículos electrónicos sobre la taquipnea transitoria enfocado a enfermería no encontrando ningún artículo; nuestra base metodológica es la Teoría del Déficit de Auto Cuidado de Dorothea Orem, esta teoría nos permitió tener un panorama diferente para el cuidado del neonato, del cual nos interesan sus antecedentes perinatales ya que nos proporciona la información adecuada la cual se realiza y se inicia con una entrevista directa e indirecta, que nos aporta datos para el estudio de caso.
- De una manera oportuna y detallada se realiza la exploración física, identificando los requisitos universales alterados, que nos permiten prescribir el cuidado de enfermería, implementando un tratamiento o regulación de enfermería que son todas aquellas intervenciones oportunas que se implementan para la resolución y control del caso del cual evaluamos y realizamos un plan de alta que son las intervenciones y procedimientos que el familiar debe de seguir al egresar al neonato a su hogar. Se creo un instrumento para valorar el dolor en el neonato el cual se aplico en nuestro neonato teniendo como resultado un dolor leve.
- Se tiene como resultado que la Teoría de Dorothea Orem engloba todos los aspectos de la vida de los seres humanos y que es aplicable en todos los estados de salud y entornos, ya que permite formular preguntas y respuestas completas para la práctica de enfermería con el objetivo de mejorar los cuidados de enfermería.
- La Enfermera especializada en la atención del neonato debe de capacitarse y esforzarse para la atención de un neonato sano o enfermo; y favorecer la interacción y bienestar entre padres-neonato-familia.



## 4.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS RELACIONADOS

En la revisión por buscadores electrónicos encontré el primer artículo titulado: FUROSEMIDA PARA LA TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO.

**RESUMEN:** La cual explica la frecuencia que los recién nacidos a término por cesárea programada presenten disnea y respiración rápida (taquipnea) y requieran oxígeno durante alrededor de 48 horas. Aunque esta afección es transitoria y por lo general no es de gravedad, requiere derivación a una unidad de cuidados intensivos neonatales e incluye la separación de la madre y el neonato y el uso de recursos costosos. La furosemida es un diurético potente que, en otras circunstancias, puede reducir el líquido en los pulmones. Sólo se encontró un ensayo (que incluye 50 lactantes) que había probado la furosemida en esta afección. El fármaco se administró por vía oral y no logró cambios sobre la gravedad ni la duración de la enfermedad como tampoco en el tiempo de hospitalización. Quizás la administración de la furosemida por vía intravenosa, o incluso a la madre antes de la cesárea tenga un efecto más potente y pueda ser digna de investigación.

**Resultados principales:** La búsqueda reveló sólo un ensayo aleatorio que fue metodológicamente sólido. Éste reclutó a 50 lactantes con taquipnea transitoria. Los lactantes se asignaron al azar para recibir furosemida oral 2 mg/kg seguida de 1 mg/kg 12 horas después, o placebo. La pérdida de peso en las primeras 24 horas fue mayor en el grupo tratado con furosemida pero no hubo pruebas de una diferencia entre los grupos en la duración de la taquipnea, ni en la gravedad de los síntomas ni el tiempo de hospitalización. El estudio fue metodológicamente satisfactorio.

**Conclusiones de los revisores:** No puede recomendarse la furosemida oral como tratamiento para la taquipnea transitoria del recién nacido y tampoco debería utilizarse hasta que estén disponibles los datos adicionales. Queda pendiente la pregunta con respecto a si la furosemida por vía intravenosa administrada al lactante (o incluso a la madre antes de la cesárea) podría acortar la duración de la enfermedad. Dado que la incidencia de cesárea programada es aun elevada, podría valer la pena la realización de ensayos sobre estas dos intervenciones.

1.-Lewis V, Whitelaw A. Furosemida para la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

## EL SEGUNDO ARTÍCULO ES UNA REVISIÓN DE: ¿CUÁNDO PINZAR EL CORDÓN UMBILICAL?

**RESUMEN:** El pinzamiento del cordón umbilical la mayoría de las veces se realiza en forma mecánica y casi inmediata al nacimiento, sin detenerse a pensar en las posibles implicaciones que esta conducta puede tener el neonato o en la madre. En el presente artículo se revisa la evidencia disponible con respecto a los conceptos fisiológicos inherentes al pinzamiento del cordón, las razones por las que se ha recomendado el pinzamiento temprano, los posibles efectos benéficos o perjudiciales al momento del pinzamiento y las recomendaciones del Ministerio de la Protección Social.<sup>2</sup>

En muchas culturas las personas creen que en el momento del nacimiento se debe transferir la vida de la placenta hacia el recién nacido o de lo contrario éste podría morir, y el cordón umbilical se corta luego de que cesen las pulsaciones o se desprenda la placenta. En otras áreas, el cordón es "ordeñado", especialmente si el recién nacido nace deprimido, con el fin de devolverle su alma. En la mayoría de los hospitales occidentales, el pinzamiento del cordón umbilical se realiza rutinariamente en forma inmediata o temprana, sin pensar en las posibles implicaciones para el recién nacido o la madre. En una encuesta realizada hace más de 50 años, la mayoría de los médicos creía que el momento del pinzamiento del cordón umbilical no era importante.

**Pinzamiento del cordón umbilical y adaptación neonatal:** Tradicionalmente, los cambios respiratorios y hemodinámico que ocurren durante la transición de la vida intrauterina a la extrauterina se explican inicialmente por una adecuada expansión pulmonar y el incremento subsecuente del pH y la PaO<sub>2</sub>; se produce vasodilatación de la arteria pulmonar, disminución de la resistencia vascular y aumento del flujo sanguíneo a este órgano. En consecuencia, según este concepto, para que haya una adecuada perfusión pulmonar deben insuflarse primero los alvéolos.

**En la taquipnea transitoria del recién nacido:** Los defensores del pinzamiento temprano del cordón umbilical postulan que la policitemia y la hiperviscosidad resultantes del pinzamiento tardío incrementan la presión venosa central, con disminución del retorno venoso y linfático, compromiso de la reabsorción del líquido pulmonar fetal y aumento del riesgo de taquipnea transitoria del recién nacido.<sup>2</sup> Sin embargo, los estudios clínicos controlados realizados en las últimas dos décadas no evidencian mayor incidencia de esta afección en los niños en quienes se realizó el pinzamiento tardío del cordón.

2.-Fernando Arango Gómez, M.D.\*, Juan Carlos Mejía Londoño, M.D. \*\*Recibido: mayo 20/2004 - Revisado: junio 11/2004 - Aceptado: junio 25/2004\* Pediatra Neonatólogo, Profesor Auxiliar, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. \*\* Residente de Pediatría, Universidad de Caldas.

En cambio sí hay reportes de mayor frecuencia respiratoria durante las primeras tres horas de vida que no requiere tratamiento. No hay evidencia científica para justificar el pinzamiento temprano del cordón umbilical y cada vez hay más evidencia de los beneficios del pinzamiento tardío y de la ausencia de efectos adversos. El temor a policitemia, hiperviscosidad, hiperbilirrubinemia y taquipnea transitoria es infundado, originado de estudios meramente observacionales. Mientras no exista evidencia apropiada y suficiente que demuestre lo contrario, es mejor respetar la naturaleza que interferir con la fisiología compleja y parcialmente comprendida de la transición neonatal. La Organización Mundial de la Salud considera el pinzamiento temprano del cordón umbilical una intervención y como tal requiere de justificación.<sup>2</sup>

**EL TERCER ARTÍCULO SE REFIERE: A LA BETAMETASONA ANTENATAL E INCIDENCIA DE DISTRÉS RESPIRATORIO DESPUÉS DE CESÁREA ELECTIVA.**

**RESUMEN:** Evaluar si los corticoesteroides antenatales reducen el distrés respiratorio en recién nacidos por cesárea a término. *Método:* Estudio multicéntrico aleatorizado pragmático, realizado en 10 maternidades; 998 mujeres con consentimiento informado fueron randomizadas al momento de decidirse la cesárea electiva: 503 fueron randomizadas al grupo de tratamiento. El grupo de tratamiento recibió 2 dosis intramusculares de 12 mg de betametasona en las 48 horas anteriores al parto, el grupo control recibió tratamiento estándar. El resultado primario fue la admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) neonatal por distrés respiratorio. Los resultados secundarios fueron la severidad del cuadro y nivel de cuidados requeridos.<sup>3</sup>

*Resultados:* El sexo, peso y edad gestacional de los recién nacidos (RN) no presentaron diferencias significativas entre los dos grupos. De los 35 RN que fueron admitidos a la UCI neonatal debido a distrés respiratorio, 24 pertenecían al grupo control y 11 al grupo de intervención ( $p=0,02$ ). La incidencia de admisión por distrés respiratorio fue de 0,051 en el grupo control y 0,024 en el grupo de tratamiento (RR: 0,46; 95% IC 0,23 a 0,93). La incidencia de taquipnea transitoria del recién nacido fue de 0,040 en el grupo control y 0,021 en el grupo de tratamiento (RR: 0,54; 95% IC 0,26 a 1,12). La incidencia del síndrome de distrés respiratorio fue 0,011 en el grupo control y de 0,002 en el grupo de tratamiento (RR: 0,21; 95% IC 0,03 a 1,32). *Conclusiones:* Tanto la betametasona antenatal como postergar el parto hasta después de las 39 semanas de gestación reducen la admisión del RN a la UCI neonatal después de una cesárea electiva al término del embarazo.<sup>3</sup>

3.-Stutchfield P, Whitaker R, Russell I. *Antenatal Steroids for Term Elective Caesarean Section (ASTECS) Research Team. BMJ 2005; 331: 662-8.* 2.- *Ídem pg16.*

Y EL CUARTO ARTÍCULO ENCONTRADO EN INTERNET TITULADO ES: LA CESÁREA ELECTIVA EN RECIÉN NACIDOS DE TÉRMINO SE ASOCIA A MAYOR MORBILIDAD RESPIRATORIA NEONATAL.<sup>4</sup>

**RESUMEN:** La elección de someterse a un parto por cesárea optativa podría tener consecuencias negativas para el recién nacido, con riesgo elevado de internación en la unidad de neonatología de cuidados avanzados, sugieren los resultados de un estudio publicado por “American Journal of Obstetrics and Gynecology”. Se descubrió morbilidad neonatal a corto plazo más comúnmente después de repetición de cesárea por elección que luego de una prueba de trabajo de parto, con tasas más elevadas de taquipnea transitoria. En consecuencia, los neonatos que nacieron por cesárea optativos fueron internados mucho más frecuentemente en unidades neonatológicas de atención intermedia o avanzada, o en una unidad de cuidados intensivos, que los nacidos de madres que intentaron trabajo de parto.

Los investigadores de la Universidad de Medicina de Carolina del Sur en Charleston, EE.UU. concluyen por ende que los médicos deberían asesorar a las mujeres que piensan en la cesárea optativa para un embarazo sin complicaciones acerca de estas posibles cuestiones neonatales, así como en lo que respecta al propio bienestar de la madre.

**Conclusiones:** La cesárea electiva al término del embarazo es una práctica riesgosa para el neonato ya que se asocia a un incremento del riesgo de problemas respiratorios. A la luz de la tendencia mundial observada de incremento de la tasa de nacimientos por cesárea, los importantes datos de este estudio reafirman la necesidad de implementar acciones para disminuir el número de cesáreas innecesarias, que superan ampliamente la tasa del 15 % recomendada por la Organización Mundial de la Salud. Una estrategia nacional de atención al parto normal que preserve el protagonismo de la mujer y aumente la calidad de la atención al parto en las instituciones sanitarias podría contribuir en este sentido.

4.-Kirkeby Hansen A y col. BMJ 2008;336:85-87. Pardo Ha. La cesárea electiva en recién nacidos de término se asocia a mayor morbilidad respiratoria neonatal. Evid. Actual. práct. Ambul. 11(6): 174 Nov-dic 2008. Comentario de: Kirkeby Hansen A y col. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study, BMJ 2008;336:85-87 (12 January), doi:10.1136/bmj.39405.539282.BE. PMID 18077440.pr).

Y EL QUINTO ARTICULO SE REFIERE: EVOLUCIÓN DE 56 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO COMPLICACIONES Y MANEJO Fernando Mejía-Santos\*, Lizeth García-Amador\*\*5

**RESUMEN:** RESUMEN. Se estudió en forma prospectiva 56 neonatos en un período de dos y medio meses de Julio a Octubre de 1998, internados en la unidad materna infantil del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Se estudió a 56 recién nacidos en los que se descartó factores de riesgo infeccioso, prematurez u otras condiciones de riesgo que permitieron catalogarlos como TTRN. Se siguió su evolución y sobre todo la aparición de complicaciones y manejo de las mismas.

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTNR) es causada por un retardo en la reabsorción del líquido pulmonar fetal que generalmente tiene una evolución benigna, sin embargo en ocasiones puede prolongarse su resolución o complicarse, estas complicaciones según la literatura suelen ser respiratorias casi siempre, pero en nuestro medio son muy frecuentes las infecciones ocupando el primer lugar entre ellas. Por lo que como norma se indican antibióticos cuando la resolución tarda más de lo habitual (alrededor de 6 horas). A pesar de que esté descrito que el tratamiento consiste en restricción de líquidos y oxigenoterapia.

**OBJETIVO:** Determinar las complicaciones más frecuentes de la TTNR y si su incidencia es similar a la reportada en la literatura.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se estudió a 56 recién nacidos en los que se descartó factores de riesgo infeccioso, prematurez u otras condiciones de riesgo que permitieron catalogarlos como TTNR. Se siguió su evolución y sobre todo la aparición de complicaciones y manejo de las mismas.

**RESULTADOS:** De los pacientes estudiados, 35.5% tuvieron complicaciones: Retardo en la resolución de la dificultad respiratoria 70%, bronconeumonía 10%, sepsis no pulmonar 10%, E.C.N. 5% y leucomalacia 5%.

**CONCLUSIÓN:** Es frecuente la evolución tórpida o la aparición de complicaciones (20 casos), todos fueron dados de alta en buenas condiciones a excepción de uno, que a pesar de descartarse inicialmente otras patologías, falleció con diagnóstico de leucomalacia.

---

5.-Revista electrónica Cocharane. EVOLUCIÓN DE 56 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO COMPLICACIONES Y MANEJO Fernando Mejía-Santos\*, Lizeth García-Amador\*\*

## 4.2 TEORÍA DE DOROTHEA OREM



(1914-2007)

**BIBLIOGRAFIA:** Dorothea Orem nació en Baltimore, Maryland en 1914 y muere el 22 de junio del 2007. Se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl, se graduó en 1930. Inició su carrera en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital de Washington D.C; donde concluyó su diplomatura a principios de la década de los años 30. Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.<sup>6</sup>

Obtuvo varios reconocimientos a nivel internacional entre ellos: Un BSN en 1930 otorgado por la Universidad Católica de América. En 1945 obtuvo un Máster of Science en la formación de enfermería. De 1949-1957 trabajó en Indiana en la División de servicios Institucionales y Hospitalarios del Departamento de Salud del Estado de Indiana. De 1957-1960 se trasladó a Washington D.C trabajando como consultora para planes de estudio de la oficina de Educación del Ministro de Salud, Educación y Bienestar.<sup>6</sup>

De la gran variedad de modelos de enfermería que han surgido en EE.UU., el de Orem ha tenido mayor influencia y la han adoptado ampliamente en EE.UU y Europa. Los orígenes del modelo de Orem los sitúan en una búsqueda de comprensión de la naturaleza de la enfermería que empezó formalmente a finales de la década de los años 50 y se centró en tres cuestiones.<sup>7</sup>

- 1.- ¿Qué hacen y que deberían hacer las enfermeras como profesionales de la enfermería?
- 2.- ¿Por qué hacen las enfermeras lo que hacen?
- 3.- ¿Cuáles son los resultados de las intervenciones de enfermería?

6.-Marriner-Tomey Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. 3ª ed. España: Mosby-Doyma, 1994: pp. 181

7.-Orem D.E. and Taylor S.G. 1986. Orem „S General Theory of Nursing. In Winstead-Fry (ed), Case Studies in Nursing Theory. New York: National League of Nursing. Pag 37.

Los inicios de ésta problemática que aborda Orem, se dieron en las unidades de medicina, cirugía, pediatría y como supervisora de urgencias y quirófano. Se dedico a la enseñanza de ciencias biológicas y de enfermería, así como a la dirección de escuelas de enfermería y dedico una gran energía a comprender el significado de la enfermería, la actual formulación de su trabajo Nursing concepts of practice (1991) ha sufrido una sustancial revisión de trabajos anteriores en (1971, 1980, 1985) Orem no preconiza que el modelo sea la respuesta completa a sus preguntas o una panacea para la práctica; ella proporciona solo un marco desde el cual contempla la práctica, educación y la gestión de la enfermería y corresponde a los profesionales usar este modelo con el objetivo de mejorar los cuidados de enfermería. Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí.<sup>8</sup>



Figura 1. Ostiguin Meléndez. Guía básica Ilustrada, pag 1.

**TEORÍA DEL AUTOCUIDADO:** El autocuidado puede considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobre vivir. Desglosando el concepto de autocuidado por Orem hace referencia que “auto” significa la totalidad de un individuo incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales; “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse. En concepto de autocuidado se explica como una contribución constante del individuo a su propia existencia, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos orientados hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida dirigida por las personas sobre sí mismas, para los demás o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.<sup>7</sup>

7.-Ibid. Pag 83-381.

8.-Ostiguin Meléndez Rosa María. Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada. Rosa María Ostiguin Meléndez, Silvia María de la Luz Velázquez Hernández. México: Editorial Manual Moderno, 2001



El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (Orem 1991, pág. 131). El individuo cuida de si mismo si realiza las siguientes actividades:<sup>7</sup>

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación
- Promoción del bienestar.

Define además tres requisitos de autocuidado que son esenciales y no solo son un componente principal del modelo, sino que también constituyen una parte importante de la valoración del paciente.

Teoría del Autocuidado: Es la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

### ***Requisitos de autocuidado universal***

***\*Requisitos de autocuidado universal:*** El termino "requisito" se usa para indicar una actividad que el individuo debe realizar para cuidar de si mismo. Son comunes a todos los individuos e incluyen:<sup>7</sup>

- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
- Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).

7.-Ibid.pag 131-135.





Figura 2 Ostiguin Meléndez. Guía básica Ilustrada, pag 8.

**\*Requisitos de autocuidado del desarrollo:** Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano niñez, adolescencia, adulto y vejez. 7

1.- Etapas específicas de desarrollo: Están relacionadas con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo buscando el progreso humano las etapas de desarrollo específicas incluyen:

\* Vida intrauterina y nacimiento. \* Vida neonatal ya sea un parto a término o prematuro o un niño con peso normal o con bajo peso. \* Lactancia. \* Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven. \* Etapas de desarrollo de la edad adulta. \* Embarazo ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.7

Orem comenta que en cada etapa de desarrollo tiene cierto grado de correlación con los requisitos de autocuidado universal pero que también hay demandas específicas de salud a causa del nivel prevalente de desarrollo del individuo.

7.-Ibid.pag 146.

Primer subtipo: Se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas: como ejemplo la provisión de descanso, nutrición adecuada durante el embarazo así como los materiales tóxicos que se encuentran en el entorno.

2.- Condiciones que afectan el desarrollo humano: Implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano; este requisito tiene dos subtipos: 7

El segundo subtipo: Se refiere a la provisión de los cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes o potenciales de una condición o acontecimiento vital particular como ejemplo incluye la respuesta a acontecimientos específicos como la paternidad/maternidad, o los cambios en las condiciones económicas y sociales; para reducir los efectos adversos de estas condiciones sobre el desarrollo humano se logra mediante la provisión del cuidado; las condiciones relevantes incluyen: \* Deprivación educacional. \* Problemas de adaptación social. \* Pérdida de familiares, amigos o colaboradores. \* Pérdida de posesiones o del trabajo. \* Cambio súbito en las condiciones de vida. \* Cambios de posición ya sea social o económica. \* Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad. \* Enfermedad terminal o muerte esperada. \* Peligros ambientales.<sup>7</sup>

Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano niñez, adolescencia, adulto y vejez.



Figura 3 Ostiguin Meléndez. Guía básica Ilustrada, pag 10.

**\*Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** Que surgen o están vinculados a los estados de salud. Estos requisitos existen cuando el individuo esta enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidad o esta recibiendo cuidados médicos, bajo estas condiciones (Orem 1991, pág. 148), el individuo tiene las siguientes demandas:<sup>7</sup>

\*Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos, biológicos específicos asociados a acontecimientos y estados patológicos humanos, o cuando hay indicios de condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que se saben que producen patología humana o están asociadas a ésta.

\*Ser consiente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo y atender a ello.

\*Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación medicamente prescritas dirigidas a la prevención de tipos específicos de patología, ala propia patología, a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la correlación de deformidades o anomalías o a la compensación de incapacidades.

\*Ser consiente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el medico, incluyendo sus influencias sobre el desarrollo y atender a dichos efectos o regularlos.

\*Modificación del autoconcepto (y autoimagen) aceptándose uno mismo como un ser con un estado particular de salud y que necesita formas especificas de autocuidados de salud.

\* Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal continuado.

La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud requieren de que el individuo busque consejo y ayuda de personas competentes, cuando el es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud. Orem reconoce que la alteración del propio auto concepto puede ser una parte importante de sentirse mal, y que es esencial para adaptarse a los cambios provocados por la enfermedad o lesión; y destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo (Orem 1991, pág. 215).<sup>7</sup>

7.-Ibid.pag148-215.

La satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se consideran como prevención primaria; la prevención secundaria consiste en evitar mediante la detección temprana y la pronta intervención los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o la incapacidad prolongada; mientras que la prevención terciaria ocurre cuando hay una rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad.

La visión general de los requerimientos de autocuidado es que el individuo sea capaz de hacerse cargo de su propio autocuidado y pueden:

\*Apoyar los procesos vitales físicos, psicológicos y sociales esenciales.

\*Mantener la estructura y funcionamiento humano. \*Desarrollar plenamente su potencial humano. \*Prevenir las lesiones o enfermedades. \*Curar o regular la enfermedad (con la ayuda propia). \*Curar o regular los efectos de la enfermedad (con la ayuda apropiada).



Figura 4. Ostiguin Meléndez. Guía básica Ilustrada, pag 11.

**TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:** En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. La necesidad diaria y natural de sobre vivir produce demandas adicionales sobre la capacidad de un individuo para cuidar de si mismo; la enfermedad reciente o crónica o la experimentación de un trauma emocional puede requerir que la persona emprenda nuevas medidas para cuidar de si mismo o solicitar ayuda de otros (Orem 1991 pág. 78). En tal situación la persona puede requerir ayuda a fin de satisfacer sus necesidades de autocuidado la ayuda puede proceder de varias fuentes incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.<sup>7</sup>

7.-Ibid.pag 78.

