

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8722



TESIS

“CUIDADOS INMEDIATOS DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO EN LA VISIÓN
DE JOSÉ ALFONSO GUTIÉRREZ PADILLA”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
SOFÍA GARCÍA GARCÍA

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRAZA

MORELIA, MICHOACÁN. 2021



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.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8722



TESIS

“CUIDADOS INMEDIATOS DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO EN LA VISIÓN
DE JOSÉ ALFONSO GUTIÉRREZ PADILLA”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
SOFÍA GARCÍA GARCÍA

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRAZA

MORELIA, MICHOACÁN. 2021.

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1.- VIDA Y OBRA	6
2.2.- INFLUENCIAS	9
2.3 HIPÓTESIS.....	9
2.4.- JUSTIFICACIÓN	10
2.5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2.6.- OBJETIVOS.....	11
2.7 METODOLOGÍA.....	12
2.8 VARIABLES	14
2.9 ENCUESTA Y RESULTADOS	14
2.10 GRAFICADO	18
3.- GENERALIDADES.....	29
3.1 LA CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD.....	29
3.2 MEDICINA.....	29
3.3 GINECOLOGÍA.....	29
3.4 OBSTETRICIA	29
3.5 EMBARAZO	30
3.6 PARTO.....	30
3.7 TIPOS DE PARTO	30
3.8 ETAPAS DEL PARTO	31
3.9 PUERPERIO.....	34
4.- LA CUARENTENA EN EL POSTPARTO	34
4.1- CAMBIOS FÍSICOS EN LA MADRE DURANTE LA CUARENTENA	35
4.2- UN PERIODO SENSIBLE DE RECUPERACIÓN	36
4.3.- ELIMINACIÓN DEL AGUA.....	37
4.4.- PÉRDIDA DE PESO	37
4.5.- CAMBIOS EN EL APARATO CIRCULATORIO	37
4.6.- CAMBIOS HORMONALES	37
4.7.- REDUCCIÓN DEL VOLUMEN ABDOMINAL.....	38
4.8.- ALTERACIONES DE LA PIEL.....	38
4.9.- DESCENSO DE LA ACTIVIDAD INMUNITARIA:	38
4.10.- REANUDACIÓN DE LA MENSTRUACIÓN:	38
5.- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA.....	38
5.1 ELABORACIÓN DE LA PRESENTE NORMA	38

5.2 ARTÍCULO 40., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.....	41
5.3.- OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN.....	45
5.4.- DEFINICIONES.....	45
5.5 SÍMBOLOS Y ABREVIATURAS.....	50
5.6 REQUERIMIENTOS PARA EL ÉXITO DE LA PROMOCIÓN A LA SALUD.....	51
5.7.- DESDE LA ÉTICA Y LA HUMANIZACIÓN.....	52
5.8. EL RESPETO A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA.....	53
5.9. EL RESPETO A LA VIDA HUMANA.....	53
6.- LA INTEGRIDAD, INTEGRALIDAD, UNICIDAD, INDIVIDUALIDAD DEL SER HUMANO.	53
6.1. PARTO DE BAJO REISGO.....	54
6.2 CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO.....	55
6.3 CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS.....	55
6.4 ¿CÓMO ES UN RECIÉN NACIDO?.....	61
6.5 SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE.....	68
6.6 ¿CUÁLES SON LOS PROCEDIMIENTOS INMEDIATOS DESPUÉS DEL NACIMIENTO DEL BEBÉ?.....	68
6.7 FACTORES DETERMINANTES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO.....	74
6.8. ENFERMERÍA.....	75
6.9. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE ENFERMERÍA.....	77
6.10 ÉTICA.....	78
6.11 CODIGO DE ETICA.....	82
6.12 DISPOSICIONES GENERALES.....	88
7.- DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO.	91
7.1 LEY GENERAL DE SALUD.....	92
8.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	116
8.1 GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERIA.....	123
8.2 LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA ORIENTADA AL CUIDADO.....	124
8.3 LA GESTIÓN DEL CUIDADO Y EL ENTORNO.....	127
8.4 DIVERSOS MODELOS PARA MEJORAR LA GESTIÓN DEL CUIDADO.....	129
8.5 EL SIGNIFICADO DE CUIDADO EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA...131	
8.6 MATERIALES Y MÉTODO.....	132
8.7.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO.....	136
9. CONCLUSIÓN.....	138
10. BIBLIOGRAFÍA.....	143
10.1 BÁSICA.....	143

10.2 COMPLEMENTARIA.....	145
10.3 ELECTRÓNICA.....	147
11.- GLOSARIO	148
12. ANEXOS	151

AGRADECIMIENTOS:

Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

Mi madre.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

Mi padre.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

Mis hermanos.

Por estar conmigo y apoyarme siempre en todo momento, por no juzgarme.

Adriana Gracia.

Por ser mi apoyo, mi confidente y por su lealtad en cualquier momento de mi vida hasta ahora.

Carlos Torales.

Por llegar a mi vida y mostrarme el verdadero significado del amor.

Mis amigos.

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos.

DEDICATORIA:

Me gustaría dedicar esta Tesis a toda mi familia. Para mis padres Abraham y Maria del Carmen, por su comprensión y ayuda en momentos malos y menos malos. Me han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio.

“Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento”.

1.- INTRODUCCIÓN

La mayoría de los recién nacidos (RN) son capaces de realizar una transición posnatal normal en forma espontánea. Sin embargo, un 25% (39) de los recién nacidos que requieren cuidado intensivo, no presentan factores de riesgo identificados antes de nacer. Es por esto que todos los niveles de atención perinatal, deben estar capacitados para diagnosticar situaciones de riesgo y dar la asistencia necesaria para estabilizarlos. La anticipación ante posibles problemas perinatales debe ser una práctica habitual, por lo que el conocimiento del estado de salud fetal y los signos de alteración intrauterina, deben alertar ante la posibilidad de que el RN requiera algún tipo de maniobra de reanimación en el momento del parto. Existe patología médica materna, efecto de fármacos y/o riesgo psicosocial, que pueden afectar al feto o producir complicaciones posnatales, que deben estar en conocimiento del equipo perinatal.

El personal de salud que atiende al recién nacido en el momento del nacimiento, debe disponer de los conocimientos y la experiencia suficientemente acreditados para reconocer una posible situación de riesgo en el momento del parto y el nacimiento, para establecer los mecanismos necesarios para su tratamiento. Los recién nacidos, aunque no presenten patología requieren una serie de cuidados y procedimientos de rutina, así como una valoración cuidadosa de su estado general y la puesta en marcha de medidas que garanticen la correcta transición a la vida extrauterina, Se ha comprobado que la primera semana de vida es la más vulnerable en cuanto al riesgo de mortalidad neonatal, y que las primeras 24 horas determinan el futuro del niño. En el año 2010, de un total de 1862 defunciones infantiles, el 53% (988 defunciones), fueron defunciones neonatales precoces, alcanzando una tasa de 3,9 por mil nacidos vivos y el 69% (1283 defunciones), correspondieron a defunciones neonatales menores de 28 días, con una tasa de 5,1 por 1.000 nacidos vivos.

El nacimiento de un bebé es uno de los momentos más maravillosos de la vida. Pocas experiencias se pueden comparar con este evento. Los recién nacidos tienen capacidades asombrosas y, sin embargo, dependen por completo de los demás en todos los aspectos: la alimentación, el calor y el bienestar.

Con el nacimiento se producen cambios físicos sorprendentes. Cuando el bebé nace, se corta el cordón umbilical y se sujeta con una pinza cerca del ombligo. Esto hace que el bebé

deje de depender de la placenta para nutrirse y oxigenarse. Cuando el bebé respira por primera vez, el aire penetra en los pulmones. Antes del nacimiento, los pulmones no se utilizan para intercambiar oxígeno y dióxido de carbono, y necesitan un menor suministro de sangre. La circulación fetal transporta la mayor parte de este suministro de sangre fuera de los pulmones. Cuando el bebé empieza a respirar en el momento de nacer, el cambio de presión en los pulmones ayuda a cerrar las conexiones fetales y a redireccionar el flujo sanguíneo. A partir de ese momento, la sangre se bombea hacia los pulmones para contribuir al intercambio de oxígeno y dióxido de carbono.

Algunos bebés tienen cantidades excesivas de líquido en los pulmones. Estimular el llanto del bebé con masajes y caricias, puede ayudar a que el líquido suba y luego se pueda succionar por la nariz o la boca.

El personal de enfermería debe tener la formación y el entrenamiento necesarios para la supervisión y procedimientos que se requieren durante los primeros 28 días de vida del bebé, de esto depende el crecimiento y desarrollo del niño.

Generalmente trabajan en las unidades de neonatología de los hospitales, donde proporcionan los cuidados básicos a los bebés sanos, y cuidados intensivos a los nacidos prematuramente o con complicaciones.

Los profesionales de enfermería pediátrica realizan los cuidados inmediatos del recién nacido en el salón de partos, brindan al bebé la atención primordial ya que sólo en esta etapa se puede evitar un porcentaje alto de patologías. Durante las primeras horas de vida el recién nacido requiere una supervisión especial, cuidados básicos como la limpieza, la ligadura del cordón umbilical, exámenes físicos, detección del tipo de sangre y la administración de vitaminas y vacunas.

Otra tarea del enfermero pediátrico es el estimular la conexión con los padres, enseñándoles cosas esenciales sobre el cuidado del bebé y principalmente ayudar con la lactancia materna.

Preparar fórmulas de leche para los recién nacidos que lo requieran bajo indicación médica.

Realizan los cuidados generales al recién nacido como el baño diario del bebé, la cura del cordón umbilical y la medición e interpretación de los signos vitales.

Un especialista en enfermería pediátrica está capacitado para proporcionar cuidados de enfermería especializados durante la infancia, hacer un diagnóstico acertado con rapidez y acierto, y de su capacidad de reacción depende la vida del niño, sobre todo en los primeros momentos de vida, es una profesión apasionante y que incide en la calidad de vida del neonato, de una atención eficaz y de la correcta orientación a sus padres depende su integración social, laboral, su productividad.

Por lo tanto este profesional ha de desarrollar la pericia necesaria para el manejo de niños pequeños y frágiles, ya que su manipulación es distinta a la que requieren niños mayores o adultos, tareas básicas como poner una vía, administrar un tratamiento farmacológico o preparar la fórmula de la leche, es una labor de precisión ya que pequeñas variaciones pueden tener consecuencias dramáticas sobre todo en bebés de cuidados intensivos, por lo tanto quien se dedique a esta profesión debe ser meticuloso en extremo y a la vez poseer cualidades empáticas para comunicar de manera adecuada los cuidados del recién nacido y las diversas circunstancias que se presentan en la unidad de neonatología.

La atención inmediata al recién nacido es primordial para garantizar la buena salud del bebé y la calidad de vida que llegue a tener a futuro, la correcta evaluación del niño en las primeras horas de vida permiten detectar a tiempo enfermedades congénitas y malformaciones que son derivadas al especialista correspondiente para un correcto tratamiento.

La correcta orientación a los padres de los bebés también es muy importante, puesto que evita que se produzcan accidentes o errores en el manejo del recién nacido al alimentarlo, el baño, vestirlo, limpiarlo, y otras tareas en la que los padres menos experimentados no son diestros.

En conclusión, la atención al recién nacido por parte del enfermero/a es primordial y necesaria para la vida del bebé.

Resaltar que antes del inicio del parto es necesario disponer de toda la información médica perinatal para poder asegurar la ausencia de factores de riesgo que pueden conllevar una enfermedad neonatal inmediata.

El recién nacido es considerado sano cuando es a término (más de 37 semanas de gestación), su examen físico es adecuado (test de Apgar), su adaptación al medio correcta y su historia tanto familiar, materna, gestacional, como perinatal así lo muestran.

Este artículo pretende describir los cuidados, la atención y las normas de actuación a seguir que requiere el recién nacido desde el parto hasta su alta hospitalaria.

La atención inmediata es el cuidado que recibe el recién nacido al nacer, su asistencia en sala de partos es responsabilidad del pediatra, no obstante, necesita de la colaboración de matronas y personal de Enfermería para procurar las mejores condiciones de atención al recién nacido.

El pediatra – neonatólogo será la persona que atienda al recién nacido siempre que se le requiera para ello y tomará las decisiones que a su buen criterio profesional sean más adecuadas para el niño.

Este artículo describe la atención que recibe el recién nacido sano en el paritorio y los cuidados en las primeras horas de vida. Está encaminado a disminuir las dudas y miedos que tiene la familia, describiendo los pasos desde el nacimiento de su hijo hasta el alta hospitalaria de ambos.

Tras el nacimiento, se llevan a cabo una serie de pruebas cuya función es determinar el estado de salud del recién nacido; diferenciando variantes de normalidad y fenómenos temporales de signos clínicos de enfermedad. Se realizan cribados para detectar, tratar y seguir neonatos de riesgo.

Debemos tener en cuenta que un neonato tiene características funcionales diferentes (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria).

Es recomendable el establecimiento de una relación adecuada y suficientemente anticipada entre la familia y los profesionales responsables de los cuidados del recién nacido en el parto y en los momentos posteriores para explicar cómo es la transición neonatal, las distintas fases de adaptación a la vida extrauterina, el establecimiento del vínculo, el inicio de la alimentación y los cuidados y las pruebas de exploración clínica y el cribado de enfermedades que se le va a realizar al recién nacido. Señalar que el momento del parto es un acto íntimo que requiere un entorno que favorezca la confianza, la comodidad y la relajación de la mujer.

El ambiente en el paritorio debería ser silencioso, con poca luz, con puertas cerradas (para preservar la intimidad y para facilitar el control térmico del recién nacido), con el mínimo número de profesionales posibles y con un acompañante para la madre

La culminación exitosa del proceso completo que va desde el feto, que se encuentra inmerso en el líquido amniótico y depende por completo de la placenta para alimentarse y respirar, hasta el bebé que sale al mundo exterior llorando y respirando aire, despierta una profunda admiración. Los recién nacidos sanos (considerados desde el alumbramiento hasta el primer mes de vida) y los lactantes (desde el mes de vida hasta el año) necesitan una serie de cuidados para asegurar su desarrollo normal y el mantenimiento de su salud.

Inmediatamente después del parto normal del bebé, el médico o la enfermera le extraen la mucosidad y otras sustancias de la boca, la nariz y la garganta mediante una sonda de aspiración. El recién nacido es entonces capaz de respirar. Se colocan dos pinzas en el cordón umbilical del recién nacido, una al lado de la otra y se corta el cordón entre ambas. Se seca al recién nacido y se le coloca cuidadosamente sobre el abdomen de la madre, piel con piel, o en una manta estéril y caliente. No todos los partos siguen un patrón estándar. Por ejemplo, algunas mujeres necesitan parto por cesárea o presentan complicaciones en las fases de dilatación y de expulsión. En algunos casos, el recién nacido requiere una atención especial por parte del personal médico después del nacimiento.

2. MARCO TEÓRICO

Al igual que en los pueblos primitivos, en la antigüedad se creía que una fuerza superior, era la responsable de todo lo que le ocurría a este “mundo”. Esto puede acarrear que los espíritus malignos eran los causantes de todas las desgracias y enfermedades posiblemente como castigo al desacato del mandato divino, lo que se cree que pudo llevar a la construcción de templos con el fin de pedir la curación de sus enfermos y espantar así las fuerzas malignas. Además se puede comprender que desde Egipto y Fenicia a través de la Isla de Creta, llegó la civilización a los griegos. Pero los griegos eran observadores perspicaces más no experimentadores; eran filósofos, no científicos. De esta misma línea gracias a su sentido de la belleza y de la proporción florecieron edificaciones y templos de calidad artística dedicados a los dioses. Así mismo eran politeístas, es así como veneraban a Apolo, el dios del sol, también dios de la salud y de la medicina.

No obstante uno de los más interesantes es Esculapio, hijo de Apolo y de madre humana, era el principal sanador de la mitología griega. Pero paralelamente los altares de Esculapio ofrecían la curación por medio de ofrendas, sacrificios y voluntad divina, los médicos laicos, conocidos como artesanos, acumulaban conocimientos objetivos sobre las enfermedades del pueblo griego junto al lecho del enfermo y practicaban tanto la cirugía como la medicina. Por otra parte mientras que para Sócrates y Platón el término “hombre” incluía a todos los humanos, mujeres, esclavos y extranjeros, para Aristóteles “hombre” excluía a las mujeres,

esclavos y extranjeros a quienes consideraba inferiores. Por ello la inferioridad de las mujeres y esclavos era innata por lo que no podría ser curada.

Como todas las realidades en caso de la mujer estaba limitada a permanecer en el hogar (oikos), mientras que el hombre comprendía la ciudad y trabajaba (polis). Por ello la mujer-cuidadora, limitó su papel a cuidar a los enfermos, al menos que fuera sacerdotisa, esclava o prostituta no existe diferencia respecto a quién realizaba las funciones de enfermería, posiblemente fueron esclavos los primeros enfermeros. En lo relativo la práctica de la higiene era más que una especialidad médica, era una forma de vida, como también aquellas recomendaciones acerca de la alimentación, la vida sexual y el ejercicio se adoptaron como parte integral de su comportamiento. Por ello el verdadero médico debía dedicarse a su profesión y a sus pacientes y abstenerse de todo aquello que pudiera deshonrar o perjudicar a otros. “Lo que no puede ser curado por los medicamentos es curado por el cuchillo, lo que no puede ser curado por el cuchillo es curado por el hierro caliente, algo que no pueda ser curado debe ser considerado incurable”. Igualmente a Galeno, quien nació en Pérgamo en el año 129 D.C. y empezó su carrera a muy temprana edad siendo el cirujano de los gladiadores, se lo considera como el gran fisiólogo experimental, se le acredita el invento de la ligadura, sin la cual muchas de las cirugías hubieran sido imposibles. En ese sentido se creía que la sangre no circulaba, sino que estaba sometida a un vaivén. Tampoco podríamos olvidar que las venas tenían sangre con sustancias nutritivas, mientras que las arterias, contenían sangre con espíritu vital, sangre y aire. Según la teoría de Galeno de “la circulación” fue plenamente aceptada en los próximos 1400 años y su voluminoso trabajo llegó a ser la “Biblia médica” que dominó el mundo occidental por los siguientes 1500 años, aun cuando sólo una tercera parte de ellos se salvó de la destrucción después de la caída del imperio romano. A pesar de que los romanos estaban muy adelantados en el cuidado de sus soldados, desarrollaron una medicina militar organizada, con primeros auxilios en el campo de batalla y creando ambulancias de campaña. Posteriormente edificaron hospitales militares conocidos como valetudinaria, con capacidad para más de 200 enfermos o soldados heridos. Finalmente los esclavos hacían de enfermeros, en el cual arriesgaban su vida al entrar en contacto con los 10 enfermos, cuando la peste negra asoló toda la Italia mediterránea y cuando organizaron un hospital y recorrieron la ciudad atendiendo los enfermos. Se hace necesario cree que el principal papel de mujer-enfermera correspondía exclusivamente al cuidado de los niños y la atención de partos. Finalmente el cuidado de los enfermos y afligidos llegó a tener un significado espiritual, que permitía acumular méritos para ganar el cielo en este caso la doctrina de Cristo y la fraternidad lograron la transformación de la sociedad y el desarrollo de la “enfermería organizada”, toda vez que la posición de la mujer se elevó con el cristianismo (primera era cristiana 1-500 D.C.).

En ese sentido el altruismo puro, predicado por los primeros cristianos comulgaba con el pensamiento y motivación de la enfermera cuidadora, que se traducía en cuidado caritativo, amoroso y desinteresado. Es así como el cuidado de los enfermos y desvalidos surge como una obra de misericordia, las cuales abarcaban las necesidades básicas humanas: dar de comer al hambriento, dar de beber al sediento, vestir al desnudo, visitar a los presos, albergar a los que carecen de hogar, cuidar a los enfermos y enterrar a los muertos. En el cual la regla de oro de la práctica de la nueva fe “no era ser cuidado, sino cuidar”, por lo que el cuidado de los enfermos y afligidos se elevó a un plano superior, convirtiéndose en una vocación sagrada, en un deber declarado de todos los hombres y mujeres cristianos. Así, mismo las primeras órdenes de mujeres trabajadoras (grupos de enfermería) crecieron rápidamente y se convirtieron en expresión de los deseos vocacionales, formando parte de

ellas las diaconisas y las viudas y más tarde se incorporaron las vírgenes, los presbíteros, las canónicas y las monjas, aunque sólo las diaconisas y las monjas se dedicaban a la enfermería. En este sentido la diaconisa podía estar casada, ser viuda o virgen. Posteriormente la mujer Febe (60 D.C.) es reconocida como la primera diaconisa y la primera enfermera visitadora siendo la única diaconisa a quien menciona San Pablo en el Nuevo Testamento, las diaconisas trabajaban sobre una base de igualdad con el diácono, tenían múltiples funciones entre ellas colaborar en el sacramento del bautismo, cuidar y visitar a los enfermos, llevarles comida, dinero, vestido, atención física y espiritual, entre otras.

2.1.- VIDA Y OBRA

José Alfonso Gutiérrez Padilla

Especialista del Hospital Civil de Guadalajara obtuvo el galardón a Médicos Destacados en Jalisco 2017, en la categoría de Humanitarismo

Como fundador y responsable del programa “Unidades móviles del Hospital Civil de Guadalajara”, iniciador del programa “El cáncer en el niño sí se cura”, de la Universidad de Guadalajara, y de la sociedad “Mi gran Esperanza, A. C.”, José Alfonso Gutiérrez Padilla fue reconocido en el Día del Médico, con el galardón a Médicos Destacados en Jalisco 2017, en la categoría de Humanitarismo, por parte de la Secretaría de Salud Jalisco.

Gutiérrez Padilla, además de una trayectoria distinguida en el área médica, es miembro del Sistema Nacional de Investigación nivel 1, y la filantropía ha sido un sello en su carrera como pediatra neonatólogo.

También ha trabajado en una asociación para prevenir el maltrato en los niños, fundada en el Hospital Civil de Guadalajara, por su principal impulsor y mentor, el doctor Óscar Aguirre Jáuregui.

Primero tienes que ser ejemplo, convencer a tu esposa y a tus hijos de que es algo bueno, y después se vuelven tus aliados y comienzan a ayudar y tratar de que los recursos lleguen a las personas más necesitadas. Un problema es que en México muchos altruistas no confían en el gobierno, ni muchos mexicanos confían en el gobierno, y por eso las fundaciones han hecho que haya personas honestas, líderes ejemplares que nos ayudan a estar colectando recursos y que realmente lleguen a los pacientes. Todos los pediatras somos gestores de recursos. Tienes que ser una persona diferente: no hay muchas fiestas ni vacaciones; tienes que involucrarte en las enfermedades de los niños y ayudarlos.

Tuve el trato con todos mis alumnos por igual, con el mismo respeto y mucho de esos alumnos se convierten en líderes y siguen lo que uno les enseñó. Por ejemplo, el rector del CUCS, Jaime Andrade Villanueva, y el director del Hospital Civil de Guadalajara, Héctor Raúl Pérez Gómez, y se les queda la idea de que hay que ayudar y hacerlo como sea. Son excelentes embajadores para la filantropía y el humanismo. Esa es una de mis mayores satisfacciones. Por otra parte, pelear contra la muerte y que no tenga secuelas. Cada niño que salvamos es un ciudadano que va a vivir por lo menos 80 años en este país. La atención es la prevención y los avances van encaminados a vacunas y prevención. Desde niño mis padres me dieron la vocación de que hay que ayudar de veras. Si hay que ayudar, hay que hacerlo bien. Siempre he sido muy entregado a la filantropía, he dedicado los últimos 30 años de mi vida a eso, a tocar puertas y pedir dinero por los pacientes y sus mamás.

Cada niño que nace es un ciudadano que debemos cuidar. El 60 por ciento de los niños que nacen en México, nacen en circunstancias adversas, social y económicamente. Las instituciones ayudan mucho. No sabemos de los niños que salvamos cuál va a ser un científico, astronauta o que dedique su inteligencia a ayudar a la población

El doctor Alfonso Gutiérrez Padilla, se desempeña como Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Externos del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara (HCG), en donde a lo largo de 35 años se ha dedicado a la investigación la cual se ha enfocado principalmente en tres ejes: “hijos de madres adictas” que son mamás que consumen sustancias ilegales, “malformación congénitas y prematurez”, y la otra es referente a la retinopatía del prematuro, para evitar que queden ciegos.

Señaló que laborar en el Hospital Civil “ha sido para mí una experiencia muy bonita, es un lugar donde todo lo que uno haga se refleja en ayuda a los pacientes y en el caso mío me acerque primero a los niños y posteriormente a los prematuros”.

En todos estos años que tiene en el nosocomio ha tenido miles de pacientes, por lo que aconseja a las jóvenes que no consuman sustancias ilegales, para con ello evitar que el producto sufra algún daño, ya que pueden tener malformaciones, sobre todo a quienes usan crack, cocaína y últimamente anfetaminas las cuales dañan mucho los huesos.

Por último mencionó que “Cuando conocí a mi esposa me preguntó que si no sentía que era difícil ver tanto sufrimiento y dolor, por lo que le contesté que en la mañana voy al civil para alimentar mi corazón y mi alma y por la tarde voy a mi consultorio para poder alimentar a mi futura esposa y a mis hijos”, puntualizó.

Actualmente tiene 27 años de casado, y tiene dos hijos Diego quien es médico interno en el Civil y Cristóbal que se encuentra terminando la preparatoria, con quienes comparte todas sus experiencias que lo hacen ser mejor profesionista y persona al servir a quienes requieren de sus atenciones.

Las instituciones que atienden recién nacidos y población pediátrica, observamos los beneficios de la lactancia materna desde una perspectiva diferente, somos parte activa en la divulgación de estos conocimientos respaldados ante la mejor evidencia científica.

Este año hemos sido testigos de una mayor participación y compromiso en fomentar la lactancia materna, con este propósito se organizaron eventos, conferencias y difusión por redes sociales. La Estrategia Nacional de Lactancia Materna (ENLM), surge de la necesidad de integrar las diferentes acciones que se realizan en el país para proteger, promover y apoyar la práctica de la lactancia materna.

Las iniciativas de instituciones que atienden a la población pediátrica, Hospitales Amigos del Niño (IHAN), sedes formadoras de profesionales, así como el Consejo de certificación de Neonatología, recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, iniciando en la hora posterior al nacimiento, favoreciendo esta práctica al desarrollo sensorial y cognitivo, al igual que protege contra enfermedades infecciosas; estas acciones están respaldadas por lineamientos de norma oficial (NOM) y organismos internacionales (OMS, UNICEF).

En 1991, en respuesta a la Declaración de Innocenti, el personal de salud de los países participantes se comprometió a la promoción de la lactancia materna. En 1992, la Alianza Mundial de Acción por el Amamantamiento (WABA), constituida como una Red mundial de personas e instituciones comprometidas con la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, como parte de su plan de acción para facilitar y fortalecer la movilización social a favor de la lactancia, ideó la estrategia de celebrar la Semana Mundial de la Lactancia Materna del 01 al 07 de agosto de cada año. Hoy en día, la lactancia materna es la intervención más eficaz para mejorar la supervivencia y salud de los niños, contribuye al desarrollo cerebral y motor; el empleo exclusivo de la LM previene la mortalidad, porque reduce el riesgo de contraer infecciones (OMS).

Los recién nacidos que reciben el seno durante la primera hora de vida tienen una menor probabilidad de morir en el periodo neonatal. Mejoran el desempeño neurológico: en promedio los lactantes que recibieron leche materna durante 6 – 9 meses tienen un coeficiente intelectual que supera en 6 puntos a los lactantes que recibieron leche materna menos de un mes, la leche materna tienen niveles óptimos de omega 3 que estimulan el desarrollo cerebral. Ante la sindemia mundial de obesidad, la práctica de lactancia materna disminuye este riesgo.

El lema del 2019 de la semana mundial de la lactancia materna se basó en reforzar la importancia de trabajar juntos para proteger, promover, fomentar y empoderar la lactancia materna.

2.2.- INFLUENCIAS

El doctor Alfonso Gutiérrez Padilla, se desempeña como Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Externos del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara (HCG), en donde a lo largo de 35 años se ha dedicado a la investigación la cual se ha enfocado principalmente en tres ejes: “hijos de madres adictas” que son mamás que consumen sustancias ilegales, “malformación congénitas y prematurez”, y la otra es referente a la retinopatía del prematuro, para evitar que queden ciegos

2.3 HIPÓTESIS

La licenciada en enfermería y obstetricia es capaz de dar los cuidados inmediatos al neonato, según la NORMA OFICIAL MEXICANA 007. Debe contar con el conocimiento para dar dichos cuidados en sus primeros minutos de vida extrauterina, conocer todo el protocolo y el material necesario para dichos cuidados, esto se realizara bajo la condición de ser un embarazo de bajo riesgo, donde la mujer gestante ha tenido su control prenatal supervisado, estudiando todas las posibilidades de esperar un producto sano y a término, de lo contrario, pasa a manos del facultativo para dar los cuidados inmediatos a un recién nacido con complicaciones de diversas índoles. El accionar de enfermería debe ser eficaz

y eficiente, brindando el mejor cuidado posterior al nacimiento que resguarde la integridad del recién nacido para su mayor adaptación al nuevo medio.

2.4.- JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se enfocará en el estudio de los cuidados inmediatos que recibe el recién nacido en sus primeros días de vida extrauterina por parte de la licenciada en enfermería y obstetricia, guiados por la norma oficial mexicana 007- "Para la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida". Donde la licenciada en enfermería y obstetricia tiene el campo abierto para el dominio de estos cuidados procedentes de un embarazo considerado de bajo riesgo.

Los cuidados inmediatos son los que se brindan desde el momento preciso en que nace el neonato y terminan hasta que abandonan la unidad quirúrgica. Esta práctica se está perdiendo del campo de acción de la enfermería de manera que la intervención de la licenciada en enfermería y obstetricia es cada vez menos participativa o fomentada y se debe restaurar este dominio con bases y conocimientos.

La intervención del personal de enfermería en el ámbito de salud es de cada vez más profundo y bien fundamentado. Debe ser competente en su práctica para lograr el cuidado holístico que pretende alcanzar y en colaboración con otros profesionales afines, guiar al paciente y la restauración de su salud o en su caso, brindar una mejor calidad de vida.

Es fundamental el conocimiento de los cuidados inmediatos del neonato para la enfermera especialista puesto que salvaguardar la integridad del recién nacido es prioridad cuando llega a nuestras manos

2.5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con el paso del tiempo, la exigencia, el perfeccionismo la línea mínima de error va forjándose y pretende un análisis más profundo y comprensible en diversos temas, quiere no permite estas actualizaciones en su persona o profesión va quedando obsoleto e innecesario en diferentes prácticas, la humanidad va en una evolución continua y debe luchar por una adaptación a ella, ir un paso delante de sus necesidades y estar preparados para los posibles que pudieran llegar a surgir. El profesional de enfermería debe ir a la par

con el conocimiento y la evolución, su práctica exige conocimientos y dominio de su área para no decaer el avance de enfermeras pioneras en la historia como Florence Nightingale, entre otras.

El cuidado inmediato que debe brindar al recién nacido pertenece también a las Licenciadas en Enfermería y Obstetricia mencionado en la Norma Oficial Mexicana 007 *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida* práctica que se ha ido perdiendo con el tiempo, el conocimiento de los cuidados inmediatos y mediatos al recién nacido nos permite tomar nuevamente esta práctica y en esta investigación, se pretende identificar si el personal de enfermería posee esos conocimientos, para la restauración de esta práctica.

La profesión de enfermería debe seguir capacitándose, continuamente durante toda su práctica, es parte de nuestra obligación ir a la par de la evolución del medio y todo lo que eso implique, la tecnología, nuevos y mejorados procesos y técnicas, tratamientos, patologías, aspirando al conocimiento del ser humano, para brindar ese cuidado especializado que requiere, que ayudara para abrirnos más campo en nuestra área formando un equipo de elite con todo el personal de la salud.

2.6.- OBJETIVOS

2.6.1.- GENERAL

CONOCER LOS CUIDADOS INMEDIATOS QUE REQUIERE EL NEONATO EN SUS PRIMEROS MINUTOS DE VIDA EXTRAUTERINA

2.6.2.- ESPECÍFICOS

1.- Mejorar el nivel de conocimiento sobre los cuidados de enfermería para promover el uso de un lenguaje enfermero estandarizado para la ayuda en la recepción del neonato

2.- Planificar y efectuar Planes de cuidado e Intervenciones de enfermería en forma estandarizada en recién nacidos

3.- Proporcionar cuidados de enfermería individualizados que permitan la interacción con el recién nacido cuidándolo en forma holística mientras este en el servicio de toco cirugía.

2.7 METODOLOGÍA

Los métodos son comprendidos como herramientas de recolección de datos, que permitirán formular y responder preguntas para llegar a conclusiones por medio de un análisis sistemático, teórico y aplicado para algún campo de estudio. Localizan y delimitan una problemática permitiendo recolectar datos importantes para la elaboración de la hipótesis, la cual posteriormente será probada o respaldada.

2.7.1 Científico

Este método tiene la capacidad de proporcionar respuestas eficaces y probadas sobre algún campo de estudio. Ofrece un conjunto de técnicas y procedimientos para la obtención de un conocimiento teórico con validez y comprobación científica mediante el uso de instrumentos fiables, los cuales no darán lugar a la subjetividad.

Dicho método permitirá en la investigación, establecer un campo de acción basado en campos de estudios previos como molde base a seguir en el momento de elaborar un propio modelo aplicable al Hospital de Nuestra Señora de la Salud, determinando los principales factores de desgaste profesional en el personal de enfermería y diseñar las medidas correspondientes de forma que dichos factores sean disminuidos o tratados adecuadamente.

2.7.2 Inductivo

Proceso utilizado para la obtención de conclusiones generales partiendo de hechos particulares, dicho método se encuentra entre los más utilizados en los procesos de investigación. Comenzando de lo particular a lo general, se encuentra basado principalmente en la observación, estudio y experimentación de diversos sucesos reales, con el fin de elaborar una conclusión, la principal característica de este método es la

acumulación de datos. La verdad de las premisas apoya su conclusión, pero no la garantizan.

El método anteriormente mencionado, permite visualizar el problema desde una perspectiva más completa, otorgando importancia a todos los sucesos relacionados al objeto de estudio sin perder la visión original, de forma que la recolección de datos se volverá más completa. La conclusión se encontrara respaldada por las premisas resultantes de las variables a considerar.

2.7.3 Deductivo

Razonamiento empleado a deducir conclusiones lógicas a partir de una serie de premisas/ principios partiendo de lo general a lo particular. Extrae conclusiones lógicas y válidas partiendo de las premisas proporcionadas. Se requiere de un análisis o desglose para conocer el resultado, pues las conclusiones están dadas de antemano en las propias premisas, las cuales deben darse por verdaderas.

La aplicación del modelo deductivo otorgará un carácter profundo y ordenado a la investigación a realizar, estableciendo una idea específica elaborada por premisas consideradas previamente, generando una conclusión totalitaria al tomar en cuenta cada aspecto que conforma el problema de estudio, esta visión será fundamental para la elaboración del desarrollo e identificación del desgaste profesional en el personal de enfermería, así como el grado en el que se encuentra sometido.

2.7.4 Mayéutico

Método aplicado por Sócrates, integrado a la primera fase de depuración del pensamiento de prejuicios. Los elementos básicos del diálogo socrático son la pregunta, respuesta, debate y conclusión. Entre estos elementos está la idea inicial, la cual puede resultar errática o ignorada, llegando al discernimiento intelectual.

La utilidad de este método dentro del desarrollo de la investigación, radica en el razonamiento que se adquiere al ser capaz de concluir de manera independiente las conclusiones desarrolladas, otorgando complementariedad a la visión a proporcionar con los métodos pasados, dando oportunidad de desarrollar un plan de acción específico para la resolución del problema a presentar.

2.8 VARIABLES

2.8.1 Dependientes

- A mayor información pertinente y oportuna sobre los cuidados al recién nacido para el personal de enfermería.
- A mayor investigación oportuna acerca de los riesgos de la mala praxis
- A mayor capacitación para una atención de calidad al recién nacido

2.8.2 Interdependientes

- Menor incidencia de muerte neonatal.
- Menores probabilidades de padecimientos post-parto.
- Mayor riesgo de administración de medicamentos por un tiempo prolongado
- Menores complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio
- Mayor bienestar de salud para la madre y el hijo
- Menor riesgo de complicaciones durante la recepción del neonato

2.9 ENCUESTA Y RESULTADOS

TEMA: RECEPCION NEONATAL

LA SIGUIENTE ENCUESTA TIENE COMO FINALIDAD VALORAR EL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA RECEPCION NEONATAL

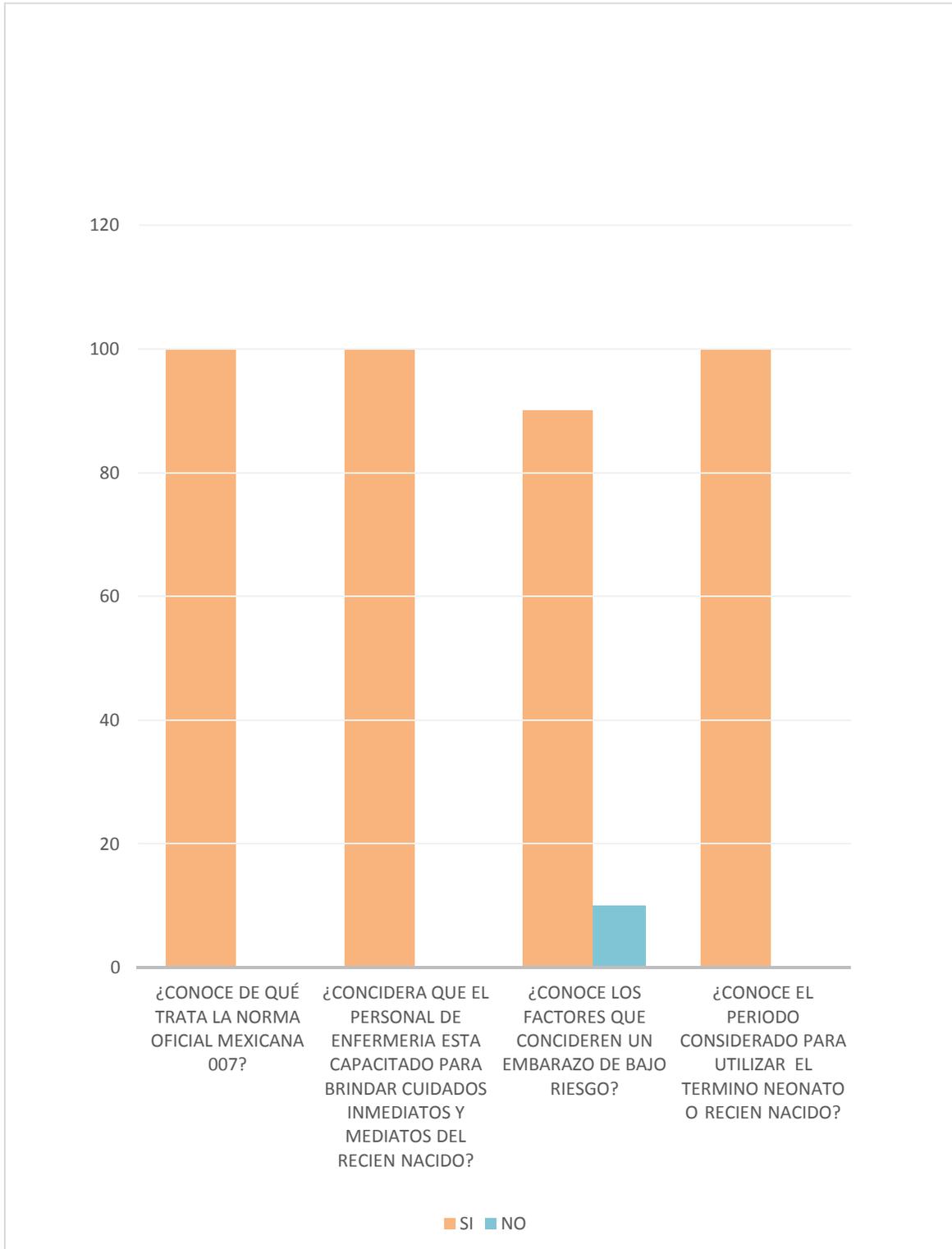
		SI	NO
1.-	¿CONOCE DE QUÉ TRATA LA NORMA OFICIAL MEXICANA 007?	100%	

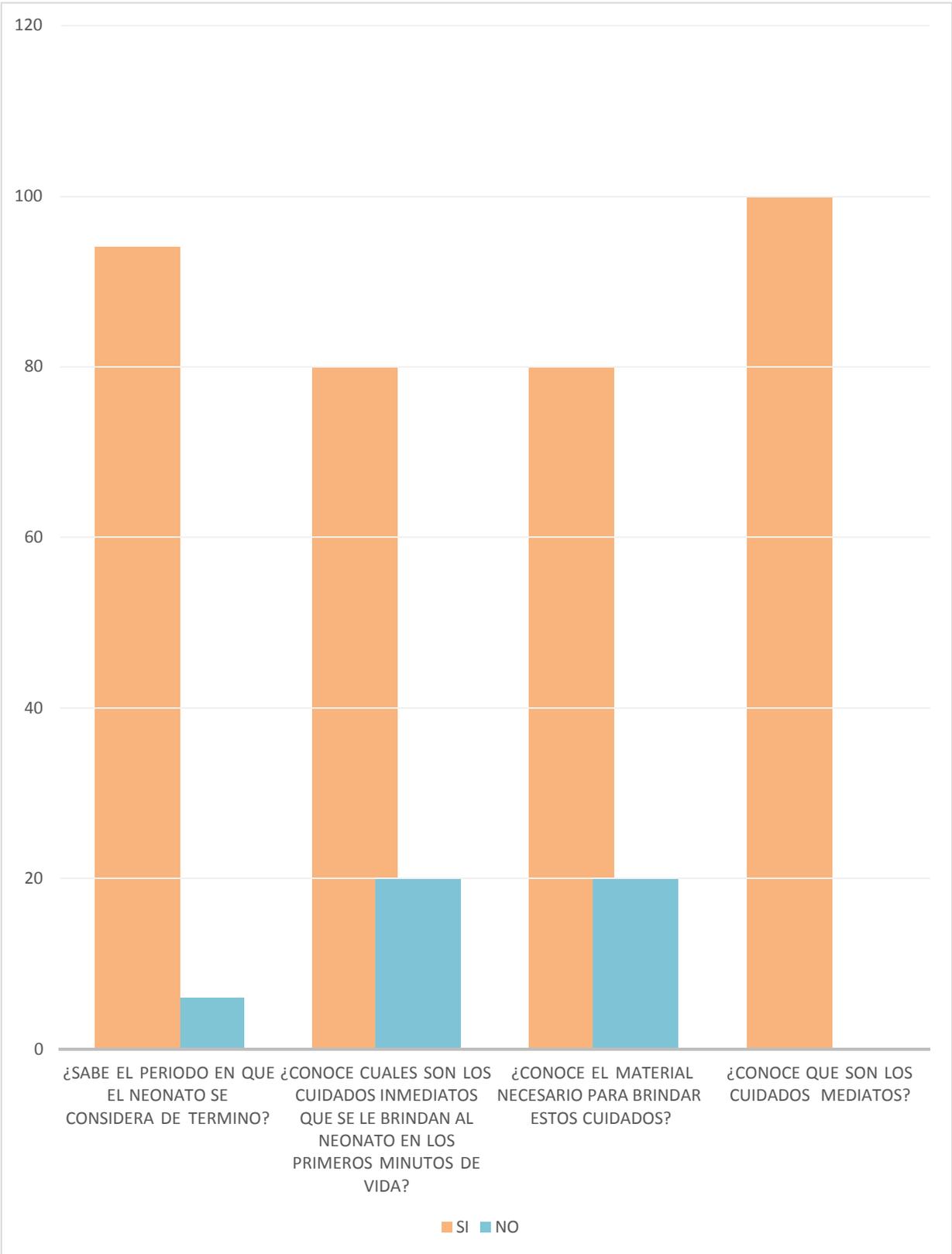
2.-	¿CONSIDERA QUE EL PERSONAL DE ENFERMERIA ESTA CAPACITADO PARA BRINDAR CUIDADOS INMEDIATOS Y MEDIATOS DEL RECIEN NACIDO?	100%	
3.-	¿CONOCE LOS FACTORES QUE CONSIDEREN UN EMBARAZO DE BAJO RIESGO?	90%	10%
4.-	¿CONOCE EL PERIODO CONSIDERADO PARA UTILIZAR EL TERMINO NEONATO O RECIEN NACIDO?	100%	
5.-	¿SABE EL PERIODO EN QUE EL NEONATO SE CONSIDERA DE TERMINO?	94%	6%
6.-	¿CONOCE CUALES SON LOS CUIDADOS INMEDIATOS QUE SE LE BRINDAN AL NEONATO EN LOS PRIMEROS MINUTOS DE VIDA?	80%	20%
7.-	¿CONOCE EL MATERIAL NECESARIO PARA BRINDAR ESTOS CUIDADOS?	80%	20%
8.-	¿CONOCE QUE SON LOS CUIDADOS MEDIATOS?	100%	
9.-	¿CONSIDERA QUE EL MATERIAL QUE SE NECESITA EN ESTE PROCEDIMIENTO DEPENDE DE LA SITUACION DEL NEONATO?	100%	
10.-	¿CONOCE QUE TEST SE PUEDEN IMPLEMENTAR EN LOS CUIDADOS INMEDIATOS DEL NEONATO?	100%	
11.-	¿CONOCE QUE ES EL TEST DEL APGAR?	100%	
12.-	¿CONOCE ALGUNOS REFLEJOS PRIMARIOS DEL NEONATO?	90%	10%
13.-	¿IDENTIFICA EL MOTIVO DE LA APLICACIÓN DE LA VITAMINA K?	100%	
14.-	EN LA SOMATOMETRIA DEL NEONATO, ¿CONOCE QUE PERIMETROS SE TOMAN DESPUES DEL NACIMIENTO?	100%	
15.-	¿IDENTIFICA LOS PARAMETROS NORMALES DEL PERIMETRO CEFALICO?	80%	20%
16.-	¿CONOCE EL PARAMETRO DE PESO NORMAL DEL NEONATO?	80%	20%
17.-	¿SABE QUE SE TRATA DE IDENTIFICAR EN EL EXAMEN DE EXPLORACION FISICA?	94%	6%
18.-	¿RECONOCE QUE SIGNOS PRESENTA UN NEONATO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA?	86%	14%

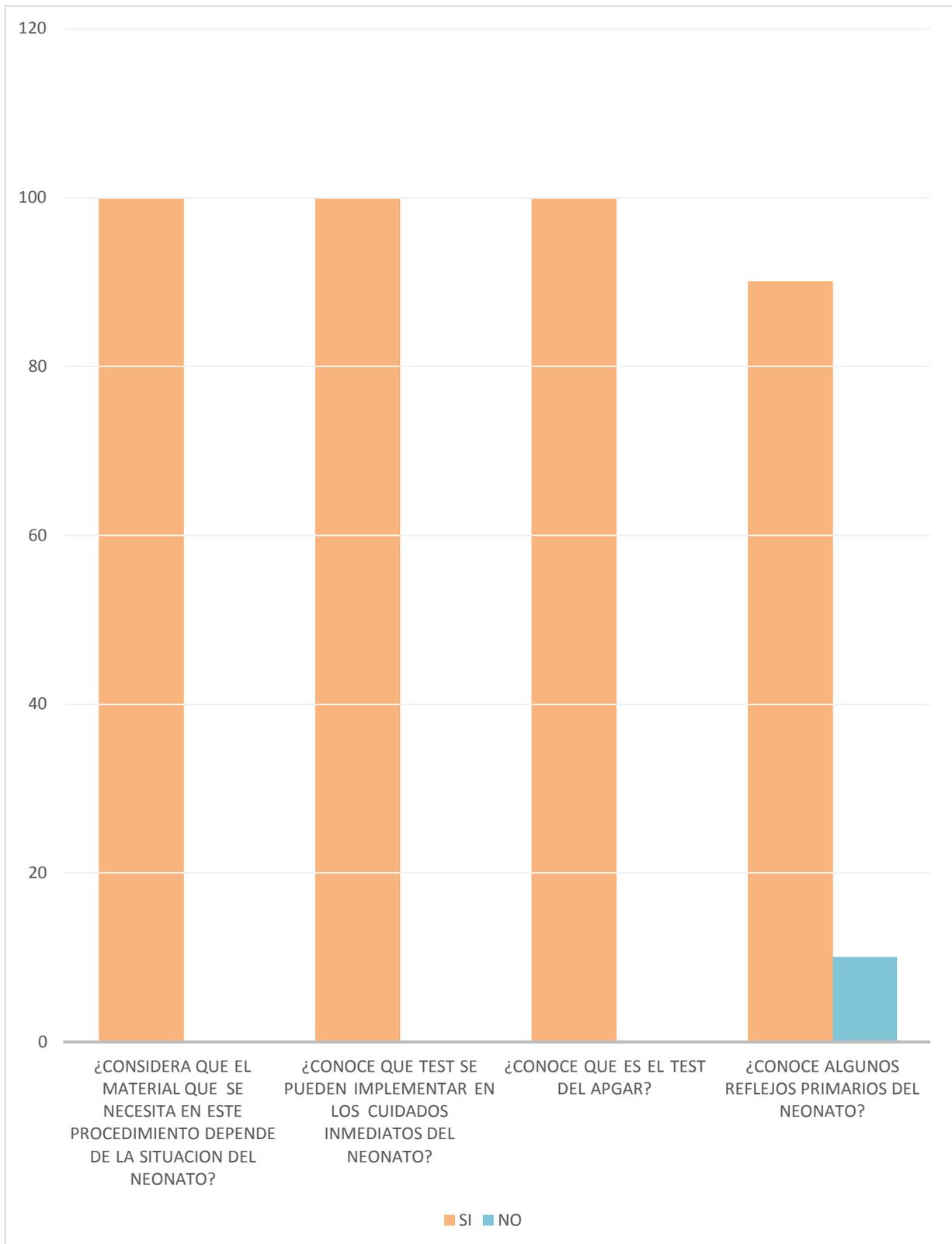
19.-	¿CONOCE LOS ELEMENTOS PARA LA IDENTIFICACION DEL NEONATO?	100%	
20.-	¿CONSIDERA QUE SE DEBE REALIZAR UN REPORTE SI EL PERSONAL DE ENFERMERIA FUE EL ENCARGADO DE LA RECEPCION NEONATAL?	100%	
21.-	¿REALIZO ALGUNA CAPACITACION EN EL AÑO?	50%	50%
22.-	¿SE INTERESA POR AUMENTAR SUS CONOCIMIENTOS CIENTIFICOS?	100%	
23.-	¿PARTICIPA VOLUNTARIAMENTE EN ACTIVIDADES DE PREVENCION, EN MEJORA DE SU SERVICIO?	100%	
24.-	¿CUENTA CON LOS INSUMOS NECESARIOS EN LA APLICACIÓN DE SUS PROCEDIMIENTOS?	50%	50%
25.-	¿COLABORA CON SUS COMPAÑEROS CUANDO LO REQUIEREN?	100%	
26.-	¿SE INFORMA SOBRE LOS ASPECTOS ETICOS Y LEGALES DE SU PROFESION?	90%	10%
27.-	¿CREE QUE ESTE BIEN APLICADA LA TECNICA DE RECEPCION DEL RECIEN NACIDO EN EL HOPITAL EN DONDE REALIZA SU LABOR?	86%	14%
28.-	¿SABE LA IMPORTANCIA DE LA PROFILAXIS UMBILICAL?	100%	
29.-	¿SABE CUAL ES LA TECNICA DE LA BIOSEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS?	90%	10%
30.-	¿CONSIDERA QUE CUALQUIER PERSONA TRABAJADORA DEL AREA DE LA SALUD PODRIA REALIZAR ESTE PROCEDIMIENTO?	90%	10%
31.-	¿CONSIDERA QUE LA APICACION DE LAS NORMAS ES LA CORRECTA EN EL HOSPITAL QUE LABORA?		100%
32.-	¿SE CUMPLE CON EL TIEMPO ESTIMADO PARA REALIZAR CADA PROCEDIMIENTO?		100%
33.-	¿CONSIDERA QUE LA TECNICA DE LAVADO DE MANOS SE APLICA CORRECTAMENTE?	80%	20%
34.-	¿LA COLABORACION CON COLEGAS ES BUENA DURANTE EL TRABAJO?	94%	6%
35.-	¿CONSIDERA QUE UN ESTUDIANTE PODRIA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO?	100%	

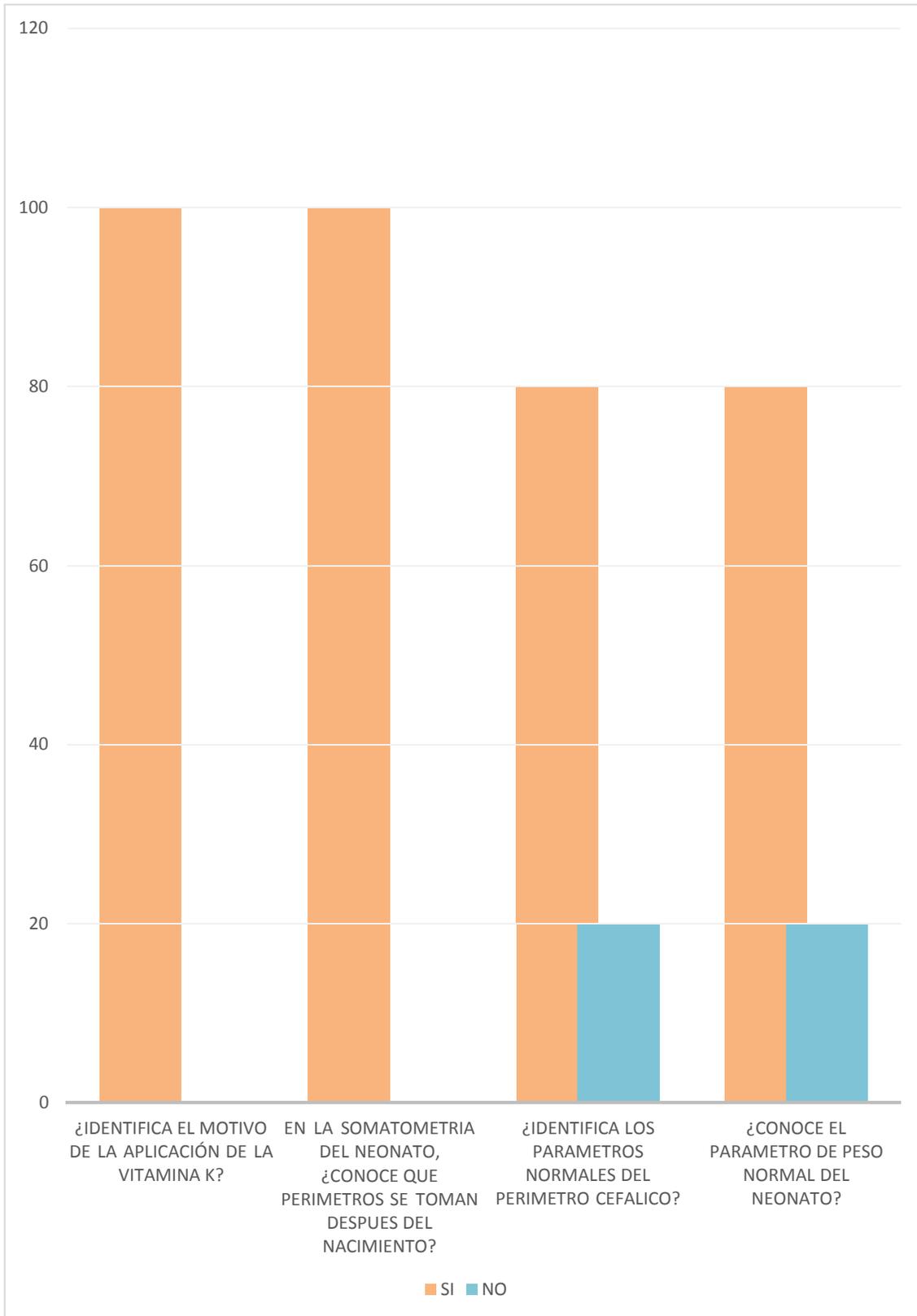
36.-	¿LOS CUIDADOS O INTERVENCIONES QUE REALICE UNA ENFERMERA CON ANTIGÜEDAD DEPENDE DE SUS AÑOS DE EXPERIENCIA?	100%	
37.-	¿CONSIDERA QUE UNA ESTUDIANTE PODRIA CAPACITARSE PARA REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS?	100%	
38.-	¿CONSIDERA QUE LA ASPIRACION DE SECRECIONES SERA PARA TODOS LOS NEONATOS?	100%	
39.-	¿LA ENFERMERA QUE REALICE EL PROCEDIMIENTO DE RECEPCION NECESITARA AYUDA?	90%	10%
40.-	¿CONSIDERA QUE ES NECESARIO EL LAVADO QUIRURGICO EN LA APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO?	80%	20%
41.-	¿LOS RECIEN NACIDO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA SERAN CANALIZADOS AL SERVICIO DE CUNERO?		100%