El déficit de autocuidado es una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se les hacen para el autocuidado o para el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos (Orem 1991, pág. 81). El déficit debe de contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen en si mismo, no es un trastorno aunque el individuo también puede tener problemas físicos y psicológicos.<sup>7</sup>

**Demanda de autocuidado terapéutico:** Es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos (Orem 1991 pág. 138). La formulación de la demanda de autocuidado terapéutico de un individuo es por lo tanto una descripción del individuo en términos de su desarrollo, estructura y función.<sup>7</sup>

**Agencia de autocuidado:** Orem (1991 pág. 174). Utiliza la palabra <<agente>> para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica cuando los individuos realizan su propio autocuidado.<sup>7</sup>



Figura 5. Ostiguin Meléndez. Guía básica Ilustrada, pag 28.

**Agencia de autocuidado dependiente:** Se reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería, en esencia es la capacidad de algunas personas maduras de reconocer que otras como los niños, adolescentes o adultos con limitaciones relacionadas con la salud; tienen requisitos de autocuidado a los que no pueden responder por si mismos y satisfacerlos total o parcialmente (Orem 1991 pág. 196). La capacidad de cuidar de uno mismo se basa en que el individuo haya aprendido mucho de si mismo la naturaleza de su salud y las expectativas culturales; para poder cuidar de si mismo un individuo (Orem 1991 pág. 175), debe poseer los siguientes requisitos.<sup>7</sup>

7.-Ibid.pag 81-138-174-175-196.

- Capacidad de mantener la atención y ejercer el requisito de vigilancia con respecto a si mismo como agente de cuidado y con respecto a las condiciones y factores internos y externos significativos para su autocuidado.
- Uso controlado de la energía física disponible que ha de ser suficiente para el inicio y continuación de las operaciones de autocuidado.
- Aptitud de controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos requeridos para su inicio y finalización de las operaciones de autocuidado.
- Capacidad de razonar dentro del marco de referencia del cuidado.
- Motivación (es decir orientación de los objetivos hacia el autocuidado que estén de acuerdo con sus características y su significado para la vida, la salud y el bienestar).
- Capacidad de tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo y de llevar a la práctica estas decisiones.
- Capacidad de adquirir conocimientos técnicos sobre el autocuidado de fuentes autorizadas, retenerlo y llevarlo a la práctica.
- Un repertorio de capacidades cognitivas, perceptuales, de manipulación, de comunicación e interpersonales, adaptadas a la realización de las operaciones de autocuidado.
- Capacidad de ordenar acciones o sistemas de acción de autocuidado en relación con las acciones previas y posteriores para el logro final de los objetivos reguladores del autocuidado.
- Aptitud de realizar de modo coherente las operaciones de autocuidado integrándolas con los aspectos relevantes de la vida personal, familiar y comunitaria.<sup>7</sup>

EL CONCEPTO DE AUTOCUIDADO: Refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

7.-Ibid. Pag 175.

La enfermera actúa cuando el individuo por cualquier razón no puede autocuidarse. La naturaleza de la acción de enfermería se basa en que las enfermeras pueden realizar muchas funciones para ayudar a los pacientes, Orem (Orem 1991 pág. 320) ha clasificado estas acciones en cinco categorías que se expresan de la siguiente manera:<sup>7</sup>

- Actuar por otros o hacer algo por otros.
- Guiar o dirigir a otros.
- Brindar apoyo ya sea físico o psicológico.
- Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales.
- Enseñar.

**TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA:** En la que se explican los modos en que las enfermeras pueden atender a los individuos identificando tres tipos de sistemas:

**\*Sistemas de enfermería totalmente compensatorio:** Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente (Orem 1991 pág. 321). La enfermera su papel general en los sistemas de enfermería totalmente compensatorios es: Compensar las incapacidades para el autocuidado que pueda tener el paciente. Apoyar y proteger al paciente mientras le proporcionan un entorno apropiado para cultivar las capacidades de autocuidado existentes y reforzar el desarrollo de otras nuevas.<sup>7</sup>



Figura 6. Ostiguín Meléndez. Guía básica Ilustrada, pag 30.

**\*Sistemas de enfermería parcialmente compensatorio:** Este tipo de sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud y intensidad de las intervenciones de enfermería que el sistema totalmente compensatorio (Orem 1991 pág. 324). En este sistema el paciente lleva la mayor responsabilidad de cuidar y de tomar decisiones o acciones. La enfermera puede intervenir en las siguientes situaciones:<sup>7</sup>

7.-Ibid. Pag 320-321-324.

- El paciente tiene limitación de la movilidad o de las habilidades de manipulación ya sea reales o por requerimientos médicos.
- El paciente tiene un déficit del conocimiento o habilidades o de ambos que impiden la satisfacción de todas las demandas de autocuidado.
- El paciente no está psicológicamente dispuesto para realizar o aprender a realizar conductas de autocuidado.<sup>7</sup>

El personal de enfermería proporciona autocuidados, pero el paciente es capaz de proporcionarse dichos cuidados.



Figura 7. Ostiguín Meléndez. Guía básica Ilustrada, pag 30.

**\*Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** Este sistema de enfermería sería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el cuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería; a veces esto puede significar simplemente alentarlos (Orem 1991 pág. 324). Generalmente el papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. Enseña y orienta.<sup>7</sup>

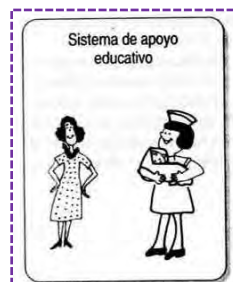


Figura 8. Ostiguín Meléndez. Guía básica Ilustrada, pag 30.

7.-Ibid.pag 324.



SISTEMAS DE ENFERMERÍA

ROL DEL PACIENTE	SISTEMA DE ENFERMERÍA	FUNCION DE LA ENFERMERA
Ninguna	Totalmente compensatorio	Compensar las incapacidades para el autocuidado. Apoyar y proteger. Emitir juicios y tomar decisiones para los pacientes. Cultivar las capacidades existentes
Realizar algunas medidas de autocuidado.  Aceptar de buen grado la ayuda del equipo de enfermería	Parcialmente compensatorio	Realizar algunas medidas de autocuidado para el paciente. Compensar cualquier limitación del autocuidado. Ayudar al paciente según sea necesario.
Satisfacer los requerimientos de autocuidado  Continuar aprendiendo y desarrollar capacidades de autocuidado	De apoyo/ educación	Ayudar a tomar decisiones. Ayudar al paciente a aprender. Actualizar periódicamente la información.

Figura 9. Ostiguin Meléndez Rosa María. Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada. Rosa María Ostiguin Meléndez, Silvia María de la Luz Velázquez Hernández. México: Editorial Manual Moderno, 2001. Pag 29.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entrono para el desarrollo.

**Concepto de Persona:** Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo u otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma lo que le hace cambiante.

Es una persona con capacidad para conocerse con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos; capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.<sup>6</sup>

**Concepto de Salud:** La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona, desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual acercándose a niveles de integración cada vez más altos.<sup>6</sup>

6.-Marriner-Tomey Ann. Modelos y Teorias de Enfermería. 3ª ed. España: Mosby-Doyma, 1994: pp. 181

El hombre trata de conseguir la salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

**Concepto de Entorno:** Es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales ya sean éstos familiares o comunitarios que pueden influir e interactuar en la persona.<sup>6</sup>

**Concepto de Enfermería:** Es proporcionar a las personas o grupos asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.<sup>6</sup>

**OBJETIVO:** El objetivo de este modelo es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad mediante bases teóricas:

- Es un modelo de suplencia o ayuda.
- Teoría de las necesidades humanas de Maslow.
- Teoría de sistemas.

Para Dorothea Orem el ser humano es un organismo biológico, psicológico y en interacción con su medio al que está sometido. Tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás.<sup>6</sup>

La **Salud:** Es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidados.<sup>6</sup>

El **Autocuidado:** Es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores y creencias etc. con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje; cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados.<sup>6</sup>

6.-Ibid. Pag 181.

Hay tres tipos de autocuidados:

- Los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo: comer, beber, respirar
- Los derivados de las necesidades específicas que se plantea en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, adolescencia
- Los derivados de desviaciones del estado de salud

En el modelo de Orem consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. Los motivos del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado (debidos a la desviación de salud).

**Cuidados de enfermería:** Constituyen la forma de ayudar a las personas cuando presentan limitaciones o incapacidades en la realización de las actividades de los autocuidados. Hay tres tipos de asistencia:<sup>6</sup>

- El sistema de compensación total: Cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado, implica una dependencia total.
- El sistema de compensación parcial: Cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad.
- El sistema de apoyo educativo: Cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo los autocuidados.

### **Bases teóricas**

- Es un modelo de suplencia o ayuda.
- Teoría de las necesidades humanas de Maslow.
- Teoría general de sistemas.

**Cuidados de enfermería:** Constituyen la forma de ayudar a las personas cuando presentan limitaciones o incapacidades en la realización de las actividades de los autocuidados.

- El sistema de compensación total: Cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado, implica una dependencia total.
- El sistema de compensación parcial: Cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad.
- El sistema de apoyo educativo: Cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo los autocuidados.

6.-Ibid. Pag 181.

## EVOLUCIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO

1.-Modelo conceptual.- F. NIGHTINGALE sentó las bases de la investigación en enfermería, estas sin embargo nunca fueron transmitidas como parte de la tradición educativa.

2.- Primeras décadas Siglo XX diversas enfermeras fueron incorporando dentro de la profesión métodos de investigación utilizados por otros profesionales en otros campos de la ciencia y educación.

3.-Mitad Siglo XX se establecen grandes retos para la profesión:

- Esto implica que la enfermera debe ser responsable de los cuidados de enfermería y de la calidad de los servicios

4.- 1953 publicación del primer modelo de enfermería (Hildegarde Peapla). La enfermería como profesión comienza a formalizar y sistematizar los parámetros de un cuerpo propio de conocimientos.

5.- Años 60 Dorothy Jonson y Ernestina Wiedenbach, idearon métodos para estudiar e identificar las etapas del PAE (cada una uno distinto)

6.- Finales de los 60 se hacen grandes esfuerzos por definir y desarrollar el PAE con una terminología específica dándole un enfoque científico.

7.- En los 70 algunas enfermeras con titulación de Doctoradas desarrollan líneas de investigación aportando importantes estrategias en docencia, administración y asistencia. Cuestionamiento por parte de la propia enfermería, como una disciplina científica, lo que favorece la discusión, que tuvo como consecuencia un mayor desarrollo teórico y académico.

8.- En los 80 en adelante, se produjo la aceptación de la enfermería como disciplina en la comunidad científica, con la correspondiente aceptación de conceptos, ámbito de dominio y las fronteras del paradigma de enfermería, ante lo cual se puede prever un futuro de completa aceptación como ciencia con un cuerpo de conocimiento definido y fundamentado en la práctica.

9.- En la actualidad diremos que el PAE se ha modelado siguiendo el método científico y obteniéndose con ello una aproximación sistemática a las alteraciones y/o riesgos de salud de los individuos, grupos o comunidades.

### 4.3 PARADIGMA DE ENFERMERÍA

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que se han ido surgiendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta profesión. De ahí la importancia de que el personal de enfermería comprenda los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo tanto profesionales como de la comunidad a la que brinda sus cuidados. Para alcanzar una mayor comprensión de los paradigmas; será necesario conocer los conceptos básicos en enfermería que se describen a continuación:

Paradigma: (1) Corriente de pensamiento y manera de ver y comprender el mundo que influyen en el desarrollo del saber y de la habilidad en el seno de las disciplinas. (2) Diagrama conceptual. Puede ser una amplia estructura en torno a la cual se articula la teoría. (3)...Representa la línea más general de cualquier disciplina, su unidad o marco, describiendo los fenómenos sobre los que se debe basar y regir de forma unívoca.<sup>9</sup>

Metaparadigma: Según Kérovac et cols., es la perspectiva de conjunto de una disciplina, que precisa de los conceptos centrales de la misma (cuidado, persona, salud, entorno) e intenta explicar sus relaciones.<sup>10</sup>

El Diccionario de la Lengua Española al respecto del término paradigma refiere: Ejemplo que sirve de norma. En la filosofía platónica, el mundo de las ideas, prototipo del mundo sensible en que vivimos.

Continúan Marriner Tomey y Raile Alligood apuntando que el paradigma es el término utilizado para expresar la relación entre ciencia, filosofía y teoría, aceptado en un cierto campo científico. La ciencia, la filosofía y la teoría son componentes esenciales de cualquier disciplina científica.

Además, señalan la definición de Khun sobre paradigma, quien resaltó este término como sinónimo de comunidad científica o de individuos contemplados en el ámbito de una disciplina dotando al término de un significado que corresponde al conjunto de elementos comunes compartidos por los miembros de la comunidad científica. El paradigma dominante dirige las actividades de una disciplina.

En el área de la ciencia enfermera, y según relatan Kérovac et cols., los autores han propuesto, entre otros, los siguientes paradigmas:

9.-Definiciones extractadas de Kérovac et cols., 1996: 142-147 (basadas en la definición de paradigma del filósofo Khun y el físico Kapra); de Marriner Tomey, Raile Alligood, 1999: 4; y de Kozier-Erb-Olivieri, 1993: 62-63.  
10.-Definición extractada de Kérovac et cols., 1996: 142-147.

- Paradigma de la categorización: Entiende los fenómenos como divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. En las ciencias de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda del factor causante de la enfermedad. Además inspira dos orientaciones en enfermería: Una centrada en la salud pública y otra centrada en la enfermedad.
- Paradigma de la integración: Prolonga el paradigma anterior reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.
- Paradigma de la transformación: Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Entiende cada fenómeno como único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina.<sup>10</sup>

Además de los anteriores, Marriner Tomey y Raile Alligood destacan:

- Paradigmas postpositivista e interpretativo: Han alcanzado un grado actual de aceptación en enfermería como paradigmas que orientan el desarrollo del conocimiento.
- Paradigma crítico: Se describe como emergente y posmoderno y ofrece un sistema conceptual válido para indagar las interacciones entre factores sociales, políticos, económicos, sexuales y culturales y las experiencias sobre salud y enfermedad.

Ciencia: Doctrina del conocimiento. Es la observación, identificación, descripción, investigación experimental y explicación teórica de los fenómenos naturales.

Cuidar: Es un acto natural, es un acto de vida. Cada acto que hacemos es simple, pero tiene impactos muy importantes para el cuidado. Cuidar es un acto profesional de suplencia. Es una atención integral a la persona en todos sus aspectos. Dirigidos a la salud, a mantener la vida. Ayuda en la satisfacción de las necesidades básicas, requerimientos indispensables para mantener la vida.

El cuidado es: La ayuda a otra persona permitiendo su desarrollo y actualización del yo. Implica comunicación, confianza, compromiso y amor. Lleva a una transformación profunda y cualitativa. Lleva a tomar decisiones.

10.-Ibid.Cap I, pag 1-21.

Disciplina de enfermería: Su responsabilidad esencial es ayudar a los individuos y grupos a funcionar de óptima en cualquier estado de salud que se encuentren. La disciplina abarca la función de cuidar tanto en la salud como en la enfermedad, y se extiende desde la concepción hasta la muerte. La enfermera para llevar a cabo su función de cuidar requiere la aplicación de entendimiento, conocimientos y habilidades específicas de la disciplina. Es un arte y una ciencia y utiliza conocimientos y técnicas de las ciencias físicas, sociales, médicas y biológicas, así como de las humanidades.

Enfermería: Enfermería es una disciplina profesional orientada hacia la práctica.

Filosofía: Orientación, manera habitual de afrontar la vida: posición general con relación a la naturaleza de las cosas y del mundo. La filosofía de una ciencia guía los valores que son la base del desarrollo de una disciplina.

1.- Rama del conocimiento que se ocupa de ofrecer juicios fundados sobre los componentes de la ciencia. Los asuntos de interés de la filosofía no tienen una base empírica; así que en ella se recogerán enunciados del tipo “creemos que...” y otras formulaciones que reflejan valores, metas u opiniones. Son enunciados no verificables por cuanto no subyace en ellos ninguna verdad absoluta. Tampoco se puede comprobar su exactitud sino que se aceptan en el marco de una cierta disciplina a través de su afirmación pública.<sup>11</sup>

Paradigma o modelo conceptual: Es necesario retomar la conceptualización sobre los paradigmas los cuales han representado un dilema filosófico, epistemológico, ideológico y metodológico a través de la historia en la investigación incluida enfermería.

Epistemológicamente parece existir consenso que un paradigma es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macro estructura que es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos. Se define paradigma como un marco teórico-metodológico que utiliza el investigador para interpretar los fenómenos sociales en el contexto de una determinada sociedad (De Galdino, in Pinus, 2004).<sup>12</sup>

Polit y Hungler (2000) definen paradigma como una visión del mundo, una perspectiva general de las complejidades del mundo real, en que los paradigmas en la investigación humana a menudo van en función de la manera en que se responden a interrogantes filosóficos básicos, encontrándose entre ellos el interrogante metodológico.<sup>12</sup>

11.-Definición extractada de Kérovac et cols., 1996: 142-147 y de Marriner Tomey y Raise Alligood, 1999: 17.

12.- Pinus, R. (2002). Paradigmas en Investigación. [www//A:/Paradigmasde Investigaci3n en Salud-Monografias.com](http://www//A:/Paradigmasde Investigaci3n en Salud-Monografias.com). (on line). Accesado el 30.07.2009

Pinus (2002) dice que para Khum los paradigmas son realizaciones universalmente conocidas que durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica. Así podemos deducir que los paradigmas ofrecen un camino para la construcción de conocimientos, con ellos se dan herramientas útiles para el abordaje de los diferentes fenómenos y su contribución al desarrollo de la ciencia. Diferenciándose por su concepción del mundo y desde una perspectiva científica, por la relación entre la relación sujeto (investigador) y objeto (fenómeno de estudio).<sup>12</sup>

**Metaparadigma:** Perspectiva global de una disciplina. Todas las disciplinas tienen un modo de ver los fenómenos de una disciplina, abarca desde la persona, la salud, el modelo o entorno hasta los cuidados. Identifica los fenómenos de interés más generales y abstractos, las proposiciones globales, fija los límites de la disciplina, determina la función social y los elementos de estudio.

**Modelo Conceptual:** Es una idea global sobre los individuos, los grupos, las situaciones y los acontecimientos que interesan a una disciplina. Los modelos conceptuales se construyen a partir de los conceptos que son palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, y de las proposiciones que establecen las relaciones entre los conceptos.<sup>13</sup>

Por tanto un modelo conceptual es un grupo de conceptos y de juicios que lo integran dentro de una configuración. Utilidad: Proporcionan una organización para pensar, observar e interpretar lo que se ve. Ofrecen igualmente una orientación para identificar las cuestiones más importantes de cada fenómeno y para dar soluciones a los problemas que se presentan en la práctica. Además proporcionan un criterio general para poder descubrir cuando un problema ha sido solucionado.

**Modelo conceptual de Enfermería:** Los modelos conceptuales de enfermería representan matrices disciplinares diferentes o paradigmas, derivados del metaparadigma de enfermería. Cada una de ellos define los cuatro conceptos del metaparadigma de forma diferente y enfoca desde distintos puntos de vista las relaciones que se dan entre ellos. (Persona, Entorno, Salud y concepto de Enfermería). La utilización de un modelo conceptual facilita la comunicación entre las enfermeras y proporciona un enfoque más unificado para la práctica, la educación la administración y la investigación en enfermería.<sup>13</sup>

12.-Ibid.Pinus 2002.

13.-Moreno Ferguson, Maria Elisa, 2005. Importancia de los Modelos Conceptuales y Teorías de Enfermería: Experiencia en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana. Revista Aquichan, año 5,vol 5,No1.Chia,Colombia.pag 44-55.



Paradigmas: Conjunto de conceptos y proposiciones que se interrelacionan entre sí y de forma sistemática y proporcionan una estructura significativa. Proporciona un enfoque unificado que facilita la comunicación, orienta y guía la práctica, la docencia, la investigación y la administración.

\*Es una visión explícita y completa del servicio de enfermería a la sociedad. Explican su contribución de la profesión al campo de la salud. Permite describir la función independiente de la enfermera.

\*Sirve para explicar desde la racionalidad lo que la enfermería es o debería de ser. Porque conceptualizar una actividad propia, diferenciada, y específica, orienta y guía la acción y unifica criterios

Paradigma de la categorización: Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Todo fenómeno viene de algo, entiende los fenómenos como divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. En las ciencias de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda del factor causante de la enfermedad. Además inspira dos orientaciones en enfermería:

1.- Una centrada en la salud pública: Se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX y está caracterizada por "la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios."

Desde la línea que marca esta orientación se pueden explicar los conceptos meta paradigmáticos de enfermería: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.<sup>14</sup>

- La persona, posee la capacidad de cambiar su situación.<sup>15</sup>
- El entorno comprende los elementos externos a la persona que son válidos, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.<sup>15</sup>
- La salud, es "la voluntad de utilizar bien la capacidad que tenemos". Sólo la naturaleza cura y el paciente por tanto deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza, para que esta pueda desarrollar plenamente su efecto de curación.
- El cuidado, es la intervención que la enfermera realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud.<sup>15</sup>

14.- Benavent Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001:157.)

15.- Tazon Ansola M, García Campayo J, Asequinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000:48-50.

2.- Centrada en la enfermedad: Surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. El significado de los elementos que forman el metaparadigma según esta orientación es el siguiente:<sup>15</sup>

- La persona es un todo formado por la suma de partes independientes entre sí y además, no participa en su cuidado.
- El entorno es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular.
- La salud es la ausencia de enfermedad, un estado deseable.
- El cuidado es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades con el fin de suplir las incapacidades y déficits que surjan en la persona.

Paradigma de la integración: Prolonga el paradigma anterior reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica.

La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de *V.Henderson*, *H. Peplau* y *D. Orem* quedan enmarcados dentro de este paradigma. Según esta orientación, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que:

La persona es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar. El entorno constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.

- La salud es un ideal que se debe conseguir; es decir adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.

Paradigma de la transformación: Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Entiende cada fenómeno como único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina.

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo. Los modelos y teorías propuestos por *R.R. Porse*, *M. Newman*, *M. Rogers* y *Walson* quedan encerrados dentro de este paradigma. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:<sup>16</sup>

- La persona es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades; es además indisoluble de su universo en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona por tanto, coexiste con el medio.
- La salud es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El entorno es ilimitado, es el conjunto del universo.
- El cuidado se dirige a la obtención del bienestar de la persona tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos persona-enfermera se benefician para desarrollar el potencial propio.