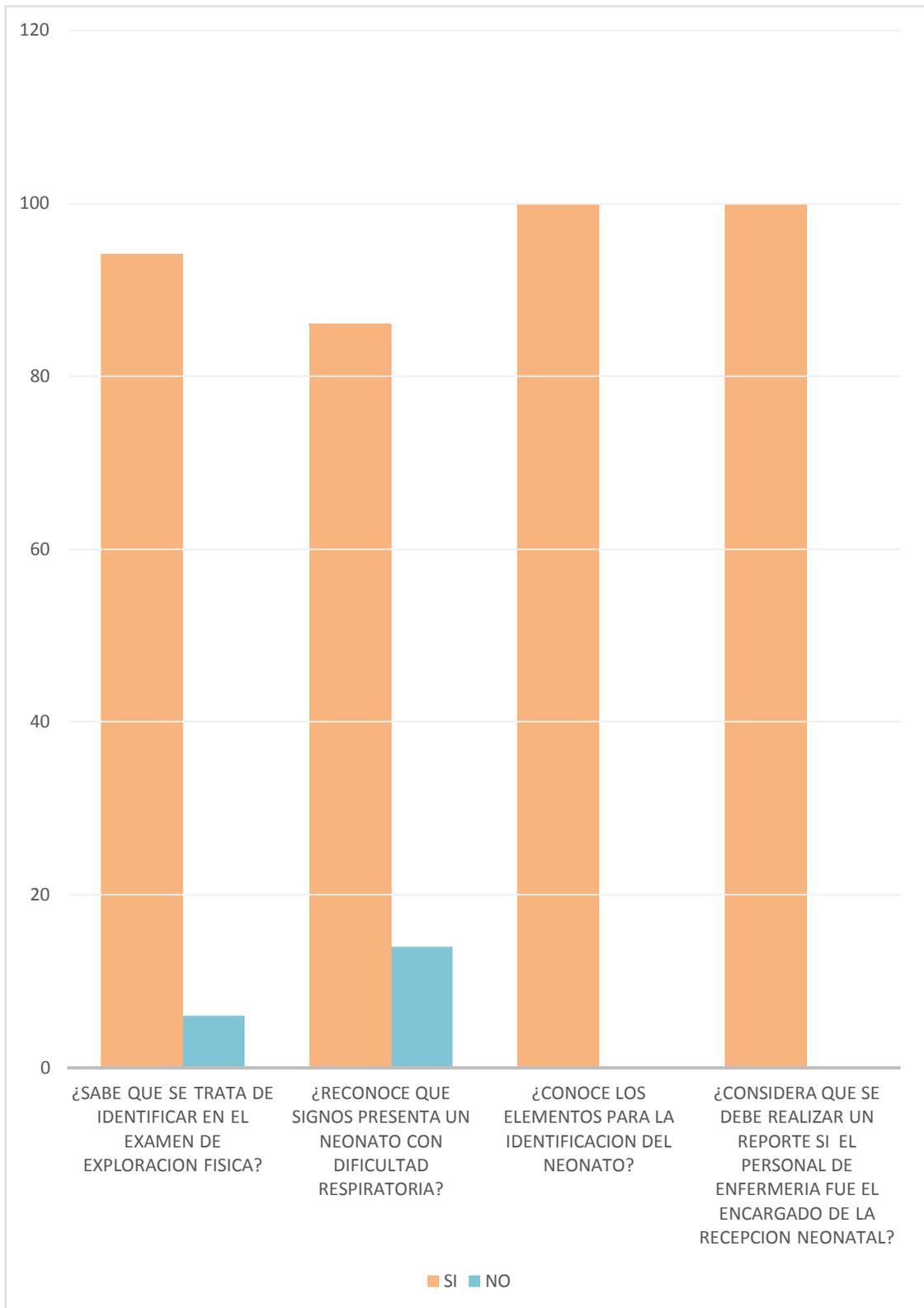
2.10 GRAFICADO

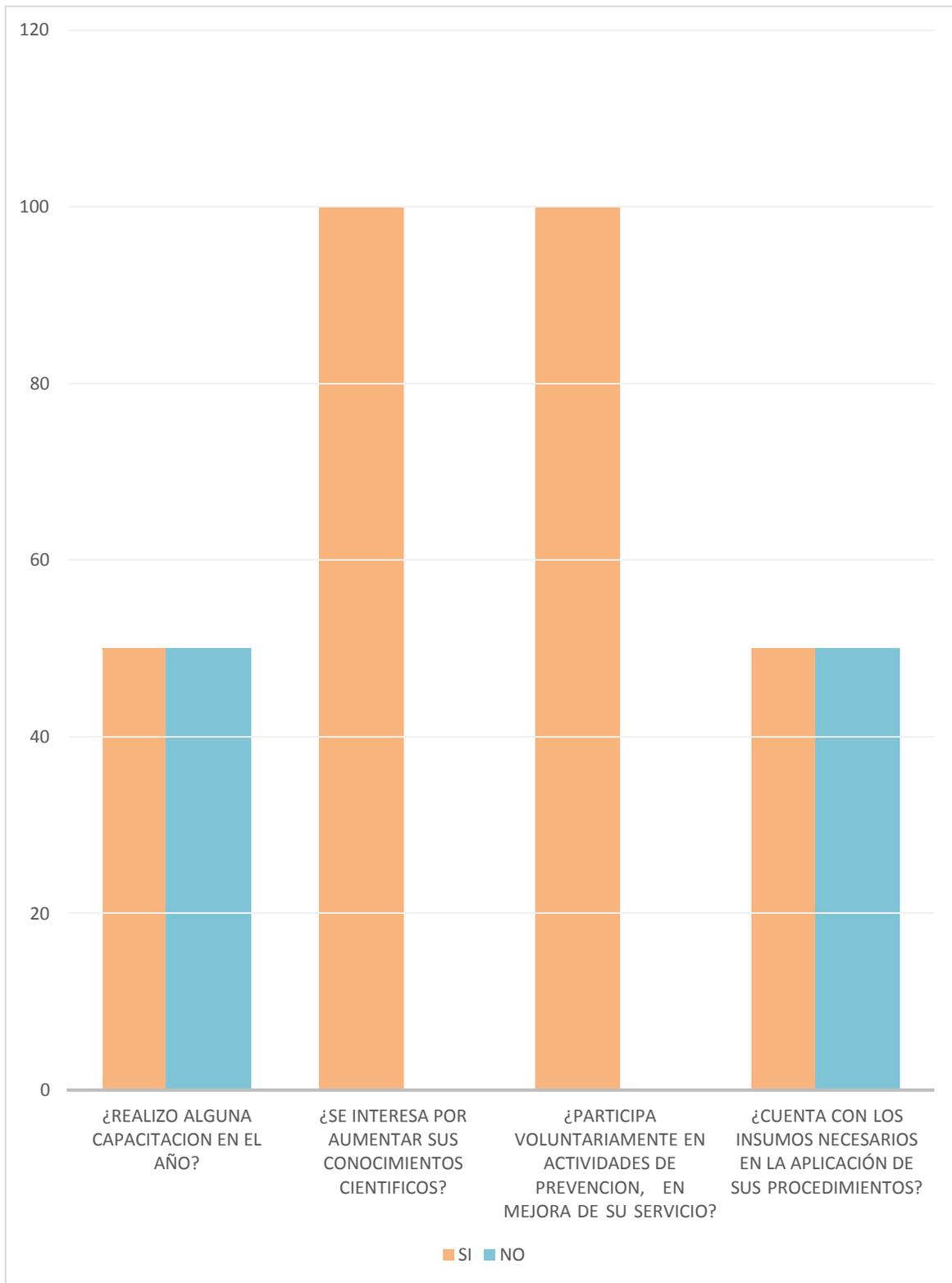


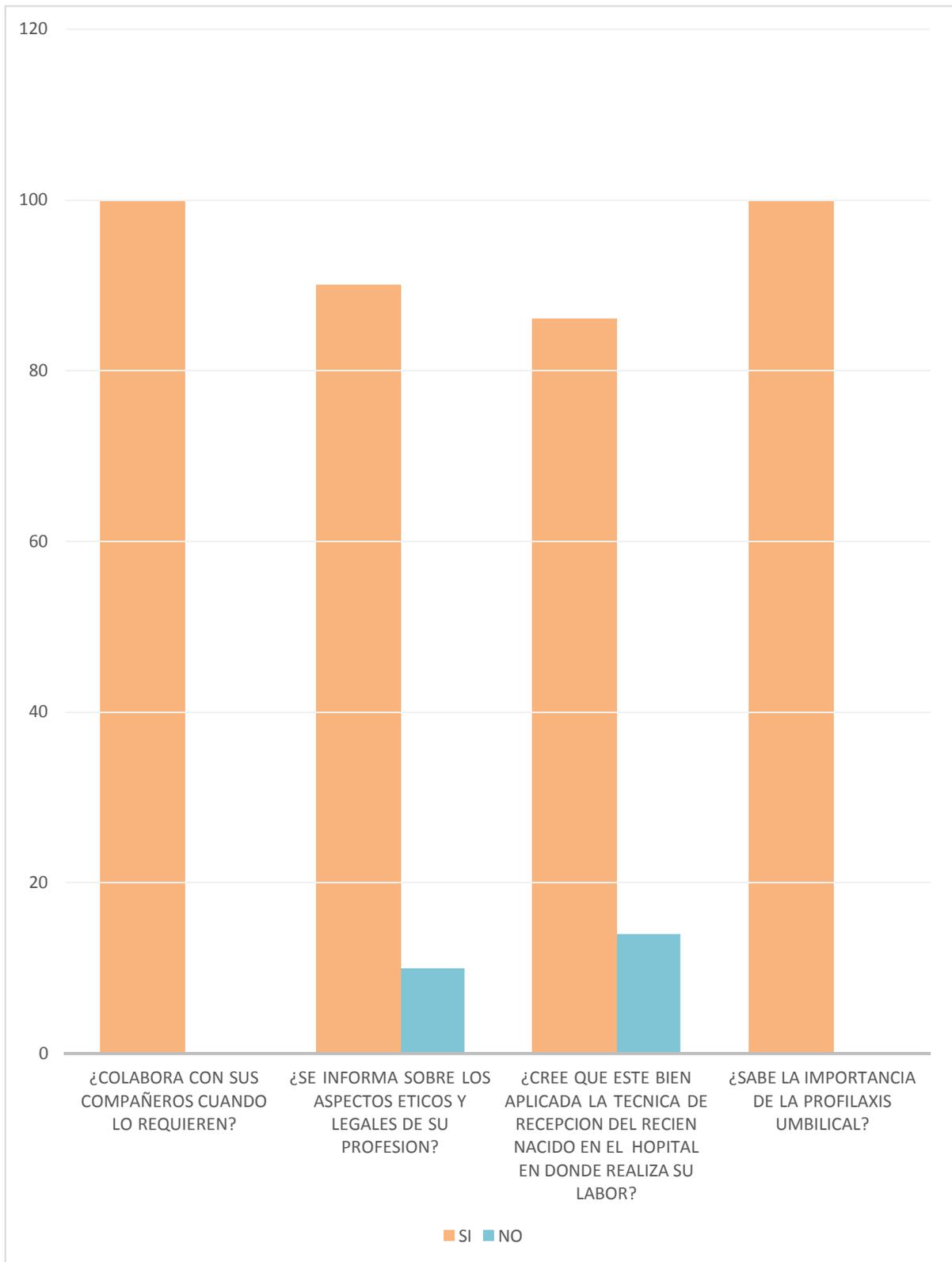


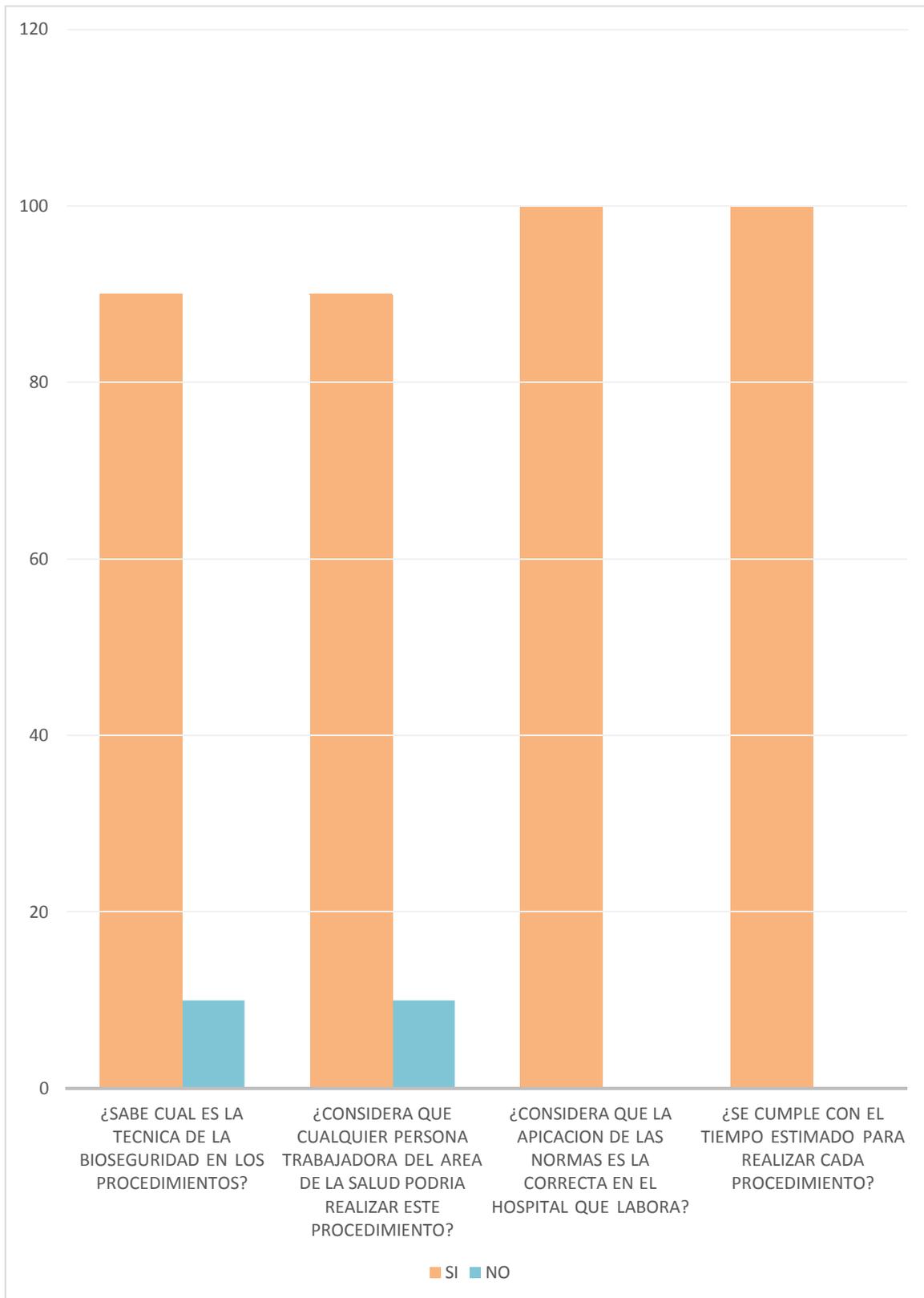


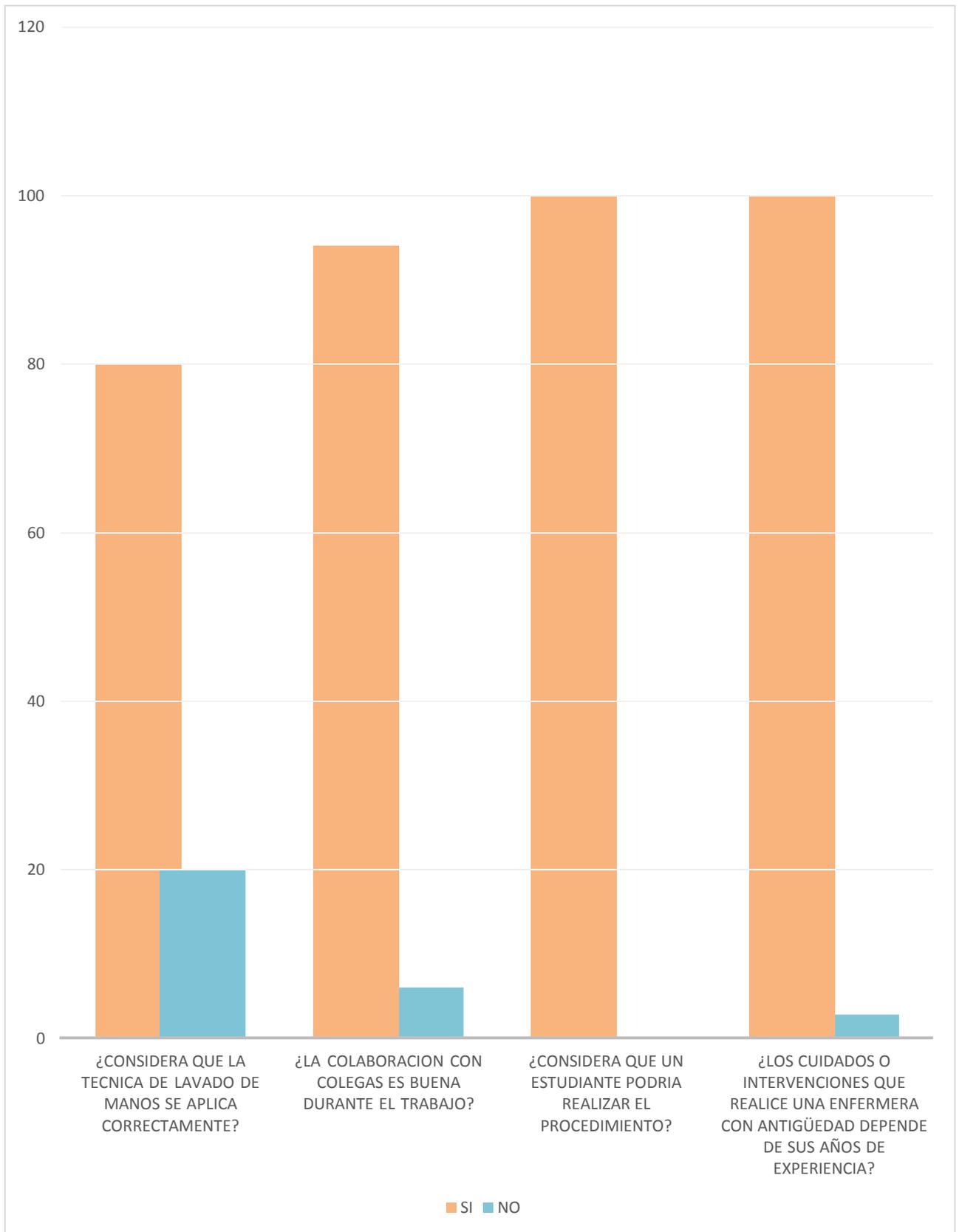


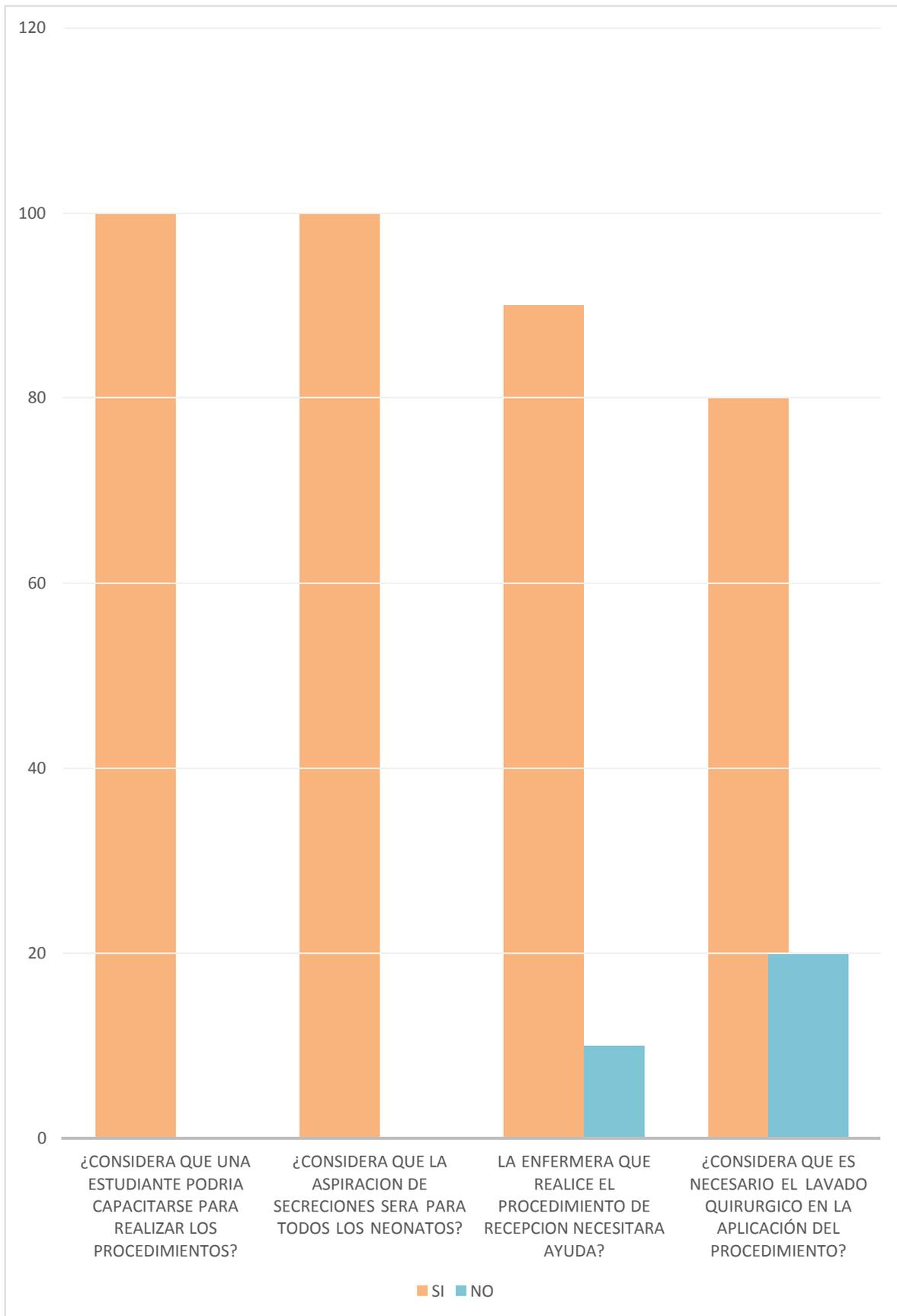


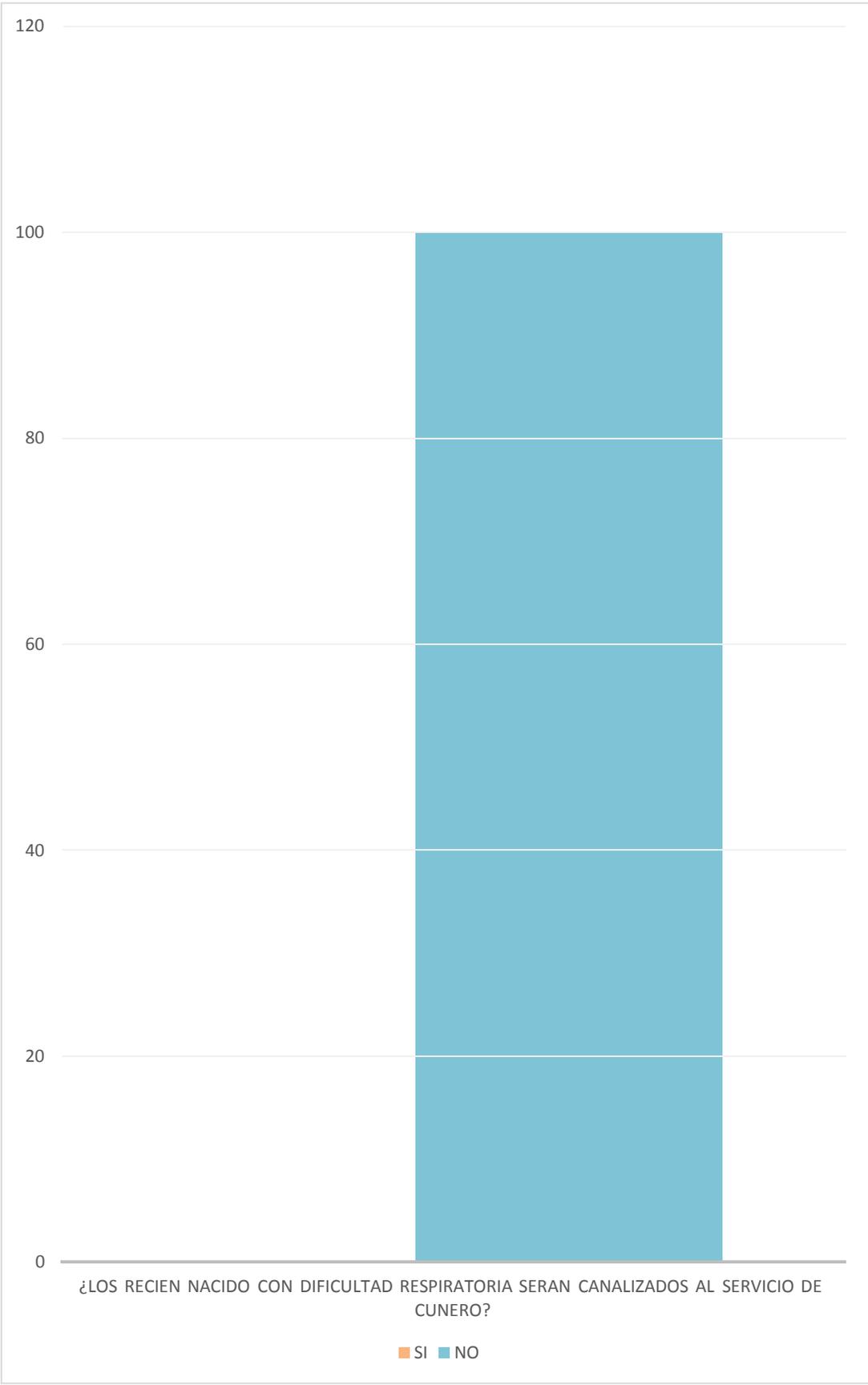












3.- GENERALIDADES

3.1 LA CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD.

La palabra “salud” tiene tres características que hacen muy difícil encontrar una visión única y universal:

- Puede ser usada en muy diferentes contextos;
- Se parte de presupuestos básicos distintos;
- Resume aspiraciones e ideales en torno al estado de vida que se desea alcanzar.

Las ideas de salud y de enfermedad han ido siempre unidas, existiendo un binomio salud-enfermedad que se mantiene y ha experimentado cambios con el tiempo. Trataremos de analizar estos cambios, fundamentalmente producidos en la idea de salud, observando cómo se ha construido el concepto actual, y lo haremos en función de los diferentes contextos sociales y de la evolución que ha experimentado el concepto de enfermedad.

3.2 MEDICINA

Es la ciencia y arte que trata de la curación, prevención de la enfermedad y del mantenimiento de la salud. El origen del término se deriva del vocablo latino "medicinam" proveniente de *medero* que significa "curar, cuidar, medicar".

3.3 GINECOLOGÍA

(del griego γυναικα *gynaika* "mujer") que significa literalmente *ciencia de la mujer* y en medicina hace referencia a la especialidad médica y quirúrgica que estudia el sistema reproductor femenino (útero, vagina y ovarios)

3.4 OBSTETRICIA

La obstetricia o tocología es la especialidad médica que se ocupa del embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo las situaciones de riesgo que requieran de una intervención quirúrgica.

3.5 EMBARAZO

Estado fisiológico pasajero de la mujer, se inicia con la unión del ovulo con el espermatozoide (FECUNDACION) y termina con el nacimiento de un nuevo ser.

A pesar de ser un proceso fisiológico natural a la mujer embarazada se le denomina paciente debido a que el embarazo es una entidad clínica capaz de desarrollar una patología grave o mortal, su duración para llamar el producto de término será un total de 37 a 42 semanas de gestación.

Los productos de la gestación o de la concepción son:

- ✓ Embrión
- ✓ Membranas ovulares o amnióticas
- ✓ Placenta o trofoblasto
- ✓ Cordón umbilical
- ✓ Líquido amniótico

3.6 PARTO

Proceso por el que la mujer o la hembra de una especie vivípara expulsa el feto y la placenta al final de la gestación; consta de tres fases:

- ✓ la fase de dilatación,
- ✓ la de expulsión
- ✓ la placentaria o de alumbramiento.

3.7 TIPOS DE PARTO

3.7.1 Parto normal o de 'bajo riesgo'.

Se define como un proceso fisiológico de comienzo espontáneo por el cual el feto, la placenta y anejos fetales salen al exterior de la mujer. Ocurre entre las semanas 37 y 42 completas. Después de dar a luz tanto la madre como el bebé se encuentran en buenas condiciones. Atendiendo a esta definición se podrían considerar de 'bajo riesgo' entre el 70-80% de todas las gestantes. En este tipo de partos en bebé nace de manera vaginal

espontánea, sin ningún instrumento, y a la madre no se le administra ni oxitocina intravenosa, ni se le rompen de manera artificial las membranas (bolsa).

3.7.2 Parto inducido o estimulado.

Es aquel en el que el profesional sanitario provoca de manera artificial el inicio del trabajo de parto, o bien controla su evolución mediante el uso de medicamentos o maniobras que aceleran el trabajo de parto (oxitocina, prostaglandinas, rotura de membranas de manera artificial.). Este tipo de parto tiene muchas posibilidades de terminar en una cesárea o en un parto instrumental.

3.7.3 Parto instrumental:

Es aquel parto que puede ser tanto inducido, como haber comenzado de manera espontánea, que acaba con la necesidad durante el periodo expulsivo de la utilización por parte del ginecólogo de algún instrumento para poder extraer al bebé. El periné de la madre suele sufrir bastante durante estas maniobras y a un porcentaje muy alto se le tendrá que practicar episiotomía.

El doctor según valore optará por fórceps, ventosa convencional, espátulas o ventosa tipo kiwi (ejerce un menor vacío, se puede considerar la más light de todos los instrumentos).

3.7.4 Parto por cesárea:

Es una intervención quirúrgica en la que se realiza una incisión en el abdomen y útero de la madre para extraer a través de ella a su hijo. Se lleva a cabo cuando el ginecólogo determina que puede existir un riesgo para la madre o el bebé el parto por vía vaginal. Puede ser realizada de urgencia (si durante el trabajo de parto el bienestar de la madre o del bebe se ven afectados) o de manera programada (cuando la causa hace que no sea seguro intentar el parto vaginal)

3.8 ETAPAS DEL PARTO

3.8.1 Primera fase del parto: Dilatación

La primera fase del parto va desde su inicio hasta la dilatación completa del cuello uterino. Los médicos o comadronas utilizan una definición para hacer un “diagnóstico de inicio de parto”. Los criterios que se utilizan no son exactamente iguales entre países o sociedades científicas. Pero de forma muy general casi siempre consideran tres factores:

- **Tiene que haber contracciones seguidas, al menos dos cada 10 minutos.**
- **El cuello del útero, o cérvix en términos técnicos, tiene que estar dilatado, normalmente 3 cm o más.**
- **El cuello del útero tiene que estar acortado, o como se suele denominar técnicamente “borrado”, al menos en un 50% respecto a su longitud.**

Son criterios siempre algo subjetivos, y por este motivo utilizar tres criterios reduce las diferencias en la interpretación y facilita que los profesionales sepan con bastante precisión que el parto se ha iniciado y que a partir de ese momento empezamos a "contar el tiempo" de verdad.

La dilatación es la fase más larga del parto. En un primer parto puede durar de 8 hasta 12 horas, o incluso más. No es verdaderamente importante mientras el bebé y la mamá estén bien. En general, la duración de la fase de dilatación es más corta en el segundo parto y posterior, aunque siempre puede haber excepciones.

A lo largo de la fase de dilatación, las contracciones del útero son cada vez más frecuentes y duran más tiempo. Durante esta fase, y como indica su nombre, se produce poco a poco la dilatación del cuello uterino. Al mismo tiempo, la cabeza del feto “entra” en la pelvis (o “se encaja” en términos técnicos) y empieza a descender hacia la vulva, lo cual se define técnicamente como “descenso”. El feto debe atravesar la pelvis de la madre, que forma un canal algo irregular, de pocos centímetros de largo. Este descenso es lento, y por ello tarda unas horas en atravesar. El canal es estrecho y la cabeza pasa, pero de forma justa, por ese canal. En la mayoría de los casos, la cabeza del feto se adapta muy bien a la pelvis y puede aprovechar el mejor ángulo para pasar en cada nivel de ella.

Los profesionales que controlan el parto utilizan para entenderse unos planos imaginarios para saber “a qué altura” está el feto en la pelvis materna. Reciben el nombre de planos de Hodge, y son 4 planos. En el primer plano, el feto está entrando en la parte superior de la pelvis. En el cuarto plano, su cabeza está ya saliendo de la pelvis, entre el pubis y el coxis, preparada para salir. Normalmente en la fase de dilatación el feto pasa del primer al tercer plano, y en la siguiente fase ya pasa al cuarto plano. Pero esto es una regla muy general y pueden haber grandes diferencias en cada mujer y parto.

3.8.2 Segunda fase del parto: Expulsivo

La fase de expulsivo empieza cuando se alcanza la dilatación completa y acaba en el momento en que el feto sale completamente al exterior. Se llama dilatación completa porque en ese momento el cuello del útero se ha dilatado tanto que forma un solo conducto con la vagina. Más o menos corresponde aproximadamente a 10 cm, pero el tamaño exacto cambia en cada caso.

Durante esta fase, es normal que la mujer empiece a notar una necesidad de apretar, muy parecida a la de hacer de vientre. Los pujos de la madre son una ayuda importantísima para ayudar el feto a salir. En un parto normal, el bebé sale mirando hacia la espalda de su madre. Esto es debido a la forma ovalada de la última parte estrecha que tiene que atravesar en la pelvis, entre el pubis y el coxis. Casi todos los partos ocurren así, porque es la forma más eficiente para salir. De forma natural el feto adapta su cabeza, como si fuese un obús, para poder salir ocupando el menor espacio posible.

Esta fase expulsiva puede durar desde una a dos horas habitualmente, pero si se ha administrado anestesia epidural puede ser más larga. Igual que con la dilatación, suele ser más rápido cuando la mujer ha tenido más hijos.

La salida del bebé

Dentro de la fase del expulsivo, evidentemente el momento más importante para los padres es la salida de la cabeza. También es el momento más importante para el profesional, que deberá poner la máxima atención para que todo transcurra de la forma más natural posible y, a la vez, de forma controlada. Es importante que la cabeza del bebé salga lentamente para evitar una descompresión brusca y que se proteja el periné (espacio entre el ano y la vagina materna). Es normal que la mujer sienta la necesidad de empujar muy fuerte en el momento en que sale la cabeza, pero es importante controlar esta fuerza para asegurar que la salida sea lo más suave posible. En ese momento, la ayuda de un profesional experimentado es fundamental, porque ayuda a la salida lenta de la cabeza y, a continuación, de los hombros, protegiendo en todo momento el periné de la madre. Una vez estén fuera cabeza y hombros, el resto del cuerpo saldrá al exterior sin ninguna dificultad.

La protección del periné es muy importante antes de que salga la cabeza fetal por él. Si se considera que el periné no se distiende bien, especialmente en las mujeres para las que es el primer parto (primíparas), en ocasiones se realiza una episiotomía (un pequeño corte) para reducir el riesgo de que se produzca un desgarro. La necesidad de episiotomía es mucho menor si se ha preparado el periné, si el parto y el expulsivo han podido transcurrir con un tiempo adecuado para que el periné se adapte poco a poco. Por supuesto, la necesidad es muy baja en los siguientes partos.

Una vez el bebé está finalmente fuera, se colocará sobre el pecho de la madre para guardar contacto con ella, piel a piel.

3.8.3 Tercera fase del parto: Alumbramiento

Aunque es habitual utilizar este término como sinónimo de parto, en medicina esta tercera fase hace alusión, en realidad, a la salida de la placenta. El parto no ha acabado técnicamente hasta que sale la placenta y las membranas ovulares. Una vez vaciado el útero, se ponen en marcha unas señales que hacen que la placenta se desprenda y se expulse. Es un proceso muy delicado porque la placenta recibe muchísima sangre. Por ello, inmediatamente después de desprenderse la placenta, la madre tiene una gran contracción

uterina continua. El útero se cierra fortísimo, como un puño, y esto evita el sangrado que aparecería después del desprendimiento de la placenta.

En ocasiones a la placenta le cuesta salir y se considera que es mejor actuar, porque es una de las causas de hemorragia postparto. Es una de las complicaciones más frecuentes en entornos en los que no hay profesionales. En la historia ha sido una de las causas más frecuentes de muerte materna en el parto, y por desgracia todavía lo es en algunas partes del mundo. En medios con recursos, es una complicación muy importante y que requiere atención muy urgente y especializada. Pero hoy en día se dispone de muchísimas armas terapéuticas y la hemorragia postparto se consigue controlar en prácticamente todos los casos, de forma que la mortalidad materna por esta causa se ha reducido casi a cero.

3.9 PUERPERIO

Puede definirse como el periodo de tiempo que va desde el momento en que el útero expulsa la placenta hasta un límite variable, generalmente 6 semanas, en que vuelve a la normalidad el organismo femenino. Se caracteriza por una serie de **transformaciones progresivas** de orden anatómico y funcional que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas (involución puerperal). Tras un parto, siempre quedan señales indelebles que indican que lo hubo, aún después de muchos años, sobre todo si el parto fue intervenido.

La involución, especialmente del aparato genital, y el establecimiento de **la lactancia**, son los hechos más característicos del puerperio, condicionando en general esta última que no se recupere el ciclo menstrual hasta al cabo de unos meses, incluso años, si la lactancia es a demanda y prolongada.

3.9.1 TIPOS DE PUERPERIO

Este periodo de tiempo se **divide clásicamente** en:

- ✓ **Puerperio inmediato:** las primeras 24 horas.
- ✓ **Puerperio precoz o propiamente dicho:** desde el 2 al 7-10 días (primera semana).
- ✓ **Puerperio tardío:** hasta los 40-45 días (retorno de la menstruación).

4.- LA CUARENTENA EN EL POSTPARTO

La cuarentena es la manera tradicional con la que se conoce al periodo postparto del puerperio, una etapa que dura entre seis y ocho semanas y que se caracteriza por el retorno a la normalidad de todos los cambios orgánicos y fisiológicos que se sucedieron en el embarazo y el parto.

La cuarentena es definida por el Diccionario de la Real Academia como "Tiempo de 40 días, meses o años". En otra de sus acepciones tenemos que significar "Aislamiento preventivo a que se somete durante un período de tiempo, por razones sanitarias, a personas o animales".

Pero, como vemos, ni la cuarentena se reduce a cuarenta días ni la mujer se ha de aislar. No obstante, la segunda acepción que hemos visto ha teñido de ciertos mitos el periodo del puerperio, en el que la mujer no es una enferma, pero sí está sufriendo cambios y necesita la recuperación.

Y no olvidemos que los cambios en la cuarentena son no solo físicos, sino también emocionales, y en ambas vertientes nos vamos a centrar a continuación, porque ambas vertientes han de ser tenidas en cuenta y comprendidas tanto por la propia mamá como por su entorno.

4.1- CAMBIOS FÍSICOS EN LA MADRE DURANTE LA CUARENTENA

A lo largo de los nueve meses el útero ha crecido considerablemente, pasando de unos 6'5 centímetros a 32-33 centímetros y aumentando de unos 60 gramos a más de 1000 al final del embarazo. El proceso de involución uterina tras el parto comienza tras dar a luz y se produce a lo largo de las primeras semanas, volviendo a su estado inicial.

Este proceso va acompañado de los loquios del postparto, que son las secreciones vaginales en las que se expulsa sangre, vernix caseosa, moco cervical y tejido placentario a lo largo de las primeras cuatro semanas.

Al principio, la involución uterina y la expulsión de los loquios son favorecidas por los entuertos o contracciones postparto. Son contracciones intensas y frecuentes durante las primeras 24 a 48 horas tras haber dado a luz (aunque duran alrededor de una semana con menos intensidad). Son un proceso normal que ayuda a volver el útero a su estado normal, además de facilitar el sellado de las bocas arteriales que quedan abiertas tras haber dado a luz.

El parto traumatiza localmente a la vejiga y la uretra, por lo que durante las primeras horas e incluso días tras el parto algunas mujeres no pueden orinar con facilidad y otras sufren de pérdida de sensibilidad al deseo de orinar. Estas situaciones se corrigen espontáneamente al ceder la inflamación local en 48-72 horas.

Al principio también puede haber estreñimiento en el postparto y dificultades para defecar si se ha llevado a cabo una lavativa y si hay hemorroides, porque además los músculos abdominales quedan distendidos tras dar a luz.

Por otra parte, aparecen otros cambios, especialmente en los senos, para permitir la adecuada nutrición de un nuevo bebé gracias a la lactancia materna. La subida de leche tras el parto se produce entre las 30 y las 72 horas posteriores al parto, provocando ciertas molestias en la madre que, poco a poco, con el establecimiento adecuado de la lactancia, se disipan.

Las mamas aumentan de tamaño, consistencia, temperatura y se pueden apreciar las venas superficiales. Como sabemos, inicialmente secretarán el calostro, que le proporciona al bebé todo lo que necesita durante los primeros días, y al partir del tercer o cuarto día empezará a ser una leche más blanca.

Los pezones pueden sufrir la succión del bebé, sobre todo si el agarre no es correcto, por lo que es frecuente durante el puerperio que la madre sufra grietas (aunque estas se pueden prevenir) u otras molestias. Pero amamantar, aunque suele doler, no debería doler, por lo que en estos casos hay que ver lo que produce el dolor. Recuerda pedir consejo a los profesionales sobre la forma de agarre si los dolores persisten.

Finalmente, hemos de hablar de la recuperación durante la cuarentena de posibles heridas como la episiotomía o la cesárea, que necesitan de las curas pertinentes para evitar complicaciones dolorosas como la infección.

Y la madre también ha de recuperarse de molestias importantes muy frecuentes como el entumecimiento del perineo o las hemorroides postparto.

Todas estas limitaciones físicas van a hacer que necesitemos cierta ayuda al principio del postparto para realizar tareas tan sencillas como levantarse de la cama para ir al baño o poner al bebé en el cambiador. Además, todas estas secuelas del parto, junto al frecuente cansancio y debilidad, harán que hasta pasado el periodo de cuarentena normalmente no se reinicien las relaciones sexuales completas.

Alrededor de las cuatro o las seis semanas de haber dado a luz se suele concertar una cita con el ginecólogo para realizar un control y comprobar que la recuperación está siendo positiva. Es el momento de plantear las dudas que tengamos.

4.2- UN PERIODO SENSIBLE DE RECUPERACIÓN

La cuarentena es un periodo en el que, junto a los cambios físicos que acabamos de ver, se producen cambios emocionales importantes. Por lo tanto, la recuperación no solo ha de ser física sino que también psicológicamente necesitamos un tiempo para adaptarnos a la nueva situación.

Ya os comentamos algunas claves para "sobrevivir" en casa con el bebé, y es que se trata de una etapa sensible y difícil en ocasiones en la que tal vez necesitemos ayuda para ocuparnos del bebé, de la casa y en la que necesitaremos tiempo para ir conociendo a nuestro bebé y a nuestro nuevo cuerpo.

Es probable que nos desconcierte el llanto del bebé, que lo sintamos como un extraño, que pensemos que no tenemos tiempo para nada, que se acabó la intimidad con la pareja o que no podemos atender a los hijos mayores... y frecuentemente se olvidan las propias necesidades.

Pero es importante recordar en este proceso de recuperación que el cuerpo y la mente necesitan su tiempo para estar en forma y que tenemos nuestras necesidades. Muchas madres sienten ansiedad y tristeza que puede derivar en los casos más graves en depresión postparto, por ello el entorno ha de estar atento a las señales y ayudar en lo que pueda a la madre.

El cansancio, la posible desilusión por cómo ha ido el parto, las dificultades con la lactancia, el sentirse relegada a un papel secundario, el sentimiento de incapacidad, el rechazo del nuevo cuerpo, los desajustes en la relación de pareja... son solo algunos de los factores que pueden revolucionar aún más si cabe nuestra mente, pero están dentro de lo "normal". Si la tristeza se alarga varias semanas y afecta a la relación o el cuidado del bebé hay que consultar al especialista.

En definitiva, el trabajo para dar a luz a nuestro bebé ha sido grande y los cambios que empezamos a descubrir en nuestras vidas, aún mayores. Durante la cuarentena o el puerperio la madre necesita recuperarse y adaptarse a la nueva situación, conociendo al bebé, estableciendo un vínculo que durará toda la vida.

Si no hay complicaciones, el puerperio será estrictamente fisiológico, lo que supone que el cuerpo de la madre sufre una serie de cambios físicos encaminados a devolver la normalidad a todo su organismo:

4.3.- ELIMINACIÓN DEL AGUA:

Aumenta la eliminación (aproximadamente dos litros) del agua acumulada en los tejidos durante el embarazo, a través del sudor y la orina.

4.4.- PÉRDIDA DE PESO:

El parto, la eliminación del exceso de agua, la involución del aparato reproductor y la lactancia hacen por sí solos que la madre llegue a perder hasta un 12,5% del peso que tenía antes del parto.

4.5.- CAMBIOS EN EL APARATO CIRCULATORIO:

Se recupera una frecuencia cardíaca normal y las paredes venosas recuperan su tono habitual, haciéndose más resistentes. Tras la primera semana también se normalizarán los nódulos hemorroidales.

4.6.- CAMBIOS HORMONALES:

Al cabo de una semana de producirse el parto, los estrógenos, la progesterona y la gonadotropina coriónica humana recuperan los niveles normales. Sin embargo, aumenta significativamente la secreción de prolactina en tanto se mantiene la lactancia materna. El resto de las glándulas endocrinas también recuperan su función habitual.

4.7.- REDUCCIÓN DEL VOLUMEN ABDOMINAL:

Con ello se elimina la presión sobre el diafragma, el estómago, el intestino, la vejiga y los pulmones. Como consecuencia, en poco tiempo se mejora la función respiratoria, la capacidad de la vejiga y se recupera el apetito y la actividad intestinal normal.

4.8.- ALTERACIONES DE LA PIEL:

Desaparece la pigmentación de la piel adquirida durante la gestación en la cara, la línea alba y la pulpa. Sin embargo, la piel del abdomen queda flácida en la medida en que el útero recupera su volumen normal y los músculos su elasticidad.

4.9.- DESCENSO DE LA ACTIVIDAD INMUNITARIA:

Durante el puerperio se reduce la capacidad de respuesta del sistema inmunitario ante la actividad de los gérmenes, por lo que si la madre sufre algún tipo de infección antes del parto, ésta se puede agudizar.

4.9.1.- Cambios en el aparato genital:

El tamaño del útero llega a aumentar entre 30-40 veces durante la gestación. En el puerperio se reduce nuevamente, pero de forma progresiva, mediante un mecanismo al que se denomina involución uterina. Los últimos restos del parto (loquios) se eliminan durante los dos o tres primeros días. En lo que respecta al cuello del útero, éste recupera sus dimensiones normales un mes después del parto. La vagina lo hace a los diez días.

4.10.- REANUDACIÓN DE LA MENSTRUACIÓN:

El tiempo que tarda en restablecerse la regla depende de si la madre amamanta a su hijo o no. Si no es así, lo habitual es que reaparezca al cabo de aproximadamente 40 días. De lo contrario, en el 25% de los casos se producirá un retraso que puede extenderse a todo el periodo de lactancia y en ocasiones incluso más.

5.- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA

5.1 ELABORACIÓN DE LA PRESENTE NORMA

SECRETARIA DE SALUD.

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.
Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Dirección General de Promoción de la Salud.

Dirección General de Epidemiología.

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL.

Dirección General de Sanidad.

Hospital de Especialidades de la Mujer.

SECRETARIA DE MARINA.

Dirección General de Sanidad Naval.

Centro Médico Naval.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Dirección de Prestaciones Médicas.

Unidad del Programa IMSS â Oportunidades.

División de Atención Gineco-obstétrica y Perinatal.

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco-obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala".

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

Dirección Médica.

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES".

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA.

HOSPITAL DE LA MUJER.

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ.

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO.

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ.

SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL.

Coordinación de Salud Reproductiva.

FEDERACION MEXICANA DE COLEGIOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, A.C.

COLEGIO MEXICANO DE ESPECIALISTAS EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, A.C.

FEDERACION MEXICANA DE NEONATOLOGIA, A.C.

ASOCIACION MEXICANA DE PEDIATRIA, A.C.

SOCIEDAD MEXICANA DE PEDIATRIA, A.C.

COMITE PROMOTOR POR UNA MATERNIDAD SIN RIESGOS, A.C.

CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO INFANTIL DEL GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO, A.C.

RED NACIONAL PARA LA PREVENCION DE LA DISCAPACIDAD EN MEXICO, A.C.

FUNDACION CLINICA MEDICA SUR, A.C.

IPAS, MEXICO, A.C.

FUNDACION MEXICANA PARA LA PLANIFICACION FAMILIAR, A.C.

PARTO LIBRE, A.C.

5.2 ARTÍCULO 40., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Establece los derechos humanos de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. La Ley General de Salud en su artículo 3o., fracción IV, define la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61, del mismo ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como de la persona recién nacida y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo.

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. Por ello se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio que el Gobierno de México hizo suyos, junto con 189 países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000, hasta el 2015 la atención materna y perinatal basada en el objetivo 4, que corresponde a disminuir la mortalidad de los niños menores de cinco años, en dos terceras partes entre 1990 y 2015, y el 5 que es

"Mejorar la Salud Materna", con el 5.A, que se refiere a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y lograr la cobertura universal de asistencia al parto, actualmente orientamos las acciones a la nueva Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, la Niñez y la adolescencia 2016-2030, que tiene como objetivo lograr el más alto nivel de salud para todas la mujeres, los niños y adolescentes transformar el futuro y garantizar que cada recién nacido, la madre y el niño no sólo sobreviva, sino que prospere.

La estrategia se basa en el éxito de la estrategia 2010, lo que ayudó a acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global y a las tres estrategias transversales:

Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno, así como Perspectiva de Género.

Estos cinco objetivos se refieren a:

- Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades;
- Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad;
- Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida;
- Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país;
- Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud, y 6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

El Plan Sectorial de Salud 2013-2018, destaca los logros sustantivos en diversos indicadores, como el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil en el país. Sin embargo, queda pendiente avanzar en algunos indicadores clave de salud.

Por ejemplo, la mortalidad materna que se redujo a menos de la mitad entre 1990 y 2011 (al pasar de 89 a 43 defunciones de mujeres por cada 100,000 nacidos vivos). No obstante, este indicador se encuentra lejos de alcanzar la meta de 22 defunciones propuesta para 2015, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que fueron pactados con los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), para alcanzar una mejor calidad de vida de la población, razón por la cual el Plan Sectorial de Salud 2013-2018, contempla estrategias y líneas de acción específicas para atender esta situación prioritaria.

El 30 de agosto de 2013, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (PROIGUALDAD), que da respuesta a la obligación señalada en el PND, de contar con una estrategia transversal de perspectiva de género en todos los programas, acciones y políticas de gobierno; esto significa que en los programas sectoriales, especiales, institucionales y regionales que elaboren las dependencias de la Administración Pública Federal estarán explícitas la perspectiva de género y las acciones afirmativas (concebidas como medidas efectivas, caracterizadas por su dimensión temporal que inciden en la reducción de las desigualdades) que permitan reducir las brechas de desigualdad entre mujeres y hombres.

-En este Programa se incorpora el objetivo

- ✓ Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar; que en su estrategia
- ✓ Contempla Impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida y explícitamente incluye la línea de acción
- ✓ Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.

Ante este escenario, es vital incrementar esfuerzos y dar un renovado impulso al fortalecimiento de los servicios de salud, mejorando su regulación, organización, cobertura y calidad, a fin de avanzar más rápidamente en el logro de las metas establecidas, satisfacer de manera más equitativa las necesidades de salud materno-infantil de la población de México y reducir los contrastes sociales que persisten en esta materia.

En este contexto, se incorporan a esta Norma aspectos relevantes enfocados a la salud materna y a la prevención de la morbilidad materna y perinatal, mediante intervenciones previas a que una mujer decida embarazarse, así como durante su embarazo, parto y puerperio y establecer el manejo del autocuidado como una acción de corresponsabilidad para enlazar con el personal de salud, por lo que adquiere importancia el mejorar la calidad de la atención prenatal desde el periodo preconcepcional, es decir, que se realice una valoración correcta del riesgo reproductivo en mujeres con enfermedades concomitantes y en adolescentes; promover la planificación familiar, la detección temprana de diabetes gestacional mediante la realización de tamiz de glucosa, con base en la evidencia científica, sabiendo que su diagnóstico y tratamiento oportunos impactarán en la salud materno-fetal y mejorará además el pronóstico de la mujer una vez finalizado su embarazo.

En ese mismo sentido, se busca impedir la transmisión perinatal de sífilis y VIH, mediante su detección y tratamiento oportunos. Se promueve además, la adecuada nutrición, la prescripción de hierro y ácido fólico, y multivitamínicos, así como, evitar el uso y abuso de sustancias tóxicas y adictivas para prevenir bajo peso y daños en el feto.

Así mismo, se enfatiza sobre las ventajas de la lactancia materna y el espaciamiento de los embarazos a través de la adopción de un método anticonceptivo posparto, con pleno respeto a la decisión de la mujer.

Se busca en definitiva que la mujer y su pareja, se corresponsabilicen junto con la institución que provee el servicio y su personal, en el cuidado de su salud.

En este mismo sentido, se afirma que el derecho universal a la salud sexual y reproductiva, la opción libre e informada, el respeto a la integridad física y el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en todos los asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva de las personas, y a su vez recibir un trato digno y respetuoso bajo los derechos humanos y la perspectiva de género, llevando un embarazo más seguro y protegido.

Esta norma respeta los derechos reproductivos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva.

Las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura son: planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales.

Por lo anterior, es necesario puntualizar las acciones a cumplir en cada consulta, con sentido ético, respetuoso y humanitario, y que éstas deban realizarse cuidadosamente, con un análisis e interpretación correcta de los resultados que se obtengan de pruebas rápidas, de laboratorio y, en su caso, de gabinete. Al mejorar la consulta pregestacional y prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles riesgos en una fase temprana y por lo tanto establecer medidas preventivas, o bien, el tratamiento correspondiente con mínimas secuelas y evolución satisfactoria.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios. Por lo tanto, las acciones incluidas en esta Norma, tienden a favorecer el desarrollo fisiológico de cada una de las etapas del embarazo y a prevenir la aparición de complicaciones.

En caso de una complicación no diagnosticada de manera oportuna y que ésta evolucione a una forma severa, se establece, al igual que en otras normas internacionales vigentes, que la atención de urgencias obstétricas es una prioridad todos los días del año y que el personal de salud debe informar con oportunidad a la mujer embarazada y a sus familiares desde la primera consulta prenatal, y refiriéndola a los establecimientos para la atención médica de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que atienden urgencias obstétricas, sea o no derechohabiente de alguna de ellas.

Considerando el incremento de maltrato reportado en estudios nacionales e internacionales hacia la mujer en todas sus formas, y en razón al estado vulnerabilidad que se presenta durante el embarazo, esta debe ser identificada y atendida con oportunidad.

Otros factores de riesgo que pueden incidir en el incremento de la mortalidad materna es la violencia que, en sus diferentes formas, tiene efectos negativos en la salud emocional y física de la mujer embarazada y complicaciones graves en su salud sexual y reproductiva.

La violencia sexual y la violencia a la mujer pueden ocasionar embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados e infecciones de transmisión sexual, entre ellas, la infección por sífilis y/o VIH.

La violencia o maltrato hacia la mujer durante el embarazo aumenta la probabilidad de sufrir abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer, para lo cual es necesario realizar acciones de prevención primaria de la violencia familiar y de género, así como canalizar a servicios especializados a las mujeres que la viven, sobre todo si se encuentran en etapa gestacional.

Por lo mencionado, es necesario efectuar cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados, a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la presente Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención en salud y señalar pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal.

5.3.- OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN

- ✓ -Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.
- ✓ -Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.

5.4.- DEFINICIONES

Para los fines de esta Norma se entiende por:

5.4.1 Aborto

A la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable.

5.4.2 Alojamiento conjunto

A la ubicación y convivencia de la persona recién nacida y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto inmediato y permanente, así como la práctica de la lactancia materna exclusiva.

5.4.3 Atención de la urgencia obstétrica

A la prestación que debe brindar el personal médico especializado del establecimiento para la atención médica, garantizando la atención inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año.

5.4.4 Atención prenatal

A la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico.

5.4.5 Calidad de la atención en salud

Al grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica, acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los pacientes y al trato respetuoso y de los derechos de las usuarias, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.

5.4.6 Certificado de nacimiento

Al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar el nacimiento de un nacido vivo y las circunstancias que acompañaron el hecho.

5.4.7 Certificado de muerte fetal y perinatal

Al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción fetal y las circunstancias que acompañaron el hecho.

5.4.8 Cesárea

A la intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el feto, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.

5.4.9 Conceptos

Al producto de la concepción en cualquier etapa de desarrollo desde la fertilización al nacimiento. Incluye el embrión o el feto y las membranas embrionarias.

5.4.10 Consentimiento informado

Al proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento escrito signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnósticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez que sea recibido información de los riesgos y beneficios esperados.

5.4.11 Defunción, fallecimiento o muerte fetal

A la pérdida de la vida de un producto de la gestación antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no presenta signos vitales, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

5.4.12 Diabetes gestacional (DG)

A la alteración en el metabolismo de los carbohidratos que se detecta por primera vez durante el embarazo y se traduce en una insuficiente adaptación a la insulina.

5.4.13 Distocia

A las complicaciones en el mecanismo del trabajo de parto que interfieren con la evolución fisiológica del mismo y requieren maniobras especiales.

5.4.14 Edad gestacional

Al periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

5.4.15 Embarazo

A la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.

5.4.16 Eutocia

A la presentación del feto en vértice, cuyo progreso del trabajo de parto es normal, termina sin complicación y no requiere de maniobras especiales.

5.4.17 Feto

Al producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento.

5.4.18 Hipotiroidismo congénito

A la enfermedad que se presenta desde el nacimiento y se caracteriza por disminución permanente o transitoria del funcionamiento de la glándula tiroides.

5.4.19 Identificación oficial

A los documentos con los que una persona física puede acreditar su identidad; como son credencial para votar, pasaporte vigente o cédula profesional.

5.4.20 Lactancia materna

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

5.4.21 Muerte materna

A la ocurrida a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

5.4.21.1.- Muerte Materna Directa

A la relacionada con las complicaciones propias del embarazo.

5.4.21.2 Muerte Materna Indirecta

A la causada por una enfermedad de fondo agravada por el embarazo.

5.4.22 Nacido vivo

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

5.4.23 Nacido muerto

A la expulsión completa o extracción del producto de la concepción del organismo materno, cuando después de dicha separación no respire ni lata el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

5.4.24 Nacimiento

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

5.4.25 Nacimiento con producto pre término

Al que ocurre antes de las 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.

5.4.26 Nacimiento con producto a término

Al que ocurre entre las 37 semanas y menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.

5.4.27 Nacimiento con producto pos término

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

5.4.28 Oportunidad de la atención

A la prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad al establecimiento para la atención médica y tiempo de respuesta del personal de salud.

5.4.29 Partera técnica

A la persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico.

5.4.30 Partera tradicional

A la persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.

5.5 SÍMBOLOS Y ABREVIATURAS

ABO:	Sistema de grupos sanguíneos
CTG:	Curva de tolerancia a la glucosa
CONAVE:	Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica
dl:	Decilitros
DM:	Diabetes mellitus
Du:	Antígeno D expresado débilmente
E ² :	Estatura al cuadrado
FUM	Fecha de última menstruación
G:	Gramo
IM:	Vía intramuscular
IV:	Vía intravenosa
IMC:	Índice de masa corporal
Kg/m ² :	Kilogramo sobre metro al cuadrado

M:	Metro
mg:	Miligramos
mmol/L:	Milimolas por litro
OMS:	Organización Mundial de la Salud
Rho:	Antígeno eritrocítico D
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SINAVE:	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
UI:	Unidades internacionales
VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humano

5.6 REQUERIMIENTOS PARA EL ÉXITO DE LA PROMOCIÓN A LA SALUD:

APOYO INSTITUCIONAL:

Lo cual implica el desarrollo de una política que explicita la inclusión de la promoción de la salud como enfoque fundamental dentro de todos los procesos de atención, tanto a la persona afiliada como a su familia y beneficiarios, con el respaldo de un presupuesto definido.

EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO:

Puesto que la responsabilidad en la búsqueda de una vida sana individual y colectiva es de todos los trabajadores de la salud.

EL SEGUIMIENTO Y LA RETROALIMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN.

Con el fin de hacer operativo el enfoque de la promoción de la salud es necesario explicitar los mecanismos para fomentar y fortalecer.

Auto esquemas positivos individuales en relación con la autovaloración y la autoestima, que conducen la empoderamiento y al autocuidado, y hacia la valoración de la vida. El logro de este auto esquemas fortalece la toma de decisiones de las personas por opciones saludables.

La participación y el compromiso del personal de salud de la institución, de las personas afiliadas y beneficiarias para:

Realizar acciones reeducativas del comportamiento de las personas para convencerlas de que la salud depende, en parte, de los cuidados que cada uno le proporciona a su propio organismo y de la responsabilidad para mantener sus reservas funcionales y su integridad física. Así, se puede insistir en: evitar tóxicos como el cigarrillo y las drogas, enfatizar sobre el uso moderado del alcohol, estimular el consumo de los alimentos "más saludables", promocionar la actividad física en sus diversas opciones.

La integración de la familia al cuidado de la persona enferma como primer grupo de apoyo.

La articulación de las personas enfermas y sus familias con los programas institucionales, algunos ya en funcionamiento como Programa Vida a los Años (pensionados y tercera edad), centros socio sanitarios (atención del día) y otros por crear como club de personas con hipertensión arterial, o con diabetes, o con enfermedad cardiovascular, con estomas, con problemas músculo esquelético, personas poli traumatizadas, con quemaduras, mujeres en gestación (club de gimnasia prenatal), entre otros; y la articulación con redes de apoyo comunitario como las redes sociales y grupos de auto-ayuda que pueden existir en los barrios.

El enfoque de género en el cuidado de la salud, puesto que la atención debe ser diferente según la forma de sentir, percibir y expresar la enfermedad por una mujer o por un hombre.

La cultura del buen trato: consigo mismo y con la familia, de los integrantes del equipo de salud entre sí, de los trabajadores de la salud en la atención hacia las personas enfermas. Motivar hacia la generación de pensamientos positivos, hacia la tolerancia, el respeto, la amistad y el afecto.

LA DIGNIDAD DE LA VIDA Y DE LA MUERTE.

La calidad de la vida desde la condición de persona sana o enferma y la ayuda a la persona enferma en las destrezas básicas y las competencias sociales necesarias para realizar las actividades de vida diaria e integrarse a su familia y a su trabajo.

El trabajo interdisciplinario, con el fin de potenciar los aportes de otras disciplinas de la salud y de las ciencias sociales en la promoción de la salud.

El conocimiento y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas afiliadas y sus familias.

Las intervenciones que los diferentes grupos de trabajo propongan para fomentar y fortalecer los aspectos propuestos en estos lineamientos, pueden desarrollarse a través de la educación para la salud, la información, la participación y la comunicación social, dirigida tanto a las personas afiliadas como a las beneficiarias y a diferentes grupos de población.

5.7.- DESDE LA ÉTICA Y LA HUMANIZACIÓN

En el Código para Enfermeras del Consejo Internacional de Enfermeras se consignan cuatro aspectos fundamentales de responsabilidad de la enfermera:

"Mantener y restaurar la salud, evitar las enfermedades y aliviar el sufrimiento".

También declara que: "la necesidad de cuidados de enfermería es universal, el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería.

No se permitirá ningún tipo de discriminación por consideración de nacionalidad, raza, religión, color, sexo, ideologías o condiciones socioeconómicas".

5.8. EL RESPETO A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA

Todas las personas merecen respeto, sin ningún tipo de discriminación; este principio se aplica a las personas que reciben cuidado de enfermería y a los cuidadores.

La confianza, el respeto mutuo, la sinceridad, el afecto, el amor al otro, son la base de la convivencia humana y de la humanización del cuidado de enfermería.

Uno de los elementos fundamentales del cuidado de enfermería es la relación terapéutica enfermera-persona (paciente, familia, grupo) que debe construirse sobre la confianza, el respeto y el amor.

Por tanto, la enfermera empleará todos los medios a su alcance para evitar cualquier tipo de violencia o maltrato a la persona que recibe los cuidados de enfermería y también a los cuidadores de la salud.

En el cuidado de enfermería el valor de la persona, el respeto a su dignidad, a la consideración integral de su ser, siempre predominará sobre la tecnología, que tiene valor en la medida en que sirva para atender sus necesidades y proporcionarle bienestar.

5.9. EL RESPETO A LA VIDA HUMANA

La enfermera reconoce, cuida y respeta el valor de la vida humana desde su iniciación hasta el final.

RESPETA Y DEFIENDE LOS DERECHOS DEL SER HUMANO.

La enfermera habla por la persona cuando ella está incapacitada para hacerlo por sí misma, aboga por el respeto de los derechos de la persona, familia o grupo que cuida.

6.- LA INTEGRIDAD, INTEGRALIDAD, UNICIDAD, INDIVIDUALIDAD DEL SER HUMANO.

La enfermera reconoce la individualidad de la persona que cuida, quien tiene sus propias características, valores y costumbres.

Los protocolos y guías generales de cuidado de enfermería se deben adaptar a las necesidades individuales de la persona, la familia o el colectivo que reciben el cuidado.

El cuidado de enfermería atiende integralmente a la persona, la familia y los colectivos, es decir, toma en consideración sus dimensiones física, mental, social, psicológica y espiritual.

En el cuidado de enfermería se protege la integridad física y mental de la persona. Se debe preparar y ayudar a la persona cuando acepta y da su consentimiento para que se extirpe la salud de un mal mayor. Violar nuestra integridad, nuestra unicidad, es violar todo nuestro ser como criaturas humanas.

La integridad no puede considerarse aislada de la autonomía. En el mapa conceptual ético que se muestra a continuación se indica cómo alrededor de éstos principios fundamentales se interrelacionan los otros principios y valores que aumentan la atención de la enfermera y todas las demás funciones de la enfermería que se emplean el análisis y el razonamiento ético.

6.1. PARTO DE BAJO RIESGO

El modelo médico de atención del parto ha sido objeto de creciente escrutinio, debido a su tratamiento hospitalario y a la utilización rutinaria e innecesaria de procedimientos médicos que, además de ser incómodos para la mujer, pueden llegar a alterar su salud o la del recién nacido.

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Chalmers B, 2001) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (ONU, documento A, 2012) han insistido en aplicar las mejores evidencias científicas para definir los procedimientos más adecuados para la atención de la salud sexual y reproductiva, además de haber emitido las recomendaciones internacionales para mejorar la atención del parto basadas en los derechos humanos.

Procedimientos cuestionados con estos enfoques son por ejemplo: la admisión de pacientes a salas de labor de forma temprana, la realización de intervenciones de manera rutinaria como el uso de oxitocina, el rasurado del vello púbico, que puede incrementar el riesgo de infección; el uso de enema y vaciamiento vesical, la amniotomía, el corte temprano del cordón umbilical, la revisión manual de la cavidad uterina y la separación madre-hijo posterior al nacimiento, entre otros.

Es importante analizar dichos procedimientos a través de la medicina basada en evidencia, que exige la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia disponible derivada de la investigación y los valores de la persona. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino de establecer lineamientos básicos que contribuyan a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud.

El personal de las instituciones de salud deberá ser conscientes, que las modificaciones de las condiciones de atención del embarazo y parto representan un reto, que requerirá de procesos graduales de sensibilización, formación y adaptación.

Es importante modificar las condiciones de comodidad y dignidad para la madre, y también que dichas modificaciones sean adecuadas para el personal médico, que no afecten los elementos de seguridad e higiene, ni el marco normativo de la atención del parto (Méndez, 2002, NOM-007- SSA2-1993, informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General).

Existe entre el personal de salud de los servicios médicos una gran desinformación sobre las bases legales y científicas y del marco de los derechos humanos, (Ley General de Salud,

2014) para múltiples procedimientos, como lo son las diferentes posiciones de atención del parto.

Normalmente se generaliza la posición de litotomía (decúbito dorsal) entendiéndose que posee bases científicas y legales al ser utilizada en la atención de los partos durante la formación médica (la posición común de atención del parto (parto vertical), Secretaría de Salud, 2013) Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo 13 La norma no limita el aprovechamiento de esta posición, e incluso señala como elemento fundamental el respeto a decisiones de la embarazada, siempre y cuando no exista contraindicación médica (NOM-007-SSA2-1993).

6.2 CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO

Según los autores describen las características más visibles del RN:

Podemos comenzar por definir que entendemos por recién nacido sano: es aquel feto o embrión que llega a cumplir todas las etapas de gestación o maduración intrauterina.

El RN de riesgo, aquellos neonatos que han sido expuestos a procesos que comprometieron su embriogénesis, la salud fetal durante la gestación o durante la transición de la vida extrauterina y que son susceptibles de padecer enfermedades e incluso morir a causa de trastornos físicos o complicaciones de parto.