Este paradigma se encuentra bien definido pues es el centro de interés de la enfermería y por tanto, el eje de actuación en todos los campos de su práctica.” Como describiera *Kerouac*, los cuidados de la persona son el núcleo de la profesión de enfermería, cuando expone. "El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud". Este paradigma cumple las cinco funciones enunciadas por Merton.<sup>11</sup>

- Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones, que puede utilizarse para la descripción y el análisis.
- Reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita.
- Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas.
- Promueve el análisis más que la descripción de detalles completos y permite codificar el análisis cualitativo, de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

16.- Marrineer Tomey A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 4ta ed. Madrid: Editorial Harcourt; 1998:55-56.

Marriner Tomey y Raile Alligood destacan: *Paradigmas postpositivista e interpretativo* han alcanzado un grado actual de aceptación en enfermería como paradigmas que orientan el desarrollo del conocimiento. En la actualidad, los cuidados se orientan a incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno es decir, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende, entonces la intervención de enfermería con esta orientación va dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de los cuidados y la satisfacción y el bienestar de la persona en su integralidad. A partir de esta opción, los fenómenos que despiertan el interés son las respuestas que presenta el ser humano ante distintas situaciones de salud-enfermedad a lo largo de la vida y esto es, entre otras razones, lo que distingue a la enfermería de otras ciencias. Por ello, además de colaborar con otras profesiones de la salud, como disciplina autónoma debe aportar algo específico y diferenciador del resto.<sup>16</sup>

Actualmente la práctica científica de enfermería por el nivel de desarrollo que ha alcanzado la disciplina, tiene como referente teórico el modelo de cuidado y como elemento metodológico, el proceso de atención de enfermería para solucionar los problemas de este cuidado. "Metodológico y racional para que la enfermera organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz".<sup>17</sup>

Ambos elementos significan la epistemología de enfermería entendida como los fundamentos (modelos de cuidados) y métodos (procesos de atención de enfermería) del conocimiento de enfermería.

Estos dos elementos adquieren su verdadero sentido cuando se utilizan en conjunto, pues tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidado sin hacerlo sistemáticamente se queda en un simple ejercicio intelectual y aplicar el proceso de atención de enfermería sin un modelo teórico de referencia, únicamente sirve para sistematizar actividades aisladas que solo tienen significado para quien aplica el proceso.

Utilizados conjuntamente representan la manera científica de ofrecer los cuidados de enfermería y contribuyen al desarrollo y avance de la profesión, lo que quiere decir en otras palabras "Garantizar que todos los enfermeros compartan una misma concepción de persona, salud, entorno y rol profesional y un mismo lenguaje en la orientación de los cuidados".<sup>18</sup>

16.-Ibid. Pag 59.

17.- Organización Mundial de la Salud. Los cuidados de salud primario. Conferencia Internacional sobre los Cuidados Primarios de Salud, Ginebra: OMS;1978 (Serie Salud para Todos No.1).

18.- Servicios de Cuidados de Enfermería, según modelo conceptual de Virginia Henderson. Metas de Enfermería 1999; II (13): 8-14.

Paradigma crítico: Se describe como emergente y posmoderno y ofrece un sistema conceptual válido para indagar las interacciones entre factores sociales, políticos, económicos, sexuales y culturales y las experiencias sobre salud y enfermedad.

Teoría: Conocimiento especulativo considerado con independencia de toda aplicación. Serie de leyes que sirven para relacionar determinado orden de fenómenos.

Teoría en enfermería: Grupo de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, designando interrelaciones específicas entre conceptos, con el objetivo de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos.

Teorías de enfermería: Una teoría es una proposición explicativa provisional, relacionada con los fenómenos naturales y que consiste en ofrecer representaciones simbólicas de las relaciones cuantificadas observadas entre los hechos. Una teoría puede ser la descripción de un fenómeno particular, la explicación de las relaciones entre varios fenómenos, o la predicción de los efectos de un fenómeno u otro.

Teoría: (Proposición explicativa provisional, puede ser: descriptiva, explicativa, predictiva). Según Chinn y Jacobs (1.983) Teoría es un conjunto de conceptos y proposiciones que dan una visión sistemática de los fenómenos designando interrelaciones específicas entre los conceptos, con el propósito de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos.

Tener conocimientos teóricos nos puede decir lo que va a pasar. Proporciona autonomía profesional orientando la actividad asistencial, docente e investigadora de la población. Una teoría se construye con conceptos y proposiciones.

Evolución histórica de modelos y teorías de Enfermeras

Se adapto a la clasificación que hacen Marriner Tomey y Raile Alligood de las diferentes teóricas enfermeras a lo largo de la historia:

1. Aquellas que se centraron en cuestiones filosóficas, que llamaremos grupo de las filosofías.
2. Aquellas que se dedicaron a diseñar modelos conceptuales y grandes marcos teóricos, que llamaremos grupo de los modelos conceptuales.
3. Aquellas que desarrollaron teorías de enfermería de nivel intermedio, que llamaremos grupo de las teorías.

## GRUPOS TEÓRICOS Y SUS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

Grupo	Características principales	Autoras	Año
Filosofías	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definen el significado de los fenómenos observados a través del análisis, razonamiento y argumentación lógica.</li> <li>- Fueron los primeros trabajos que precedieron y condujeron a la construcción de modelos teóricos y contribuyeron al desarrollo del conocimiento.</li> </ul>	Nightingale Wiedenbach Henderson Abdellah Hall Watson Benner	1859 1965 1955 1960 1961 1979 1984
Modelos Conceptuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocidas como “grandes teóricas” o pioneras en el campo de la enfermería.</li> <li>- Sus obras incluyen aspectos relativos a los seres humanos, su entorno y su salud.</li> <li>- Además propone líneas maestras de conducta a los profesionales dentro de su campo científico.</li> </ul>	Orem Levine Rogers Johnson Roy Neuman King Roper, Logan y Tierney	1959 1967 1970 1958 1971 1975 1968 1983
Teorías	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Llamadas teorías de nivel medio.</li> <li>- Sus objetivos son más restringidos que las grandes teorías.</li> <li>- Son más concretas en su nivel de abstracción.</li> <li>- Se ocupan de responder a preguntas prácticas específicas dentro de la enfermería.</li> </ul>	Peplau Orlando Travelbee Riehl-Sisca Erickson, Tomlin y Swain Mercer Barnard Leininger Parse Fitzpatrick Newman Adam y Pender	1952 1962 1964 1973 1983 1977 1983 1978 1981 1989 1979 1979 1982

10.-Tabla de elaboración a partir de Marriner Tomey, Raile Alligood, 1999: 55-57. El año indica la fecha en que fue publicada su primera obra o su obra más importante.

Existen otras formas de clasificar a las distintas teóricas enfermeras que han existido a lo largo de la historia. Además de la clasificación (vista anteriormente) que proponen Marriner T. y Raile A. las diferentes concepciones de la disciplina enfermera han sido agrupadas por Kérovac et cols., según sus bases filosóficas y científicas, en seis escuelas:

**Escuela de las necesidades:** Según esta escuela el cuidado se centra en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales (Henderson) o en su capacidad de llevar a cabo los autocuidados (Orem). Sobre esta escuela han influido la jerarquía de necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erikson. Otras teóricas son Abdellah, Paterson et Zderad.

**Escuela de la interacción:** Las teóricas de esta escuela se inspiraron en teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo. Cuidado=proceso interactivo y acción humanitaria, no mecánica. La enfermera debe clarificar sus propios valores y utilizar su propia persona de manera terapéutica. Se usa la intuición y la subjetividad en los cuidados. Entre las teóricas de esta escuela: Peplau, Orlando, Travelbee, Wiedenbach, King.

Escuela de los efectos deseados: Estas teóricas han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros cuyos objetivos son: restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasis o preservar la energía. Inspiradas en teorías de adaptación y desarrollo así como en la teoría general de sistemas. Teóricas: Johnson, Hall, Levine, Roy, Neuman.

Escuela de la promoción de la salud: El objetivo de los cuidados se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud. Un ejemplo de esta escuela es el modelo de Allen y las fuentes explícitas subyacentes son de cuidados de salud primarios y de la teoría del aprendizaje social de Bandura.

Escuela del ser humano unitario: Se sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo, dentro del paradigma de la transformación. Como ejemplo tenemos el modelo de Martha Rogers basada en teorías de la física y en la teoría general de sistemas. Otras teóricas añaden fuentes del existencialismo y de la fenomenología como Newman y Parse. Gracias a esta escuela el concepto de holismo ha alcanzado todo su significado.

Escuela del caring: Las teóricas de esta escuela creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura y se integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones. Los conceptos centrales son caring y cultura. Esta escuela se sitúa en la orientación de apertura hacia el mundo y en el paradigma de la transformación. Como ejemplo de teóricas destacan Leininger y Watson.<sup>18</sup>



Figura 9. Ostiguin Meléndez. Guía básica Ilustrada, pag 1.

18.-El concepto caring, según Kérovac et cols., engloba aspectos científicos, humanistas, instrumentales y expresivos, así como un significado, todos ellos elementos inseparables en el acto de cuidar. Kérovac et cols., 1996: 142-147.



## 4.4 MÉTODO ENFERMERO

Es la aplicación del método científico en la detección de problemas de salud del individuo o comunidad y establecimiento de los cuidados de enfermería.

**OBJETIVO:** Incorporación de la metodología científica como elemento indispensable para el desarrollo de la enfermería y posterior asentamiento como ciencia en el bloque de las ciencias de la salud.

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

El Método Enfermero tiene sus orígenes cuando por primera vez, fue considerado como un proceso esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959) Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967) establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. El Método Enfermero es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo Método Enfermero configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen, a continuación se describe cada etapa:

**VALORACIÓN:** Es la primera fase del Método Enfermero que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Se realiza utilizando el formato de valoración adoptado por las instituciones o centros educativos y existen diversas maneras para realizar la valoración incluye los patrones de salud de Gordon, el método cefalo-caudal y por aparatos y sistemas. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores y consisten en:<sup>19</sup>

---

19.-Bàrbara Kozier, Glenora Erv. Enfermería Fundamental Conceptos, Procesos y Práctica. 4ª ed. España Interamericana Mc. Graw-Hill. 1993. Tomo I, pag 181.



- Realizar una valoración completa y sistemática del paciente.
- Evaluar el impacto de la condición del paciente sobre su estilo de vida.
- Identificar las estrategias actuales utilizadas por el paciente para afrontar su situación
- Aprender el impacto de los factores biopsicosociales y culturales en la respuesta del paciente a su condición.
- Identificar el nivel de desarrollo del paciente y de su familia.
- Identificar los sistemas de soporte disponibles para el paciente.
- A partir de la valoración calcular la demanda de cuidado terapéutico del paciente.
- Identificar la naturaleza de cualquier déficit de autocuidado en relación con la condición del paciente y las razones de su existencia.
- Identificar y analizar las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia.
- Desarrollar objetivos de cuidados de enfermería basados en el déficit de autocuidado identificados.<sup>20</sup>

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
  
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados. <sup>20</sup>

20.-Método Enfermero. Buscador Electrónico.www//A:/ Método Enfermero Monografias.com.(onlain) Consultado 11/09/10.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios: 20

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "céfalo caudal": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.<sup>20</sup>

Tipos de datos a recoger: Un dato es una información concreta , que se obtiene del neonato , referido a su estado de salud como consecuencia de su estado. Nos interesa saber las características personales , capacidades ordinarias en las actividades , naturaleza de los problemas , estado actual de las capacidades .

Los tipos de datos:

- datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.<sup>20</sup>

MÉTODOS PARA OBTENER DATOS:

**ENTREVISTA CLÍNICA:** Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. 20

20. Ibid. Buscador Electrónico

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

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, Cuerpo y Cierre:

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semi-estructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación. <sup>21</sup>

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el escenario hospitalario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias: <sup>21</sup>

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

21.-Método Enfermero. Buscador Electrónico.[www.//l:/](http://www.//l:/) Método Enfermero Ibarra.com.(onlain) Consultado 17/09/10.

- Interferencia emocional Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso del responsabilización de las obligaciones, (Borrell 1986),
- Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son: 22

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

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción y respeto. 22

- Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, y otro en el que le da a entender que la comprende.
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal.22

22.-Buscador Electrónico. Método Enfermero<[http://es.wikipedia.org/wiki/método\\_enfermero](http://es.wikipedia.org/wiki/método_enfermero). Consultado 13/09/09.

- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.
- Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).
- La autenticidad: Esta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos». (Cibanal 1991).<sup>22</sup>

**LA OBSERVACIÓN:** En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente. Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.<sup>22</sup>

**LA EXPLORACIÓN FÍSICA:** La etapa final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

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

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.<sup>22</sup>

<sup>22</sup>.-Ibid. Buscador Electrónico

- **Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: Aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: Aparecen cuando percudimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos: Se encuentra al percudir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:<sup>22</sup>

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

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

**VALIDACIÓN DE DATOS:** Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc. Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

**ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:** Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987).

22.-Ibid. Buscador Electrónico

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** La formulación de un diagnóstico enfermero puede tener dos o tres partes consta de un diagnóstico enfermero y de la afirmación <<relacionada>> los factores relacionados son factores que parecen demostrar cierto tipo de relación constante con el diagnóstico enfermero estos factores pueden describirse como anteriores a, asociados a, relacionados con, contribuyentes a o incitadores (NANDA-I, 2005). El sistema de tres partes consta de un diagnóstico de enfermero, la afirmación <<relacionada>> y las características definitorias, que son <<Indicios-inferencias observables agrupados como manifestaciones de un diagnóstico enfermero real o de bienestar>> (NANDA-I, 2005). Y es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.<sup>23</sup>

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, e interdependiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería(D.E.).

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

23.-Manual de Diagnósticos de Enfermería. Guía para la Planificación de los cuidados. Betty J. Ackley, MSN Eds,RN. Gail B. Ladwig,MSN;RN;CHTP. ed 7ª. Editorial ELSEVIER.2007.pag 1-15.

## 2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Componentes de las Categorías Diagnósticas aceptadas por la NANDA: Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios: <sup>23</sup>

Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.
- Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.

Docencia: La inclusión de los diagnósticos de enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum, permite:

- Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos.
- Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:

23.-Ibid. Buscador Electrónico



- Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud.
- Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.
- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.
- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
- Mejorar y facilitar la comunicación inter e interdisciplinar.

Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

- Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
- Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

**TIPOS DE DIAGNÓSTICOS:** Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos, pueden ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.<sup>23</sup>

- Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- Alto Riesgo: Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo.

23.-Ibid. Buscador Electrónico

- La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Posible: Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: 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 nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud. 23

**PLANIFICACIÓN:** En esta fase consiste en escribir los resultados del usuario que se pueden medir con las intervenciones enfermeras para cumplir los resultados, antes de poder hacer esto si el usuario tiene mas de un diagnostico, debe de determinarse la prioridad de los diagnósticos enfermeros con una prioridad mas alta pueden determinarse utilizando la jerarquía de necesidades de Maslow en esta jerarquía la prioridad generalmente viene dada para los problemas inmediatos que pueden poner en peligro la vida. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

23.-Ibid. Buscador Electrónico.

### Etapas en el Plan de Cuidados

- Establecer prioridades en los cuidados (Selección): Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados: Esto es determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados. Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades; así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo. Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.
- Elaboración de las actuaciones de enfermería: Esto es determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente.
- Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.
- Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

- Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.
- Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

**EJECUCIÓN:** O implementación del método enfermero es el inicio real del plan de cuidados enfermero los resultados del usuario se alcanzan mediante la ejecución de las intervenciones enfermeras; durante esta fase la enfermera continua valorando al usuario para ver si las intervenciones son efectivas. Una parte importante de esta fase es la documentación, la enfermera debe de utilizar las herramientas de la institución para documentar y registrar los resultados de implementar las intervenciones enfermeras, la documentación también es necesaria por razones legales “si no se registra no se hizo”. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

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

**EVALUACIÓN:** Aunque la evaluación se coloca en la fase final del proceso enfermero realmente es una parte integral de cada fase y algo que la enfermera realiza continuamente; cuando la evaluación se realiza como ultima fase la enfermera hace referencia a los resultados del usuario y determina si se consiguieron, si los resultados no se consiguieron la enfermera empieza de nuevo la valoración y determina la razón por la que no se consiguieron.

Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo: Observación directa, examen físico. Examen de la historia clínica.
- Señales y Síntomas específicos: Observación directa. Entrevista con el paciente. Examen de la historia.
- Conocimientos: Entrevista con el paciente. Cuestionarios (test).
- Capacidad psicomotora (habilidades): Observación directa durante la realización de la actividad.
- Estado emocional: Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones. Información dada por el resto del personal.
- Situación espiritual (modelo holístico de la salud): Entrevista con el paciente. Información dada por el resto del personal.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

## 4.5 RELACIÒN DE LA TEORÌA DE DOROTHEA OREM Y EL MÈTODU ENFERMERO

OREM ha destacado en todo su teorìa que la enfermerìa es acci3n y al igual que con otros modelos de enfermerìa, las ideas deben de traducirse de manera que puedan ser utilizadas en la practica (OREM 1991, pàg. 298). OREM aboga por el uso del mètodu enfermero, pero de una manera màs coherente con su teorìa. Especialmente contempla el mètodu enfermero como aquel que requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales y operaciones tecnol3gico-profesionales.<sup>7</sup>

Operaciones interpersonales y sociales: Implican que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias en particular las enfermeras deberìa: Iniciar y mantener una relaci3n afectiva con el paciente y su familia y otros. Ponerse de acuerdo con el paciente y otros para responder a las cuestiones relacionadas con la salud. Colaborar continuamente y revisar la informaci3n con el paciente y otros. Los procesos deben de ser mantenidos y modificados, cuando sea apropiado, mediante la relaci3n de enfermerìa-pacientes.<sup>24</sup>

Operaciones tecnol3gico-profesionales: Son identificadas como diagn3sticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos. Mientras en estas operaciones hay una secuencia inherente, en que las acciones l3gicamente diagn3sticas (valoraci3n) deben de ocurrir antes de las acciones prescriptivas (planificaci3n) es posible que el cuidado sea iniciado y evaluado (operaciones de tratamiento o reguladoras) antes de haber obtenido toda la informaci3n requerida para la valoraci3n.

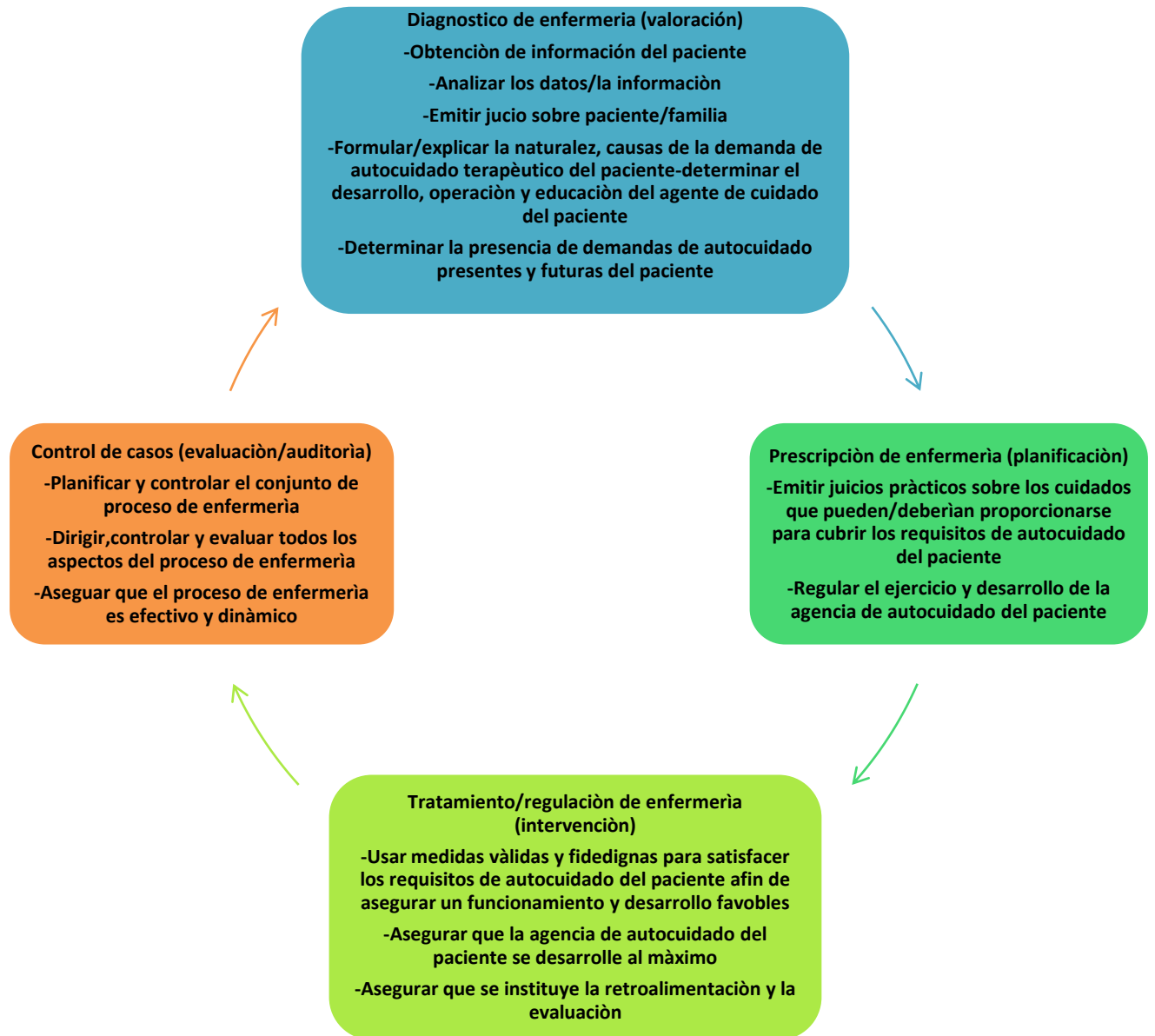
Las operaciones de cuidados de casos, sin embargo (aspectos de autorìa de cuidados del proceso de enfermerìa), continuaràn durante toda la interacci3n de enfermerìa con los pacientes. Orem contempla las operaciones tecnol3gico-profesionales como las >>pedras angulares<< en el mètodu enfermero, se reconoce que la realizaci3n de estas operaciones dependerà del paciente, familia, enfermeras y posiblemente de otros factores.

Orem enfatiza que la primera parte de cualquier mètodu enfermero debe de ser determinar si se requiere la ayuda de enfermerìa, y que este juicio debe de validarse usando la informaci3n de tantas fuentes como sea posible. Es probable que esta validaci3n parta de una compresi3n negociada entre grupos profesionales, el individuo y su familia.

7.-Ibid. Pag 298. 24.- OREM, D.E: (1993). Conceptos de enfermerìa en la Pràctica; Barcelona, Espaõa: Mosby-Year Book, pàg. 298.