Los mismos se clasifican en tres grandes grupos los nacidos de más de 40 semanas de gestación, conocidos como los de post- término; los nacidos de 37 a 40 semanas de gestación, de término. Finalmente los nacidos de 33 a 36 semanas de gestación conocidos como los de PRE-termino, y dentro de esta clasificación podemos encontrar los nacidos de 24 a 32 semanas de gestación, prematuros de alto riesgo, los cuales requieren de cuidados más específicos y minuciosos. Por ello es preciso que el personal de Enfermería, tenga conocimientos correctos sobre las características que presentan los recién nacidos, al momento del nacimiento y el mes de vida.

6.3 CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS:

POSTURA DE DESCANSO:

Podemos decir, que al momento del nacimiento el RN presenta las extremidades flexionadas y algo hipertónicas, debido a parte a la posición intrauterina en donde predomina el tono flexor. Como así también las asimetrías del cráneo, la cara, la mandíbula o de las extremidades pueden deberse a posición intrauterina.

Según el Autor dice, que la piel al nacimiento es generalmente es rozada o rubicunda y a veces, moteada. La cianosis localizada en las manos y pies (acrocianosis) es normal y persiste durante los primeros días el tejido subcutáneo puede sentirse lleno o ligeramente edematizado.

La piel seca, con grietas y descamadas se observa en el recién nacido a pos-terminó o con insuficiencia placentaria. La temperatura de la piel es de 36 a 37° C. podemos encontrar distintas formas de presentación:

- Lanugo: crecimiento de cabello fino y lanoso que puede presentarse en los hombros y en la espalda.
- Vernix caseosa: sustancia blanquecina o del color de la arcilla, grasosa como el queso, que puede cubrir todo el cuerpo, pero que por lo general se localiza en la espalda, cuero cabelludo y los pliegues.
- Milia de la cara: glándulas sebáceas distendidas que producen pápulas blanquecinas diminutas. Es muy prominente sobre la nariz, la barbilla y los carrillos.
- Manchas mongólicas: manchas de pigmentación azul localizadas en la parte dorsal baja, región glútea o las superficies extensoras, en especial en los niños de piel oscuras.
- Hemangiomas capilares: (nevus en flama) frecuentes en los párpados, la frente y el cuello.
- Petequias: las petequias en la cabeza, el cuello y la cara, así como las cianosis localizadas en esta última, que respeta las mucosas y es llamada máscara equimótica.

Están asociadas con circular del cordón ajustado o con presentaciones anómalas y ceden en pocos días. Cabeza: Podemos mencionar, que al nacimiento la cabeza del RN es grande en relación con el cuerpo.

La circunferencia craneana es aproximadamente 34cm (32,5 y 36,5cm) 23 Cara: Podemos encontrar, los órganos de los cinco sentidos, que ayudan a la supervivencia del RN en el mundo extrauterino.

Describimos en qué consiste cada uno y como se encuentran al momento del nacimiento:

Ojos:

El color es apizcado y pueden tener lágrimas o no. La mayoría de los niños de término no miran hacia una fuente de luz y transitoriamente fijan la mirada en una cara humana. Una fuente luminosa importante les hace cerrar los ojos

Boca:

Los pequeños quistes de retención, a perlados y situados en los márgenes de las encías y en la línea media del velo del paladar, son frecuentes y carecen de importancia. Se examina el paladar duro y el blando utilizando el dedo y una luz con buena visualización directa para descartar el paladar hendido.

Nariz:

El recién nacido respira preferentemente por la nariz. Ambas fosas nasales deben estar permeables.

Oídos:

Las malformaciones severas de los pabellones auriculares se pueden asociar con anomalías genitourinarias. Los recién nacidos normales responden a los sonidos con un sobresalto pestañeando, moviendo la cabeza o con llanto.

Cuello:

Se inspecciona, al RN en cuanto a los pliegues cutáneos del cuello en busca de membrana o aberturas fistulosas asociadas con quistes branquiales o del conducto trigloso. Asimismo, se examinarán ambos músculos esternocleidomastoideos para descartar lesiones. Se debe palpar la glándula tiroides para descartar bocio u otro tipo de tumores y ambas clavículas para descartar probables fracturas.

Tórax:

Por otra parte se examinará al RN, en cuanto a la musculatura, su estructura ósea y la localización de los pezones. Para detectar anomalías y un conocimiento correcto de cada órgano.

Aparato respiratorio:

La respiración es abdominal y puede ser superficial e irregular. La frecuencia respiratoria generalmente oscila entre 30 y 60 por minuto. La auscultación verifica la entrada de aire simétrica en ambos hemitórax. Los ruidos respiratorios son bronquiales y ásperos.

Aparato cardiovascular:

Se deben registrar la frecuencia cardíaca y la calidad de los ruidos cardíacos. La FC promedio es 130 por minuto. Pueden auscultar soplos leves en el mesocardio en las primeras 12 a 36 hs de vida, los cuales forman parte del periodo de adaptación de RN y no tiene significancia patológica. Se deben palpar y comparar los pulsos radiales, braquiales y femorales. Si los pulsos son diferentes, se debe registrar la presión sanguínea, obtenido por el método de Doppler, en las extremidades superiores o inferiores.

Abdomen:

Podemos decir, que al nacimiento, el abdomen en general es plano pero pronto se hace prominente. Un abdomen marcadamente escafoides (o excavado) hace pensar en hernia diafragmática (pasaje de vísceras hacia el tórax a través del diafragma).

En el cordón umbilical se encuentran dos arterias y una vena. El hígado es palpable y el bazo lo es en un 10% de los recién nacido. Ambos riñones pueden y deben ser palpables. Los ruidos intestinales se logran auscultar poco después del nacimiento. Se pueden aspirar entre 5 y 25 ml de jugo gástrico blanco turbio del estómago.

Los primeros días después del nacimiento son los más propicios para la palpación abdominal (por la flacidez de los músculos de la pared) y para detectar tumoraciones intraabdominales.

Es posible que haya una ligera diastasis supra umbilical de los músculos rectos anteriores de abdomen.

El cordón Umbilical:

El condón umbilical es un tejido único, que contiene dos arterias y una vena, cubierta por tejido conectivo llamado GELATINA DE WHARTON y una fina membrana mucosa.

Su función es primordial intrauterino, ya que es esencial para el transporte de O₂ y nutrientes al feto, para la remoción de los productos de desechos. Desde el nacimiento el cordón umbilical no es necesario para la supervivencia del bebé, pero hasta la separación de las placentas y cuando el cordón todavía late, una pequeña cantidad de sangre se puede transfundir desde la placenta del bebé.

Los vasos dentro del cordón se contraen, aunque no están completamente obliteradas y por tanto es muy importante que se ate o se clampree el cordón, para que los vasos umbilicales queden ocluidos y prevenir el desangrado.

También la GELATINA DE WHARTON comienza a desecarse, cuando se corta el cordón el tejido que lo forma es privado de irrigación sanguínea, el muñón comienza a secarse y se vuelve negro y más duro (gangrena seca).

El secado y la caída o separación del cordón se facilita cuando se expone al mismo aire. La separación del cordón es mediada por una inflamación de la unión del cordón con la piel del abdomen, con infiltración leucocitaria del área cuando ocurre trombonecrosis, necrosis y colonización.

Algunos investigadores han cumplido que la caída prolongada del cordón (más de 10 a 14 días) en algunos bebés, es causada por un defecto en la movilidad y función de los neutrófilos que son atraídos hacia el cordón.

Bases Fisiológicas para el cuidado del cordón Según la OMS, en los países desarrollados todavía ocurren casos aislados y epidemias de infección del cordón, aun en las nurseries que se ponen asépticas para los RN.

El tétano neonatal, las infecciones de cordón continúan siendo causas importantes de morbilidad neonatal y mortalidad en los países en desarrollo, en muchos casos, porque la mayoría de los partos en domicilio, en condiciones de poca higiene y con prácticas de cuidado de cordón que pueden ser peligrosas. Por esta razón es que el cuidado del cordón es una práctica que necesita ser destacada.

El cordón umbilical ha sido identificado como la mayor fuente de colonización de muchas bacterias, especialmente *Estafilococo Áureas* y *Estreptococo*. 26 Colonización que se define como: “el desarrollo se una colección o grupo de microorganismo de sitio específico del cuerpo, sin producción de enfermedades”.

En los casos de los partos hospitalizados, los RN se colonizan rápidamente de infecciones nosocomiales. La mayoría de las investigaciones con respecto al cuidado del cordón, estuvieron focalizadas en tiempo de campeo del cordón o uso de productos antimicrobianos, en algunos casos sin considerar o basarse en lo “natural” o en los procesos y psicológicos.

Dentro de las prácticas seguras, la infección no es la única preocupación, el sangrado si bien es más raro puede ser rápidamente fatal.

Es sangrado puede provenirse efectivamente con el campeo seguro (con el método que sea) y control de la infección. Genitales: Podemos considerar, el aspecto en ambos sexos depende de la edad gestacional.

El edema después del parto en presentación pelviana es frecuente.

Se describen dos maneras:

- Femenino:

Los labios menores y el clítoris están cubiertos por los labios mayores en las nacidas de término.

La mayoría de las niñas presentan un flujo vaginal mucoso durante la primera semana de vida, que en ocasiones se torna sanguinolento y se debe a deprivación hormonal.

- Masculino:

En los nacidos de término, los testículos están en el escroto. El prepucio esta adherido al glande del pene y en su extremo se pueden observar perlas epiteliales blancas de 1 a 2 mm de diámetro.

Es importante observar las características del chorro miccional y comprobar que el meato uretral este localizado en el extremo distal del pene. La primera micción se emite, en el 90% de los recién nacidos, dentro de las primeras 24 horas de vida.

Año:

Mencionamos la verificación de la permeabilidad se realiza por inspección. Donde podemos encontrar, el desplazamiento anterior o posterior del orificio anal puede estar acompañado de estenosis y ser causa de constipación en 27 edades ulteriores. La primera deposición meconial suele ocurrir en las primeras 24 horas de vida.

Se deberá dejar constancia de la presencia de líquido amniótico meconial y de la eliminación de meconio en la sala de partos.

Cadera:

Podemos indagar sobre la luxación de cadera si su abducción está limitada (unilateral o bilateralmente) o si es inestable.

Se comprueba de la siguiente manera:

El recién nacido tiene que estar tranquilo sin llorar.

Se colocan los dedos medios sobre los trocánteres mayores y los pulgares sobre los trocánteres menores y se ejecuta la abducción de la cadera haciendo presión sobre los trocánteres mayores.

Si se percibe un chasquido durante la abducción (momento en que la cabeza del fémur penetra en el acetábulo), signo de Ortoloni no es infrecuente la presencia de un leve "clic" durante las primeras 24 horas de vida, y un después en las presentaciones pelvianas.

Se fija la pelvis con una mano, con la cadera en abducción, y se aplica presión con el pulgar en la parte interna del muslo. Se trata de percibir un chasquido en el momento en el que la cabeza del fémur se desliza sobre el rodete acetábular.

Se intenta traccionar el fémur hacia delante (fémur en acetábulo y empujar hacia atrás (fémur se desliza fuera del acetábulo). Si se produce deslizamiento, la cadera es inestable. Manos y Pies: En la observación al recién nacido se debe descartar la presencia de dermatoglifos anormales pueden estar asociados con enfermedades genéticas. También el tamaño y la forma de los dedos de la mano, pueden ser cortos:

Braquidactilia; largos: aracnodactilia; contractura en flexión que afecta las articulaciones interfalángicas proximales: campodactilia; el encurvamiento de un dedo, con más frecuencia el 5º: sindactilia, función de los dígitos.

Muchas 28 anomalías de los pies pueden ser solo el resultado transitorio de la posición intrauterina. Sistema Nervioso: Finalmente, el punto más importante ya que nos informa el desarrollo neurológico, y este depende de la edad gestacional.

En las primeras horas de vida el examen tiene como objetivo evaluar la calidad de tono muscular y la actividad del recién nacido, observar la presencia y simetría de los reflejos

arcaicos de Moro, tónico cervical asimétrico, presión plantar y palmar, etc. Y descartar distintos grados de paresias y parálisis. Como parte de la evaluación del sistema nervioso se incluyen la evaluación de la integridad de la columna vertebral y la observación de la parte inferior, para descartar anomalías menores como lesiones pigmentarias inusuales o mechón de cabello, hoyuelos y senos sacros y pilonidales.

El diagnóstico de la placenta previa se puede lograr a través de un diagnóstico precoz o tardío (sintomático).

Para efectuar el diagnóstico es necesario aplicar: pruebas de laboratorio, así como principalmente procedimientos diagnósticos como ecografía y anamnesia.

6.4 ¿CÓMO ES UN RECIÉN NACIDO?

Los reflejos

El recién nacido nace con una serie de *reflejos innatos* que son necesarios para su supervivencia, son los de:

Succión:

Gracias al cual puede mamar desde el primer día.

Búsqueda:

Al acercarle un objeto a la cara mueve la cabeza y lo busca con la boca.

Presión:

Si le ponemos un objeto en la mano, lo agarrará fuertemente.

La piel

Es normal y frecuente la descamación, pero se le puede aplicar un poco de loción o de aceite, por ejemplo de almendras, para hidratar al bebé. También es normal la aparición de:

Ictericia:

Es la coloración amarillenta de la piel y de los ojos que se da con frecuencia en bastantes recién nacidos a partir de las 48 horas de vida, y que suele durar hasta los 10-15 días de vida. Es un proceso transitorio y normal debido al aumento de bilirrubina.

Esta proviene del metabolismo de los hematíes sobrantes. Es más frecuente en niños prematuros. Siempre es recomendable que la evolución la controle la pediatra. Hoy sabemos que la lactancia materna precoz y con tomas más frecuentes, en el recién nacido disminuye la incidencia y duración de la ictericia.

Milium:

Son granitos blancos. Pueden aparecer solos o agrupados en la frente, mejillas, nariz y barbilla. Son pequeños quistes de grasa que desaparecen de forma espontánea en el transcurso de unas semanas (entre 4 y 12). No hay que apretarlos ni manipularlos.

Eritema tóxico alérgico:

Son granitos rojos, como habones. No tiene importancia y desaparecen a lo largo de la primera semana.

Angiomas:

Algunos niños nacen con manchas rojizas en la nariz, párpados o nuca que desaparecen hacia los 6 meses.

Lanugo:

A veces la piel está recubierta por un vello fino, sobre todo en hombros y espalda. Desaparece en las primeras semanas.

Vermix:

El recién nacido está recubierto de una sustancia blanca nutritiva, mezcla oleosa que contiene células de descamación y grasa secretada por el propio feto. No hay que retirarle, se reabsorbe sola.

Los ojos

Los ojos del recién nacido son de color azulado o grisáceo. Hasta los 6 meses no adquieren el color definitivo. También es normal la aparición de estrabismo intermitente (cruzan los ojos de vez en cuando).

El abultamiento de las mamas

Puede aparecer tanto en niñas como en niños y se debe al paso de hormonas maternas a través de la placenta. A veces pueden segregar unas gotas de leche. Es transitorio y normal. No hay que tocarlas ni exprimirlas porque se pueden infectar. Se debe acudir al pediatra si alcanzan un gran tamaño, se ponen rojas y calientes, o si tienen secreciones.

El hipo y los estornudos

Son normales el hipo y los estornudos en el recién nacido, no requiriendo ningún tratamiento. Ya tenía hipo dentro del útero y le sirve para entrenar los músculos respiratorios.

Flujo

A veces aparece en las niñas flujo blanquecino o una pequeña pérdida de sangre vaginal. Se debe al paso de hormonas maternas durante el embarazo y desaparecerá en unos días sin necesidad de ningún tratamiento.

Peso - Talla

El peso y talla del bebé al nacer está determinado por el tamaño y funcionamiento de la placenta, así como por la edad gestacional. Posteriormente, el crecimiento está condicionado también por una herencia genética recibida de los padres.

No existe un patrón rígido y único de ganancia de peso y talla en el bebé. Por norma general el bebé recupera su peso de nacimiento sobre los 10 o 15 días de vida.

El peso de un bebé puede variar a lo largo del día a causa de acontecimientos, como mamar, hacer caca o pis. Para la mayoría de los bebés es suficiente pesarlos una vez al mes durante los primeros meses. Luego suele hacerse en cada una de las visitas de puericultura.

El peso y la talla deben ser valorados por el pediatra. No es necesario pesar al bebé por cuenta de los padres, ya que habitualmente se cometen inexactitudes que son motivo de preocupación innecesaria.

Deposiciones

Durante las primeras 24 a 48 horas de vida del bebé, las cacas son de color negro y pastosas (se llaman *meconio*). Después se hacen más líquidas y menos pastosas, de color verde-negrucos (son las denominadas *de transición*) y al finalizar la primera semana de vida aparecen las heces definitivas, de color amarillo (a veces verdosas) de consistencia parecida a la pomada o semilíquidas, grumosas, en los niños alimentados al pecho. En un bebé que al 4º o 5º día siga eliminando meconio o heces de transición y, no gane peso, es necesario vigilar la técnica de lactancia materna.

El número de deposiciones es muy variable. Puede ir desde una con cada toma hasta una cada dos o tres días en recién nacidos. En general, los niños que toman pecho hacen más veces al día y más blandas que los alimentados con biberón. Luego, el ritmo es más irregular y si el niño está bien, aunque no haga caca, no hay que hacer nada.

Micción

Después de la primera micción el bebé puede estar hasta 24 horas sin hacer pis. Pasado este tiempo el bebé ha de mojar frecuentemente los pañales con orina clara e inodora.

También es frecuente observar manchas de color rojo/rosa en el pañal en el sitio donde ha hecho pis, pero no tienen importancia y se deben a la eliminación normal de uratos y no de sangre. Suelen desaparecer entre los 3 y 7 días de vida.

Sueño

Los despertares nocturnos son un fenómeno natural, al menos durante el primer año de vida. Su capacidad para diferenciar el día de la noche (ritmo circadiano) la adquiere a partir de los 4 meses de vida. Si el niño está siendo amamantado los despertares nocturnos son frecuentes; puede necesitar mamar entre 1 y 5 veces. El bebé puede dormir en la misma cama que la madre, así ella misma podrá descansar mejor, es más cómodo.

Evitar compartir cama si:

- La madre o su pareja fuman.
- La mamá ha consumido alcohol, drogas o medicamentos que provoquen un sueño más pesado de lo habitual.
- La madre posee una enfermedad que hace que no se despierte en respuesta a las necesidades del bebé.

ES MUY PELIGROSO

Dormir con un bebé en el sofá y dejar dormir solo a un bebé en una cama de adultos, en una cama de agua o en un colchón que se hunda.

Algunos bebés son incapaces de relajarse y conciliar el sueño. En ese caso hay que observar al bebé y aprender maniobras que le ayuden a conseguirlo: un baño, masaje, cantarle...

El llanto

Es el recurso que tienen los bebés para manifestar lo que les pasa, ya sea físico o emocional, y por lo tanto necesita una respuesta.

El bebé expresa con su llanto lo que siente, ya sea hambre, frío o calor, cansancio, gases, dolor, incomodidad por tener el pañal sucio, la ropa ajustada, por el roce de algún objeto, por la necesidad de contacto físico con sus padres o, simplemente, porque necesita que le mimen. No existe el llanto inmotivado: es la manera de reclamar mayor frecuencia de alimentación y cuidados.

Cuando un bebé llora no lo hace por capricho. Hay que cogerlo en brazos cuanto antes y procurar comprenderlo. Tener el bebé en brazos no lo malcría; al contrario, aumenta la confianza en sus padres, se relaja y aprender formas de comunicación.

Si el bebé tiene hambre hay que darle de nuevo el pecho sin tener en cuenta la hora de la última toma. Esto no provoca sobrealimentación, obesidad ni malas digestiones, y tampoco dañará los pezones si el bebé está bien agarrado al pecho.

Muchos bebés se relajan si sus madres lo llevan sujetos al cuerpo con una mochila portabebés o una franja de tela. No es perjudicial para el bebé y le permite a la madre mayor movimiento.

Los eructos y la expulsión de gases

Cuando el bebé realiza la toma, succiona el chupete o llora, ingiere aire que puede provocarle molestias. Los siguientes consejos pueden ayudar a evitarlos y aliviarlos, pero si son muy persistentes hay que consultar con el pediatra.

Hay que hacer que expulse los gases después de cada toma. Para ello hay que poner al bebé sobre el hombro o sentado sobre las piernas durante unos minutos para favorecer el eructo.

Acompañando al eructo son frecuentes las regurgitaciones (pequeños vómitos) durante los primeros meses de vida. No tienen importancia si no afectan a la ganancia de peso.

No hay que dejar que llore de forma prolongada, al llorar traga aire.

Evitar que llegue a las tomas muy hambriento, ya que mamará con ansia y tragará mucho aire.

No darle infusiones o medicamentos sin consultar con el médico.

Si la leche sale muy deprisa del pecho (a chorro), hay que dejar que fluya un poco para evitar que el bebé tenga que tragar con rapidez, lo que haría que tragase mucho más aire.

Para aliviar sus molestias se le pueden hacer ejercicios tipo bicicleta, masajes abdominales suaves y circulares, en el sentido de las agujas del reloj.

6.4.1 Los cuidados del recién nacido

El baño

Puede ser diario desde el nacimiento, aunque no se le haya caído la pinza del cordón aún. Hay que elegir un momento tranquilo del día, o cuando al bebé le resulte más relajante, y se convertirá esta práctica en un juego entrañable para los padres y el bebé.

Tener todo lo que se pueda necesitar a mano.

No llenar mucho la bañera, basta con unos 10-15 cm. de agua.

La temperatura del agua debe ser agradable (36-38°C). Comprobar que no quema introduciendo un codo o el dorso de la mano.

La temperatura ambiente también debe ser agradable (22-24°C), evitando las corrientes de aire.

Usar jabones suaves y en muy poca cantidad, aprovechando la misma agua para aclararle. Si es niña, limpiar la zona existente entre los genitales y el ano (de delante hacia atrás).

El baño no ha de durar demasiado. Al principio bastan unos minutos, y a medida que el bebé va creciendo se puede prolongar este momento.

Sacarle del agua con cuidado, envolviéndolo en una toalla seca y templada, y secarle con suavidad.

Después del baño podemos aprovechar para hidratar su piel a la vez que le damos un masaje usando una crema o aceites adecuados para su edad. Este masaje permite el contacto íntimo de los padres con el bebé, le relaja para el sueño y nutre su piel.

Las uñas

Se cortan, pero no demasiado. Las uñas de los pies se cortan rectas. Las de las manos deben recortarse sin que queden picos, para evitar los arañazos. En ambos casos nunca

cortaremos al límite de la piel, para evitar que las uñas se claven en el dedo. Se ha de utilizar una tijera pequeña de bordes romos.

Los ojos, la nariz, los oídos

Si es necesario, limpia desde la parte interna del ojo hacia la externa. En los oídos limpia sólo la parte externa visible y con una gasa húmeda. La cera que segrega el oído sirve como defensa y no debemos intentar extraerla. La nariz se obstruye con facilidad, aunque la cantidad de moco no sea abundante. El estornudo, que se produce con bastante frecuencia, es la forma en que el bebé limpia sus mucosas.

El ombligo

Se limpia diariamente, con agua y jabón, durante el baño. Para favorecer su cicatrización y prevenir infecciones, procurar mantenerlo siempre seco y limpio.

No hay que cubrirlo con gasas, pues se favorece la humedad. No utilizar fajas ni ombligueros (dificultan la respiración y no curan hernias). Si tiene mal aspecto, huele mal, tiene secreciones o sangra, consultar al pediatra.

Cuando el cordón se caiga (entre los 5 y 15 días aproximadamente), se debe seguir limpiando hasta que esté bien seco. La desinfección del ombligo no debe hacerse con yodo, sino con alcohol de 70° aplicado 2 o 3 veces al día tras el baño y el cambio de pañal, hasta la caída del cordón y la cicatrización umbilical.

Habitación y cuna

La habitación ha de estar a una temperatura en torno a los 20°C, tranquila, con buena ventilación y sin objetos que acumulen polvo. Es necesario un ambiente libre de humos del tabaco. Los hijos de madres y padres fumadores sufren más infecciones respiratorias, otitis y más ingresos hospitalarios por bronquitis y neumonías que los hijos de los no fumadores.

Evitar usar como fuente térmica braseros o estufas, por el peligro que acarrearán, y por supuesto no poner al bebé junto a una fuente de calor.

La cuna debe ser homologada. Cuando se acueste al bebé, no ponerle cadenas, medallas, baberos ni imperdibles, por su seguridad.

El paseo

Los paseos del bebé son muy importantes para su salud. Hay que sacarle a la calle desde el alta hospitalaria, siempre que no exista ningún problema que lo impida. Es relajante para el bebé y favorece la recuperación del tono muscular y del sistema circulatorio de la madre.

Procurar pasearlo por sitios tranquilos, alejados de ruidos y humos, aprovechando las horas de sol en invierno y evitando las horas centrales del día y la exposición directa al sol en verano.

La luz solar ayuda a activar la vitamina D (antirraquítica), por lo que si el tiempo lo permite es bueno que su cara, brazos y piernas estén al aire libre. En verano conviene protegerle la cabeza con una gorra o sombrilla y utilizar cremas de protección solar.

Los viajes

Si viajamos con el bebé en coche se tomarán todas las medidas de seguridad. Siempre tiene que ir bien sujeto. No dejarlo solo en el interior del automóvil.

No existe ninguna contraindicación para que el bebé pueda viajar en avión. El dolor de oídos se puede aliviar haciendo que succione el pecho o el biberón al despegar y aterrizar.

El chupete

Si el bebé toma pecho no es aconsejable usar chupete durante las primeras semanas hasta que la lactancia esté bien establecida. Las diferencias entre los dos tipos de succión pueden confundir al bebé en la manera de mamar.

Se recomienda su retirada antes del año y medio de vida.

6.4.2 Atención sanitaria

Prueba del talón

Es una prueba que sirve para detectar ciertas enfermedades metabólicas, el *hipotiroidismo congénito* y la *fenilcetonuria*. Si no son tratadas a tiempo pueden producir retraso mental, por ello es necesario detectarlas precozmente en el recién nacido realizando una sencilla prueba.

Tras el nacimiento, a los dos o tres días, se extraen unas gotas de sangre del talón con las que se impregnan un papel especial y se envía al laboratorio. En cada hospital hay un protocolo de realización.

Detección de la sordera

Se realiza a todos los recién nacidos antes del alta hospitalaria.

Problemas del recién nacido que deben consultarse

Llanto:

Si el bebé llora más de lo habitual y de forma diferente. Cuando no se calma con las medidas habituales y si el llanto es quejumbroso.

Vitalidad:

Cuando el bebé está decaído o adormilado y le cuesta despertarse y si tiene la piel pálida-amarilla.

Dificultad para respirar:

Si le cuesta trabajo respirar y si se fatiga en las tomas.

Cambios de color:

Si se pone de color azulado, sobre todo los labios, la consulta debe ser INMEDIATA.

Puntos o manchas rojas en la piel:

De color rojo oscuro que antes no estaban.

Alimentación:

Cuando tenga vómitos a chorro. Observar la cantidad y si son aislados o en todas las tomas.

Fiebre:

Si tiene una temperatura rectal de 38,5°C o más.

Movimientos rítmicos y pérdida de conciencia (convulsiones): los temblores de las extremidades y en la barbilla son naturales, y desaparecen al cogerlos. Si se pone rígido o con la mirada perdida, o si se queda sin fuerza, puede tratarse de una convulsión, la consulta debe ser INMEDIATA.

6.5 SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

Consejos para prevenir el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante:

Acostar al bebé en decúbito supino (boca arriba).

No abrigarlo demasiado, no cubrir su cabeza para dormir. El exceso de ropa, o el exceso de calor en la habitación, aumenta el riesgo.

El colchón donde duerma el bebé debe ser firme.

6.6 ¿CUÁLES SON LOS PROCEDIMIENTOS INMEDIATOS DESPUÉS DEL NACIMIENTO DEL BEBÉ?

Los cuidados inmediatos son los que se realizan en la sala o cuarto de parto e incluyen el asegurarse de que la vía aérea se encuentra libre, tomar medidas para asegurarse de la buena temperatura corporal del recién nacido, pinzar y cortar el cordón, y poner al niño sobre el pecho de la madre **tan pronto como sea posible**

Los procedimientos rutinarios que se efectúan son los que describimos a continuación:

Aspiración de las secreciones de boca y nariz. Cuando sale la cabeza del bebé, el médico aspira la boca y nariz para facilitarle la respiración.

En el momento en que el niño respira por primera vez, el aire penetra en las vías respiratorias de los pulmones. Antes del nacimiento, los pulmones no se utilizan para intercambiar oxígeno y dióxido de carbono y necesitan un menor abastecimiento de sangre.

Cuando el bebé empieza a respirar en el momento de nacer, el cambio de presión en los pulmones ayuda a cerrar las conexiones fetales y le da una nueva dirección al flujo sanguíneo.

A partir de ese momento, la sangre es bombeada a los pulmones para ayudar a realizar el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono. Algunos bebés nacen con cantidades excesivas de fluido en los pulmones.

Si se estimula el llanto del bebé por medio de masajes y caricias, se ayuda a que el fluido suba para que luego pueda ser succionado por la nariz o la boca.

Ya cuando termina de nacer, se le limpia además la carita de los restos de sangre y líquido amniótico y se le succiona nuevamente la boca para limpiar las vías respiratorias de cualquier secreción que esté obstruyendo la vía aérea.

Si el bebé no respira en el primer minuto, hay que realizar medidas de resucitación.

Pinzamiento, corte y ligadura del cordón umbilical:

El médico coloca al bebé con la cabeza un poco más abajo que el resto de cuerpo de la madre (para recuperar la mayor cantidad posible de sangre para el bebé) y pinza el cordón umbilical con dos pinzas colocadas más o menos a 5 cm. del abdomen del bebé y después corta el cordón entre ellas.

A continuación, se rodea el ombligo con una gasa, también estéril, impregnada en alguna sustancia antiséptica.

Esto hace que el bebé deje de depender de la placenta para nutrirse de oxígeno. El cordón se corta cuando el bebé ya ha realizado cuando menos 3 movimientos espiratorios y NO se debe exprimir.

Antes de la ligadura se obtiene sangre para determinar el grupo y factor RH, así como para realizar el test de Coombs (prueba diagnóstica que detecta la presencia de anticuerpos frente al RH en la sangre de las mujeres con RH negativo).

La ligadura se hace, generalmente, con cinta de algodón o lino esterilizado y a 2 o 3 cm. de la inserción abdominal del bebé.

Cuidado del cordón umbilical:

Inmediatamente después, el médico limpia el resto del cordón umbilical con una tintura antiséptica púrpura que previene infecciones y lo cubre con una gasa estéril o lo deja descubierto.

Limpieza y prevención de la pérdida de temperatura:

Es importante mantener la temperatura corporal del recién nacido; los bebés que sufren descensos marcados de la temperatura corporal, pueden desarrollar problemas de tipo metabólico.

El recién nacido está mojado debido al líquido amniótico y puede enfriarse con facilidad porque el cuarto del parto está frío, él no tiene suficiente tejido grasoso y no sabe cómo temblar de frío.

Para evitar la pérdida de calor, se debe secar al bebé y utilizar frazadas templadas que suministren calor. A menudo, se le coloca un gorro tejido en la cabeza.

Una vez que ya está seco y cubierto, se puede colocar al bebé en contacto con la piel del pecho o el abdomen de la madre, esto también ayuda a mantenerlo caliente y este contacto es importante por otras muchas razones:

Psicológicamente estimula a la madre y al niño a conocerse el uno al otro. Les permite tocarse y a la madre, conocer a su bebé

Tras el nacimiento los niños se colonizan con bacterias. Resulta ventajoso que el recién nacido se colonice con las bacterias cutáneas maternas y no por las bacterias de los asistentes hospitalarios.

Hay que animar al amamantamiento temprano, a ser posible en la primera hora posparto (OMS / UNICEF 1989). Esta estimulación sobre el pezón por el niño promueve la lactancia y además ayuda a que se contraiga el útero y con esto se disminuya la pérdida sanguínea posparto.

El momento de la primera vez dependerá de cuando el bebé esté listo para comer y esto generalmente sucede a los 30 minutos después del nacimiento.

Calificación APGAR:

La evaluación de la salud del bebé comienza de inmediato. Una de las primeras revisiones que se realiza es el examen de APGAR. El examen de APGAR es un sistema de puntuación ideado por la Dra. Virginia Apgar, una anestesióloga, para evaluar la condición del recién nacido al minuto y a los cinco minutos después del nacimiento.

El médico y las enfermeras evalúan las señales siguientes y asignan una puntuación según el resultado:

- A: Actividad: tono muscular.

El bebé nace con las extremidades encogidas y debe resistirse a cualquier intento por estirárselas

- P: Pulso: se ausculta el corazón del bebé.
- G: Reflejos: irritabilidad refleja. Respuesta al tubo de succión o al golpe con la mano que se le da en las plantas de los pies.
- A: Aspecto: color de piel.

Todos los bebés nacen azulados y van cambiando a color rosado poco después de la primera respiración.

- R: Respiración: Un bebé maduro llora espontáneamente a los 30 segundos del nacimiento. Al minuto uno, el bebé mantiene rápidas respiraciones regulares.

Se considera normal una puntuación de 7 a 10. Una puntuación de entre 4 y 6 puede indicar que el niño necesita alguna maniobra de resucitación (oxígeno) y una cuidadosa monitorización.

Una puntuación de 3 o menor indica que el bebé necesita de inmediato maniobras de resucitación y socorro.

Actualmente es utilizada universalmente por todos los pediatras que atienden los partos.

ASISTENCIA MEDIATA

Identificación del bebé:

Los métodos más utilizados son la huella digital de la madre, la huella de la mano o el pie del niño, pulseras de identificación y la recogida de sangre del cordón. A menudo se toma **la huella de la planta del pie** y se registra en el expediente médico del bebé.

Antes de que el bebé salga del área de partos, se colocan brazaletes de identificación con números idénticos en la madre y el niño.

Es común que los bebés lleven dos, uno en la muñeca y otro en el tobillo. Deben verificarse los brazaletes cada vez que el niño entre o salga de la habitación de la madre. Estos brazaletes permanecen hasta que sale del hospital.

Prevención del síndrome hemorrágico del recién nacido.

El bebé tiene poco desarrollados los mecanismos de coagulación de la sangre, ya que su hígado es inmaduro. Para prevenir posibles complicaciones en la sala de partos, se administra a todos los recién nacidos, una inyección intramuscular de 1 mg de vitamina K.

Prevención de la conjuntivitis neonatal.

A todos los recién nacidos se les ponen unas gotas de nitrato de plata al 1%, o de algún antibiótico oftálmico o una pomada antibiótica en los ojos para prevenir una conjuntivitis debida, normalmente, al contacto con las secreciones de la vagina de la madre.

Otros cuidados

El resto de los procedimientos necesarios se efectúa en los minutos y horas que siguen al parto. Esos procedimientos se llevarán a cabo en la sala de partos o en el cuarto de cunas, según las normas del hospital y la condición del bebé. Algunos de estos procedimientos incluyen los siguientes:

Signos vitales:

La supervisión de estas primeras horas requiere supervisión cada media hora o cada hora de la temperatura (más que para estimar este dato, la primera toma se hace para verificar si hay permeabilidad del ano o si no hay otros defectos al nacimiento), frecuencia cardiaca, respiratoria, color, tono y actividad. En las primeras horas de vida hay variaciones que pueden ser muy importantes para la salud del bebé.

Somatometría:

Los principales datos que se precisa conocer son: peso, talla, perímetro torácico, perímetro craneal y longitud de pie:

El peso del recién nacido normal suele oscilar entre 3.200 y 3.500 gr.; la talla, entre 48 y 52 cm. y el perímetro craneal, entre 33 y 35 cm. Normalmente, los recién nacidos pierden algunos gramos durante los primeros días.

Esta medición permite determinar si el peso y el resto de las medidas del bebé son normales para el número de semanas de embarazo. Los bebés pequeños o de bajo peso, así como los bebés muy grandes, pueden requerir atención y cuidados especiales.

Estos datos son de suma importancia ya que cualquier alteración en la salud del bebé, se reflejan en su nutrición y, en consecuencia, los datos obtenidos son el índice clínico más firme para apreciar los cambios.

Investigación de malformaciones congénitas:

Al observar cuidadosamente al bebé, el neonatólogo busca falta o exceso de dedos, pie equinivaro (torcido hacia adentro), fractura de clavícula (el hueso del hombro) o de huesos largos, paladar hendido, labio leporino, criptorquidia (testículos no descendidos), hernias, etc.

Orina y primera evacuación:

El 92% de los niños orina y evacua el intestino (la primera evacuación es del llamado meconio) en las primeras 24 horas, muchos lo hacen en la sala de parto. Es importante registrar el momento en el que hay la evacuación y el aspecto de esta y si el bebé orina bien.

Baño:

Una vez que la temperatura del niño se estabiliza, se le puede bañar por primera vez.

Vacuna de la hepatitis B.

Desde 1994, en muchos hospitales, los reumatólogos administran a los recién nacidos la primera dosis de esta vacuna. Antes de los 18 meses se administran dosis adicionales.

Screening o prueba de detección precoz de enfermedades metabólicas. El llamado "Tamiz Neonatal" debe hacerse obligatoriamente a todos los recién nacidos.

Su objetivo es la detección muy temprana en el recién nacido de enfermedades congénitas de origen genético, cuya consecuencia es la aparición de desórdenes metabólicos y endocrinos que, en gran parte de los casos, se asocian con retraso mental, más acusado cuanto más tarde se ha realizado el diagnóstico e instaurado el tratamiento.

Estos padecimientos solamente se pueden detectar mediante este estudio, ni siquiera con una revisión médica muy cuidadosa.

El análisis se debe hacer cuando el bebé tiene de 2 a 4 días de nacido. Si esto no es posible y se hace antes de las 24 hrs., entonces se deberá repetir antes de las dos semanas de nacido y consiste en el análisis de unas gotas de sangre (cinco gotas) extraídas del cordón umbilical o del talón del bebe colectadas en un papel filtro especial (la llamada “Tarjeta de Guthrie”) que se envía al laboratorio. Tu pediatra debe comunicarte los resultados.

Cuidado del recién nacido después del parto vaginal

El recién nacido se pone en brazos de la madre tan pronto como sea posible.

Durante la primera hora o dos horas que siguen al nacimiento, la mayoría de los bebés se encuentran en una fase de alerta, en la que están totalmente despiertos. Esta situación constituye una maravillosa oportunidad para que los padres conozcan a su nuevo bebé.

El bebé suele reaccionar ante el sonido conocido de la voz de la madre.

Esta primera o dos primeras horas posteriores al parto son el mejor momento para dar inicio a la lactancia. Los bebés cuentan con la capacidad innata de comenzar a mamar inmediatamente después del nacimiento.

Aunque algunos medicamentos y anestesia suministrados a la madre durante el trabajo de parto y el parto pueden afectar a la capacidad de succión del bebé, la mayoría de los bebés sanos están en condiciones de mamar en estas primeras horas. El amamantamiento inicial ayuda a estimular la producción de leche materna. También provoca la contracción del útero materno, lo cual ayuda a prevenir que sangre excesivamente.

Cuidado del recién nacido después del parto por cesárea:

Si el bebé nace por cesárea, es muy probable que la madre se mantenga despierta durante la intervención quirúrgica. Son muy escasas las situaciones en que se plantea la necesidad de suministrarle a la madre anestesia general para el parto.

En la actualidad, la mayor parte de los nacimientos por cesárea se llevan a cabo con anestesia local, como por ejemplo, anestesia epidural. Con este tipo de anestesia, sólo se duerme una parte del cuerpo para la intervención. La madre se mantiene despierta, y oye y ve a su bebé tan pronto nace.

Dado que los bebés que nacen por cesárea pueden tener dificultades para eliminar parte del fluido pulmonar y mucosidades, suele ser necesaria una aspiración mayor de la nariz, boca y garganta.

En ocasiones, se requiere una aspiración más profunda, en la tráquea.

La lactancia puede comenzar durante las primeras horas posteriores al parto en la sala de recuperación, al igual que ocurre con un parto vaginal.

Exploración física y neurológica del recién nacido

Durante las primeras veinticuatro horas de vida es fundamental realizar una exploración física y neurológica del niño.

6.7 FACTORES DETERMINANTES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

El proceso de crecimiento y desarrollo está regulado por múltiples factores de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psicoemocionales, sociales, culturales y políticos.

Es necesario identificar, estimular y garantizar aquellos protectores y también detectar, evitar y controlar los de riesgo que en un momento dado amenacen el logro de las metas del desarrollo.

6.7.1 Factores protectores

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha considerado que existen prácticas esenciales que favorecen la salud infantil, las cuales son vitales para el crecimiento físico y desarrollo mental: promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y continuarla hasta los 2 años de edad (A2) (15), garantizar adecuada alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, proporcionar cantidades suficientes de micronutrientes (16) (A1).

Las metas del desarrollo infantil: autoestima, autonomía, creatividad, solidaridad, felicidad, salud y resiliencia, se pueden alcanzar a través de un adecuado proceso de crecimiento y desarrollo dentro del ciclo vital del niño y son la máxima expresión del potencial individual que se reconstruye permanentemente apoyado en la crianza humanizada.

Para la prevención de enfermedades: garantizar el esquema completo de inmunización. Promover el desecho seguro de las heces y el lavado de manos (A3); en zonas maláricas proteger a los niños con mosquiteros (B3) (18).

Para el cuidado apropiado en el hogar: continuar alimentando y dar líquidos a los niños cuando estén enfermos, tomar medidas adecuadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes, evitar el maltrato y el descuido de los niños, asegurar la participación de los hombres en el cuidado de los hijos y su vinculación en los asuntos relacionados con la salud reproductiva de la familia (B3).

Para la búsqueda de atención: reconocer el momento en que los niños enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y llevarlos a tiempo a recibir la atención en salud, seguir las recomendaciones dadas por el personal de salud en lo que se refiere a tratamiento y seguimiento de las enfermedades, asegurarse que toda mujer embarazada reciba atención prenatal adecuada.

6.7.2 Factores de riesgo

Estos factores están representados por todo aquello que se convierte en amenaza del proceso integral y pueden a su vez agruparse para facilitar su detección y chequeo en aspectos genéticos, ambientales, comportamentales y psicosociales.

6.8. ENFERMERÍA

La enfermería tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las personas... y tiene que poner a las personas en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella. (Nightingale, 1.859)

Baldera (1.998) define la enfermería como el conjunto de conocimientos y acciones necesarias para prestar atención de enfermería a las personas que lo requieran, en actividades de promoción de la salud, diagnósticos de enfermería, tratamiento y rehabilitación.

Esto propone atención

Directa, investigación, docencia y administración como funciones generales.

Profesión dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas (Ledesma, 1.999)

Enfermería como profesión aplica conocimientos, es práctica, académica, cumple procedimientos basados en principios científicos, posee bases éticas, tiene autonomía y es social.

CARACTERÍSTICAS DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

- A. Intelectual
- B. Práctica
- C. Académica
- D. Habilidad técnica
- E. Bases éticas
- F. Autonomía
- G. Social

- **INTELLECTUAL**

Se basa en un conjunto de conocimientos

Emplea el método científico en la práctica

Utiliza los conocimientos con pensamiento analítico

Crítico y creativo

- **PRÁCTICA**

Debe poseer habilidades y destrezas

- **ACADÉMICA**

La práctica de la enfermería se caracteriza por la solidez de su formación teórica

El personal de enfermería debe especializarse con el fin de mejorar la calidad de atención de los usuarios.

- **HABILIDAD TÉCNICA**

La práctica de enfermería se apoya en principios o bases científicas que guían la práctica y a su vez proporciona la base para la legitimidad y autonomía de la profesión.

- **BASES TEÓRICAS**

La enfermería se ejerce dentro de un marco ético. Estos valores se señalan en el Código Deontológico de Enfermería.

- **AUTONOMÍA**

La enfermería como profesión controla sus propias funciones, posee independencia y responsabilidad de sus actos.

- **SOCIALES**

Su principio consiste en ayudar a que las personas conserven su salud

Debe ser sensible a las necesidades humanas y tener consciencia de su responsabilidad al contribuir al bienestar de los demás

Existe una fuerte motivación o vocación en la elección de la carrera que sugiere un compromiso de la profesión al servicio de la sociedad

El personal de enfermería durante el ejercicio de su profesión, es importante que posea o adquiera la capacidad de:

Formar juicios sobre la realidad que la conduzca a actuar con pleno conocimiento

Trabajar en equipo inter y multidisciplinario

Servir y ayudar a quienes lo requieran

Comunicarse cordial y efectivamente con el usuario, colegas y demás miembros del equipo de salud

Mostrar seguridad y confianza en sí misma (o)

Realizar investigaciones de proyección social

Aplicar el sentido y valor de las normas éticas y jurídicas de la profesión

Participar con organismos de influencia en el desarrollo de la profesión

6.9. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE ENFERMERÍA

EL Código Deontológico de Enfermería, encierra un conjunto de deberes, derechos, normas éticas y morales que debe conocer el profesional de Enfermería para aplicarlos en la práctica diaria. En dicho código se reglamenta la relación:

- La enfermera (o) y el individuo
- La enfermera (o) y el ejercicio de la profesión
- La enfermera (o) y la sociedad
- La enfermera (o) y sus colegas
- La enfermera (o) y la institución

LA ENFERMERA (O) Y EL INDIVIDUO

La relación enfermera (o) – usuario debe fundamentarse en el respeto a la dignidad humana

Debe tratar al usuario de forma holística (biológica, psicológica y socialmente)

LA ENFERMERA (O) Y EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN

Debe cumplir sus funciones con elevado espíritu de responsabilidad

Debe mantener el secreto profesional

Asumirá la responsabilidad de sus juicios y actuaciones

Debe mantenerse permanentemente actualizado mediante la asistencia a: jornadas, talleres, congresos y cursos

Debe actuar equilibradamente conservando los principios éticos y morales en la práctica

LA ENFERMERA (O) Y LA SOCIEDAD

Su máxima defensa es el bienestar social, implícito en el fomento y la preservación de la salud a través de acciones tendientes a satisfacer las exigencias sanitarias y sociales de la comunidad.

LA ENFERMERA (O) Y SUS COLEGAS

Las relaciones humanas con sus compañeros deben ser de respeto

Debe trabajar en equipo

Cuando los cuidados que recibe un usuario son puestos en peligro por un colega, debe tomar la decisión más adecuada y actuar en consecuencia

Actuar como defensor (a) del usuario cuando los cuidados de la salud y la seguridad, se ven afectados por la incompetencia y la falta de ética o ilegalidad de la actuación de un colega

LA ENFERMERA (O) Y LA INSTITUCIÓN

Debe preservar los bienes de la institución

Debe administrar, controlar y supervisar los insumos y bienes de la institución

6.10 ÉTICA

Ética proviene del vocablo griego "*ethos*" que significa carácter, modo de ser.

Estudio sistemático de los problemas fundamentales de la conducta humana. (León, 1.999)

Describe la base sobre la cual las personas, de manera individual o colectiva, deciden que ciertas acciones son correctas o incorrectas, y si es deber de una persona hacer algo, o si tiene el derecho de hacerlo. (Rumbold, 2.000)

La ética estudia las acciones humanas, sus efectos y el valor de dichas acciones. De igual manera determina que es lo correcto y lo incorrecto.

La ética es una ciencia normativa, ya que se ocupa de un ideal, es decir, no con lo que la conducta humana es, sino con lo que debe ser.

CARACTERÍSTICAS

- ✓ Implica acción de acuerdo con las normas morales
- ✓ Se ocupa del estudio de los problemas teórico – morales
- ✓ Equivale al conocimiento
- ✓ Se basa en un plan filosófico (qué es el bien, qué es la virtud, qué es la felicidad, etc.)
- ✓ Se ocupa de los valores humanos

ÉTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, los valores del ejercicio profesional, los cambios y las transformaciones a través del tiempo.

FUENTES DE LA ÉTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Las fuentes de la ética profesional son las normas destinadas exclusivamente para la prestación de servicio a la sociedad, teniendo como base las más elementales normas sociales. Entre ellas tenemos:

- Normas Jurídicas
- Normas Morales
- Normas de Trato Social

NORMAS JURÍDICAS

Se basan en el cumplimiento del conjunto de normas o reglas de conducta de carácter obligatorio que regulan las actividades de los individuos en su convivencia social

NORMAS MORALES

La enfermera (o) como profesional debe aceptar la responsabilidad de tomar decisiones y realizar acciones en sociedad, su comportamiento profesional afecta o beneficia a otros miembros de la comunidad, por ello debe ajustarse a las normas de la ética profesional

NORMAS DE TRATO SOCIAL

Las enfermeras (os) deben coordinar sus acciones con otros miembros del equipo de salud en la atención al individuo, cumpliendo las normas establecidas por la sociedad

MORAL

Moral proviene del vocablo latín "*mos*" o "*mores*" que significa costumbres en el sentido de las normas o reglas adquiridas por hábitos.

Conjunto de normas que regulan el comportamiento de los seres humanos en sociedad, que son aceptadas en forma libre y consciente por un individuo. (Balderas, 1.998)

Conjunto de todos los deberes del hombre. (León, 1.999)

La moral, es parte de las tradiciones y costumbres del grupo humano, unidos por un interés común.

El comportamiento moral se sujeta a valores y normas establecidas socialmente, es un comportamiento consciente, libre y responde a una necesidad social.

ASPECTOS QUE ESTRUCTURAN LA MORAL

Aspecto fáctico "El Ser" o "Lo Real"

El ser corresponde a los comportamientos en la realidad.

Al ser le son propios los hechos que muestran los comportamientos humanos como una respuesta debida a factores multicausales, en un contexto macroambiental, dinámico, evolutivo y cambiante.

Aspecto Normativo "El Deber Ser"

El deber ser corresponde a las ideas o modelos de comportamiento.

Al deber ser le pertenecen las ideas, normas, costumbres y tradiciones de lo que es aceptado universalmente como conducta o comportamiento moral.

CARACTERÍSTICAS

Aquellos fenómenos que son estudiados por la ética

Incluye el conjunto de los deberes del hombre

Se refiere al deber ser

El individuo moralmente bueno debe practicar cosas buenas (en forma libre, no por violencia, ni a la fuerza)

LA MORAL EN ENFERMERÍA

La enfermería como profesión, requiere una guía moral para cumplir con el fin primordial de servir al bien común, mejorar la salud de nuestro pueblo y prolongar la vida del hombre.

NORMAS MORALES PARA LAS ENFERMERAS (OS)

Las raíces de la moral de las enfermeras (os) han sido legadas por la sociedad. Dichas normas se relacionan con:

- La Profesión.
- Vocación
- Disciplina
- La atención al usuario
- Proteger la individualidad
- Proteger al usuario de causas externas que puedan producir enfermedad
- Mantener las funciones fisiológicas del usuario en parámetros normales
- Colaborar con la rehabilitación del usuario y su incorporación a la comunidad

LA PROFESIÓN

VOCACIÓN: la enfermera (o) debe tener capacidad de servicio en la atención de los individuos que necesitan de sus cuidados.

DISCIPLINA: la enfermera (o) debe cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la profesión en el ejercicio profesional.

LA ATENCIÓN AL USUARIO

PROTEGER LA INDIVIDUALIDAD DEL USUARIO:

Los diversos modelos teóricos para la enfermería tienen como base fundamental el trato a la persona como un ser humano integral, al cual debe atenderse en sus aspectos biológicos y psicosocial.

PROTEGER AL USUARIO DE CAUSAS EXTERNAS QUE PUEDAN PRODUCIR ENFERMEDAD:

En la prestación de los cuidados es deber de la enfermera (o) evitar iatrogenias por ignorancia, omisión, descuido o negligencia.

latrogenia:

Enfermedad provocada por el personal médico, por técnicas diagnósticas o terapéuticas, o por la exposición al medio ambiente hospitalario.

Omisión:

Consiste en no realizar una conducta para evitar un daño mayor por no ser competencia de la práctica de enfermería.

Negligencia:

Consiste en dejar de hacer lo que es un deber dentro de la práctica de enfermería.

MANTENER LAS FUNCIONES FISIOLÓGICAS DE LOS USUARIOS EN PARAMETROS NORMALES:

Las funciones fisiológicas normales son: alimentación, eliminación, hidratación, respiración, circulación, termorregulación, higiene, movilización, descanso y sueño. La enfermedad imposibilita al individuo para satisfacer sus necesidades básicas elementales, es allí donde la enfermera (o) aplica técnicas de enfermería para colaborar en la satisfacción de esas necesidades.

COLABORAR EN LA REHABILITACIÓN DEL USUARIO Y SU INCORPORACIÓN A LA COMUNIDAD:

Es el comportamiento moral enseñar al individuo medidas de autocuidado en salud en el hogar y la comunidad. Es responsabilidad de la enfermera (o) promover la reincorporación de los usuarios a una vida útil.

6.11 CODIGO DE ETICA

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 técnicos-científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional.

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.

Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue.

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.

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).

La Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México. Además existen otras leyes y reglamentos en el área de la salud que determinan el ejercicio profesional de enfermería. No obstante, es importante orientar y fortalecer la responsabilidad ética de la enfermera, precisando sus deberes fundamentales y las consecuencias morales que hay que enfrentar en caso de violar alguno de los principios éticos que se aprecian en la profesión y que tienen un impacto de conciencia más fuerte que las sanciones legales en la vida profesional.

Es importante recordar que un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional.

Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.

Para su mejor comprensión un código de ética debe utilizar un lenguaje claro, contar con un marco conceptual y una declaración de principios que sirvan de base para contextualizar el desarrollo del capitulado en el que se precisan los deberes de la enfermera para con las personas, los deberes como profesionista para con sus colegas y su profesión, así como los deberes para con la sociedad.

El compendio de los deberes que los profesionistas de la enfermería asumen al aceptar como suyo un código de ética se resume en el denominado Decálogo.

Con motivo de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud que la Secretaría de Salud emprende en esta gestión, y en la cual el Código de Ética se constituye en un imperativo para fortalecer el comportamiento ético de los profesionales de la salud y con ello contribuir a mejorar la calidad de los servicios, la Comisión Interinstitucional de Enfermería, en su carácter propositivo e integrador de todos los esfuerzos que desarrollan los diferentes grupos de la enfermería en el ámbito nacional, presenta para su conocimiento y en su caso aceptación y cumplimiento por la comunidad de enfermería, el presente documento que concluye la iniciativa asumida por el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería (COMLE), mismo que socializó en tres versiones a nivel nacional en diferentes instituciones educativas y de salud, así como en la Asamblea del Colegio Nacional de Enfermeras.

Con la misma intención, la Comisión Interinstitucional trabajó dicho documento y lo socializó a nivel nacional en las Comisiones Interinstitucionales de los estados de la república y en el Distrito Federal en la mayoría de los hospitales e institutos del sector salud.

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.

Esta reflexión es intransferible, pues en la ética cada hombre se obliga por su condición humana al bien propio y al de sus semejantes.

La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último de todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano.

Estudia al hombre en la concreción y responsabilidad de sus actos. La conciencia ética debidamente formada es el fundamento del deber ser como ideal de la conducta, que significa el comportamiento ético.

La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar.

El objeto material de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente.

Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno. Para que un acto sea considerado como bueno o moral debe de realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos.

El acto humano se concibe como el ejercicio de las facultades del razonamiento, la libertad y la voluntad, lo que implica la realización de un acto responsablemente.

En él lo más esencial es la intencionalidad, es decir el hombre como dueño de su voluntad y su libertad se conduce con conocimiento y responsabilidad, el actuar así lo hace comportarse como persona. De esta manera los actos humanos que sancionan la ética y la moral están determinados por el conocimiento, la voluntad, la aceptación y la responsabilidad.

Los seres humanos durante todos los tiempos se han regido por las exigencias, principios y valores que sustentan el comportamiento humano en forma individual o colectiva.

La ética hace referencia a estas exigencias a través del ejercicio de la libertad y de la responsabilidad de los actos realizados, por ello se le llama acto humano, porque fue razonado; éste compromete porque involucra la voluntad y libertad para decidir, esta característica es en sí misma exclusiva del ser humano.

La moral considerada como regla de conducta es el conjunto de comportamientos y normas que algunos suelen aceptar como válidos, porque son los deberes y obligaciones para con la sociedad.

La palabra moral etimológicamente tiene que ver con las costumbres y con las disposiciones sociales, que pueden ser esencialmente malas o inmorales por muy válidas y aceptadas que éstas se presenten.

La moral debe guiar la conducta humana en los comportamientos cotidianos de acuerdo a los principios y valores de un grupo determinado. Apela a las propias convicciones del individuo y se relaciona directamente con el quehacer humano haciendo referencia al bien y al mal. Marca las directrices que dentro del grupo son aceptadas como buenas, por consiguiente, se puede decir que la moral es la regla de las costumbres dirigidas o encaminadas hacia el bien de las personas.

La conciencia moral u órgano axiológico de lo ético va más allá de la mera complacencia o convicción personal, en tanto que juzga el bien o el mal de lo hecho y a la bondad o maldad de quien lo hace, porque el hombre siempre elige un bien pero en ocasiones no elige bien.

El bien del hombre consiste en orientar su conducta hacia el perfeccionamiento como persona, el cual requiere de la moral para normar su actuación dentro del grupo, ya que de ella emanar las directrices que le permitirán actuar hacia el bien común, proporcionándole paz, armonía y tranquilidad de conciencia para vivir dentro de la sociedad. Así resulta que la

moral no es restricción, limitación o prohibición, sino más bien afirmación, elevación, expansión y planificación.

A la persona humana se le reconoce por su actuación consciente expresada en los múltiples actos de su vida, todos condicionados por los valores que en ética se derivan del principio del respeto igual y recíproco a la dignidad humana. Considerando que la dignidad es el carácter de lo que tiene de valor la persona en sí y por sí; es el valor peculiar que todo hombre tiene como persona en tanto que es racional, perfectible, inviolable, único, autónomo y sensible por lo cual merece todo respeto.

Así la dignidad debe entenderse como la suma de derechos y como el valor particular que tiene la naturaleza humana por tener un libre uso de la razón y del juicio que da la inteligencia.

La dignidad, por ser un valor inviolable que tienen esencialmente todos y cada uno de los seres humanos, independientemente de sus atributos accidentales, no tiene precio, no es comparable en ningún sentido con las cosas materiales que tienen un precio y que nunca equivaldrán al valor que la propia naturaleza concedió al hombre como ser de razón, insustituible e irreplicable, capaz de expresarse en actos de afecto, simpatía y amistad.

Cada hombre en su semejanza es diverso en sus valores, sin embargo la dignidad es un valor universal que se deriva de la apreciación que cada persona hace de su propia dignidad.

En este sentido la corriente personalista que propugna la afirmación de la persona, el rescate de sus derechos y el restablecimiento de la cultura de la responsabilidad personal, centra la atención del comportamiento moral en la persona, tomándola como protagonista de la historia y como fundadora de la sociedad en el conjunto de relaciones que se dan en la conciencia individual y social; en esta concepción la persona es consciente de sí misma, responsable de sus actos y con la libertad que la hace ser, con fines que la trascienden y con capacidad de desentenderse de sí misma para darse a los demás en una existencia humana fiel a sí misma y a su grupo social.

Esta concepción también es vista en el humanismo Kantiano, el que como filosofía del comportamiento señala: Obra siempre de tal suerte que trates a la humanidad en tu persona tanto como en la persona del prójimo, como un fin y no como un simple medio.

Al considerar al hombre como fin, el humanismo se constituye en la reflexión de que la preocupación máxima del hombre debe ser el propio hombre y todo lo que significan sus intereses, sus problemas y su posición en la vida, constituyéndose esto, en el ideal por desarrollar en sí y en cada individuo lo que hay específicamente de humano.

Así, el deber, la solidaridad y la fraternidad, como formas de conducta, responden a la capacidad de interacción entre los seres humanos que comparten la misma visión humanista.

El humanismo, así concebido, tiene su expresión en un ser humano que ayuda a otro con la conciencia de lo valioso de la existencia y del respeto por ésta y su dignidad en todas las etapas de la vida, significando también, la disposición del hombre para responder a las necesidades de sus semejantes con una actitud humana que le dé esencia y valor a su propia vida. Después de todo, la sociedad es un sistema para las personas y toda institución es parte integral del sistema de ayudas.

6.11.1 Declaración de principios

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera. Beneficencia y no maleficencia.

Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales.

Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social. Justicia.

La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona. Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

Autonomía.-

Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

Valor fundamental de la vida humana. –

Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

6.12 DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero.-

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

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo.-

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

Artículo tercero.-

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

Artículo cuarto.-

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

Artículo quinto.-

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

Artículo sexto.-

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

Artículo séptimo.-

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

Artículo octavo.-

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

Artículo noveno.-

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

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.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.-

Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.-

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

Artículo vigésimo.-

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

Artículo vigésimo primero.-

Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedigna y actual 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.

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.-

Demstrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

7.- DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO.

La observancia del código de Ética, para el personal de enfermería los compromete a:

Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.

Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.

Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto como las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.

Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

7.1 LEY GENERAL DE SALUD

La **Ley General de Salud** establece la forma de organización y las competencias o atribuciones de los servicios de salud, pero fundamentalmente, especifica la forma en que debemos ser tratadas todas las personas, para solucionar cualquier problema de salud, independientemente de nuestra edad, sexo, condición física y social, religión, tendencia política o afiliación a alguna institución en particular.

Atención médica

La **atención médica** es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Las actividades de atención médica que ofrecen los servicios de salud son:

- Preventivas, que incluyen las de promoción y educación para la salud y las de protección específica
 - Curativas, que tienen como fin, establecer un diagnóstico y proporcionar un tratamiento oportuno
 - De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales

Derechos de todos

Lo más importante de la Ley es que establece que:

- Toda persona tiene derecho a la protección de su salud y que no se puede renunciar a este derecho.
 - Toda persona tiene el derecho al libre acceso a cualquiera de las prestaciones de

salud y a elegir el sistema de su preferencia.

- Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud tengan las características indicadas en su presentación.
- Así mismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud sean de calidad y los procedimientos y prácticas institucionales sean profesionales.
- Toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico-quirúrgica de emergencia cuando la necesite o si el problema que representa grave riesgo para su vida o su salud.
- Ninguna persona puede ser sometida a ningún tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona a quien el enfermo designe como su representante legal, a menos que sea requerida una intervención de emergencia y no haya ninguna persona que la autorice.

7.2 REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MÉDICA.

Disposiciones Generales

Artículo 1o.-

Este Reglamento es de aplicación en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social y tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud, en lo que se refiere a la prestación de servicios de atención médica.

ARTICULO 2o.-

Cuando en este Reglamento se haga referencia a la "La Ley", o a "La Secretaría", se entenderá que se trata de la Ley General de Salud y de la Secretaría de Salud, respectivamente.

ARTICULO 3o.-

La aplicación de este Reglamento compete a la Secretaría y a los gobiernos de las entidades federativas, en los términos de la Ley General de Salud y de los acuerdos de coordinación que suscriban con dicha dependencia.

ARTICULO 4o.-

Corresponde a la Secretaría emitir las Normas Técnicas a que se ajustará, en todo el territorio nacional, la prestación de los servicios de salud en materia de atención médica, las que se publicarán en la Gaceta Sanitaria para su debida observancia.