Una vez que se ha determinado que la ayuda e intervención de enfermería es apropiada, las enfermeras deben de diseñar un sistema de cuidados de enfermería que logran los objetivos de salud determinados para este paciente en concreto. Una vez diseñado dicho sistema, hay una fase de ejecución que se centra en ayudar e compensar las limitaciones para el cuidado de la salud, estimular las capacidades existentes y prevenir nuevas limitaciones.<sup>12</sup>

La figura 1 presenta una visión general del uso del método enfermero con la teoría de Orem.



10.- ANTOLOGÍA TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA COORDINADORA MARGARITA CARDENAS JIMENEZ/CRITINA BALAN GLEAVES/MAGDALENA FRANCO OROZCO. UNAM POSGRADO PAG. 237-267.

## 4.6 DAÑOS A LA SALUD O FISIOPATOLÒGIA

**CONCEPTO:** La Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (TTRN), se define como un aumento de la frecuencia respiratoria en el neonato de manera transitoria, es una enfermedad benigna y auto limitada que afecta principalmente la neonato a término, aunque puede afectar a los neonatos pretermino nacidos por cesárea.

También ha sido llamada Síndrome de dificultad respiratoria tipo II, síndrome de la retención del líquido en el pulmón fetal, enfermedad del pulmón húmedo y edema pulmonar posnatal persistente y mala adaptación pulmonar.

**EPIDEMIOLOGÍA:** La incidencia de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido es de alrededor de 11 por 1.000 nacidos vivos; los factores de riesgo son la prematurez, sedación materna, asfixia fetal, administración excesiva de fluidoterapia a la madre durante el parto, trabajo de parto prolongado, policitemia fetal, hijo de madre diabética y administración de agentes simpático miméticos.

**FISIOPATOLOGIA:** La Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (TTRN) es el resultado del retraso en la eliminación del líquido pulmonar al nacer y se caracteriza por un engrosamiento de la interface aire-líquido secundario a la incapacidad de absorber proceso de salida del líquido pulmonar fetal, durante la última etapa de la gestación parto término o pretérmino. La secreción de líquido pulmonar comienza a disminuir dos a tres días antes del inicio del trabajo de parto y el agua pulmonar disminuye a 15 ml/Kg, en el trabajo de parto reduce el agua pulmonar hasta en un 45% con una reducción adicional de 38% en las 6 horas siguientes al nacimiento; los pulmones maduran y realizan el cambio de ser secretores activos de cloro a la fase de absorción activa de sodio como respuesta a las catecolaminas circulantes y otras hormonas.

La tensión creciente de oxígeno después del nacimiento aumenta la capacidad del epitelio para transportar el sodio y realiza la expresión del gen del canal epitelial de sodio. La expresión reducida del gen de este canal contribuye a la inhabilidad de pulmones no maduros de cambiar de la secreción fluida a la absorción, esto puede ser regulado por los glucocorticoides.

La reabsorción pasiva de líquido también ocurre después del nacimiento debido a diferencias entre la presión oncótica de los espacios aéreos, del intersticio y de los vasos sanguíneos. La falla en este proceso provoca exceso de líquido del pulmón; el líquido que llena el espacio aéreo se mueve hacia el intersticio donde se acumula en el tejido peri vascular y cisuras interlobares hasta que es retirado por los vasos linfáticos o absorbidos por el torrente sanguíneo.



El exceso de agua dentro del pulmón en la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido provoca una complicación pulmonar; se desarrolla entonces taquipnea compensatoria por el aumento en el trabajo respiratorio. Además, la acumulación de líquido en los vasos linfáticos peribronquiolares y el intersticio promueve el colapso parcial de bronquiolos con el subsiguiente atrapamiento aéreo. La perfusión de alvéolos pobremente ventilados conduce a hipoxemia y el edema alveolar que reduce la ventilación como consecuencia se origina hipercapnia en algunas ocasiones.<sup>25</sup>

El líquido pulmonar es removido del intersticio pulmonar principalmente a través de la circulación pulmonar y solo del 10-20% se drena a través de los linfáticos, normalmente la eliminación de líquido requiere de 2-3 hrs y el drenaje del intersticio a la circulación se completa en 6 hrs.

#### CAUSAS:

- Nacimiento por cesárea: Por no recibir las compresiones torácicas que se producen durante el nacimiento vaginal. Se ha observado que durante el trabajo de parto se libera adrenalina y esta influye sobre la bomba de cloro inhibiendo su función y estimulando los canales de sodio de esto resulta un decremento en la secreción y un aumento en la absorción del líquido pulmonar.<sup>26</sup>
- Parto prolongado: Influyen los antecedentes previos de partos prolongados o sin trabajo de parto
- Nacimiento pretérmino: Aparece en los neonatos prematuros o >34 SDG y se confunde con SDR por déficit de surfactante.
- Pinzamiento tardío del cordón umbilical: cuando tarda en pinzarse más de 20 segundo.

Antes de nacer, los pulmones de un neonato están normalmente llenos con un líquido llamado líquido amniótico. Durante la labor de parto, las señales químicas mandan información a los pulmones que comiencen a retirar el líquido. Cuando el neonato pasa a través del canal de parto, el pecho se aprieta. Esa presión puede ayudar a despejar algo del líquido de los pulmones. Después de nacer el neonato también puede toser parte del líquido. Una vez que el neonato comienza a respirar, el aire llena los pulmones y ayuda a despejar cualquier líquido remanente. El líquido puede no despejarse lo suficientemente rápido de los pulmones si el neonato no responde bien a las señales químicas durante la labor de parto o el líquido no sale de los pulmones en el canal de parto.

25.-(Morrison JJ, Milton PJ: Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. Br J Obstet Gynaecol 1995;102:101.

26.-(Morrison JJ, Milton PJ: Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. Br J Obstet Gynaecol 1995;102:101-6).

**FACTORES DE RIESGO:** Un factor de riesgo es aquello que incrementa sus probabilidades de contraer una enfermedad o condición. Los siguientes factores incrementan el riesgo del recién nacido a de desarrollar taquipnea transitoria.<sup>27</sup>

- Parto por cesárea
- Macrosomía
- Hijo de madre fumadora durante el embarazo
- Hijo de madre con asma
- Retraso para cortar el cordón umbilical
- Duración prolongada de parto
- Parto vaginal rápido
- Exceso de administración de líquido materno
- Género masculino
- El exceso en el sedante materno puede incrementar el riesgo

**DIAGNOSTICO:** De la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido es un diagnóstico clínico. Los datos radiológicos se distinguen por el aumento del volumen pulmonar, vascular prominente (descrito como imagen de corazón peludo) y ocasionalmente líquido pleural anormal. Por lo general su curso clínico es benigno debido al retardo anormal en la absorción del líquido alveolar en los primeros momentos de la vida los glóbulos son normales. Diagnóstico Diferencial: Taquipnea Transitoria del Recién Nacido es un desorden benigno y las siguientes condiciones patológicas deben ser excluidas. Como se muestra a continuación.

Tipo de DR	Edad <6 HRS	Inicio >6 HRS	Antecedentes	Exploración	Gasometría	Rx. tórax	Comentarios
TTRN	+++	-	Cesárea frecuente	Taquipnea	Hipoxemia Leve	Hiperinsuflación RNAT	Lo mas frecuente
SAM	+++	-	Asp. Meconial Posmadurez	Meconio tráquea	Hipoxemia mod/grave	Patrón el panal de abeja	DX H.Clinica
NT/NM	++	-	Hipoxia Hipoxia Reanimación Enf Pulmonar	Dism M V y FC	Hipoxemia Leve/ Mod	Diagnostica	-
Neumonía	++	+++	FR Infección	Séptica o de DR	Hipoxemia Acidosis mixta	Condensación o similar a otro DR	Ayudan PCR hemograma
HPP	+++	+	A veces asfixia moderada	A veces soplo suave	Hipoxemia refractaria	Casi siempre Normal	DD con CC difícil
Cardiopatía Congénita	+	+++	-	Cardiomegalia Soplos ICC	CO <sup>2</sup> disminuido Hipoxemia variable	Puede orientar el DX	ECG ECO-C

27.- NEONATOLOGIA. Gomella-Cunningham-Eyal-Zenk. 5ª Edición. Editorial Panamericana. Pag. 609-611

Estudios radiológicos: Estas RX incluyen signos de atrapamiento aéreo con aplanamiento del diafragma, leve cardiomegalia y aumento de los vasos pulmonares. A menudo se observa líquido en los espacios interlobares y puede existir una efusión pleural. El edema alveolar puede observarse como densidades opacas. Los gases sanguíneos arteriales revelan típicamente una hipoxemia moderada e hipercapnia leve con acidosis respiratoria. El recuento y la fórmula diferencial de glóbulos son normales.



Imagen de Corazón Peludo

**TRATAMIENTO:** El tratamiento es principalmente de soporte ya que la TTRN es una condición benigna y auto limitada. El oxígeno suplementario debe de comenzar con un halo de oxígeno lo suficiente como para mantener una saturación arterial normal. La administración de oxígeno con halo es <60% y se observa que no existe una mejoría puede incrementarse el oxígeno hasta el 100% y si esto no funciona cambiar a CPAP nasal (presión continua de la vía aérea por vía nasal).<sup>27</sup>

Las medidas de apoyo incluyen mantener un ambiente térmico neutral y un adecuado aporte nutricional. Una frecuencia respiratoria mayor de 60 a 80 por minuto o esfuerzo respiratorio aumentada contraindica la alimentación oral y se inicia alimentación por SOG. Si la taquipnea persiste más de cuatro a seis horas o si los recuentos de glóbulos blancos o su fórmula diferencial están alterados deberán obtenerse cultivos sanguíneos y comenzar la cobertura antibiótica con Ampicilina y un amino glucósido.

**Prevención:** No hay pautas para prevenir la taquipnea transitoria porque se desconoce la causa exacta. Pero hay varias cosas que puede hacer para ayudar a asegurar que el nacimiento de un bebé sano: <sup>27</sup>

- Consuma una dieta saludable, baja en grasas saturadas y rica en granos enteros, frutas y verduras.
- Sométase a revisiones prenatales regulares
- No fume
- Evite las drogas y el alcohol
- Realizar ejercicio
- Evitar estrés e Inicio de complementos vitamínicos

27.-Ibid.pag 609-611.

FLUJOGRAMA EN LA ATENCIÓN DE TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO

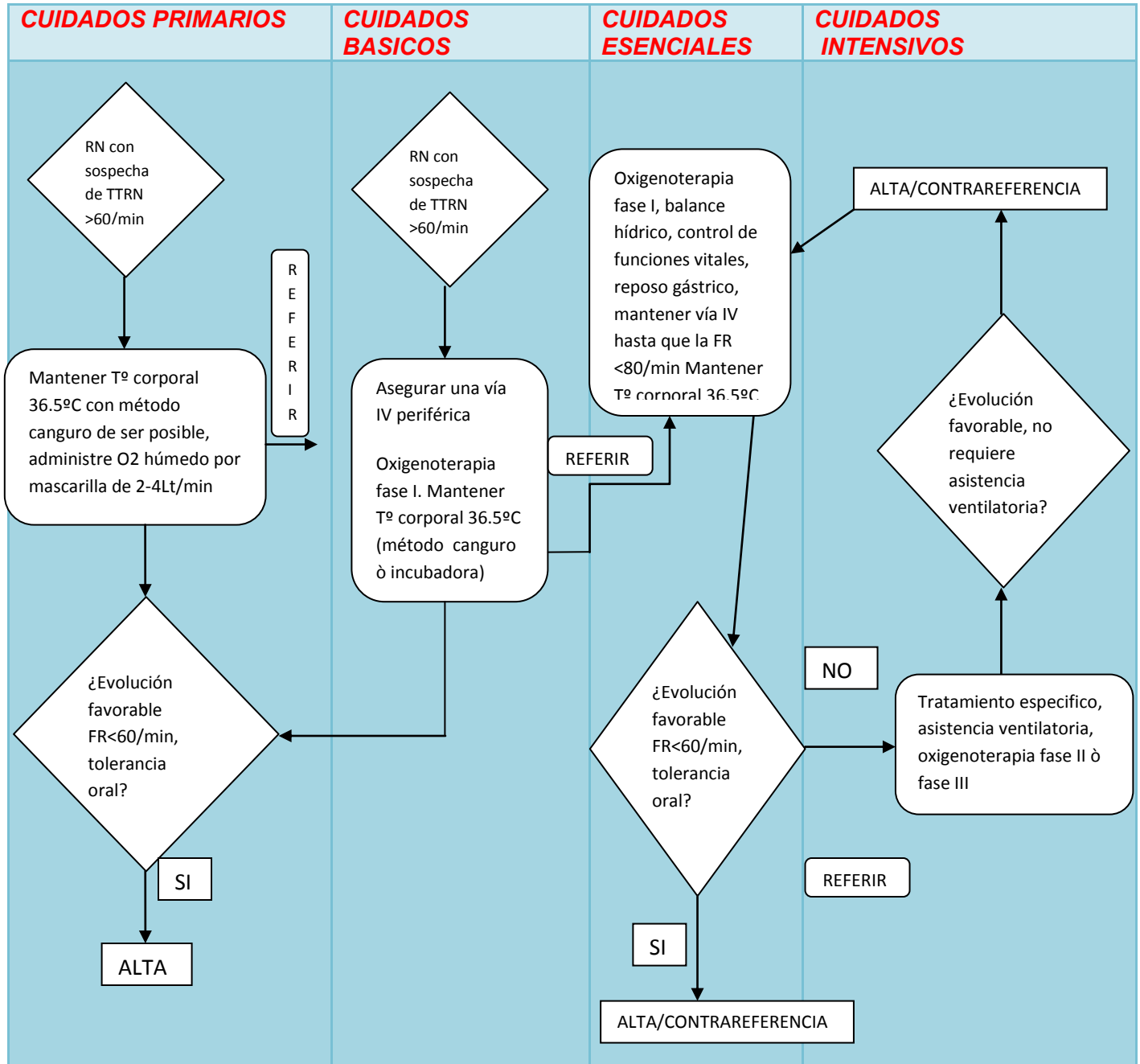


Tabla 11.-Buscador Electrónico.<<http://flujograma manual neonatal.pdf.gor.mx>.Consultado 12/09/2010.

## 4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

**CONCEPTO:** Conjunto de principios y normas morales que regulan las actividades humanas.

La ética es clasificada por muchos como la ciencia que trata de la moral, su origen y desarrollo, de las reglas y normas de conductas de los hombres de sus deberes hacia la sociedad, la Patria y el Estado. Como doctrina hace su aparición más tarde que la moral misma, se utilizó para señalar virtudes humanas y está muy ligada a los intereses de la sociedad en que se vive.

**BIOÉTICA:** Es el término utilizado para distinguir de la ética tradicional, los problemas de ética que plantea los progresos en medicina y biología. Es la ciencia cuya finalidad es contribuir a salvaguardar la vida humana y el medio frente a los avances científicos en biomedicina y biotecnología, sustentándose para estos fines en 3 pilares fundamentales: autonomía, justicia y beneficencia.<sup>28</sup>

La Bioética como disciplina no surge hasta la segunda mitad del siglo XX en el año 1974 el Congreso de los Estados Unidos creó una comisión para elaborar directrices éticas con el objetivo de proteger y garantizar los derechos de las personas incluidas en estudios de investigación biomédica, ya que habían sido en algunas ocasiones, hasta ese momento víctimas del afán experimentador de los científicos.

Como consecuencia en 1978 se redactó el informe Belmont<sup>18</sup> uno de los primeros documentos escritos sobre bioética. En éste se reconocía la necesidad del respeto a la opinión de las personas enfermas (autonomía), de la práctica profesional beneficiante y de la justicia. Un año más tarde Beauchamp y Childress<sup>30</sup> introdujeron en la reflexión bioética el concepto de no maleficencia que es aceptado universalmente como cuarto principio.<sup>29</sup>

¿Qué está pasando en la unidades neonatales y qué opinan los neonatólogos?  
*Artículo la Consideraciones éticas en el periodo neonatal, publicado por Vicente Molina.* Este artículo cita el pensamiento del equipo que integran las unidades neonatales y hace una recopilación de la información sobre el tema y abraza el pensar de familiares; deja un profundo pensar del actuar del personal que esta involucrado en estas áreas.

---

28.- Carpenito LI. Diagnóstico de enfermería. Aplicación en la práctica. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1988:3. (Edición Revolucionaria)

29.- "Principios y guías éticas, para la protección de los sujetos humanos de investigación". Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. USA 18 de Abril de 1979.

30.- BEAUCHAMP, T.L., J.F. CHILDRESS (1999): Principios de ética biomédica. Masson, Barcelona.

Datos de diferentes unidades neonatales de Canadá, Estados Unidos y Holanda muestran que a partir de la década de los noventa entre el 80% y el 90% de los fallecimientos se producen después de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico (no iniciar o interrumpir tratamientos). En una serie de estudios efectuados en Holanda se comprueba que la mayoría de neonatólogos son partidarios de emplear en estos casos, medicaciones que aceleren la muerte bajo un control estricto.

Tejedor y Aybar revisaron los fallecimientos de una unidad neonatal durante 8 años. En un 68% de los casos existió limitación del esfuerzo terapéutico (32% instrucciones de no reanimar y 35% de retirada de soporte vital). En un 53% de los casos la decisión se basó en criterios sobre calidad de vida futura.

Krauel y cols expusieron un 34% de fallecimientos por limitación del esfuerzo terapéutico en los años 1990-1995 (23% no reanimación y 11% retirada de soporte vital). En un 78% de los casos la decisión se basó en criterios de casi certeza de secuelas graves junto con pocas posibilidades de supervivencia.

McHaffie y Fowlie revisaron, en un extenso trabajo, lo que ocurría en 6 unidades neonatales de Escocia en relación con las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico. Observaron que la enfermería consideraba que participaba poco en el proceso de toma de decisiones y se sentía poco informada. Los residentes manifestaron su incomodidad por tener que mantener tratamientos intensivos sin estar convencidos de que fueran adecuados hasta que los responsables de la unidad se planteaban interrumpirlos y se constató que existió una gran variabilidad entre las unidades a la hora de utilizar drogas como tratamiento paliativo.

En diferentes trabajos publicados formando parte del estudio EURONIC (efectuado en diferentes unidades neonatales de varios países europeos) se comprueba que el grado de implicación de los padres en decisiones conflictivas varía desde el 19% en los países del sur de Europa hasta el 89% en Gran Bretaña; que las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico basadas en criterios de mal pronóstico neurológico (calidad de vida) fueron el 46% en algunas unidades y el 90% en otras; que sólo en Francia y en Holanda se utilizaron con frecuencia drogas con la finalidad directa de acelerar la muerte; que la utilización de criterios de calidad de vida para plantearse decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico se relaciona con algunas características de los neonatólogos (sexo femenino, no tener hijos, religión protestante o no religión, trabajar en una unidad con muchos recién nacidos de muy bajo peso) y sobre todo, con el país de origen (más frecuente en Gran Bretaña, Holanda y Suecia; menos frecuente en Hungría, Estonia, Lituania e Italia).

### 4.7.1 PRINCIPIOS BÁSICOS DE BIOÉTICA

**Autonomía:** Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos y las personas que tienen la autonomía mermada tienen derecho a la protección. El más moderno de los principios de la bioética es el de autonomía, ya que surge como consecuencia de un concepto de ser humano que implica la idea de libertad personal. Boecio (siglo V) define por primera vez a la persona como sujeto independiente del grupo social. Hasta ese momento no se concebía la posibilidad de que una persona actuara según expectativas diferentes a las de la familia y/o el estrato social al que pertenecía.<sup>31</sup>

**Beneficencia:** "Hacer el bien", la obligación moral de actuar en beneficio de los demás curar el daño y promover el bien o el bienestar; es un principio de ámbito privado y su no-cumplimiento no está penado legalmente.

Una enfermera practica la beneficencia a partir del momento en que se preocupa y dedica atención preferente a su auto superación para mantener la competencia y desempeño profesional que le permitirá brindar una atención de calidad. También cumplirá con el principio de beneficencia en las acciones cotidianas cuando se esfuerce por establecer diagnósticos correctos de Enfermería, pues de la identificación clara y precisa de las respuestas humanas del paciente a su problema de salud o enfermedad; y dependerá la eficacia de las acciones independientes de la enfermera, la enfermera aplica además la beneficencia cuando al ejecutar acciones dependientes de las órdenes médicas, ajusta el horario de la administración de los medicamentos no a su comodidad, sino a las necesidades del paciente.

**No-maleficencia:** Es el *primum non nocere* sinónimo del "No dañar" Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades, es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley.<sup>31</sup>

**Justicia:** El principio de la *justicia* en el marco de la atención de salud se refiere generalmente a lo que los filósofos denominan "justicia distributiva" es decir, la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad. *Justicia* significa a fin de cuentas dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia es valorar si la actuación es equitativa. Incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo; es también un principio de carácter público y legislado.

31.-Buscador Electrónico<<http://www.Principios Básicos de Bioética>. Consultado 25/05/09.

Si se da un conflicto de principios éticos, los de NO-maleficencia y Justicia (de nivel público y obligatorio) están por encima de los de Beneficencia y Autonomía (considerados de nivel privado).<sup>31</sup>

Justicia significa también no derrochar escasos recursos en un paciente, a sabiendas que esos recursos no variarán el curso de la evolución de su estadio terminal; dejando por ello desprotegidos a otros pacientes necesitados y con posibilidades de recuperación. Resulta a todas luces injusto el procedimiento de prolongar la agonía de un enfermo en estadio terminal por una parte y acortar una vida útil y recuperable por otra.

La enfermera aplica el principio de la *justicia* además cuando ante una urgencia atiende al más necesitado y que sea posible a recuperar; cuando en una sala de cuidados especiales atiende al más grave; cuando valora las necesidades de un paciente y jerarquiza debidamente la satisfacción de las mismas.

El autor Simón manifiesta que "estas obligaciones no son solo personales de cada uno de los profesionales, sino de las organizaciones en conjunto. Configuran por tanto también un esquema de análisis de la ética de la organización responsable y por tanto de sus obligaciones respecto a la seguridad de los usuarios". Junto a estos principios o valores como referencia para el juicio moral de las acciones se pueden enumerar una serie de rasgos morales propios de la enfermera los más destacados serían:

- Respeto y consideración.
- Atención terapéutica.
- Compromiso relacionado con la convergencia del deseo personal y la obligación elegida.
- Confianza en la relación enfermera-paciente de manera bidireccional.
- Compasión como una inmersión en la condición del ser humano un reconocimiento del otro como persona y una respuesta vivencial de solidaridad.
- Honestidad para no encubrir errores ajenos ni ocultar errores propios lo que engloba la obligación de comunicar con veracidad y la sabiduría práctica, lo que incluiría a su vez la competencia para alcanzar la calidad técnica y no abandonarla con el paso del tiempo.
- Conciencia de la vulnerabilidad del ser humano.

31.-Ibid. Buscador Electronico.



## 4.7.2 CÓDIGO DE ÉTICA

La condición fundamental para el logro del desarrollo integral de toda sociedad es el bienestar que conlleva a la salud de todos los ciudadanos. En nuestro país se viene haciendo un reclamo de la mayor justicia, para contar con la mejor calidad de los servicios de salud ya sean públicos o privados. Este reclamo obliga a los profesionales que interactúan en la atención a la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde. En este sentido el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnico-científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional.<sup>32</sup>

Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería en México.

Como resultado de su educación formal, la enfermera\* se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del *deber ser* para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas.

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente.<sup>33</sup>

32.-Buscador Electronico< <http://www.secretaria.de.salubridad.y.asistencia/ssa.gob.mx>. Consultado 28/07/2009.

33.-Buscador Electrónico<<http://www.código.de.ética/CIE.org.mx>. Consultado 19/10/2009.

Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).<sup>33</sup>

De esta forma el código de ética debe inspirar la correcta conducta profesional considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimiento, dignidad y por respeto a sí mismo y a la sociedad, esto último es lo que se conoce como ética profesional. Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:<sup>32</sup>

- Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.
- A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.
- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive.
- A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente.

Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:

- La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
- La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
- El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional, y
- La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

Al hablar de enfermería se asocia la relación tan íntima que esta profesión tiene con los valores humanísticos, éticos y morales. La enfermera, consciente o inconscientemente los utiliza al proporcionar los cuidados por lo cual no se concibe a la enfermería sin esta interrelación.

La enfermera, a través del cuidado, pone en marcha todo aquello que mueve la energía del ser humano, su potencial, su deseo de vivir.

32.-Ibíd. Buscador Electrónico.

33.-Ibíd. Buscador Electrónico.

El cuidado es una actitud que trasciende las dimensiones de la realidad humana. Tiene un significado de auténtico humanismo ya que conlleva la sensibilidad que es incomparablemente mayor que la eficiencia técnica, porque la primera está en relación con el orden de los fines y la última con la de los medios.

Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia.

Por todo esto se hace necesario que la enfermera reconozca las potencialidades y debilidades de sí misma y de los demás, esa cualidad de reconocer su capacidad humana implica su disposición de dar, de conducirse y de actuar, así como de renunciar a todo aquello que pueda hacer y hacerle daño. El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud; la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas.

Es la enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica.

## **CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES**

Artículo primero: El presente código norma la conducta de las enfermeras en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las persona que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.<sup>34</sup>

## **CAPÍTULO II. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS**

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

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

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.<sup>34</sup>

34.-Buscador Electrónico<<http://www.codigo> de ética para las enfermeras y enfermeros de México. México D.F. Diciembre, 2001.

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

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

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

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

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.<sup>34</sup>

### **CAPÍTULO III. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS**

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

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

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

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

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

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

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

Artículo décimo séptimo.- Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.<sup>34</sup>

### **CAPÍTULO IV. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS**

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión. <sup>34</sup>

34.-Ibid.Buscador Electrónico.

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

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

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

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.<sup>34</sup>

## **CAPÍTULO V.**

### **DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESIÓN**

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

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

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.<sup>34</sup>

## **CAPÍTULO VI.**

### **DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD**

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

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

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.<sup>34</sup>

## **DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO**

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete.<sup>34</sup>

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.

<sup>34</sup>.-Ibid.Buscador Electrónico.

3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.<sup>34</sup>

### 4.7.3 DERECHOS DEL NEONATO

- Todo recién nacido tiene derecho a la asistencia sanitaria
- 1º Que su hospitalización sea lo más breve posible, salvo exigencias de su estado de salud.
- 2º A que se promocióne y facilite la lactancia materna y cuando no sea posible la lactancia materna, ya sea por razones personales, físicas o psíquicas, a que se posibilite una correcta lactancia artificial.
- 3º A que se facilite el amamantamiento, incluso si se produce un ingreso posterior del lactante.<sup>22</sup>
- 4º A no ser sometido a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento expreso y por escrito de sus padres, o en su caso de sus representantes legales.
- 5º A que el Centro Sanitario donde se le atiende disponga de los recursos humanos y materiales necesarios para prestarle una adecuada asistencia.
- 6º A tener un único referente médico, siempre que sea posible, y a ser explorado después del nacimiento por un médico especialista en neonatología y por una enfermera neonatal.
- 7º A que se le realicen las pruebas de detección neonatal vigentes y que sean asertivas como lo marca la secretaria de Salud.<sup>35</sup>

35.-Buscador Electrónico<<http://www.cantabria.org.mx>. Consultado 29/08/2009.

- 8º A ser inmunizado después del parto contra las enfermedades infectocontagiosas contempladas en la Cartilla de Vacunación oficial.
  - 9º A la continuidad asistencial por los Servicios de Atención Primaria de Salud una vez dado de alta en el hospital.
  - 10º En caso de sufrir alguna alteración que dificulte su adecuado desarrollo, a que se le facilite Atención Temprana en el sistema sanitario público.<sup>35</sup>
- 
- Derechos relacionados con la intimidad.<sup>35</sup>
    - 1º A ser tratado de forma respetuosa y digna, evitándole sufrimientos y dolor innecesarios.
    - 2º A ser protegido del ruido, colocación incómoda e interrupciones innecesarias del sueño.
    - 3º A no ser separado de su madre en ningún momento, salvo causa justificada.
    - 4º A estar desde el nacimiento acompañado por su padre o persona que lo sustituya, en el caso en que la madre no esté en condiciones de hacerlo.
    - 5º A ser correctamente identificado en el momento de su nacimiento, para lo cual las maternidades dispondrán de contrastados sistemas de identificación de los recién nacidos y sus padres biológicos, al objeto de preservar el derecho infantil a la identidad y evitar, por consiguiente, su intercambio y su tráfico ilícito.
    - 6º A que si es sujeto de adopción, ésta se realice con las máximas garantías posibles.
    - 7º A disponer de la Cartilla de Salud Infantil como documento personal en el cual se reflejen las vacunaciones y demás datos de importancia para su salud. <sup>35</sup>



35.-Ibid.Buscador Electrónico<<http://www.cantabria.org>



#### 4.7.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

El "consentimiento informado" es la expresión de dos voluntades (investigador e investigado) que intervienen en un proceso investigativo, de cualquier índole, ambas debidamente conocedoras, competentes, autónomas, que deciden contribuir a un procedimiento científico con proyección y beneficio social.<sup>35</sup>

El consentimiento informado, se abre camino en la investigación a partir del posicionamiento creciente, en los últimos años, de la autonomía y participación activa de la persona que decide participar en el proceso investigativo como fuente de información y/o experimentación; también, como fruto de una demanda de claridad informativa exigida por los directos responsables de los procesos de intervención sanitaria. Así se abre paso como el elemento más viable, necesario y práctico para testimoniar por escrito un compromiso bilateral de las partes (entre consultor y consultado, experimentador y experimentado, encuestador y encuestado) de no maleficencia y de responsabilidad puesta en un proceso investigativo, diagnóstico o terapéutico.

De otro lado, su posicionamiento se ha debido a diferentes casos de excesos y abusos de prepotencia científica tal vez porque cuando se midieron las consecuencias de lo hecho, ya era difícil remediar el daño causado a la población, quedando lo jurídico como última instancia para reparar lo causado.

En Medicina el consentimiento informado es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente. Debe reunir al menos tres requisitos que son:

**Voluntariedad:** Los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.<sup>36</sup>

**Información:** Debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que ello le pueda perjudicar en otros tratamientos.

35.-Buscador Electrónico<[http://www.segob.com.mx/consentimiento informado](http://www.segob.com.mx/consentimiento_informado). Consultado 22/04/2009.

36.-Buscador Electrónico<[http://www.monografias.com/consentimiento informado](http://www.monografias.com/consentimiento_informado). Consultado 23/04/2009.



Comprensión: Es la capacidad de comprender que tiene el paciente que recibe la información.<sup>35</sup>

Desde sus orígenes la bioética ha propendido porque las investigaciones y experimentaciones estén medidas por un auténtico, estructurado, libre e inequívoco asentimiento de quienes participan, de tal manera que se pueda contar con el deber y el derecho de obtener información completa, comprensible, continuada, oral y escrita sobre el proceso a intervenir, la prueba a realizar, el test o cuestionario para responder. Es ante todo un instrumento ético que permite convalidar el cumplimiento de directrices bioéticas necesarias dentro de un proceso de investigación científica.<sup>35</sup>

Requisitos: Los factores condicionantes para el cabal cumplimiento del consentimiento informado son: Ausencia de coerción o engaño. Capacidad, claridad y autonomía del sujeto consultado o experimentado para tomar decisiones. Información completa sobre el qué de la investigación, el cómo y el para qué describiéndose en forma explícita el propósito, el procedimiento, el instrumento de recopilación de información como tal, y la proyección y/o socialización de los resultados obtenidos en dicho proceso.<sup>35</sup>

Los componentes constitutivos del consentimiento informado son:

- Descripción clara del título y objeto de la investigación.
- Explicación de las características del instrumento de recopilación de información o prueba a aplicar con el participante de la investigación, diagnóstico o terapia.
- Presentación de los principales beneficios de carácter personal (si los hay) científico y social que se obtendrán de dicha participación y consentimiento.
- Formulación de los posibles riesgos más significativos asociados al procedimiento (daño, dolor, falencia, incomodidad, visitas, pruebas, etc) que puedan aparecer o generarse a raíz de dicha participación o asentimiento.
- En el caso de existir prueba química que deba ser administrada, señalar posibles acontecimientos adversos, tratamientos alternativos disponibles.
- Carácter voluntario de la participación.
- Personas que tendrán acceso a los datos del voluntario y la forma como se mantendrá la confiabilidad.
- Investigador responsable de la aplicación del instrumento de recopilación de información (prueba, test, cuestionario).<sup>35</sup>

<sup>35</sup>.-Ibid.Buscador electrónico. Consentimiento informado.

Consideraciones prácticas: 35

- Un documento que contiene información demasiado suscita y resumida no es suficiente como documento de "consentimiento informado".
- Los padres de un menor de edad, los terceros responsables o acudientes legales pueden firmar el consentimiento cuando éste no lo pueda hacer, siempre y cuando manifiesten y determinen los mejores intereses y beneficios hacia la persona menor o incapacitada que representen o tengan la preparación emocional y física para la adecuada realización del proceso de recopilación de información.
- En el caso de menores de edad el consentimiento lo otorgará siempre su representante legal (tutores) tras haber recibido y comprendido la información mencionada. Cuando las condiciones lo permitan, si el menor tiene 12 años o más, deberá además prestar éste su propio consentimiento, y para ello debe dársele toda la información y adaptarla a su nivel de entendimiento. En tal caso deben anexarse ambos documentos firmados.
- Se sugiere que el "consentimiento informado" sea firmado por la persona que lo da o su acudiente legal, por el investigador responsable y por el testigo de dicho compromiso, incluyendo siempre el número de identificación de todos los allí presentes.
- Animar a la población sujeto – objeto de la investigación, para que pregunte, o esclarezca toda duda o expectativa que se pueda tener, antes de la aplicación del procedimiento y si fuera necesario también después.
- Dejar siempre la voluntad explícita de los investigadores de respetar la autonomía del investigado, expresada en el libre retiro de la investigación en cualquier momento.
- El documento debe declarar que si el individuo participante rechaza seguir en el proceso, puede continuar asistiendo o recibiendo atención y servicio en dicha institución (universitaria, clínica u Hospitalaria) si lo solicita.
- En la recopilación de información y en la aplicación de pruebas no se puede imponer nunca el interés de la ciencia como justificación para llevar a cabo una prueba o experimento, agrediendo la integridad física de las personas.
- Tener siempre presente en la práctica investigativa la preeminencia de los derechos del sujeto antes que el deseo de eficiencia científica o investigativa.
- En caso de experimentación con sustancias o procesos químicos, el grupo investigador declara su voluntad de posible indemnización o tratamiento en el caso de daño físico o psicológico contemplado en la legislación de salud pública.

Si la voluntariedad, la autonomía y la claridad informativa son elementos esenciales, y "el consentimiento informado" está en relación directa con la escala de valores de cada persona consultada, pueden aparecer algunas distorsiones de su propósito como son: 35

- Manipulación: debe evitarse el sesgo amañado y el cruce de información.
- Persuasión: debe evitarse la presentación del compromiso a manera de publicidad o mercadeo de un producto. Coacción: debe omitirse la presión o amenaza tácita o explícita. Se recomienda elaborar un documento único para cada procedimiento investigativo, y con las siguientes especificaciones:

35.-Ibid.Buscador electrónico. Consentimiento informado.

- Hacerlo en el momento adecuado, con suficiente anterioridad a la aplicación del instrumento o prueba, evita momentos de tensión, ansiedad o depresión, que deja tiempo para decidir.
- Hacerlo en un lugar adecuado, pues las circunstancias espacio temporales influyen en la coerción o autonomía que puede tener la persona.
- Hacerlo con la persona adecuada: una persona idónea y conocedora de todo el proceso y no un delegado o auxiliar, debe ser en lo posible quien la va a realizar.
- Asegurarse de la claridad con preguntas de realimentación que comprueben la real comprensión.
- Deben evitarse dos extremos, ambos perjudiciales para el real propósito del "consentimiento informado" presentar tecnicismos que obstaculicen la claridad informativa, o el excesivo detalle en la información, que lejos de aclarar puede asustar y alejar, produciendo angustia o desesperación.
- Los consentimientos informados no deben hacerse genéricos: cada procedimiento, con sus objetivos, es un caso distinto.
- Los documentos deben extenderse en lo posible por duplicado, una copia para el grupo o institución que realiza la investigación, la consulta o prueba, y otra copia para el consultado o paciente.

Excepciones a la realización del consentimiento informado, como todos los principios y valores bioéticos, el "consentimiento informado" no es un fundamento absoluto: como tal, tiene sus excepciones, que sobrepasan al ámbito experimental investigativo universitario y pertenecen en especial al entorno exclusivamente médico o paramédico. No se podrá realizar en circunstancias en las que la urgencia no permita demoras, por la posibilidad de ocasionar lesiones prevenibles o existir peligro de fallecimiento, y tampoco se podrá cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.

#### LIMITES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO <sup>35</sup>

- El paciente tiene derecho a no ser informado si así lo expresa previamente.
- En caso de riesgo para la salud pública, se admite la ausencia del consentimiento informado para el internamiento, cuarentena u hospitalización del paciente.
- En caso de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente, el consentimiento puede obviarse.
- En caso de pacientes menores de edad o de incapacidad del paciente legalmente reconocida, física o mental, se admite que el consentimiento informado sea pedido a su representante legal, que será generalmente el familiar más próximo. En caso de riesgo grave para la salud pública o la vida del paciente el consentimiento del representante legal sólo se tendrá en cuenta.
- El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

35.-Ibid.Buscador electrónico. Consentimiento informado.

## 4.7.5 EXPEDIENTE CLÍNICO

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO.<sup>36</sup>

JOSE IGNACIO CAMPILLO GARCIA, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 39 fracciones VI, VII y XXI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o. fracciones I, II, III, VII, IX, XV, XVI, XVII y XXII; 13 apartado A, fracciones I y IX, 27 fracciones II, III, V, 32, 33, 45, 47 último párrafo, 48 y 51 de la Ley General de Salud; 1o., 2o. fracción II inciso c), 38 fracción II, 40, fracciones III, XI y XIII, 41, 44, 46 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 10 y 32 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 23 fracciones II y III del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

**DEFINICIÓN:** Conjunto de documentos escritos, gráficos e Imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Documento Legal:

- Es conducta posible seguir paso a paso la del médico
- Tipo de atención
- Seguimiento a los pacientes
- Determinar fallas en el proceso de la atención

Datos reportados por CONAMED:

- 85% de los expedientes estaban incompletos
- 50.2% la Historia Clínica estaba incompleta
- 93.5% no había signos vitales
- 4.3% padecimiento actual
- 1.4% datos generales del paciente
- .4% Exploración física
- 96% de los médicos no plasmaron su firma
- 80% de los médicos descomponen la Norma

El expediente clínico es el documento que permite disponer de un registro organizado del proceso de salud enfermedad del paciente y de las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación que se le practicaron.

36.- Buscador Electrónico<<http://www.NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO>. Consultado 22/06/2009.

Reúne un conjunto de documentos que identifican al usuario de los servicios y hace un relato patográfico individual, en donde se registran las etapas del estado clínico y de la evaluación cronológica del caso hasta su solución parcial o total. No solo mide el desempeño de los diferentes servicios que intervienen y la incertidumbre de los procedimientos realizados, así como las omisiones o deficiencias encontradas, sino que se constituye en un instrumento para la enseñanza médica y la investigación clínica.<sup>37</sup>

Se considera además una herramienta de carácter legal, confidencial y propiedad de la institución y de esta forma, se convierte en un instrumento de autoevaluación de su trabajo.

Para el médico tratante el expediente clínico es la fuente de información que le proporciona elementos para su diagnóstico y tratamiento, es su constancia de productividad y contiene el material para delinear protocolos de estudio, investigación o tratamiento para el caso específico.

Por lo tanto su valor es imponderable ya que contiene datos confidenciales de carácter médico-legal y es la base para la asistencia, docencia e investigación médica. Además para conocer los datos de morbilidad y mortalidad, e implementar un sistema de vigilancia epidemiológica, se requiere de información veraz y oportuna que contribuya a la planeación estratégica por medio de datos estadísticos.

Diversas publicaciones han analizado temas y experiencias de investigaciones relacionadas con el desarrollo de los servicios y con la calidad de la atención médica, surgiendo las bases para la evaluación de la calidad de la atención, a través del correcto llenado del Expediente Clínico, el cual ha sido objeto de revisión y actualización reciente (NOM-168-SSA-1998), a través de la cual la Secretaría de Salud establece este instrumento normativo de calidad de la atención para aplicarse en las unidades de atención médica con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de sus servicios, en beneficio de la población usuaria.

En esta norma se establece que los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

37.- Aguirre-Gas H.: Calidad de la atención médica. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México. 1997.

Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y de rehabilitación y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de la actual Norma Oficial Mexicana, se toman en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad de prescripción a favor del personal médico a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.

Desde hace años la evaluación del expediente clínico ha sido utilizada como herramienta para establecer la calidad de la atención médica. Si las unidades de atención médica desean mejorar la calidad de atención que ofrecen, requieren expedientes clínicos de calidad, en donde sea posible recabar información fiable de los pacientes, sus entidades y la forma en que se desarrolla la atención del mismo.

En México como a nivel internacional se han realizado diferentes estudios para validar instrumentos de evaluación y para medir la calidad del llenado del expediente clínico. Se ha observado que los servicios de cirugía y anestesiología obtienen niveles bajos de calificaciones.

No se cuenta con ningún estudio que aborde, desde la perspectiva de los servicios de urgencias, (donde dadas sus características de diversidad y movilidad de patologías, médicos y pacientes) es necesario un adecuado registro de la evolución de las condiciones y de las diferentes intervenciones realizadas, las cuales puede repercutir tanto en el seguimiento y evolución final del paciente como en el reforzamiento de las cuestiones éticas y leales que suponen cada una de las acciones de sus médicos.

## V METODOLOGÍA

Se realiza de primera elección mediante la información y observación que es el primer paso para determinar las etapas, que sirven para valorar nuestro estudio de caso; entre las cuales el grado de incidencia y prevalencia de neonatos con Taquipnea Transitoria del Recién Nacido. Los antecedentes de estudios relacionados a enfermería con esta patología no se encontraron artículos; solo a nivel médico que nos sirven para sustentar como evidencia científica el estudio de caso.

La Unidad Observacional se inicia con el abordaje de un neonato que presenta Taquipnea Transitoria del Recién Nacido de 34 SDG; que se encuentra en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Instituto Nacional de Pediatría en el tercer piso. El cual es valorado a través de un Instrumento de valoración implementado por la primera generación del posgrado de Enfermería del Neonato con sede en el Instituto Nacional de Pediatría. Basado en la Teoría de Dorothea Orem (Teoría del Déficit de Autocuidado). Se lleva a cabo mediante la creación de un Instrumento que Valora el Dolor en el Neonato y un Plan de Alta aplicado al neonato. Y la creación de instrumento del método canguro que fue aplicado en el neonato.

Nuestro instrumento es un esquema metodológico de la Teoría de Dorothea Orem, que abarca los Requisitos universales Alterados, según la etapa de desarrollo que son seis; de los cuales Orem comenta que en cada etapa de desarrollo tiene cierto grado de correlación con los requisitos de autocuidado universal pero que también hay demandas específicas de salud a causa del nivel prevalente de desarrollo del individuo. En este instrumento se inicia con una valoración de enfermería del neonato, donde contamos con una ficha de identificación, datos generales, factores condicionantes básicos, mapa familiar, factores ambientales que son de gran relevancia para iniciar un estudio de caso.

Existe otro apartado en donde se analiza los requisitos universales que son ocho y nos indica las necesidades fundamentales que tiene cada individuo (neonato). Abarca aspectos de antecedentes perinatales, y se cuenta con graficas de: (cuidados inmediatos y mediatos del recién nacido, valoración de apgar, silverman, capurro, cedula de valoración de riesgo del neonato), se desglosa una dimensión de la historia de valoración de enfermería por aparatos y sistemas; y la etapa final de suma importancia que es la jerarquización de los requisitos universales alterados en donde implementamos nuestro método enfermero.



En método enfermero abarca la agencia de cuidado que es la persona que impartirá el cuidado, se realizan diagnósticos enfermeros para definir que requisito esta alterado y prever su restablecimiento, a través de una prescripción del cuidado basado en una fundamentación científica y así evaluar nuestra intervención como agentes de cuidado, la enfermera selecciona la más adecuada para cubrir sus demandas; y en definitiva la enfermera se convierte en agente de cuidado en todo momento.

La enfermería es un arte que integra los valores del ser humano en su cuidado para la vida y la salud. Incorpora el conocimiento de la persona sobre sus procesos de salud y vida y garantiza la continuidad de los cuidados en cantidad y calidad. El arte del cuidado enfermero incorpora la sabiduría del cuidar que establecemos en tres dimensiones:

- *Respeto a los valores y creencias de la persona en su propio autoconcepto del cuidado personal.*
- *La participación de la persona en la toma de decisiones sobre el cuidado de su vida y su salud.*
- *La atención al estado de vulnerabilidad de la persona que requiere cuidados enfermeros.*

Lo que aporta esta teoría a las enfermeras son procedimientos y técnicas que sirven de guía de práctica, que esta suficientemente avaladas y actualizadas por la evidencia científica. La enfermera colabora en el desarrollo de líneas de investigación que contribuyan a mejorar la calidad de los cuidados y a aumentar el conocimiento científico relevante.