ARTICULO 5o.-

Corresponde a la Secretaría realizar la evaluación de la prestación de los servicios a que se refiere este Reglamento.

ARTICULO 6o.-

La Secretaría fomentará, propiciará y desarrollará programas de estudio e investigación relacionados con la prestación de servicios de atención médica.

ARTICULO 7o.-

Para los efectos de este Reglamento se entiende por:

I.- ATENCION MÉDICA.-

El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud;

II.- SERVICIO DE ATENCION MÉDICA.-

El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos;

III.- ESTABLECIMIENTO PARA LA ATENCION MÉDICA.-

Todo aquel, público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios;

IV.- DEMANDANTE.-

Toda aquella persona que para sí o para otro, solicite la prestación de servicios de atención médica;

V.- USUARIO.-

Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica;

VI.- PACIENTE AMBULATORIO.-

Todo aquel usuario de servicios de atención médica que no necesite hospitalización;

VII.- POBLACION DE ESCASOS RECURSOS.-

Las personas que tengan ingresos equivalentes al salario mínimo vigente en la zona económica correspondiente, así como sus dependientes económicos.

Para efectos del párrafo anterior el responsable del establecimiento deberá realizar un estudio socio-económico en recursos propios o solicitar y asegurarse que sea llevado a cabo por el personal de la Secretaría de la zona correspondiente, y

Todo aquel usuario de servicios de atención médica que se encuentre encamado en una unidad hospitalaria.

ARTICULO 8o.-

Las actividades de atención médica son:

I.- PREVENTIVAS:

Que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

II.- CURATIVAS:

Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos; y

III.- DE REHABILITACION:

Que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental.

ARTICULO 9o.-

La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

ARTICULO 10.-

Serán considerados establecimientos para la atención médica:

I.- Aquellos en los que se desarrollan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación dirigidas a mantener o reintegrar el estado de salud de las personas;

II.- Aquellos en los que se presta atención odontológica;

III.- Aquellos en los que se presta atención a la salud mental de las personas;

IV.- Aquellos en los que se prestan servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

V.- Las unidades móviles, ya sean aéreas, marítimas o terrestres, destinadas a las mismas finalidades y que se clasifican en:

A).- Ambulancia de cuidados intensivos;

B).- Ambulancia de urgencias;

C).- Ambulancia de transporte, y

D).- Otras que presten servicios de conformidad con lo que establezca la Secretaría.

Las unidades móviles se sujetarán a las Normas Técnicas correspondientes, sin perjuicio del cumplimiento de las demás disposiciones aplicables, y

VI.- Los demás análogos a los anteriores que en lo sucesivo señalen como tales las disposiciones generales aplicables o los que, en su caso, determinen la Secretaría.

ARTICULO 11.-

En todos los reclusorios y centros de readaptación social deberá existir un servicio de atención médico-quirúrgico, que permita resolver los problemas que se presenten.

En caso de que un interno deba ser transferido a una unidad médica con mayor poder de resolución, la custodia quedará a cargo de la autoridad competente.

ARTICULO 12.-

En los parques de diversión, ferias, circos, estadios deportivos, plazas taurinas, y en general, en cualquier tipo de evento, deberá existir una unidad fija o móvil de servicios médicos para atender las urgencias que se presenten, sin perjuicio de su posterior referencia a otros establecimientos para continuar con su atención.

La Secretaría dictará las Normas Técnicas a que quedarán sujetos dichos servicios.

ARTICULO 13.-

Para la organización y funcionamiento de los servicios de atención médica, la Secretaría tomando en cuenta, en su caso, la opinión de los prestadores de servicios públicos, sociales o privados, establecerá los criterios de distribución de universo de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura.

ARTICULO 14.-

Los criterios de distribución del universo de usuarios y de cobertura deberán considerar, entre otros factores, la población abierta, la población que goza de la seguridad social, la capacidad instalada del sector salud, así como las Normas Técnicas emitidas por la Secretaría.

ARTICULO 15.-

En lo referente a la regionalización de servicios médicos, se tomará en cuenta el diagnóstico de salud, la accesibilidad geográfica, otras unidades médicas instaladas y la aceptación de los usuarios, considerando los dictámenes técnicos de los órganos correspondientes de la Secretaría, con el fin de instalar unidades tendientes a la autosuficiencia regional, así como el desarrollo del municipio.

ARTICULO 16.-

La atención médica será otorgada conforme a un escalonamiento de los servicios de acuerdo a la clasificación del modelo que la Secretaría determine.

ARTICULO 17.-

Los establecimientos de carácter privado, en los términos del Artículo 44 de la Ley, prestarán los siguientes servicios:

I.- Colaborar en la prestación de los servicios básicos de salud a que se refiere el Artículo 27 de la Ley, con especial énfasis en la educación para la salud, prevención y control de enfermedades transmisibles de atención prioritaria, planificación familiar y disponibilidad de insumos para la salud;

II.- Proporcionar servicios de urgencias en los términos de la Ley y este Reglamento;

III.- Hacer con oportunidad las notificaciones correspondientes de las enfermedades transmisibles a la autoridad sanitaria, en los términos señalados por la Ley;

IV.- Proporcionar atención médica a la población en casos de desastre;

V.- Colaborar en la formación y desarrollo de recursos humanos para la salud, y

VI.- Desarrollar actividades de investigación, de acuerdo a los requisitos señalados por la Ley y dentro del marco de la ética profesional.

La proporción y términos para la prestación de estos servicios podrán fijarse en los instrumentos de concertación que al efecto suscriban la Secretaría y los establecimientos, tomando en cuenta el grado de complejidad y capacidad de resolución de cada uno de ellos. En todo caso la participación de los establecimientos privados, en los términos de este Artículo, se basará en las disposiciones técnicas que al efecto emita la Secretaría.

ARTICULO 18.-

Los establecimientos en los que se presten servicios de atención médica, deberán contar con un responsable, mismo que deberá tener título, certificado o diploma, que según el caso, haga constar los conocimientos respectivos en el área de que se trate.

Los documentos a que se refiere el párrafo anterior, deberán encontrarse registrados por las autoridades educativas competentes.

ARTICULO 19.-

Corresponde a los responsables a que hace mención el artículo anterior llevar a cabo las siguientes funciones:

I.- Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca, así como para el cabal cumplimiento de la Ley y las demás disposiciones aplicables;

II.- Vigilar que dentro de los mismos, se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud del personal expuesto por su ocupación;

III.- Atender en forma directa las reclamaciones que se formulen por irregularidades en la prestación de los servicios, ya sea las originadas por el personal del establecimiento o por profesionales, técnicos o auxiliares independientes, que en él presten sus servicios, sin perjuicio de la responsabilidad profesional en que se incurra;

IV.- Informar, en los términos que determine la Secretaría, a las autoridades sanitarias competentes, de las enfermedades de notificación obligatoria, así como adoptar las medidas necesarias para la vigilancia epidemiológica, tomando en cuenta lo dispuesto en la Ley, y

V.- Notificar al Ministerio Público y, en su caso, a las demás autoridades competentes, los casos en que se les requieran servicios de atención médica para personas con lesiones u otros signos que presumiblemente se encuentren vinculadas a la comisión de hechos ilícitos.

ARTICULO 20.-

El responsable debe dar a conocer al público, a través de un rótulo en el sitio donde presta sus servicios, el horario de su asistencia, así como el horario de funcionamiento del establecimiento.

I. Se regirán por las disposiciones de esta Ley y demás normas aplicables, y por las previsiones de los acuerdos de coordinación que se celebren;

II. Se establecerán coordinadamente entre la Federación, por conducto de la Secretaría de Salud, y los gobiernos de las entidades federativas;

III. Podrán tener personalidad jurídica y patrimonio propios y funciones de autoridad, en su caso, de conformidad con los instrumentos legales de creación;

IV. Contarán con un consejo interno, que será presidido por el titular del ejecutivo local, cuando así se convenga;

IV. Los titulares de las estructuras administrativas serán designados por el Secretario de Salud, a propuesta de los ejecutivos locales, y deberán tener preferentemente experiencia en salud pública;

V. Tendrán a su cargo la administración de los recursos que aporten las partes, con sujeción al régimen legal que les corresponda;

VI. Promoverán y vigilarán la aplicación de principios, Normas Oficiales Mexicanas y procedimientos uniformes;

VII. Tendrán participación representantes de los usuarios, así como de los trabajadores al servicio de estas estructuras, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan,

VIII. Las demás que se incluyan en los acuerdos de coordinación que se celebren.

ARTÍCULO 21.

Los acuerdos de coordinación que se celebren se sujetarán a las siguientes bases:

- I. Establecerán el tipo y características operativas de los servicios de salubridad general que constituyan el objeto de la coordinación;
- II. Determinarán las funciones que corresponda desarrollar a las partes, con indicación de las obligaciones que por el acuerdo asuman;
- III. Describirán los bienes y recursos que aporten las partes, con la especificación del régimen a que quedarán sujetos;

IV. Establecerán las estructuras administrativas a que se refiere el artículo 19, determinando sus modalidades orgánicas y funcionales

IV. Desarrollarán el procedimiento para la elaboración de los proyectos de programas y presupuestos anuales y determinarán los programas de actividades que vayan a desarrollarse;

V. Definirán, en su caso, las directrices de la descentralización de los gobiernos de los estados a los municipios;

VI. Establecerán que los ingresos que se obtengan por la prestación de servicios, se ajustarán a lo que dispongan la legislación fiscal y los acuerdos que celebren en la materia el Ejecutivo Federal y los gobiernos de las entidades federativas

VII. Indicarán las medidas legales o administrativas que las partes se obliguen a adoptar o promover, para el mejor cumplimiento del acuerdo;

IX. Establecerán las normas y procedimientos de control que corresponderán a la Secretaría de Salud;

IX. Establecerán la duración del Acuerdo y las causas de terminación anticipada del mismo;

X. Indicarán el procedimiento para la resolución de las controversias que, en su caso, se susciten con relación al cumplimiento y ejecución del acuerdo, con sujeción a las disposiciones legales aplicables,

XI. Contendrán las demás estipulaciones que las partes consideren necesarias para la mejor prestación de los servicios.

ARTÍCULO 22.

Los ingresos que se obtengan por los servicios de salubridad general que se presten en los términos de los acuerdos de coordinación a que se refieren los artículos anteriores, se afectarán al mismo concepto, en la forma que establezca la legislación fiscal aplicable.

TITULO TERCERO Prestación de los Servicios de Salud CAPITULO I Disposiciones Comunes

ARTÍCULO 23.

Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

ARTÍCULO 24.

Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

- I. De atención médica;
- II. De salud pública,
- III. De asistencia social.

ARTÍCULO 25.

Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.

ARTÍCULO 26.

Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura.

ARTÍCULO 27.

Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
- II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;
- III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;

IV. La atención materno-infantil;

IV. La planificación familiar;

V. La salud mental;

VI. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales;

VII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud

IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición,

X. La asistencia social a los grupos más vulnerables.

ARTÍCULO 28.

Para los efectos del artículo anterior, habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, y en los que se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud. Para esos efectos, participarán en su elaboración:

La Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Ejecutivo Federal.

ARTÍCULO 29.

Del Cuadro Básico de Insumos del sector salud, la Secretaría de Salud determinará la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, y garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera, en coordinación con las autoridades competentes.

ARTÍCULO 30.

La Secretaría de Salud apoyará a las dependencias competentes en la vigilancia de los establecimientos de los sectores público, social y privado dedicados al expendio de medicamentos y a la provisión de insumos para su elaboración, a fin de que se adecuen a lo establecido en el artículo anterior.

ARTÍCULO 31.

La Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud, asegurará la adecuada distribución y comercialización y fijará los precios máximos de venta al público de los medicamentos e insumos.

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público tendrá la intervención que le corresponda en la determinación de precios, cuando tales bienes sean producidos por el sector público.

La Secretaría de Salud proporcionará los elementos técnicos a la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, acerca de la importación de insumos para la salud.

CAPITULO II

Atención Médica

ARTÍCULO 32.

Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

ARTÍCULO 33.

Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno,
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.

CAPITULO III

Prestadores de Servicios de Salud

ARTÍCULO 34.

Para los efectos de esta Ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:

12 Reforma en Diario Oficial de 15 de mayo de 2003 11

- I. Servicios públicos a la población en general;
- II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;
- III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten,
- IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.

ARTÍCULO 35.

Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

Los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los servicios a que se refiere el párrafo anterior en los términos de los convenios que al efecto se suscriban con dichas instituciones, de conformidad con las disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 36.

Las cuotas de recuperación que en su caso se recauden por la prestación de servicios de salud, se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebre en la materia el Ejecutivo Federal y los gobiernos de las entidades federativas. Para la determinación de las cuotas de recuperación se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socio-económicas del usuario.

Las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud. A los extranjeros que ingresen al país con el propósito predominante de hacer uso de los servicios de salud, se cobrará íntegramente el costo de los mismos, excepto en los casos de urgencias.

Se eximirá del cobro de las cuotas de recuperación por concepto de atención médica y medicamentos, a todo menor a partir de su nacimiento hasta cinco años cumplidos, que no sea beneficiario o derechohabiente de alguna institución del sector salud. Para el cumplimiento de esta disposición, será requisito indispensable que la familia solicitante se encuentre en un nivel de ingreso correspondiente a los tres últimos deciles establecidos por la Secretaría de Salud.

ARTÍCULO 37.

Son servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social los prestados por éstas a las personas que cotizan o a las que hubieren cotizado en las mismas conforme a sus Leyes y a sus beneficiarios, los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal presten tales instituciones a otros grupos de usuarios.

Estos servicios se regirán por lo establecido en las disposiciones legales que regulan la organización y funcionamiento de las instituciones prestadoras y por las contenidas en esta Ley, en lo que no se oponga a aquéllas.

Dichos servicios, en los términos de esta Ley y sin perjuicio de lo que prevengan las Leyes a las que se refiere el párrafo anterior, comprenderán la atención médica, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la salud mental, la promoción de la formación de recursos humanos, la salud ocupacional y la prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes.

ARTÍCULO 38.

Son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. En materia de tarifas, se aplicará lo dispuesto en el artículo 43 de esta Ley.

Reforma en Diario Oficial de 15 de mayo de 2003 24 Adición en Diario Oficial de 18 de enero de 2005 12 Estos servicios pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros, individuales o colectivos.

ARTÍCULO 39.

Son servicios de salud de carácter social los que presten, directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.

ARTÍCULO 40.

Las modalidades de acceso a los servicios de salud privados y sociales se regirán por lo que convengan prestadores y usuarios, sin perjuicio de los requisitos y obligaciones que establezca esta Ley y demás disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 41.

Los servicios de salud que presten las entidades públicas o empresas privadas a sus empleados y a los beneficiarios de los mismos, con recursos propios o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, se regirán por las convenciones entre prestadores y usuarios, sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones de esta Ley y demás normas aplicables a las instituciones de salud respectivas.

ARTÍCULO 42.

La Secretaría de Salud proporcionará a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público las Normas Oficiales Mexicanas de salud para los seguros personales de gastos médicos y hospitalización.

ARTÍCULO 43.

Los servicios de salud de carácter social y privado, con excepción del servicio personal independiente, estarán sujetos a las tarifas que establezca la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud.

ARTÍCULO 44.

Los establecimientos particulares para el internamiento de enfermos, prestarán sus servicios en forma gratuita a personas de escasos recursos, en la proporción y términos que señalen los reglamentos.

ARTÍCULO 45.

Corresponde a la Secretaría de Salud vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud, así como fijar las Normas Oficiales Mexicanas a las que deberán sujetarse.

ARTÍCULO 46.

La construcción y equipamiento de los establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud, en cualquiera de sus modalidades, se sujetará a las Normas Oficiales Mexicanas que, con fundamento en esta Ley y demás disposiciones generales aplicables, expida la Secretaría de Salud, sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras autoridades competentes.

ARTÍCULO 47.

Los establecimientos de servicios de salud deberán presentar aviso de funcionamiento a la Secretaría de Salud, en el supuesto previsto en el primer párrafo del artículo 200 bis de esta Ley.

En el aviso se expresarán las características y tipo de servicios a que estén destinados y en el caso de establecimientos particulares, se señalará también al responsable sanitario.

El aviso a que se refiere el párrafo anterior deberá presentarse dentro de los diez días posteriores al inicio de operaciones y contener los requisitos establecidos en el artículo 200 bis de esta Ley.

En la operación y funcionamiento de los establecimientos de servicios de salud se deberán satisfacer los requisitos, que establezcan los reglamentos y normas oficiales mexicanas co

ARTÍCULO 48.

Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias y en coordinación con las autoridades educativas, vigilar el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en la prestación de los servicios respectivos. 5 Reforma en Diario Oficial de 7 de mayo de 1997

ARTÍCULO 49.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, coadyuvarán con las autoridades educativas competentes para la promoción y fomento de la constitución de colegios, asociaciones y organizaciones de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, y estimularán su participación en el Sistema Nacional de Salud, como instancias éticas del ejercicio de las profesiones promotoras de la superación permanente de sus miembros, así como consultoras de las autoridades sanitarias, cuando éstas lo requieran.

CAPITULO IV

Usuarios de los Servicios de Salud y Participación de la Comunidad

ARTÍCULO 50.

Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 51.

Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

ARTÍCULO 52.

Los usuarios deberán ajustarse a las reglamentaciones internas de las instituciones prestadoras de servicios de salud y dispensar cuidado y diligencia en el uso y conservación de los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición.

ARTÍCULO 53.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos a la población en general y a los servicios sociales y privados.

ARTÍCULO 54.

Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos.

ARTÍCULO 55.

Las personas o instituciones públicas o privadas que tengan conocimiento de accidentes o que alguna persona requiera de la prestación urgente de servicios de salud, cuidarán, por los medios a su alcance, que los mismos sean trasladados a los establecimientos de salud más cercanos, en los que puedan recibir atención inmediata, sin perjuicio de su posterior remisión a otras instituciones.

ARTÍCULO 56.

De conformidad con lo que señalen las disposiciones generales aplicables, los agentes del Ministerio Público que reciban informes o denuncias sobre personas que requieran de servicios de salud de urgencia, deberán disponer que las mismas sean trasladadas de inmediato al establecimiento de salud más cercano.

ARTÍCULO 57.

La participación de la comunidad en los programas de protección de la salud y en la prestación de los servicios respectivos, tiene por objeto fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud e incrementar el mejoramiento del nivel de salud de la población.

ARTÍCULO 58.

La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:

- I. Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, e intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes;
- II. Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud;
- III. Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes;
- IV. Notificación de la existencia de personas que requieran de servicios de salud, cuando éstas se encuentren impedidas de solicitar auxilio por sí mismas;
- IV. Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud; 6 V bis. Información a las autoridades sanitarias acerca de efectos secundarios y reacciones adversas por el uso

de medicamentos y otros insumos para la salud o por el uso, desvío o disposición final de sustancias tóxicas o peligrosas y sus desechos;

V. Información a las autoridades competentes de las irregularidades o deficiencias que se adviertan en la prestación de servicios de salud,

VI. Otras actividades que coadyuven a la protección de la salud.

ARTÍCULO 59.

Las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, promoverán y apoyarán la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva, así como en los de prevención de enfermedades y accidentes, y de prevención de invalidez y de rehabilitación de inválidos.

ARTÍCULO 60.

Se concede acción popular para denunciar ante las autoridades sanitarias todo hecho, acto u omisión que represente un riesgo o provoque un daño a la salud de la población.

La acción popular podrá ejercitarse por cualquier persona, bastando para darle curso el señalamiento de los datos que permitan localizar la causa del riesgo.

CAPITULO V

Atención Materno-Infantil

ARTÍCULO 61.

La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

- I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio;
- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna y su salud visual;
- III. La promoción de la integración y del bienestar familiar.

IV. La detección temprana de la sordera y su tratamiento, en todos sus grados, desde los primeros días del nacimiento,

IV. Acciones para diagnosticar y ayudar a resolver el problema de salud visual y auditiva de los niños en las escuelas públicas y privadas.

Adición en Diario Oficial de 7 de mayo de 1997 25 Reforma en Diario Oficial de 24 de febrero de 2005 26 Adición en Diario Oficial de 24 de febrero de 2005

ARTÍCULO 62.

En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

ARTÍCULO 63.

La protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el Estado y la sociedad en general.

ARTÍCULO 64.

En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

- I. Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;
- II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil,
- III. Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de cinco años.

ARTÍCULO 65.

Las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:

- I. Los programas para padres destinados a promover la atención materno-infantil;
- II. Las actividades recreativas, de esparcimiento y culturales destinadas a fortalecer el núcleo familiar y promover la salud física y mental de sus integrantes;
- III. La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas,
- IV. Acciones relacionadas con educación básica, alfabetización de adultos, acceso al agua potable y medios sanitarios de eliminación de excreta.

ARTÍCULO 66.

En materia de higiene escolar corresponde a las autoridades sanitarias establecer las Normas Oficiales Mexicanas para proteger la salud del educando y de la comunidad escolar.

Las autoridades educativas y sanitarias se coordinarán para la aplicación de las mismas. La prestación de servicios de salud a los escolares se efectuará de conformidad con las bases de coordinación que se establezcan entre las autoridades sanitarias y educativas competentes.

CAPITULO VI

Servicios de Planificación Familiar

ARTÍCULO 67.

La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir

el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Reforma en Diario Oficial de 14 de junio de 1991 4 Fe de erratas Diario Oficial de 12 de julio de 1991 16 Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

ARTÍCULO 68.

Los servicios de planificación familiar comprenden:

I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población;

II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;

III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población;

IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;

IV. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar,

V. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

ARTÍCULO 69.

La Secretaría de Salud, con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual, definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud.

ARTÍCULO 70.

La Secretaría de Salud coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del programa nacional de planificación familiar que formule el Consejo Nacional de Población, de conformidad con las disposiciones de la Ley General de Población y de su reglamento, y cuidará que se incorporen al programa sectorial.

ARTÍCULO 71.

La Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional.

CAPITULO VII

Salud Mental

ARTÍCULO 72.

La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

ARTÍCULO 73.

Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

- I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud;
- II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental;
- III. La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia,
- IV. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

ARTÍCULO 74. La atención de las enfermedades mentales comprende:

- I. La atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas,
- II. La organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.

ARTÍCULO 75.

El internamiento de personas con padecimientos mentales en establecimientos destinados a tal efecto, se ajustará a principios éticos y sociales, además de los requisitos científicos y legales que determine la Secretaría de Salud y establezcan las disposiciones jurídicas aplicables.

ARTÍCULO 76.

La Secretaría de Salud establecerá las Normas Oficiales Mexicanas para que se preste atención a los enfermos mentales que se encuentran en reclusorios o en otras instituciones no especializadas en salud mental. A estos efectos, se establecerá la coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias, judiciales, administrativas y otras, según corresponda.

ARTÍCULO 77.

Los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de menores, los responsables de su guarda, las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con los mismos, procurarán la atención inmediata de los menores que presenten alteraciones de conducta que permitan suponer la existencia de enfermedades mentales.

A tal efecto, podrán obtener orientación y asesoramiento en las instituciones públicas dedicadas a la atención de enfermos mentales.

ARTÍCULO 78.

El ejercicio de las profesiones, de las actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud, estará sujeto a:

- I. La Ley reglamentaria del artículo 5o. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal;
- II. Las bases de coordinación que, conforme a la Ley, se definan entre las autoridades educativas y las autoridades sanitarias;
- III. Las disposiciones de esta Ley y demás normas jurídicas aplicables, y IV.

Las Leyes que expidan los estados, con fundamento en los artículos 5o. y 121, fracción V, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

ARTÍCULO 79.

Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los Títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes. Para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, enfermería, laboratorio clínico, radiología, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, prótesis y órtesis, trabajo social, nutrición, citotecnología, patología, bioestadística, codificación clínica, bioterios, farmacia, saneamiento, histopatología y embalsamamiento y sus ramas, se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

ARTÍCULO 80.

Para el registro de diplomas de las actividades técnicas y auxiliares, la Secretaría de Salud, a petición de las autoridades educativas competentes, emitirá la opinión técnica correspondiente.

ARTÍCULO 81.

Las autoridades educativas registrarán los certificados de especialización en materia de salud que expidan las instituciones de enseñanza superior o las instituciones de salud reconocidas oficialmente.

Para el registro de certificados de especialización expedidos por academias, colegios, consejos o asociaciones de profesionales de las disciplinas para la salud, las autoridades educativas competentes solicitarán la opinión de la Secretaría de Salud.

Si se tratare del registro de certificados de especialidades médicas o del registro de la recertificación de éstas, las autoridades ya señaladas también deberán solicitar la opinión del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas.

ARTÍCULO 82.

Las autoridades educativas competentes proporcionarán a las autoridades sanitarias la relación de Títulos, diplomas y certificados del área de la salud que hayan registrado y la de cédulas profesionales expedidas, así como la información complementaria sobre la materia que sea necesaria.

ARTÍCULO 83.

Quienes ejerzan las actividades profesionales, técnicas y auxiliares y las especialidades a que se refiere este Capítulo, deberán poner a la vista del público un anuncio que indique la institución que les expidió el Título, diploma o certificado y, en su caso, el número de su correspondiente cédula profesional. Iguales menciones deberán consignarse en los documentos y papelería que utilicen en el ejercicio de tales actividades y en la publicidad que realicen a su respecto.

CAPITULO II

Servicio Social de Pasantes y Profesionales

ARTÍCULO 84.

Todos los pasantes de las profesiones para la salud y sus ramas deberán prestar el servicio social en los términos de las disposiciones legales aplicables en materia educativa y las de esta Ley.

ARTÍCULO 85.

Los aspectos docentes de la prestación del servicio social se regirán por lo que establezcan las instituciones de educación superior, de conformidad con las atribuciones que les otorgan

las disposiciones que rigen su organización y funcionamiento y lo que determinen las autoridades educativas competentes.

La operación de los programas en los establecimientos de salud se llevará a cabo de acuerdo a los lineamientos establecidos por cada una de las instituciones de salud y lo que determinen las autoridades sanitarias competentes. 31 Reforma en Diario Oficial de 12 de enero de 2006 30

ARTÍCULO 86.

Para los efectos de la eficaz prestación del servicio social de pasantes de las profesiones para la salud, se establecerán mecanismos de coordinación entre las autoridades de salud y las educativas, con la participación que corresponda a otras dependencias competentes.

ARTÍCULO 87. La prestación del servicio social de los pasantes de las profesiones para la salud, se llevará a cabo mediante la participación de los mismos en las unidades aplicativas del primer nivel de atención, prioritariamente en áreas de menor desarrollo económico y social.

ARTÍCULO 88. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, con la participación de las instituciones de educación superior, elaborarán programas de carácter social para los profesionales de la salud, en beneficio de la colectividad, de conformidad con las disposiciones legales aplicables al ejercicio profesional.

CAPITULO

III Formación, Capacitación y Actualización del Personal ARTÍCULO 89.

Las autoridades educativas, en coordinación con las autoridades sanitarias y con la participación de las instituciones de educación superior, recomendarán normas y criterios para la formación de recursos humanos para la salud. Las autoridades sanitarias, sin perjuicio de la competencia que sobre la materia corresponda a las autoridades educativas y en coordinación con ellas, así como con la participación de las instituciones de salud, establecerán las normas y criterios para la capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud.

ARTÍCULO 90.

Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas en la materia y en coordinación con éstas:

- I. Promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del país en materia de salud;
- II. Apoyar la creación de centros de capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud;
- III. Otorgar facilidades para la enseñanza y adiestramiento en servicio dentro de los establecimientos de salud, a las instituciones que tengan por objeto la formación, capacitación

o actualización de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, de conformidad con las normas que rijan el funcionamiento de los primeros,

IV. Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas.

ARTÍCULO 91.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, coadyuvarán con las autoridades e instituciones educativas, cuando éstas lo soliciten, en:

I. El señalamiento de los requisitos para la apertura y funcionamiento de instituciones dedicadas a la formación de recursos humanos para la salud, en los diferentes niveles académicos y técnicos,

II. En la definición del perfil de los profesionales para la salud en sus etapas de formación.

ARTÍCULO 92.

Las Secretarías de Salud y de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, impulsarán y fomentarán la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para los servicios de salud, de conformidad con los objetivos y prioridades del Sistema Nacional de Salud, de los sistemas estatales de salud y de los programas educativos.

ARTÍCULO 93.

La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud.

ARTÍCULO 94.

Cada institución de salud, con base en las Normas Oficiales Mexicanas que emita la Secretaría de Salud, establecerá las bases para la utilización de sus instalaciones y servicios en la formación de recursos humanos para la salud.

ARTÍCULO 95.

Los aspectos docentes del internado de pregrado y de las residencias de especialización, se regirán por lo que establezcan las instituciones de educación superior, de conformidad con las atribuciones que les otorguen las disposiciones que rigen su organización y funcionamiento y lo que determinen las autoridades educativas competentes.

La operación de los programas correspondientes en los establecimientos de salud, se llevará a cabo de acuerdo a los lineamientos establecidos por cada una de las instituciones de salud y lo que determinen las autoridades sanitarias competentes.

TITULO QUINTO

Investigación para la Salud

CAPITULO UNICO

ARTÍCULO 96.

La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- IV. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud,

ARTÍCULO 97.

La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

ARTÍCULO 98.

En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética.

El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

ARTÍCULO 99.

La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizado un inventario de la investigación en el área de salud del país.

ARTÍCULO 100.

La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases

8.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Del proceso salud-enfermedad y el cuidado conforme la historia

Desde sus inicios el cuidado del enfermo sigue al ser humano. Para los primitivos, la comprensión de salud y enfermedad se une a actos sobrenaturales; ya los griegos relacionaban salud y enfermedad a cambios de humores y había la intención de cuidar el cuerpo y el alma.

De los templos, surgió la estructura denominada hospital, dirigida al cuidado de los pobres que presentaban problemas de insalubridad, se continuó hasta la mitad del siglo XIX, cuando se estableció la bacteriología por Pasteur y los conceptos de asepsia de Lister, a partir de las hipótesis preconizadas por Florence Nightingale, enfermera heroica, que trajo nuevas perspectivas a la profesión y al cuidado de la salud.

Gracias a Florence, la enfermería tuvo transformaciones radicales, surgiendo así la formación profesional. En 1850 se creó la Escuela Nightingale en el St. Thoma's Hospital, con el objetivo de preparar las enfermeras para que actuaran como tal.

En el siglo XIX, surge la figura de la enfermería en Brasil, con Ana Justina Ferreira Néri, gracias a su incansable labor de asistencia y cuidado a los soldados durante la guerra con Paraguay, por lo que fue condecorada por el gobierno brasileño al finalizar la guerra.

En la búsqueda del conocimiento, la enfermería moderna se estableció en Brasil en 1923 con la creación de la Escuela de Enfermería de Nery Anna en el Estado de Río de Janeiro.

La escuela se basa en el modelo nightingaleano, y fue dirigida a la formación de profesionales para la salud pública, como agentes de la educación para la salud. Más tarde, en 1943, se creó en São Paulo Escuela de Enfermería de Sao Paulo, adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo.¹¹

A partir de este momento, las enfermeras registradas comenzaron a tomar protagonismo en Brasil como pioneras de la profesión de enfermería en el país. La enfermería evolucionó en la búsqueda de saberes científicos y eleva su grado de conocimiento a un estatus mayor. Paralelamente, deja en segundo plano el propio cuidado, no bajo una forma de acción, mas sí en su integralidad, siendo su actuación absorbida por la fuerza del modelo biomédico vigente.

La construcción del saber y los modelos asistenciales en enfermería

La independencia profesional de la enfermería, en los comienzos, se logró gracias a un nuevo status en cuanto a la profesión, con el embasamiento de la práctica de las teorías de la enfermería.

La historia presenta la época de Florence Nightingale, un marco, que en sus hechos, desarrolla y aplica la teoría ambientalista, en cierta época, y en un contexto social, económico y cultural, distintos de la contemporaneidad. Desde entonces, surgen nuevas teorías de enfermería que se aplican en diversas realidades, por lo tanto permite la construcción de un cuerpo de conocimientos propios, más forma y consistencia a la profesión.