La misión: De la enfermería como parte del equipo de atención primaria, es aportar a la sociedad cuidados, entendidos como acciones intencionadas para que se pueda mantener la vida, la salud y el bienestar; identificando la capacidad de respuesta humana de los individuos y los grupos y planificando las intervenciones a través de las cuales se alcancen óptimos niveles de autonomía e independencia y por tanto de calidad de vida.



## 5.1 MÉTODO CLÍNICO

**ANTECEDENTES HISTORICOS:** A partir del surgimiento de la revolución científico-técnica en la medicina, en los años 60 del siglo XX los componentes clínicos del diagnóstico han ido cediendo cada vez más espacio a la tecnología de los análisis de laboratorio; el sabio y necesario equilibrio entre la clínica y el laboratorio se ha desplazado hacia éste y el método clínico ha entrado en crisis en la mente y el actuar de un creciente número del personal de salud y estos apenas interrogan y examinan a los enfermos, evitan establecer una relación humana con ellos y piensan, olvidando que el abandono de la clínica conduce a la atrofia de las habilidades básicas del médico, desprofesionaliza a la medicina, transformándola en un oficio y a ellos en unos técnicos.<sup>38</sup>

**INTRODUCCIÓN:** El método clínico o "proceso del diagnóstico", son los pasos ordenados que todo médico aplica en la búsqueda del diagnóstico en sus enfermos individuales, y consisten en: formulación por el enfermo de sus quejas de salud; obtención de la información necesaria (síntomas, signos y otros datos) para después establecer las hipótesis diagnósticas presuntivas e ir a su comprobación final, por intermedio de una contratación que, en la mayoría de las circunstancias, aunque no en todas, se realiza a través de análisis de laboratorio, de cualquier tipo que sean.

El método clínico no es otra cosa que el método científico o experimental de las ciencias, pero aplicado esta vez no a una investigación de laboratorio, sino a la atención individual de enfermos. Como se sabe, en las ciencias hay multitud de métodos particulares diferentes; pero existe un método único, general, universal, que se aplica al ciclo entero de toda investigación, común a todas las ciencias, porque todas tienen una estructura metódica común, que es el método científico o experimental, que fuera elaborado de forma coherente y definitiva por Claude Bernard en su libro "Introducción al estudio de la medicina experimental", escrito en la segunda mitad del siglo XIX.

El método clínico consta de exploración física o examen físico que puede realizarse por aparatos o sistemas de forma general, o especializarse más concretamente en los síntomas que refiere el paciente en un determinado sistema o aparato.

38.- Moreno Rodríguez MA. El método clínico. La Habana Hospital Finlay 1998.

La Exploración Física o Examen Físico: Es el conjunto de procedimientos o habilidades de la ciencia de la Semiología clínica, que realiza el médico al paciente, después de una correcta anamnesis en la entrevista clínica, para obtener un conjunto de datos objetivos o signos que estén relacionados con los síntomas que refiere el paciente.

En la suma de estos datos de anamnesis y exploración física, registrados en la historia clínica, se apoya la construcción de un diagnóstico o juicio clínico inicial a partir del cual se solicitan o no determinadas exploraciones complementarias, que confirmen el diagnóstico de un síndrome o enfermedad. En muchas ocasiones la simple exploración física, acompañada de una buena anamnesis, ayuda a establecer un diagnóstico sin necesidad de la realización de pruebas clínicas o exploraciones complementarias más complejas y costosas. Además, la exploración física establece un contacto físico estrecho entre el médico y el paciente, estableciéndose así una confianza en la relación médico-paciente.<sup>39</sup>

**5.2 INSPECCIÓN:** Es el método de exploración física que se efectúa por medio de la vista.

Objetivos: Detectar características físicas significativas. Observar y discriminar en forma precisa los hallazgos anormales en relación con los normales. Con fines didácticos la inspección se divide de acuerdo a los siguientes criterios:

- a) Según la región a explorar: Local: inspección por segmentos. General: inspección de conformación, actitud, movimientos, marcha, etc.
- b) Según la forma en que se realiza: Directa: Simple o inmediata. Se efectúa mediante la vista. Indirecta: Instrumental, armada o indirecta.
- c) Por el estado de reposo o movimiento: Estática o de reposo de un órgano o cuerpo. Dinámica: mediante movimientos voluntarios e involuntarios.

Normas durante la inspección: Mediante los diferentes tipos de inspección se obtiene información de aspectos anatomofisiológicos y del comportamiento a través de las siguientes normas:

- Norma 1: Considerar las normas enunciadas en el interrogatorio.
- Norma 2: Seguir preferentemente el orden señalado durante la exploración física.
- Norma 3: Observación cuidadosa y continua sobre los órganos receptores que se sitúan en la piel, aparato musculoesquelético, órganos de los sentidos y otras estructuras internas.

39.- Fundamentos de Enfermería Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez, ed Manual Moderno 2004.

**5.3 AUSCULTACIÓN:** Consiste en escuchar de manera directa o por medio de instrumentos como el estetoscopio, el área torácica o del abdomen, en busca de los sonidos normales o patológicos producidos por el cuerpo humano. Los ruidos más comunes encontrados a nivel patológico en el proceso antes mencionado son: roncus, crepitus o crepitantes, sibilancias y estertores.<sup>40</sup>

Formas de auscultación: Existen tres maneras principales de auscultar a un paciente: Auscultación mediata: Consiste en aplicar directamente la oreja del médico sobre la pared corporal del paciente. Esta forma de auscultación está prácticamente abandonada.

Auscultación mediante trompa: Consiste en emplear un tubo rígido con forma de trompeta, aplicando la parte más ancha sobre el cuerpo del paciente y la parte más estrecha en el oído del médico. Esta técnica ha sido utilizada antiguamente por los obstetras para la auscultación fetal, substituida en la actualidad por la ecografía.

Auscultación mediante fonendoscopio: Es la auscultación universalmente más extendida. Consiste en aplicar la membrana del fonendoscopio sobre el cuerpo del paciente, que va conectada mediante un tubo flexible a unos auriculares. Con este instrumento se mejora la acústica.

Localización de la auscultación

Auscultación pulmonar: El fonendoscopio se va colocando a cada lado de la columna vertebral, en los costados y en la cara anterior del tórax. Mientras tanto el paciente va inspirando y espirando según las indicaciones del médico y en ocasiones vocalizando alguna palabra como el clásico *treinta y tres*.

Auscultación cardiaca: El fonendoscopio se coloca en unos puntos determinados en la cara antero lateral izquierda del tórax para escuchar los sonidos cardiacos mientras el paciente sentado inspira, espira y mantiene el aliento siguiendo las indicaciones del médico. Con la auscultación cardiaca se oyen los latidos cardiacos y los *soplos* que pueden indicar un trastorno de las válvulas cardiacas.

Auscultación digestiva: Al aplicar la campana del fonendospio sobre los distintos cuadrantes del abdomen se escuchan los movimientos intestinales, que según su frecuencia o intensidad indican normalidad o patología.

40.-Buacador electrónico<<http://www.wifipedia/metodo clinico.com.mx>. Consultado 17/05/2010.

**5.4 PALPACIÓN:** En medicina es la técnica diagnóstica que utiliza el tacto de las partes externas del cuerpo o bien de la parte accesible de las cavidades. Palpar consiste en tocar algo con las manos para conocerlo mediante el sentido del tacto. Este acto proporciona información sobre forma, tamaño, consistencia, superficie, humedad, sensibilidad y movilidad.<sup>40</sup>

La palpación médica es algo más que el simple uso de las manos para tocar; «examinar» se puede definir como la investigación por medio de la inspección o de la manipulación, e incluso sugiere que se trata de un examen riguroso, una investigación o una exploración de fundamental importancia.

El Gould's Medical Dictionary describe el verbo palpar como tocar suavemente; exploración por medio del tacto con el fin de poder diagnosticar; uso de la mano para detectar ciertas características y afecciones de los tejidos de los órganos o tumores subyacentes. El Churchill's Medical Dictionary<sup>41</sup> describe la palpación como: explorar o examinar tocando y reconociendo con las manos y con los dedos. La palpación desarrolla uno de los sentidos primarios, el tacto, para investigar y recabar información o para completar la información que adquirimos por medio de los otros sentidos, por ejemplo, el de la vista.

**5.5 PERCUSIÓN:** La percusión es un *método de exploración* en la cual la superficie corporal se golpea para provocar sonidos audibles o vibraciones perceptibles. Existen dos tipos de percusión:<sup>40</sup>

**Percusión Directa:** La enfermera golpea el área a percutir o la extremidad de dedos. Los golpes son rápidos y moviendo la mano solo por la articulación de la muñeca.

**Percusión Indirecta:** Consiste en golpetear un objeto que se aplica al área corporal que se examina.

La percusión produce 5 tipos de sonido: Tipos de percusión

- **MATE:** Es un sonido extremadamente apagado producido por tejidos muy densos, por ejemplo, un músculo o el hueso
- **SUBMATE:** Es un sonido sordo producido por tejidos densos por ejemplo, el hígado o el corazón
- **CLARO O RESONANTE:** El claro resonante es un sonido hueco como el que se obtiene percutiendo sobre los pulmones llenos de aire.
- **HIPERRESONANCIA:** No se produce en el cuerpo en condiciones normales se describe como un sonido resonante que puede oírse en un pulmón enfisematoso
- **TIMPANICO:** Es un sonido musical o parecido al producido por un tambor y se percibe percutiendo ejemplo, un estomago lleno de aire.

40.-Ibid. Buscador Electrónico.

41.-Buscador electrónico<<http://www.Churchill's Medical Diccionario>.Consultado17/05/2010.

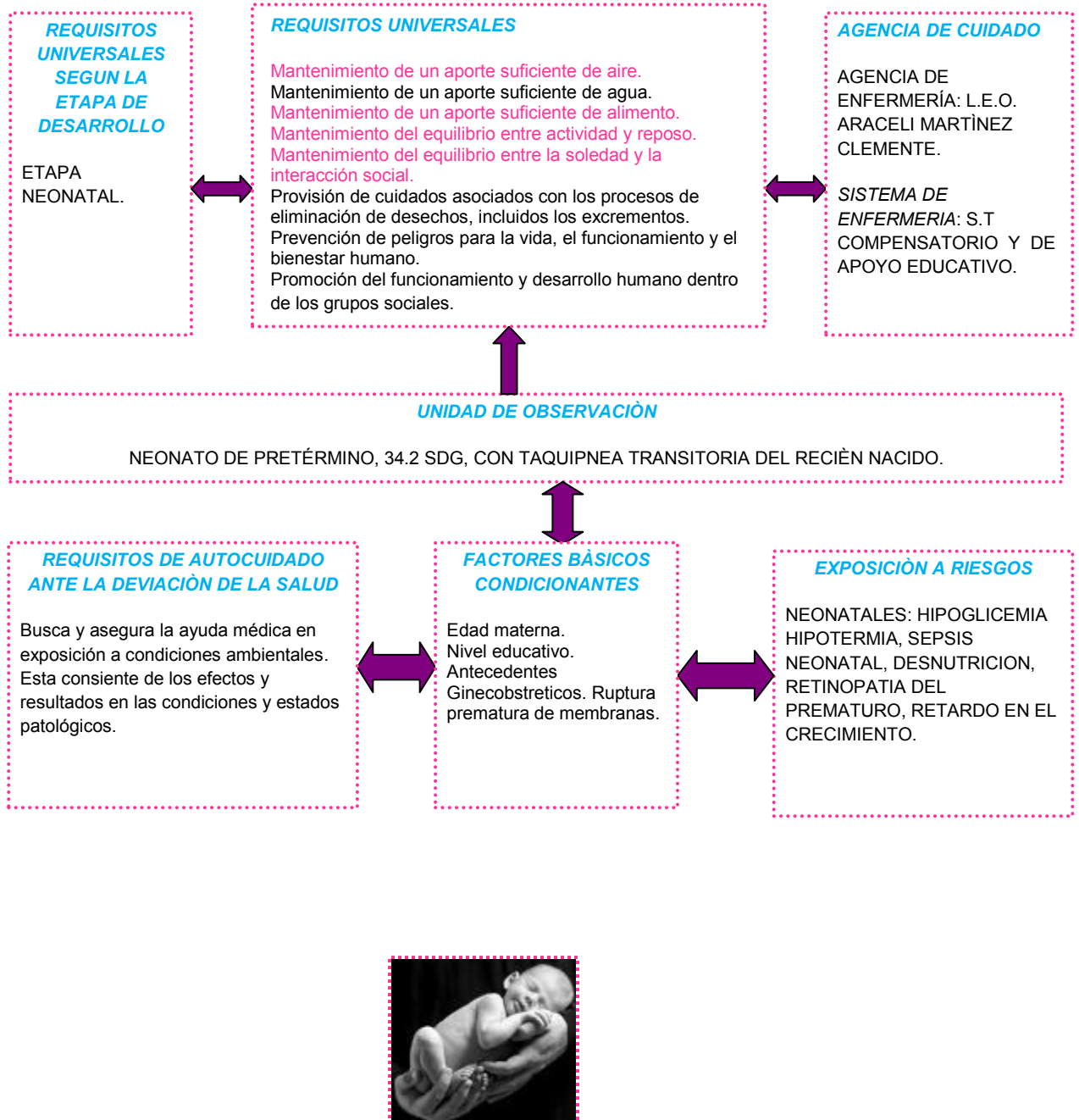
## VI IMPLEMENTACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO (*INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DEL NEONATO*)

**VALORACIÓN DE ENFERMERÍA:** Se realizó mediante el instrumento de valoración que se implementó por los estudiantes del posgrado de Enfermería del Neonato del “Instituto Nacional de Pediatría”, basándose en la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, que a continuación se describe.



*“Aprenderás que el tiempo no es algo que pueda volver hacia atrás, por lo tanto, debes cultivar tu propio jardín y decorar tu alma “.*

## 6.1 ESQUEMA METODOLÓGICO DE LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM



## HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL NEONATO

### I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

#### 1.1 DATOS GENERALES

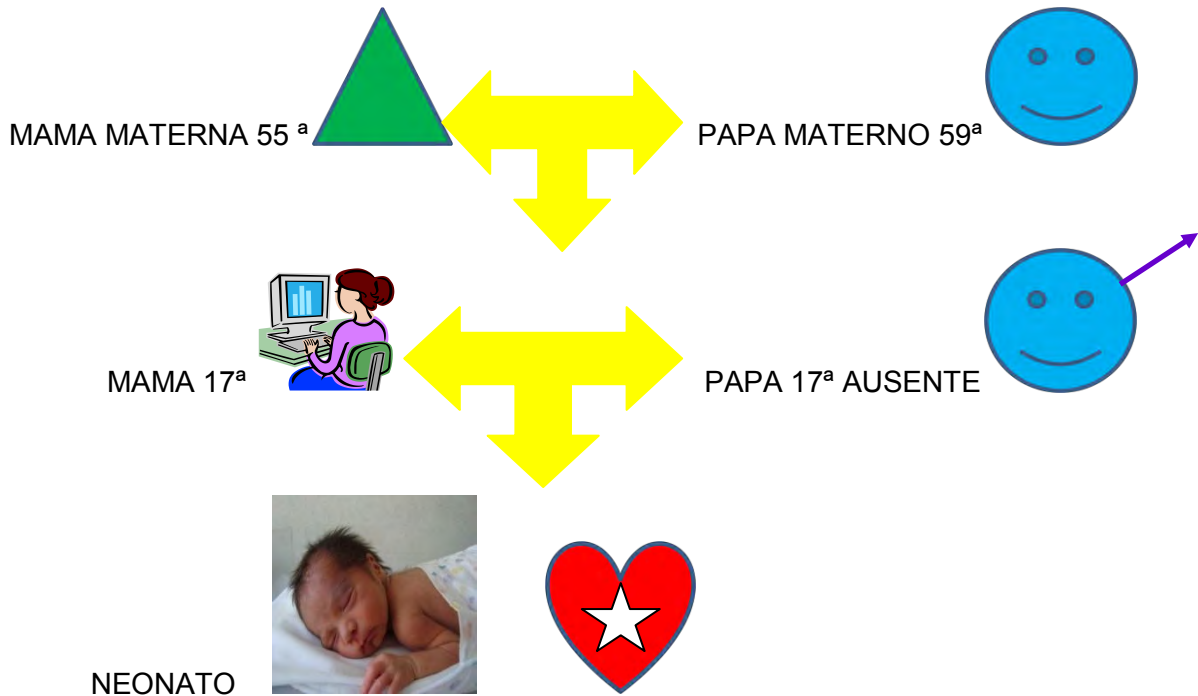
- Neonato: M.O. NIÑO
- Sexo: masculino
- SDG: 34.2
- Fecha nacimiento: 24 de noviembre del 2008
- Hora nacimiento: 10:58 hrs
- Peso al nacer: 2000 kg
- Talla: 45 cm
- Lloro al nacer, respiro al nacer (SI)
- Maniobras de reanimación: (SI) especifique: requirió de un ciclo de presión positiva (PPI) con bolsa válvula mascarilla por 30 segundos
- Lugar de nacimiento: México D. F
- Fuente de información: abuela materna
- Apgar: 8/9
- Silverman: 2 recuperando; a los 3 minutos requiere un ciclo de PPI con bolsa válvula mascarilla por cianosis central recuperando coloración.
- Parto: cesárea por RPM de 4 hrs de evolución.
- Producto: único vivo

#### 2. Factores condicionantes básicos

- Sistema de salud: privado (HOSPITAL MEDICA SUR)
- Factores del sistema familiar
- Tipo de familia: desintegrada (SI)
- No. de integrantes de la familia (TRES)

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	APORTE ECONOMICO
M.O.C,R ABUELA	55ª	CARRERA TECNICA	ENFERMERA	Jubilada
ABUELO	59ª	UNIVERSITARIA	ODONTOLOGO	6- 8 MIL PESOS POR MES
MAMA	17	ESTUDIANTE PREPARATORIA	ESTUDIANTE ACTIVA	NINGUNO

### 3.- MAPA FAMILIAR



\*FAMILIA INCOMPLETA DISFUNCIONAL

#### 3.1 FACTORES AMBIENTALES

- Área geográfica: urbana (SI)
- Características de la vivienda
- Techo: concreto, paredes tabique, piso cemento, mosaico (SI)
- No. Habitantes: Tres
- Ventilación e iluminación buena (SI)
- Servicios intradomiciliarios: agua, luz, drenaje, alumbrado publico, pavimentación (SI)



## II TEORÍA DOROTHEA OREM

### A) REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

#### 1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

- Signos vitales FC 140 FR 75 T.A ¿? TEMP 36.2 °c.
- Presenta alguna dificultad para respiratoria (SI) CIANOSIS, POLIPNEA, TIROS INTERCOSTALES, QUEJIDO INCONSTANTE.
- Ministración de oxígeno con bolsa válvula mascarilla a 5 lxmin y por casco cefálico.

#### 2 Y 3 MANTENIMIENTO DE EQUILIBRIO ENTRE ALIMENTOS E HIDRATACIÓN

- Perímetro abdominal: 27 cm.
- Característica de las mucosas: hidratadas e integra.
- Tipo de alimentación: con sonda orogastrica succión y deglución ausente.
- VIA ENTERAL

TIPO DE LECHE	CANTIDAD	HORARIO
Leche humana	17 ml x SOG	cada tres horas

#### 4. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO

##### VALORACIÓN NEUROLOGICA

##### REFLEJOS PRIMARIOS

- |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ SUCCIÓN (AUSENTE)</li> <li>■ DEGLUCIÓN (AUSENTE)</li> <li>■ BUSQUEDA (AUSENTE)</li> <li>■ MORO (SI)</li> <li>■ TONICO CUELLO (SI)</li> <li>■ ENDEREZAMIENTO DELTRONCO(SI)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ PUNTOS CARDINALES (NO)</li> <li>■ ARRASTRE (SI)</li> <li>■ INERVACION DEL TRONCO (SI)</li> <li>■ PRESION PLANTAR (SI)</li> <li>■ PRESION PALMAR (SI)</li> <li>■ BABINSKY (SI)</li> </ul> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

##### ESTADOS DE CONCIENCIA DEL NEONATO

- ESTADO I: sueño profundo: respiración regular, ojos cerrados sin movimientos sin actividad espontanea a excepción de los sobresaltos (SI)

## ESTADOS DE VIGILIA

- ESTADO V: ojos abiertos mucha actividad motora, movimientos de empuje con las extremidades reaccionando a los estímulos con aumento de actividad y sobresaltos (SI)

## 5. PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRETAS

- Pañal (SI)
- Evacuación <24 hrs (SI)
- Código de evacuación:
- Meconial (SI)
- Orina en 24 hrs (SI)

## 6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL

- Neonato planeado (NO) deseado (SI) aceptado (SI)
- Recibe visita de padres y familiar (SI)
- Presencia de contacto físico y práctica con el neonato (SI)

Apego materno: espontaneo método de comunicación de la madre con el neonato: la abuela materna es amorosa se interesa por el neonato utilizan palabras de amor y afecto. La visita de mama se observa cariñosa y acepta al neonato lo carga y aplica el método de mama canguro durante la horario de visita.

## 7. PREVENCIÓN DE LOS PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO

- Existe algún factor que ponga en peligro la estabilidad del neonato (NO)
- La madre tiene conocimiento previo de los cuidados al neonato (NO)

## 8. PROMOCIÓN A LA NORMALIDAD

- Se realiza aseo de cavidades o baño (SI)
- Especifique: diario de tina y aseo de cavidad auditiva, nasal y bucal
- Piel integra (NO)
- LLenado capilar: 2 segundos

**B) REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO**

**ANTECEDENTES PERINATALES**

- Gesta: 1 para: 1 aborto:
- Cesárea: 0 FUM: marzo 2008
- Tipo sanguíneo: O y RH positivo

FACTOR DE RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO
EDAD DE LA MADRE	20-30	15-19 (17)	<14 O >36
ENFERMEDAD MATERNA (DIABETES, TOXEMIA)	NO		SI
ESPECIFICAR RPM	ARTIFICIAL O ESPONTANEA < 6HRS CESAREA		>6 HRS 7 HRS DE EVOLUCION ESPONTANEA
MONITORIZACION FETAL	FC 120-160		<110 >160
ANESTESIA	BPD	ANALGESIA	ANESTESIA GENERAL

**RIESGO BAJO**

**CUIDADOS INMEDIATOS**

PARAMETRO	SI	NO
1.CONTROL TERMICO	X	
2.SECAR Y ESTIMULAR	X	
3. ASP. SECRECION (PERMEABILIDAD ESOFAGICA Y COANAS)	X	
4.APGAR	X	
5.PERMEABILIDAD DEL ANO	X	
6.CORTE Y LIGAMENTO DE CORDON	X	
7.IDENTIFICACION	X	
8.SILVERMAN	X	
9.SOMATOMETRIA	X	

**RIESGO BAJO (SI)**

**CUIDADO MEDIATOS**

PARAMETRO	SI	NO
10. PROFILAXIS OFTALMICA	X	
11. ADMINISTRACION DE VIT K	X	
12. VALORAR SIGNOS VITALES	X	
13. VALORAR ICTERICIA	X	
14. CUIDADOS DE CORDON UMBILICAL	X	
15. EVACUACION Y MICCION	X	
16. EDUCACION A LA MADRE	X	
17. TOMA DE TAMIZ METABOLICO	X	
18. TOMA DE TAMIZ AUDITIVO	X	

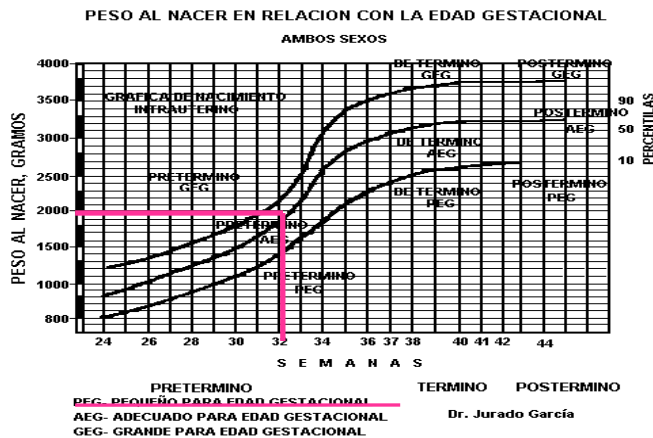
**VALORACIÓN APGAR CALIFICACION 8/9**

SIGNO	PUNTAJE 0	PUNTAJE 1	PUNTAJE 2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	<A 100 LT/MIN	>A 100 LT/MIN
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	RESP LENTA E IRREG	RESP NORMAL
TONO MUSCULAR	NINGUNO FLACIDEZ	LIGERA FLEXION	MOVIMIENTO ACTIVO
IRRITABILIDAD REFLEJA	AUSENTE	LLANTO LEVE AL ESTIMULO	LOS ESTORNUDOS Y TOS DESAPARECEN AL SER ESTIMULADO
COLORACION	AZUL, GRISACEA O PALIDEZ	EXTREMIDADES AZULES	NORMAL

**SILVERMAN CALIFICACION: 2**

SIGNO	PUNTAJE 0	PUNTAJE 1	PUNTAJE 2
MOVIMIENTOS TORACOABDOMINALES	RITMICOS Y REGULARES	TORAX INMOVIL ABDOMEN EN MOVIMIENTO	TORAX Y ABDOMEN EN SUBE Y BAJA
TIROS INTERCOSTALES	NO HAY	DISCRETO	ACENTUADO Y CONSTANTE
RETRACCION XIFOIDEA	NO HAY	DISCRETA	MUY MARCADA
ALETEO NASAL	NO HAY	DISCRETO	MUY ACENTUADO
QUEJIDO RESPIRATORIO	NO HAY	LEVE E INCONSTANTE	CONSTANTE Y ADECUADO

\*A la valoración de García Jurado se encuentra un recién nacido de pretermino adecuado para edad gestacional que se encuentra en la percentil 10.



\*Edad Gestacional por Método de Capurro fue De 34.2 SEG

**METODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EN EL RECIEN NACIDO.**

<b>Forma de la OREJA</b>	0	5	10	15	20	24
<b>Tamaño de la ANGLETA MANABRA</b>	0	5	10	15	20	24
<b>Formación del PEZON</b>	0	5	10	15	20	24
<b>TEXTURA de la PIEL</b>	0	5	10	15	20	24
<b>PIEGUES PLANIARES</b>	0	5	10	15	20	24

**Puntuación**

16  
5  
5  
5  
5

**Se suma 204 + Puntaje Parcial y se divide entre 7**

**Puntaje Parcial = T=36**

$36+204=240 (7)=34.2 \text{ SDG POR CAPURRO}$

Dr. César Martínez, Jefe de Atén de neonatología@gmail.com

**CEDULA A) VALORACIÓN DE RIESGO DEL NEONATO**

FACTOR DE RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO
1) PESO EN GRAMOS	2.500-3.499	2.000-2.499 3.500-3.999	<DE 2.000 >DE 4.000
2) EDAD GESTACIONAL CAPURRO	37-41 SDG	33-36 SDG	<32 Y >42 SDG
3) APGAR A 5 MIN	8-9	4-6	1-3
4) MANIOBRAS DE REANIMACION	NORMALES	MODERADAS	INTENSIVAS
5) SIGNOS DE INFECCION	NO	SOSPECHA	POSITIVA
6) SUFRIMIENTO FETAL	NO	MODERADO	SEVERO
7) MALFORMACIONES EVIDENTES	NO	MENOR	MAYOR
8) PERDIDA PONDERAL	HASTA EL 8%	9-12%	>13%
9) CONTROL DE TEMPERATURA	SI		NO
10) ALIMENTACION	SENO	OTRA SOG	
11) DISTENSION ABDOMINAL	NO	MODERADA	SEVERA
12) ONFALITIS	NO	SI	
13) ICTERICIA	LEVE	MODERADA	SEVERA
14) REFLEJO DE SUCCION Y DEGLUCION	NORMAL	FATIGA	ANORMAL
15) LLANTO	NORMAL	AGUDO	DEBIL
16) CONVULSIONES	AUSENTE	FOCAL	GENERALIZADA
17) FONTANELA	NORMAL	DEPRIMIDA	TENSA
18) TONO MUSCULAR	NORMAL	HIPOTONICO	HIPERTONICO
19) MOVIMIENTOS ANORMALES	NO	TEMBLOR	CLONICOS
20) OPISTOTONOS	NO		SI
21) ASIMETRIA POSTURAL	NO		SI
22) CADERA	NORMAL	ABDUCCION	ORTOLANI +
23) PRESION	CON JALON	SIN JALON	AUSENTE
24) REFLEJO DE BUSQUEDA	NORMAL	LIMITADA	AUSENTE
25) MORO	NORMAL	ASIMETRICO	AUSENTE
26) ENDEREZA MIEMBROS INFERIORES	NORMAL	INCOMPLETO	AUSENTE
27) CABEZA SIGUE TRONCO	SI		NO
28) MARCHA	NORMAL	INCOMPLETO	NO
29) HEMORRAGIA	NORMAL	MODERADA	EXCESIVA
30) HIPO O HIPERTENSION	NO	MODERADA	SEVERA
31) TAQUICARDIA	NO	MODERADA	SEVERA
32) HIPERTERMIA	NO	MODERADA	SEVERA
33) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NO	MODERADA	SEVERA

**RIESGO: MEDIO**

## B2) DIMENSIÓN DE LA HISTORIA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

A) PREPARACIÓN DEL ENTORNO: Unidad Hospitalaria y física adecuadas con material e insumos idóneos para recibir al neonato y proporcionarle los cuidados inmediatos-mediatos en la sala de partos; así como personal capacitado para brindar dichos cuidados que favorecen al neonato en su adaptación a la vida extrauterina.

B) PREPARACIÓN DEL EQUIPO: Cuna de calor radiante, sensor de temperatura incubadora a 36.8°C y campos precalentados, sistema de vacío, aspiración (perilla o sonda del N°5), oxígeno funcional a 5 LTXmin, equipo de termometría (digitalico o de mercurio), monitorización de constantes vitales (FC, FR, T°), oxímetro de pulso, balanza, reloj, tijeras y pinza para cordón umbilical, cinta métrica (fibra de vidrio), pulseras de identificación, papelería de hoja de nacimiento o alumbramiento, incubadora de traslado para la unidad de cuidados neonatal fisiológico.

C) SISTEMA TEGUMENTARIO: Se encuentra a neonato de sexo masculino; en cuna de calor radiante con servo control a 36.8°C, en posición en decúbito lateral derecho, con respuesta a estímulos externos, ligera acrocianosis que persiste, con apoyo de oxígeno suplementario por casco cefálico a 5 LTSXMIN, presenta polipnea de 80 Xmin, evacuación y misión presentes.



1. CABEZA Y CUELLO: Cabeza redonda, simétrica, movimiento con facilidad de izquierda a derecha, arriba a bajo, blanda, flexible, con suturas palpables, fontanela anterior normo tensa, de 2cm de ancho y 4cm de largo forma de diamante y posterior mide 1.1cm puntiforme con pelo suave y distribución adecuada; con perímetro cefálico (PC) de 33 cm, cuello cilíndrico céntrico, no se palpan masas ni ganglios inflamados, clavículas rectas e intactas, hombros simétricos.

El perímetro cefálico es un indicador del desarrollo neurológico a partir de la evaluación indirecta de masa cerebral. En los prematuros se espera un aumento de 0.1 a 0.6 cm a la semana; sin embargo es normal que durante la primera semana de vida extrauterina, el perímetro disminuya alrededor de 0.5 cm, debido a la pérdida de líquido extracelular. En los recién nacidos a término se espera una ganancia promedio de 0.5 cm a la semana durante los tres primeros meses de vida. Cuando el aumento es mayor a 1.25 cm a la semana es un signo de sospecha de hidrocefalia o hemorragia intraventricular. Por el contrario, si la ganancia es mínima o nula podría existir una patología neurológica asociada con microcefalia.

2. OIDOS: Pabellones auriculares bien implantados con conducto auricular permeable, orejas formadas sin carnosidades cutáneas.

3. OJOS: Simétricos separados entre sí con párpados en posición que cubre completamente el ojo; con equimosis en párpado izquierdo ligeramente edematosos, reflejo de parpadeo como respuesta a estímulos luminosos.

4. CARA NARIZ Y CAVIDAD ORAL: Simétricas en todas sus partes de forma regular en reposo, con movimiento simétrico cuando llora o hace gestos. Nariz permeable ligeramente aplastada sin secreción, cavidad oral con mucosas hidratados y sin lesiones con reflejos primarios ausentes por edad gestacional la literatura refiere que estos reflejos se presentan después de las 35 SEG.

5.- TORAX: Campos pulmonares se auscultan sonidos respiratorios bilaterales claros, con datos de dificultad respiratoria, aleteo nasal y taquipnea de 80 x min, mide 29cm.

6. SISTEMA CARDIOVASCULAR: Corazón rítmico con frecuencia normal de 140 lxmin sin soplos; localizado de lado izquierdo

7.- ABDOMEN: Ombligo se protruye de color blanco azulado, con gelatina de Wharton se observa 2 arterias y 1 vena, sin datos de hemorragia.

8. SISTEMA LINFÁTICO: No se palpan ganglios inflamados.

9-SISTEMA REPRODUCTOR: Genitales identificación de género masculino con pene blando, con orificio urinario y meato uretral sin inflamación. Prepucio se adhiere al glande y se retrae. Escroto piel laxa y colgante, con arrugas diseminadas, color normal de la piel, testículos están descendidos. Resto de exploración sin alteraciones.

10. SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO: Con movilidad de las 4 extremidades sin dolor.

11. SISTEMA NERVIOSO: Con respuesta a estímulos externos, CON REFLEJO DE SUCCIÓN Y DECLUCCION AUSENTES.

12. DOLOR: Leve.



### **B3) HISTORIA CLÍNICA**

Neonato pretermino Adecuada para Edad Gestacional (AEG), que se encuentra en la percentil 10, con 34.2 Semanas de Gestación Corregidas (SDGC), con Apgar 8/9 y Silverman 2, a la exploración física céfalo caudal con datos de dificultad respiratoria, tiros intercostales y se observa respiraciones periódicas de duración de 2 a 5 segundos, con apoyo de oxígeno por casco cefálico, resto de exploración normal; obtenido por cesárea por rotura prematura de membranas de evolución de 4 horas obteniendo producto único vivo de sexo masculino que respiro y lloro al nacimiento. Antecedentes perinatales. G-1, P-0 A-0, C-0. Consultas prenatales irregulares en medio hospitalario y valorada por ginecólogo. Con ultrasonidos (2) reportándose normales e ingesta de multivitamínicos.

### **PADECIMIENTO ACTUAL**

Se inicia en el momento del nacimiento abordando neonato de sexo masculino, en la área de la Cunero Fisiológico del “Hospital Medica Sur”, se encuentra en incubadora con servo control con sensor en región hepática con temperatura de 37.5°C, inicia padecimiento a los 30 min de vida extrauterina, se observa cianosis central, polipnea de 80 xmin, tiros intercostales y quejido respiratorio, oximetría de pulso de 96% y oxígeno indirecto a 5 LTXMIN recuperando coloración rosada y disminuyendo datos de dificultad respiratoria, se realizan estudios de RX de tórax a las 2 horas de vida extrauterina; observando adecuado volumen pulmonar con 8 espacios intercostales con aumento de la trama parahiliar y de lado izquierdo en área apical derecha con infiltrado fino y broncograma. Con una gasometría que revela acidosis respiratoria con PH 7.21, PCO2 58.8, PO2 64, HCO3 23 por lo cual es trasladado al INP para continuar tratamiento por falta de recursos económicos.

### **A) REQUERIMIENTOS DE AUTOCUIDADO DE LA DESVIACIÓN DE LA SALUD (DX MEDICO)**

- Recién Nacido de pretermino de 34.2 SDGC.
- Prematurez.
- Taquipnea Transitoria del Recién Nacido.



## 6.2 JERARQUIZACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES ALTERADOS

### 1.- REQUISITO UNIVERSAL ALTERADO: MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE.

**SISTEMA DE ENFERMERÍA:** TOTALMENTE COMPENSATORIO.

**AGENCIA:** L.E.O. ARACELI MARTÍNEZ CLEMENTE.

**DX ENFERMERÍA:** Déficit en el aporte suficiente de aire, relacionado con una disminución de la expansión pulmonar, manifestado por aleteo nasal, tiros intercostales, pausas respiratorias 2-3 segundos, taquipnea >85xmin.

**OBJETIVO:** Mantener y favorecer el intercambio gaseoso, y minimizando el consumo de energía de los músculos respiratorios evidenciado por una disminución de la frecuencia respiratoria. Restablecer la función respiratoria, y mantener los gases sanguíneos dentro de parámetros normales.

SISTEMA DE ENFERMERÍA	AGENCIA	PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
TOTALMENTE COMPENSATORIO	L.E.O.ARACELI MARTÍNEZ CLEMENTE.	<p>TC 1.-Precauciones estándares (Lavado de manos, uso de cubre bocas, bata y guantes para la manipulación del neonato).</p> <p>TC 2.-Monitorizar la frecuencia, profundidad, esfuerzos respiratorios, incluyendo el uso de músculos accesorios y datos de dificultad respiratoria.</p> <p>TC 3.-Observar el comportamiento del neonato para determinar el inicio de intranquilidad, agitación o letargo, somnoliento.</p> <p>TC 4.-Monitorizar la saturación continuamente empleando un pulsioxímetro y mantener cifra normales (85 a 95%; si es &lt; a 85% de O<sub>2</sub> tomar una gasometría.</p>	<p>1.-Es el método más importantes para prevenir la diseminación de infecciones. Disminuye el riesgo de trasmisión cruzada entre el neonato y el personal de salud.</p> <p>2.- El incremento en estos patrones nos condiciona a hipoxia.</p> <p>3.- Los cambios de conducta son signos tempranos de deterioro del intercambio gaseoso (Simmons y Simmons 2204).</p> <p>4.-Una saturación menor a 85% es indicativo de una hipo perfusión. La gasometría revelara datos de compromiso respiratorio y ayuda al Tratamiento.</p>

		<p>TC 5.-Observar para detectar cianosis en la piel; observar en especial el color de la lengua y mucosas.</p> <p>TC 6.-Considerar colocar en posición prona o decúbito lateral al neonato.</p> <p>TC 7.-Administrar oxígeno humidificado y precalentado por medio de dispositivo apropiado.</p> <p>TC 8.-Tomar y registrar gasometría arterial.</p> <p>TC 9.-Colocar en posición de prona.</p>	<p>5.-La cianosis central es indicativo de una hipoxia grave que complica al neonato.</p> <p>6.-Se ha demostrado que los niveles de saturación mejoran con el decúbito prono, probablemente debido a la disminución del corto circuito y a la mejor perfusión pulmonar (Curley, Thompson y Arnold 2000; Mure et al, 1997; Vollman y Bander 1996). Disminuye el uso de músculos del diafragma.</p> <p>7.-Para lograr mantener saturación &gt; a 85% de O<sub>2</sub> y evitar la pérdida de calor.</p> <p>8.- Los gases arteriales son indicativos para detectar una alteración en el intercambio gaseoso.</p> <p>9.- Esta posición mejora la oximetría de pulso.</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**EVALUACIÓN:** El neonato no presenta esfuerzos respiratorios. Su comportamiento es tranquilo, no hay signos de deterioro en el intercambio gaseoso; se coloca en posición prona mejorando la saturación, se mantiene una oximetría de pulso mayor a 93%.

**2.- REQUISITO UNIVERSAL: MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTACIÓN.**

**SISTEMA DE ENFERMERÍA:** TOTALMENTE COMPENSATORIO.

**AGENCIA:** L.E.O. ARACELI MARTÍNEZ CLEMENTE.

**DX ENFERMERÍA:** Déficit alimenticio relacionado con la incapacidad para iniciar la alimentación por una edad gestacional de 34.2 SDGC, manifestado por reflejo de succión, deglución ausentes.

**OBJETIVO:** Iniciar y mantener la succión y deglución eficaz, proporcionar la ingesta de leche maternizada.

<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA</b>	<b>AGENCIA</b>	<b>PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA</b>
TOTALMENTE COMPENSATORIO	L.E.O.ARACELI MARTÍNEZ CLEMENTE.	<p><b>TC 1.</b>-Precauciones estándares (Lavado de manos, uso de cubre bocas, bata y guantes para la manipulación del neonato).</p> <p><b>TC 2.</b>-Proporcionar cuidados intensivos neonatales de apoyo para neonatos pretérmino que faciliten la autorregulación de los sistemas fisiológicos/autónomos, motores, estado organizativo, atención-interacción.</p> <p><b>TC 3.</b>-Valorar la capacidad de la deglución colocando los dedos índice o pulgar sobre la protuberancia laríngea.</p> <p><b>TC 4.</b>-Asegurarse que el neonato este despierto, alerta antes de alimentarlo.</p> <p><b>TC 5.</b>-Dar la oportunidad para un contacto piel a piel.</p>	<p>1.-Es el método más importantes para prevenir la diseminación de infecciones. Disminuye el riesgo de trasmisión cruzada entre el neonato y el personal de salud.</p> <p>2.-Los cuidados de apoyo conducirán a la provisión de interacciones sociales e intervenciones de enfermería necesarias que apoyen la estabilidad fisiológica y del neurodesarrollo del neonato (Als, 1982, Taquino 19</p> <p>3.-No fiarse del reflejo nauseoso para iniciar la alimentación. Normalmente el tiempo requerido para que el bolo se desplace desde el punto donde provoca el reflejo hasta la entrada esofágica es inferior a 1 segundo (Logemann 1983).</p> <p>4.-Cuando el neonato esta menos alerta disminuye la respuesta deglutoria lo que incrementa el riesgo de aspiración.</p> <p>5.-Se ha observado que el prematuro mejora antes la alimentación, la organización conductual y fisiológica, la correlación inicial padres-neonato y se convierte en una forma importante de comunicación entre los padres-neonato creando un sentido de seguridad y confianza (Gate 1998).</p>

		<p>TC 6.-Discutir el uso de alimentación TRÓFICA para neonatos de alto riesgo hospitalizados.</p> <p>TC 7.-Implementar la alimentación con método alternativo (alimentación de engorde).</p> <p>TC 8.-Proporcionar un entorno natural para la alimentación por sonda e incluir experiencias táctiles placenteras, sostenerlo en una posición flexionada/semierguida proporcionar nutrición no nutritiva un entorno tranquilo, alimentación rítmica método de semidemanda en respuesta a la conducta del neonato, pausas de descanso, eructo.</p>	<p>6.-Este estudio indica que las alimentaciones tróficas son pequeños volúmenes proporcionados mediante gastrogavaje nasal u oral que nutren al intestino y facilitan el desarrollo gastrointestinal aunque no contribuyen significativamente a la ingesta nutricional global del neonato (Berseth 1995). Las alimentaciones tróficas proporcionan nutrición enteral mínima y ayudan al neonato a conseguir antes una alimentación oral nutricional completa y por lo tanto será dado de alta con anterioridad (Anderson 2002).</p> <p>7.-Utilizando leche materna siempre que sea posible antes de la disposición del neonato para alimentarse por la boca; incluso antes de que el neonato pretérmino desarrolle la habilidad para succionar y deglutir el neonato puede precisar demasiada energía para hacerlo y pueden ser necesarias alimentación de engorde ya que una enfermedad grave interfieren con la habilidad del neonato para succionar y las necesidades nutricionales y calóricas aumentan a causa del estrés de la enfermedad (Lucaset al 1997;Medaff-Coper et al 2000).</p> <p>8.- Los estudios han demostrado que el chupar ayuda a calmar al neonato aumentando así el nivel de oxígeno puede ayudar ala digestión y aumentar el peso y preparar a los neonatos para que se alimenten con tetina y facilitar con anterioridad el alta (Pickler 1996; Shiao 1997). Un estudio con RN pretérmino y edad posconcepcional entre 32 y &lt;34 semanas sanos alimentados con sondas pasaron mas rápidamente a la alimentación oral utilizando un método de semidemanda sin</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>TC 9.- Preparar y estructurar el entorno minimizando los estímulos sensoriales innecesarios.</p> <p>TC 10.-Valorar los reflejos orales (nauseoso, succión deglución).</p>	<p>comprometer a su aumento de peso (McCain 2001).</p> <p>9.- Los estímulos nocivos deben reducirse al mínimo para disminuir el estrés fisiológico en los neonatos en riesgo el entorno de la unidad de cuidados intensivos neonatales puede interferir con el desarrollo normal del neonato y el éxito de la alimentación materna por lo tanto el entorno debe de modificarse para aumentar el apego y el desarrollo normal (Baker y Rasmussen 1997; Brown y Heerman 1997).</p> <p>10.-Los reflejos orales son necesarios para el éxito de la alimentación oral, la alimentación mediante tetina o materna debería favorecerse para ayudar al crecimiento y madurez del tracto gastrointestinal y a la comodidad y gratificación oral (Lau 2000).</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**EVALUACIÓN:** En el neonato se observa una succión y deglución más enérgicas, se logra mantener el estado nutricional, implementando métodos alternativos de alimentación como succión no nutritiva; y se inicio el consumo de leche materna que fue aceptada por el neonato, se requirió el uso de formula para prematuro.

**3.- REQUISITO UNIVERSAL: MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE ACTIVIDAD Y REPOSO.**

**SISTEMA DE ENFERMERÍA:** TOTALMENTE COMPENSATORIO.

**AGENCIA:** L.E.O. ARACELI MARTINEZ CLEMENTE.

**DX ENFERMERÍA:** Déficit del mantenimiento entre la actividad y reposo, relacionado con cambios frecuentes del horario de sueño y vigilia, manifestado por llanto, taquicardia, sobresaltos.

**OBJETIVO:** Eliminar los factores que contribuyan a la perturbación del sueño y favorecer su confort y descanso.

SISTEMA DE ENFERMERÍA	AGENCIA	PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
TOTALMENTE COMPENSATORIO	L.E.O. ARACELI MARTINEZ CLEMENTE	<p><b>TC 1.-</b>Precauciones estándares (Lavado de manos, uso de cubre bocas, bata y guantes) para la manipulación del neonato).</p> <p><b>TC 2.-</b> Mantener tranquilo el entorno (reducir el volumen de las alarmas, hablar tono suave, evitar uso de radio).</p> <p><b>TC 3.-</b>Utilizar generadores de sonidos suaves (sonido océano, lluvia, cascada o tapones auditivos).</p> <p><b>TC 4.-</b> Determinar si el neonato tiene un problema fisiológico que provoque la pérdida de sueño.</p> <p><b>TC 5.-</b> Proporcionar un masaje en la espalda.</p> <p><b>TC 6.-</b> Proporcionar un contacto físico suave (percusión suave de glúteos mitad inferior del dorso).</p> <p><b>TC 7.-</b> Mantener al neonato en contención.</p> <p><b>TC 8.-</b> Contacto piel con piel binomio madre/neonato, durante la visita hospitalaria y que exista continuidad al ser egresado.</p>	<p>1.-Es el método más importantes para prevenir la diseminación de infecciones. Disminuye el riesgo de trasmisión cruzada entre el neonato y el personal de salud.</p> <p>2.- Los neonatos expuestos a niveles de ruido en UCIN experimentaron una mala calidad del sueño (Topf et al 1992). El ruido excesivo deteriora el sueño (Floyd, 1999).</p> <p>3.- Los sonidos del océano fomentaran el sueño (Williamson 1992). Los tapones auditivos disminuyen los efectos del ruido de la UCIN sobre el sueño (Wallace et 1999).</p> <p>4.- Las alteraciones del sueño del neonato representan una interacción compleja de los cambios relacionados con la edad y las causas patológicas (Sateia et al 2000).</p> <p>5.- La practica de un masaje en la espalda se a demostrado efectividad para fomentar la relajación, lo cual conduce a mejorar el sueño (Richards et al 2003).</p> <p>6.- Los neonatos que reciben un contacto físico humano muestran evidencia de estar mas tranquilos o calmados (Harrison et al 2000).</p> <p>7.- La contención de las extremidades es útil para conservar la estabilidad y que permanezca dentro de control y pare ello se utilizara movimientos suaves y lentos.</p> <p>8.- Mejora la función pulmonar y al adoptar una posición vertical incrementa la saturación de oxígeno.</p>

**EVALUACIÓN:** El neonato mantiene periodos de sueño fisiológico y confort, disminuyendo los factores ambientales que le causan estrés, como la taquicardia, el sobresalto y llanto; se observa que acepta la posición de contención y del método canguro que se registra en un instrumento creado por la LIC. Araceli Martínez Clemente.

**4.- REQUISITO UNIVERSAL: MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL.**

**SISTEMA DE ENFERMERÍA:** APOYO EDUCATIVO.

**AGENCIA:** L.E.O. ARACELI MARTINEZ CLEMENTE.

**DX ENFERMERIA:** Riesgo potencial de vinculación afectiva entre padres y neonato por estancia hospitalaria.

**OBJETIVO:** Crear un vínculo afectivo entre la madre y el neonato.

SISTEMA DE ENFERMERÍA	AGENCIA	PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
APOYO EDUCATIVO	L.E.O. ARACELI MARTINEZ CLEMENTE.	<p><b>TC</b> 1.-Precauciones estándares (Lavado de manos, uso de cubre bocas, bata y guantes) para la manipulación del neonato).</p> <p><b>AE</b> 2.- Proporcionar animo y feedback positivo relacionado con las interacciones maternas-neonatal que tiene lugar durante contacto piel con piel.</p> <p><b>AE</b> 3.- Establecer una atmosfera cordial para los padres y no considerarlos como visitantes.</p> <p><b>AE</b> 4.- Auxiliar e identificar medidas de consolación por los padres que son propias del neonato.</p> <p><b>AE</b> 5.- Las enfermeras trabajaran con los padres para planear</p>	<p>1.-Es el método más importantes para prevenir la diseminación de infecciones. Disminuye el riesgo de trasmisión cruzada entre el neonato y el personal de salud.</p> <p>2.- Estas actividades incrementan la satisfacción materna con el cuidado y favorecen la confianza de la madre, lo que predice sus resultados de mejorar la lactancia materna (Blyth et 2002, Gill 2001).</p> <p>3.- Les proporciona seguridad y confianza.</p> <p>4.- Verificar la retroalimentación en relación con medidas mencionadas</p> <p>5.- Estimula la interacción padres-neonato-enfermera</p>

		<p>actividades específicas (interacción verbal, contacto ocular, uso de juguetes, cintas de audio, percusión suave).</p> <p>AE 6.- Verificar que la mamá asuma las responsabilidades del cuidado del neonato (cambio de ropa, pañal, baño, alimentación y manipulación).</p> <p>AE 7.- Comentar con la mamá las expectativas y los objetivos para ella misma con el neonato. Se estimulara a la mamá que consigne por escrito las expectativas y objetivos.</p>	<p>6.- Realza y adquieren mayor confianza y disipan sus dudas en el cuidado del neonato.</p> <p>7.- Al realizar este procedimiento colocara las bases para un plan permanente de vida y asistencia.</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**EVALUACIÓN:** Durante el periodo de visita familiar se logra la vinculación madre-neonato, y acepta con agrado la técnica de mamá canguro, observando al neonato con sueño fisiológico y sin alteraciones, manteniendo un control térmico idóneo.





## **VII. PLAN DE ALTA**

1. Conocer la capacidad de la familia para brindar cuidado y atención al neonato antes de dar el alta.
2. Corroborar las posibilidades socioeconómicas, intelectuales y físicas del entorno en el que vivirá.
3. Se capacitara a la familia desde la internación para el cuidado del neonato. De ser posible se efectuarán los cambios y adaptaciones que se crean necesarios para la correcta atención del neonato.
4. Se deben tener reuniones con los padres antes del alta para asegurarse que hayan comprendido todos los cuidados que deberá tener su hijo y satisfacer sus dudas e inquietudes.
5. Fomentar la lactancia materna como el mejor alimento para el neonato.
6. Es importante la adecuación a los padres del neonato sobre la posición prona o decúbito lateral para dormir ya que favorece el intercambio gaseoso y adiestrar a los padres en la implementación del sueño seguro.
7. Asesorar sobre las precauciones estándares de higiene en especial el lavado frecuente de manos, antes y después de atender al neonato.
- 8.- Proporcionar información sobre un entorno seguro y confiable evitando fumar en el hogar.
- 9.- Orientar sobre las formulas lácteas, preparación, horario de lactancia como complemento en caso de que disminuya o exista complicación para la lactancia materna.
- 10.- Orientar sobre su enfermedad e incentivar a que continúen con el tratamiento y valoración medica para obtener mayor cuidado del neonato.
- 11.- Cumplir los controles pediátricos programados y estimular la consulta precoz ante signos de alarma.
- 12.- Dar información sobre la técnica de contacto piel a piel y como se realiza.

### Cuidados coordinados en el hogar

- 1.- Entregar un cronograma de seguimiento personalizado escrito con un esquema de controles médicos y evaluaciones periódicas. Se programará una consulta de control no más allá de las 72 horas pos-alta.
- 2.- Explicar a dónde deben dirigirse en caso de urgencia; anotar a los padres nombres, apellidos de medico tratante, teléfonos y direcciones del hospital o servicio en que fue atendido.
- 3.- Implementar la utilización de un cuaderno en el que se escriban las indicaciones, los estudios pendientes, los tiempos de las futuras vacunaciones y evaluaciones con el equipo de seguimiento, especialistas involucrados. Los padres podrán escribir sus dudas para tenerlas presentes cuando hagan las consultas de control.
4. Enseñar cuáles son los signos y síntomas de alarma del neonato.
5. Aconsejar y maximizar los momentos de interacción padres-neonato.

## **VIII CONCLUSIONES**

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que se han ido surgiendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta profesión. De ahí la importancia de que el personal de enfermería comprenda los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo tanto profesionales, como de la comunidad a la que brinda sus cuidados.

Al implementar la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, teniendo como base el Método Enfermero y unificando la intervención de una Enfermera Neonatal; nos permitió valorar que esta teoría es aplicable al Neonato por que abarca al binomio madre-neonato-familia, permitiendo detectar posibles daños a la salud y por otra parte garantiza la prescripción del cuidado de enfermería en una área hospitalaria, a si como en el hogar.

La teoría de Dorothea Orem proporciona un marco que contempla la práctica, la educación y la gestión de enfermería para valorar al neonato, de esta primera etapa de valoración dependerá iniciar un Diagnostico de Enfermería que nos permita detectar nuestra intervención, para la prescripción de los cuidados que se deben dar al neonato, durante su patología y al ser egresado a su hogar, garantizar la continuidad del tratamiento regulador de enfermería.

Las Enfermeras Neonatales que ofrecen atención multifacética, tienen como iniciativa dar lo mejor de si, ofrecer atención de máxima calidad; que le permite estar en revolución constante a medida que avanza la tecnología.



## IX BIBLIOGRAFIA

- 1.-Lewis V, Whitelaw A. Furosemida para la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- 2.-Fernando Arango Gómez, M.D.\*, Juan Carlos Mejía Londoño, M.D. \*\*Recibido: mayo 20/2004 - Revisado: junio 11/2004 - Aceptado: junio 25/2004\* Pediatra Neonatólogo, Profesor Auxiliar, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. \*\* Residente de Pediatría, Universidad de Caldas. Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- 3.-Stutchfield P, Whitaker R, Russell I. *Antenatal Steroids for Term Elective Caesarean Section (ASTECS) Research Team. BMJ 2005; 331: 662-8. 2.- Ídem pg16.*
- 4.-Kirkeby Hansen A y col. BMJ 2008;336:85-87. Pardo Ha. La cesárea electiva en recién nacidos de término se asocia a mayor morbilidad respiratoria neonatal. Evid. Actual. práct. Ambul. 11(6): 174 Nov-dic 2008. Comentado de: Kirkeby Hansen A y col. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study, BMJ 2008;336:85-87 (12 January), doi:10.1136/bmj.39405.539282.BE. PMID 18077440.pr).
- 5.-Revista electrónica Cocharane. EVOLUCIÓN DE 56 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO COMPLICACIONES Y MANEJO Fernando Mejía-Santos\*, Lizeth García-Amador\*\*
- 6.-Marriner-Tomey Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. 3ª ed. España: Mosby-Doyma, 1994: pp.181
- 7.-Orem D.E. and Taylor S.G. 1986. Orem „S General Theory of Nursing. In Winstead-Fry (ed), Case Studies in Nursing Theory. New York: National League of Nursing. Pag 37.
- 8.-Ostiguin Meléndez Rosa María. Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada. Rosa María Ostiguin Meléndez, Silvia María de la Luz Velázquez Hernández. México: Editorial Manual Moderno, 2001
- 9.-Definiciones extractadas de Kérovac et cols., 1996: 142-147 (basadas en la definición de paradigma del filósofo Khun y el físico Kapra); de Marriner Tomey, Raile Alligood, 1999: 4; y de Kozier-Erb-Olivieri, 1993: 62-63.
- 10.-Definición extractada de Kérovac et cols., 1996: 142-147.
- 11.-Definición extractada de Kérovac et cols., 1996: 142-147 y de Marriner Tomey y Raile Alligood, 1999: 17.
- 12.- Pinus, R. (2002). Paradigmas en Investigación. [www://A:/Paradigmasde Investigaci3n en Salud-Monografias.com](http://www://A:/Paradigmasde Investigaci3n en Salud-Monografias.com). (on line). Accesado el 30.07.2009
- 13.-Moreno Ferguson, María Elisa, 2005. Importancia de los Modelos Conceptuales y Teorías de Enfermería: Experiencia en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana. Revista Aquichan, año 5, vol 5, No1. Chia, Colombia. pag 44-55.
- 14.- Benavent Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001:157.)
- 15.- Tazon Ansola M, García Campayo J. Asequinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000:48-50.
- 16.- Marrineer Tomey A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 4ta ed. Madrid: Editorial Harcoort; 1998:55-56.
- 17.- Organización Mundial de la Salud. Los cuidados de salud primario. Conferencia Internacional sobre los Cuidados Primarios de Salud, Ginebra: OMS;1978 (Serie Salud para Todos No.1).
- 18.- Servicios de Cuidados de Enfermería, según modelo conceptual de Virginia Henderson. Metas de Enfermería 1999; II (13): 8-14.

- 19.-Bàrbara Kozier,Glenora Erv. Enfermeria Fundamental Conceptos, Procesos y Practica. 4ª ed. España Interamericana Mc. Graw-Hill. 1993.Tomol,pag 181.
- 20.-Mètodo Enfermero. Buscador Electrónico.www//A:/ Método Enfermero Monografias.com.(onlain) Consultado 11/09/10.
- 21.-Mètodo Enfermero. Buscador Electrónico.www//l:/ Método Enfermero Ibarra.com.(onlain) Consultado 17/09/10.
- 22.-Buscador Electrónico. Método Enfermero<[http://es.wikipedia.org/wiki/método\\_enfermero](http://es.wikipedia.org/wiki/método_enfermero). Consultado 13/09/09.
- 23.-Manual de Diagnósticos de Enfermería. Guía para la Planificación de los cuidados. Betty J. Ackley, MSN Eds,RN. Gail B. Ladwig,MSN;RN;CHTP. ed 7ª. Editorial ELSEVIER.2007.pag 1-15.
- 24.- OREM, D.E: (1993). Conceptos de enfermería en la Práctica; Barcelona, España: Mosby-Year Book, pág. 298.
- 25.- (Morrison JJ, Milton PJ: Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. Br J Obstet Gynaecol 1995;102:101.
- 26.- (Morrison JJ, Milton PJ: Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. Br J Obstet Gynaecol 1995;102:101-6).
- 27.-NEONATOLOGIA. Gomella-Cunningham-Eyal-Zenk. 5ª Edicciòn. Editorial Panamericana. Pag. 609-611
- 28.-Carpenito LI. Diagnóstico de enfermería. Aplicación en la práctica. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1988:3. (Edición Revolucionaria
- 29.- "Principios y guías éticas, para la protección de los sujetos humanos de investigación". Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. USA 18 de Abril de 1979.
- 30.- BEAUCHAMP, T.L., J.F. CHILDRESS (1999): Principios de ética biomédica. Masson, Barcelona.
- 31.-Buscador Electrónico<<http://www.Principios Básicos de Bioética>. Consultado 25/05/09.
- 32.-Buscador Electronico< <http://www.secretaria de salubridad y asistencia/ssa.gob.mx>. Consultado 28/07/2009.
- 33.-Buscador Electrónico<<http://www código de ética/CIE.org.mx>. Consultado 19/10/2009.
- 34.-Buscador Electrónico<<http://www.codigo de ética para las enfermeras y enfermeros de méxico>. México D.F. Diciembre, 2001.
- 35.-Buscador Electrónico<<http://www.cantabria.org.mx>. Consultado 29/08/2009.
- 36.-Buscador Electrónico<<http://www. monografias.com/consentimiento informado>. Consultado 23/04/2009.
- 37.- Aguirre-Gas H.: Calidad de la atención médica. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México. 1997.
- 38.- Moreno Rodríguez MA. El método clínico. La Habana Hospital Finlay 1998.
- 39.- Fundamentos de Enfermería Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gòmez,ed Manual Moderno 2004.
- 40.-Buacador electrónico<<http://www.wifipedia/metodo clinico.com.mx>. Consultado 17/05/2010.
- 41.-Buscador electrónico<<http://www.Churchill's Medical Diccionario>. Consultado 17/05/2010.
- 42.- Diccionario Enciclopédico. Edición Larousse de México. Año 2004.
- 43.- Océano /centrum, Manual de la Enfermería. Impreso en España.
- 44.-Neonatología Clínica, Miguel Ángel Rodríguez Weber, Editorial MC Graw Hill, cap. 25.
- 45.-La Salud del Niño y del Adolescente, R. Martínez y Martínez, 3ª Edición/1995, Editorial Masson-Salvat, pág. 222.
- 46.-Cefen. Criterios de Diagnóstico y Tratamiento. Organización de un Programa de Seguimiento para Niños Egresados de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), 1993.
- 47.-Modelo de Orem Aplicación Practica; Stephen j. Cavanagh, Editorial Masson-Salvat Enfermería.



X ANEXOS



10.1 REGISTRO DE METODO DE MÀMA CANGURO

INICIO	DIA 1	DIA 2
FECHA Y HORA	28- Nov-2008 11:00 hr	29-nov-2008 16:00 hr
EDAD DVE	4 DVEU	5 DVEU
PESO	2000 Kg	2010 Kg
METODO DE ALIMENTACION	SOG C/ formula maternizada	SOG C/ formula maternizada
DURACION DE CONTACTO PIEL A PIEL	45 min	30 min
COMENTARIO U OBSERVACIÓN	Angustia y nerviosismo, acepta con agrado la propuesta	Pregunta si lo puede cargar de la misma manera

“ELABORO: L.E.O ARACELI MARTINEZ CLEMENTE POSGRADO DE ENFERMERIA NEONATAL”

10.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
POSGRADO DE ENFERMERÍA DEL NEONATO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.





















P.A. Por medio de la presente yo Cristina Rosalba Yareñ Ojeda Doy mi consentimiento para que la Lic. En Enfermería y Obstetricia, Araceli Martínez Clemente, Estudiante del Posgrado de Enfermería del Neonato de la Universidad Nacional Autónoma de México, realice un seguimiento y participación activa en el cuidado integral del padecimiento de mi hijo ( neonato ), como parte de sus actividades académicas, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación y ser libre de retirarme de este estudio en el momento en que lo desee.







AUTORIZO: Lic. Nora Clarissa Castro Escudero.

TESTIGO: \_\_\_\_\_



10.3 ESCALA DEL DOLOR

PARAMETROS 	2	1	0	TOTAL 
1.SUEÑO	Despierto constantemente 	Despierta a intervalos frecuentes 	Duerme constantemente 	
2. EXPRESIÓN FACIAL DE DOLOR	Músculos faciales continuamente contraídos, frente fruncida, parpados apretados, temblor del mentón y muecas 	Contraída(músculos faciales tensos, frente fruncida) 	Calmado, músculos relajados con expresión neutra 	
3. LLANTO	Vigoroso, fuerte y continuo, inconsolable no responde a mimos 	Presente consolable, responde a mimos 	Tranquilo no llora ni se queja 	
4.MOVIMIENTO DE LOS BRAZOS	Flexionados/extendidos (tensos, rígidos, extendidos, flexionados constantemente) 	Flexionados/extendidos (tensos, rígidos, extendidos, flexionados frecuentemente) 	Relajados (sin rigidez muscular, movimientos ocasionales) 	
5.MOVIMIENTO DE LAS PIERNAS	Flexionadas/extendidas (tensas, rígidas, extendidas, flexionadas constantemente) 	Flexionadas/extendidas (tensas, rígidas, extensión y flexión rápidas frecuentemente) 	Relajadas (sin rigidez muscular, movimientos ocasionales) 	
6. CONSUELO	Ninguno después de 2 minutos 	Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo 	Consuelo dentro de 1 minuto 	

<b>7.FRECUENCIA CARDIACA</b>	<b>Incrementa &gt; 20%</b> 	<b>Incrementa 10-19%</b> 	<b>Dentro De Las Percentilas</b> 	
<b>8. PRESIÓN ARTERIAL</b>	<b>Incrementa &gt;10 Mm. Hg.</b>	<b>Incrementa 9 Mm. Hg.</b>	<b>Dentro De Las Percentilas</b>	
<b>9.FRECUENCIA RESPIRATORIA</b>	<b>Retracciones intercostales y esternales marcadas, aleteo nasal, gemido expiratorio</b>	<b>Diferente del basal(retracciones intercostales mínimas)</b>	<b>Relajado (mantenimiento del patrón de respiración normal)</b>	
<b>10. SAO<sub>2</sub></b>	<b>Disminucion de la Sato<sub>2</sub></b>  <b>71-76% requiere incremento del Fio<sub>2</sub></b>  	<b>Disminucion de la Sato<sub>2</sub></b> <b>79-85%</b>  <b>requiere incremento de Fio<sub>2</sub></b>  	<b>88-95%</b>  <b>con o sin oxigeno Ningún aumento en Fio<sub>2</sub></b>  	

**0-6 DOLOR LEVE**

**7-15 DOLOR MODERADO**

**16-20 DOLOR SEVERO**

PUNTOS: TRES

RESULTADO: DOLOR LEVE



## SER ENFERMERA

**SER ENFERMERA:** Es pertenecer a una profesión destinada en principio. A iluminar con uniformes y sonrisas blancas, algo tan instintivamente negro como es el dolor.

**SER ENFERMERA:** Es declararse “Novia del sufrimiento”, pero no para amarlo como tal, sino en quien lo padece. Es envolver cada tragedia humana en el brillante celofán de la propia delicadeza, sensibilidad abnegación y paciencia para que el enfermo si posible fuera, lejos de lamentar su situación, se juzgase dichosa de estar en tal estado.

**SER ENFERMERA:** Es medir la valía personal igual que los pilotos, por sus “horas de vuelo”. De vuelo a lo largo de pasillos sin fin, cruzados de puntillas. De vuelo sobre noches en completa vigilia. Sobrevolando miserias y dolores. Siendo azafata de una tripulación que ansia más que ningún otra, un pronto y feliz aterrizaje.

**SER ENFERMERA:** Es ser intérprete de la más bella sinfonía, dedicada al valor de la mujer. Es recordar al terrible sexo fuerte de los hombres, que cuando alguien viene o se marcha de este mundo, suelen ser siempre unas manos femeninas de enfermera, quienes regalan la primera caricia de llegada o quienes limpian el último sudor de la salida.

**SER ENFERMERA:** Es todo eso. Y por eso, justamente por eso, tengo el orgullo de además de ser mujer.....

**!!!!!!!SER ENFERMERA!!!!!!!**