Aunque las teorías de enfermería hayan tenido pocas aplicaciones fuera del sector académico, permitieron el desarrollo de pensamientos críticos, en que promueve profundas transformaciones, al reconocer el enfermo como un ser humano y no como un cuerpo enfermo.

Las teorías vienen a amparar las acciones que involucran la atención a la salud de una determinada sociedad, organizadas por medio de esos modelos, y esto trae aspectos tecnológicos y asistenciales. Esa es una manera de tener resuelto los problemas de salud de la sociedad, por medio de la articulación y de la coordinación de los recursos tecnológicos, físicos y humanos disponibles.

El proceso de trabajo del enfermero en la atención a la salud está fundamentado en el uso de las teorías y conformado por dimensiones, dentro de ellas: asistir y gerenciar. En la primera, el enfermero tiene como objetivo intervenir en las necesidades del cuidado integral desde la enfermería; en la segunda, el objetivo de trabajo es una buena organización del mismo, de los recursos humanos y físicos, permeados por los conocimientos administrativos, manejo de materiales, equipos, suministros e instalaciones, adicionalmente de los instrumentos técnicos de la gerencia por medio del manejo del personal, planificación, formación continua/permanente, supervisión, evaluación del desempeño, los cuales son empleados con la finalidad de crear e implementar condiciones adecuadas de la producción del cuidado y del desempeño del equipo de enfermería.

La definición y la esencia del cuidar

Las prácticas del cuidado se transformaron a lo largo del tiempo, y el cuidado empírico fue sustituido por la ciencia. De verdad evolucionamos, pero ¿reconocimos ante tantas transformaciones cuál es la esencia del “cuidar”? ¿cuál es el reto del profesional en la enfermería ante la palabra polisémica, que trae el verdadero sentido de la profesión?

El “cuidar” sugiere que el profesional esté en el lugar del otro en distintas situaciones, sea en la dimensión personal o social. Así es que, la vigilia, solicitud, promoción y atención, consolidan la vida de la sociedad en un contexto. También tiene que ver con la manera de estar presente con el otro, en lo que se refiere a cuestiones de la vida y de las relaciones sociales de los ciudadanos, como el nacimiento, la promoción y la recuperación de la salud, hasta la muerte.

Comprender la importancia del cuidado en la enfermería es tener una concepción ética, de tal modo que se considere la vida como un bien precioso. Para eso, es necesario valorar la propia vida con el respecto al prójimo en su complejidad y elecciones y tener la enfermería como profesión.

Cabe recordar que el cuidado es destinado a personas vulnerables que sufren, y que el acto de cuidar no se transmite de una generación a otra por medio de los genes, pero es transmitido mediante la necesidad concreta de su aplicación.¹⁵

En tal contexto, se destaca que el cuidar está implícito en los procesos del trabajo en enfermería. Es el "start" para la construcción de las teorías, o el propio acto en sí, su significado, su valor, su profundidad, que remite el individuo a una reflexión, no por emplear la técnica y sí, por bases antropológicas, éticas y estéticas que permiten comprenderlo, con la más alta dosis de donación y responsabilidad, ya que la pluridimensionalidad de la vida exige osadía del profesional y del ser cuidado que se propone arriesgarse.

Así mismo, el cuidar debe de tener una dimensión tan profunda que refleje la necesidad real del ser humano en su totalidad e integralidad, una vez que el cuidar es posible aunque se considere imposible la cura. Algunas veces los enfermos son considerados "incurables", pero jamás dejarán de ser "cuidables". El cuidar es una actitud de ocupación, preocupación, ternura con el semejante, es saber unir la competencia técnico científica con el humanismo y la ternura humana.

El cuidado en enfermería debe tener una dimensión ética tan profunda como su benevolencia por la persona humana y una responsabilidad en el cuidado integral, dentro de los principios humanitarios, y éste debe ser el centro de la relación con el otro.

Consideraciones finales

El rescate histórico es fundamental para la comprensión del sentido de "cuidar", una vez que varios paradigmas doctrinarios propios de la época influyeron en el modelo del cuidado en enfermería. En la contemporaneidad, bajo la influencia del paradigma del ser humano, como ser biopsicosocioeconómico y espiritual, el cuidado en enfermería debe de ser revisado y acorde con el ejercicio de la práctica clínica.

Corroboran para tal paradigma las políticas de salud, en especial la aprobación del Programa Nacional de Humanización, influyendo en la construcción del conocimiento sobre el cuidado.

Desde esta perspectiva, los organismos formadores desempeñan un papel imprescindible en la construcción de un cuerpo de competencias y habilidades que agregan al conocimiento científico y tecnológico las dimensiones sociales, culturales y espirituales de la forma de comprender al ser humano como único en su integralidad. Dejar de lado los problemas gerenciales y asistenciales es necesario, una vez que ambos deben coexistir y complementarse en beneficio de las personas.

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como:

Una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor

estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros.

Es sabido que el cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos.

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

A través del tiempo y con el progreso de los conocimientos biomédicos sobre el origen de la vida humana, se han podido perfeccionar técnicas, han habido avances científicos y tecnológicos, que influyen en el quehacer del profesional de enfermería olvidando, en algunos momentos, que la esencia de éste es el respeto a la vida y el cuidado profesional al ser humano.

En la actualidad la enfermera (o) puede realizar acciones hacia un paciente con el sentido de obligación o responsabilidad. Pero puede ser falso decir que ha cuidado al paciente si tenemos en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto: la integridad de la persona y la calidad de la atención. Cuidar a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida.

La revisión acerca del cuidado de enfermería, nos lleva a la reflexión de que el profesional de enfermería necesita una reforma humanista que le permita formarse un correcto y elaborado juicio de lo que significa cuidar al paciente y centrar su función, en la atención y apoyo, para que de esta manera se puedan brindar servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios. Para comprender y sensibilizarse ante la importancia del cuidado de enfermería, es necesario identificar el origen y conceptualización del cuidado.

El cual surge en la etapa doméstica durante el siglo XVIII, definiéndose como un acto instintivo femenino para la protección de las familias, ya que era la presencia comprensiva y respetuosa de las mujeres quienes lograban el bienestar de los seres humanos que las rodeaban.

Al continuar con la historia, se llega a las sociedades arcaicas superiores (entre la prehistoria y el mundo clásico) en donde la responsabilidad del cuidado recaía en los sacerdotes y escribas, hombres cultos que vivían en los templos y eran mantenidos por el pueblo.

Fue hasta la aparición de Florence Nightingale quién surge en la época moderna y marca por completo el sentido del cuidado ya que la práctica médica, nunca pudo conceptualizar el cuidado de los enfermos, al igual que no logró estructurarlo realmente para que pudiera tener un impacto significativo como terapéutica.

Sin embargo, en los años noventa, el movimiento de reflexión sobre la conceptualización en enfermería, indagó los conceptos propios de este campo y se propuso precisar cuál es

su objetivo o razón social, identificando el cuidado como la función histórica de los profesionales de enfermería.

En Colombia, se han dado algunas aproximaciones como la desarrollada por el grupo de reglamentación profesional, constituido por representantes de docencia y de servicio.

Grupo que contribuyó a la expedición de la Ley 266 en cuyo texto se define enfermería y se especifica el cuidado como el fin de la práctica profesional:

Enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual.

Su objeto es el cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud-enfermedad. Por lo anterior se considera, que los cuidados de enfermería son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer diario y por lo tanto su objeto de estudio.

El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consiente que se manifiesta en actos concretos e inicia al contacto con el paciente.

El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera(o) y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la vida humana.

Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) creativa(o) cuyo ser es trascendente.

Las condiciones necesarias y suficientes para que se dé el cuidado incluyen:

- a) conciencia y conocimiento sobre la propia necesidad del cuidado.
- b) Intención de actuar con acciones basadas en el conocimiento.
- c) Cambio positivo como resultado del cuidado, juzgado solamente con base al bienestar de los demás.

Otro aspecto que es necesario resaltar en el contexto de cuidado, es el referente a las características personales de la enfermera(o), ya que uno de los problemas serios es que en ocasiones se trata a los pacientes como patologías y no como personas, por esto es importante considerar que el ser humano es una persona desde el primer momento de su existencia, y como tal ha de ser tratado, respetado por sí mismo, y no puede quedar reducido a un instrumento en beneficio de otros.

El cuidado de todo paciente tiene como fin su curación, la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia, y por tanto, se debe respetar su vida y su integridad, sin ser expuesto a riesgos. Dichas características son: el asumir una actitud de querer dar y recibir para facilitar el establecimiento de la relación enfermera-paciente, mantener una actitud libre, flexible, cálida, expectante, neutral, desprovista de comportamientos autoritarios y centrados en lo que acontezca en la personalidad del otro.

Hasta aquí, se ha tratado de exponer el cuidado como el quehacer del profesional de enfermería y las características que éste debe tener para que sea considerado un cuidado de calidad. Pero también es necesario resaltar su importancia en el ámbito práctico, ya que es evidente que el cuidado forma parte de la producción de servicios sanitarios, siendo un producto intermedio, imprescindible para conseguir uno de los propósitos finales, tales como el alta del paciente.

Se puede agregar a lo anterior, que el cuidado profesional de enfermería conlleva a una serie de repercusiones positivas tanto para los pacientes, como para los mismos profesionales de enfermería así como para las instituciones donde se presta el servicio, de aquí la gran importancia de brindar un cuidado profesionalizado de enfermería.

En los pacientes:

- a) a recibir una atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente;
- b) eliminar o reducir las molestias que se pudieran provocar por actividades de enfermería;
- c) mejorar la comunicación y relación enfermera-paciente;
- d) que el paciente se encuentre mejor informado para la toma de decisiones sobre su salud;
- e) menor alteración en su economía por los costos;
- f) mínima estancia hospitalaria;
- g) incremento en la satisfacción de la atención.

- A los profesionales de enfermería:

- a) una práctica profesional competente y responsable;
- b) potenciación de la capacidad de decisión y autocontrol sobre el trabajo;
- c) toma de conciencia y compromiso con el cambio;
- d) proyección positiva de autoimagen e imagen pública;
- e) fortalecimiento del sentido de identidad y pertenencia hacia la profesión;
- f) incremento en la satisfacción profesional y laboral.

A la institución:

- a) incremento en la satisfacción del usuario;
- b) certificación hospitalaria;
- c) fortalecimiento de la imagen institucional ante la sociedad;
- d) mayor productividad, eficiencia y eficacia,
- e) menor riesgo de demanda por mala calidad de atención;
- f) reconocimiento de calidad;
- g) mayor control de costos por la prevención de errores;
- h) mantenimiento de la calidad del servicio.

Por todo lo planteado anteriormente se puede decir que, el cuidado ha existido en todas las sociedades. Y en todas ellas han existido personas que han cuidado de otros. Una actitud de cuidado se transmite mediante la cultura de la profesión, como manera exclusiva de enfrentarse al entorno.

Las oportunidades de las enfermeras (os) para obtener una educación superior y comprometerse en análisis de alto nivel de problemas y preocupaciones en su formación y práctica del cuidado han permitido a enfermería combinar su orientación humanística con la importancia de esta ciencia. Asimismo, resulta importante destacar la conceptualización del cuidado para el esclarecimiento de ideas y diversas formas de pensamiento, para la unificación de criterios profesionales a favor del mejoramiento del ejercicio de la profesión. Y así contar con un mayor número de oportunidades para el desarrollo de habilidades y generación de conocimientos que permitan cambios significativos y crecientes en enfermería, logrando de esta manera, un impacto en las diversas sociedades, reconocimiento y prestigio profesional. De tal forma, el cuidado se define como una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera paciente.

De esta aportación, surge la necesidad de redimensionar el cuidado de enfermería desde la perspectiva del rol, que el desarrollo de la profesión demanda ante las crecientes necesidades de salud, la reorganización de los servicios y los avances científicos y tecnológicos que imponen a enfermería un nuevo estilo de práctica.

Es necesario resaltar que la importancia del cuidado de enfermería recae en el mejor modo de servir a los intereses de las instituciones donde se prestan los servicios profesionales de enfermería y de las personas que la integran mediante la adopción de un enfoque global y ético para superar las expectativas y la normatividad en su conjunto. Sin olvidar que calidad del cuidado de enfermería nunca es un accidente; siempre es el resultado del esfuerzo y la inteligencia.

8.1 GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

A partir de los años 70 en México se han desarrollado los servicios de salud de manera extraordinaria.

El conocimiento científico y las técnicas para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación han experimentado un progreso considerable. Sin embargo la crisis económica por la que atravesamos en los últimos años ha puesto de manifiesto la necesidad de reorientar los sistemas y los servicios de salud con nuevos modelos y estrategias de acción a partir de las siguientes preguntas:

- ✓ ¿cuál será la política de salud en los próximos años?
- ✓ ¿cómo afectarán los costos elevados de la atención al servicio de salud?
- ✓ ¿cuáles serán las prioridades de atención a la salud?
- ✓ ¿qué lugar ocupará el cuidado de enfermería en el nuevo modelo de salud?

Las enfermeras constituimos el recurso humano y de profesionales de salud más numeroso, las competencias están diversificadas y se encuentran en todos los escenarios relacionados con el cuidado de la salud; desde el instituto de alta especialidad, los hospitales generales, los centros de salud más alejados en las zonas rurales o urbanas, en el domicilio de las personas, las escuelas y los centros de trabajo; las enfermeras educamos, dirigimos, asesoramos, investigamos, pero ante todo cuidamos la salud y el bienestar de los seres humanos.

Las acciones de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinario, pero también lleno de paradojas; se nos pide que desarrollemos el pensamiento crítico, la capacidad de análisis, que consideremos los elementos de la globalización que afectan los sistemas de salud.

Se exige además competencias técnicas de muy alto nivel manteniendo una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad.

En este escenario las condiciones de la práctica profesional tienden a transformarse diariamente por los efectos del desarrollo tecnológico, de los sistemas de comunicación computarizados, pero también por el impacto que los cambios en el panorama epidemiológico de fenómenos como el envejecimiento de la población, la aparición de nuevas enfermedades como el SIDA y la reaparición de otras como la tuberculosis, así como de las enfermedades relacionadas con la pobreza extrema.

Sin embargo y más allá de la diversidad y del cambio que enfrentamos las enfermeras en la atención a la salud y en la práctica profesional de la enfermería, los cuidados son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor de nuestro quehacer y por lo tanto nuestro foco de atención y objeto de estudio de la enfermería como disciplina profesional.

El estudio de los núcleos disciplinarios básicos (persona, entorno, salud, cuidado), los elementos conceptuales, filosóficos, y los principios que han orientado a la profesión desde las épocas de Florence Nightingale son hoy esenciales para la comprensión de la naturaleza de los cuidados enfermeros, con el propósito de descubrir la riqueza de un pensamiento no reconocido aun en los servicios de salud y por las mismas enfermeras (Kérouac, 1996).

En los últimos años en México y particularmente en las escuelas universitarias de enfermería y en algunas instituciones de salud tanto públicas como privadas se ha insistido de manera importante en destacar los cuidados como el eje de los servicios de enfermería. Es decir, se ha venido ampliando la información en relación al cuidado, su importancia, su contenido, el alcance de los cuidados y la toma de conciencia sobre su significado pero también divulgar y hacerlo accesible a todas las enfermeras de servicio, a los responsables de la organización del cuidado, los investigadores, a los estudiantes y al público en general; los elementos básicos que hoy nos ocupan sobre el cuidado.

Es mi propósito en este documento introducir al lector en la importancia y el valor que tiene la gestión exitosa de los cuidados para el sistema de salud y la sociedad en general. En particular resaltar la necesidad de transformar la administración tradicional de recursos que hemos venido realizando por una actividad estratégica denominada gestión del cuidado. Este trabajo está organizado en dos momentos, en el primero se presentan los elementos conceptuales básicos para la Gestión del Cuidado, y su importancia. Posteriormente daré algunos ejemplos de modelos de gestión que pueden ser aplicados en las instituciones de salud.

8.2 LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA ORIENTADA AL CUIDADO

Hoy en día un gran número de enfermeras están comprometidas con una práctica profesional al lado de personas, familias o comunidades, y son responsables de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud.

De manera general podemos decir, el centro de interés de la disciplina de enfermería indica aquello que se orienta a la práctica de la enfermera, sobre lo que dirige su juicio clínico y sus decisiones profesionales. "La práctica se centra en el *cuidado a la persona* (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su *entorno*, vive experiencias de *salud*" (Kérouac, 1996).

Por lo tanto, " la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona" (Diers, 1986).

La práctica profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado, la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas.

El cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados, así también la identificación del significado del cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que se persigue (Morse, Solberg et al., 1990; Pepin, 1992; Benner, 1989; citados por Kerouac, et. al, 1996). Por lo tanto la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.

Desde esta perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

En relación a lo anterior, en un estudio realizado por Wolf (1989) y citado por Susana Kérouac (1996) se comparó la práctica de enfermería con la práctica médica con el propósito de delimitar la identidad profesional de cada una.

Los resultados de dicho estudio muestran que el médico brinda cierta forma de cuidado cuando realiza una operación quirúrgica y tratamientos medicamentosos, la enfermera, por su parte, crea una serie de intervenciones que marcan una diferencia en la vida de las personas, mostrando así el cuidado, es decir, permite a las personas dar sentido a sus experiencias de salud y a su vida. A veces es menos visible contribuir a la salud de una persona mediante una intervención centrada en los recursos interiores de las personas (cuidado integral), que una intervención que utiliza los recursos exteriores (la etiología, la enfermedad y el tratamiento).

Con frecuencia el cuidado es invisible, como expresa Collière (1986), cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones invisibles. Para cuidar en el sentido más amplio, es decir, conocer a la persona, su entorno y apoyarla hacia mejorar su salud, la enfermera necesita algo que es limitado: "tiempo".

Un tiempo muy corto significa un cuidado de enfermería incompleto, ya que se cumplirá sólo con las actividades rutinarias, pero entonces se sacrifica una parte esencial del cuidado, el que exige reflexión, apoyo, confort y educación.

Por otro lado también es necesario que la enfermera trabaje en estrecha colaboración con los médicos y otros profesionales a fin de asegurar el cumplimiento de las terapéuticas. Sin embargo es necesario valorar aquellas actividades que le son delegadas a las enfermeras, tareas nuevas o emergentes y de todas aquellas actividades que nos alejen del centro de interés: el cuidado.

Adam (1991) dice que "las enfermeras asistenciales cada vez aceptan menos ser secretarías, recepcionistas, ayudantes de laboratorio, o de farmacia", ya sea que realicen funciones administrativas, o si se encuentran en el área asistencial como enfermera general, especialista o jefe, cumple una función social contribuyendo a la mejora de la salud y el bienestar tanto en el medio hospitalario como en el comunitario (Kérouac, 1996: 54). La práctica de enfermería en este contexto sugiere la creación de un cuidado basado en una concepción de la disciplina enfermera y orientado hacia lo que se realiza con la persona o en nombre de ella, más que lo que se hace a la persona (técnicas) o para ella (dar un medicamento).

Ello plantea la necesidad de nuevos estilos de gestión dirigidos a un cuidado personalizado, basado en la experiencia particular de salud.

Entonces el cuidado enfermero se convierte en específico, individual y contextual (Benner, 1984). Así, los planes de cuidado estandarizados elaborados para ciertas experiencias de salud que existen en la literatura, pueden servir de guía, pero los planes de cuidados individualizados son imprescindibles, es decir, utilizar el método de atención de enfermería en la práctica diaria será indudablemente necesario para hacer la diferencia.

La gestión del cuidado incluye también la creación de instrumentos para la recolección de datos de manera sistemática, sobre su experiencia en salud y su entorno (individual,

familiar, comunitario). Incluye el análisis reflexivo de los datos y su elaboración junto con el paciente y la familia de los objetivos de salud.

La enfermera debe realizar el diagnóstico de enfermería que resuma la respuesta de la persona a su experiencia en salud y la causa de esta respuesta.

La planificación de las intervenciones requieren de la ciencia y el arte de enfermería, que pueden variar según la concepción de la disciplina, pero que son generalmente guiadas por los principios inherentes al cuidado. Por ejemplo, el cuidado ofrecido a una persona en un entorno donde la tecnología es cada vez más sofisticada, como en las unidades de cuidado intensivo, necesita que la enfermera centre ante todo su atención en la persona para la que se han indicado las medidas especializadas.

La enfermera debe asegurar que la persona esté cómoda, se sienta segura, sea bien atendida y además está atenta a que los equipos de monitoreo funcionen correctamente. A pesar de un entorno complejo, la enfermera debe ofrecer un cuidado humanizado. Dar prioridad a la persona antes que a las rutinas de la organización del trabajo, si es necesario modifica el entorno para asegurar un cuidado de calidad y libre de riesgos. Una enfermera que conoce bien a la persona y su contexto de vida puede facilitar las interacciones y decisiones conjuntas con los otros profesionales de la salud y de los servicios con que se cuenta (Le May, 1991; Prescott y Bowen, 1985).

Otro aspecto de la Gestión del cuidado inherente a la práctica de enfermería y que merece ser señalado, se trata de la colaboración interdisciplinaria que comprende la consulta entre colegas enfermeras, igual que la participación de enfermeras clínicas en el desarrollo de conocimientos y en la formación de futuras enfermeras. La colaboración interdisciplinaria puede tener un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados y es algo que poco realizamos las enfermeras.

La identificación de enfermeras expertas y las consultas entre colegas enfermeras, los conocimientos compartidos, refuerzan el potencial y la competencia del grupo profesional, mientras que los conocimientos celosamente guardados en un escritorio o en la mente de alguna enfermera experta no contribuyen a una práctica colaborativa de calidad. El punto de inicio de esta colaboración es reconocernos nosotras mismas como expertas y enriquecer de manera constante nuestros conocimientos y habilidades.

A veces nos enfrentamos a situaciones complejas del cuidado y no encontremos respuesta a un problema, entonces es necesario que las enfermeras de servicio compartamos estos problemas y trabajemos en colaboración con las educadoras y las investigadoras de la disciplina, a fin de que en conjunto demos solución a las situaciones de cuidado individual o familiar que se presenten.

La enfermera clínica ocupa un lugar privilegiado para preguntar, poner en práctica los resultados de las investigaciones, recolectar nuevos datos y desarrollar sus habilidades en este terreno. Otra forma de enriquecer la gestión y la práctica es la participación en la formación de futuras enfermeras. Explicar ante un novato el qué y el cómo del cuidado y compartir con él el progreso en la creación de un cuidado o en el acto de cuidar, favorecen la reflexión y el cuestionamiento y dan testimonio de una práctica profesional constantemente renovada.

Con frecuencia se reconoce que el papel principal de una Jefe o Gerente o Gestora en enfermería consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros,

humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente los objetivos de la institución.

La enfermera que realiza el papel de gestora debe guiar sus actividades a partir de los conocimientos que brindan las ciencias administrativas, la economía y la política. Las teorías y los principios relativos a estas disciplinas son necesarias para la práctica administrativa del cuidado de enfermería. Pero también la enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos (personal de enfermería) hacia la mejora del cuidado.

Meleis (1989) dice que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que dan las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería. A partir de lo anterior Susan Kérouac (1996) define la gestión del cuidado enfermero como "un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud".

El rol de la enfermera responsable de la gestión de los cuidados consiste en apoyar al personal que otorga cuidados.

La gestión de los cuidados va dirigida a alcanzar el objetivo que busca la práctica de enfermería, esta gestión como proceso recurre a la creatividad, la indagación y la transformación en este sentido se considera heurístico.

La contribución de la enfermera jefe responsable de la gestión en enfermería es única, representa una acción necesaria para asegurar servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de utilización óptima de los recursos disponibles. De esta manera las enfermeras responsables de la gestión del cuidado se enfrentan a grandes retos, ejercer su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos y dentro de éste buscar alternativas con un enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud.

8.3 LA GESTIÓN DEL CUIDADO Y EL ENTORNO

Como ya hemos mencionado, la administración de cuidados de enfermería requiere el conocimiento de los múltiples factores del entorno en el que se sitúa la acción de gestión y de las personas que otorgan cuidados.

Es indudable que con los cambios en la organización de la salud y recientemente con los procesos de reforma en el sector, las instituciones de salud se han vuelto más complejas.

Las restricciones financieras, el déficit de enfermeras, de insumos para la atención en salud, los altos costos, las condiciones de la práctica, la normatividad excesiva, la legislación, las exigencias de los usuarios con mayor educación e información, así como los cambios demográficos y epidemiológicos en salud, caracterizan hoy el entorno en el que se otorgan los cuidados.

Todos estos aspectos constituyen un gran desafío para la práctica y la gestión del cuidado de enfermería.

La gran parte de las enfermeras trabajamos en centros hospitalarios o comunitarios, que se encuentran administrados con una mecánica muy compleja, con principios de alta burocracia, de gran centralización, y excesiva división de tareas. Con frecuencia la organización, los servicios, y el trabajo se establecen con el enfoque médico del diagnóstico y del tratamiento (medicina, cirugía, obstetricia, pediatría). Por otro lado existen múltiples grupos de poder, los jefes, los médicos, los sindicatos y diversos grupos profesionales, lo cual genera algunos problemas en relación al reconocimiento, estatus, comunicación, autonomía y responsabilidad, que pueden complicar las actividades para una gestión del cuidado exitosa.

Así también al interior de los propios departamentos de enfermería, existen elementos que obstaculizan el entorno para una gestión efectiva tales como: personal escaso, con predominio femenino enfrentado a múltiples roles sociales (esposa, madre, profesionista), alta rotación de personal, ausentismo, equipos de trabajo muy heterogéneos en su formación, escasa educación continua, con una cultura profesional débil de ayuda, servicio y altruismo; que además debe hacer frente a situaciones de estrés, angustia y dolor de los pacientes. En fin, un personal responsable del cuidado que trabaja en un medio ambiente altamente complejo y donde surgen en algunas ocasiones dilemas éticos. Desde esta perspectiva del entorno la gestión del cuidado requiere de la enfermera jefe, el ejercicio del liderazgo y la motivación, dos procesos esenciales para garantizar un cuidado de calidad.

El liderazgo permite influir en la acción de las personas responsables del cuidado en relación a su compromiso personal y de respeto a las personas, así, la enfermera gestora puede transmitir los valores del cuidado y asumir actitudes de apoyo para con el personal responsable del mismo y reducir los factores que obstaculizan un cuidado de calidad. Así también es responsable de realizar acciones que motiven al personal, la motivación se puede medir por el grado de autonomía que las enfermeras adquieren y su nivel de responsabilidad en el cuidado.

La enfermera gestora tiene entonces el compromiso de generar un clima de trabajo favorable y participativo, debe hacer participar al personal en las decisiones, pedir la opinión del grupo, ser receptiva ante las demandas del personal, reconocer el trabajo, compartir la información, favorecer la creatividad, promover el espíritu de equipo, fomentar la autonomía y la capacitación de todos los miembros del grupo de cuidados.

La motivación del personal responsable del cuidado es esencial a fin de lograr un entorno propicio para el cuidado. Una enfermera satisfecha y estimulada por su trabajo será capaz de comprometerse en mejorar la calidad de los procesos de cuidado dirigidos a favorecer el confort, la comunicación, la curación y a promover la salud de las personas que cuida. La gestión de los cuidados está entonces orientada hacia la *persona*, el cliente, su familia, el personal de enfermería, los equipos interdisciplinarios.

La gestión se identifica como un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, de la motivación y la participación, la comunicación y la colaboración. Utilizando el pensamiento enfermero, la enfermera gestora favorece una cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona.

Meleis (1988) sostiene que la dirección de los cuidados de enfermería debe tener una visión clara y explícita de la disciplina de enfermería con el fin de contribuir de manera distinta a la solución de los problemas relativos a los cuidados, a los pacientes, su familia y al personal. La dirección de los cuidados tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar prioridades, elaboración de políticas, selección del personal con excelente formación en cuidados

enfermeros, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería.

En este contexto es necesario diseñar algunas estrategias que pueden ser consideradas por los responsables de la gestión del cuidado, a manera de ejemplo:

- Discutir con el personal los valores, los paradigmas, los conceptos y los objetivos de los cuidados.

- Ayudar a otros profesionales, a los pacientes y familiares a comprender la contribución de la disciplina de enfermería para mejorar la salud individual y colectiva (a través de la investigación y la aplicación en la práctica).

- Apoyar los principios inherentes al cuidado de las personas.

- Explicar que la intervención terapéutica de enfermería requiere utilizar más tiempo que una intervención médica. Porque la enfermera utiliza la interacción, la relación de ayuda y sus recursos personales, evalúa integralmente al paciente ya que no se restringe sólo al análisis de problemas inmediatos.

- Centrar la gestión del cuidado en la salud más que en la enfermedad.

- Modificar los sistemas de prestación de cuidado: número y tipo de personal, descripción de puestos, normas y reglamentos, criterios para evaluar los cuidados, programas de educación continua, sistemas de evaluación del desempeño y su impacto en los costos del sistema de salud, sistemas de registro del cuidado y auditoría de calidad.

La gestión de los cuidados debe estimular la creación de modelos de cuidado basados en la concepción de la disciplina de enfermería, el uso de un lenguaje común, de símbolos, de conceptos comunes en la práctica clínica que refuercen el potencial, el compromiso y la identidad profesional de la enfermería, pero sobre todo la calidad del cuidado que se otorga a los usuarios y su familia.

8.4 DIVERSOS MODELOS PARA MEJORAR LA GESTIÓN DEL CUIDADO

Es imposible hablar de nuevos modelos de gestión del cuidado en el vacío contextual. Como profesionales de la salud las enfermeras debemos proponer estrategias a fin de dar respuesta a las demandas sociales de mejora de la calidad del sistema de salud.

Hasta ahora la experiencia y la actividad de enfermería en las instituciones de salud han demostrado que es una acción reactiva, que responde a la definición de políticas del propio sistema, lo que ha delineado su comportamiento laboral.

Pero ahora pensamos en un ejercicio profesional independiente y renovado que requiere de una acción proactiva, es decir acciones de gestión que atiendan las necesidades de salud y de cuidado de los usuarios reales y potenciales de los servicios de salud.

Existen modelos organizacionales en los que prevalece la orientación hacia la práctica del cuidado, que pueden probarse y si son adecuados convertirse en modelos para la gestión del cuidado. Pero así también deben proponerse modelos acordes a cada medio, sin perder de vista las necesidades de evaluarlos en relación al impacto que éstos tienen en el cuidado y la satisfacción de los usuarios internos y externos de los servicios de enfermería.

Es necesario dar evidencias de que mejorar la calidad del cuidado no es incompatible con las metas económicas del sistema de salud. En este orden de ideas podemos decir que el contexto ha transformado las prácticas y que la enfermería tiene en sus manos plantear estrategias para el cuidado individual y colectivo que difieren de las tradicionales, por ejemplo en el trabajo comunitario, en donde los modelos de gestión deben tener una alta resolución que aseguren la promoción a la salud individual y colectiva.

De igual forma analizar el significado del cuidado en el hospital y la posibilidad de crear en este contexto nuevos escenarios de cuidado en el hogar, redefinir los estándares del cuidado para los enfermos agudos no hospitalizados, cuidados a grupos de enfermos crónicos, en fin, toda la diversidad de intervenciones que será necesario gestionar a fin de asegurar al usuario diversas formas de cuidado integral, humano y libre de riesgos.

Es natural entonces que esto requiere de promover transformaciones en la organización de enfermería, en su manera de planear y ofertar servicios y particularmente de brindar cuidado de calidad que satisfaga las expectativas del usuario y que además para las instituciones sea costo-efectivo. Al respecto no existen fórmulas mágicas, ni modelos perfectos para mejorar la gestión del cuidado, a manera de ejemplo existen algunos que han probado su efectividad como los siguientes:

a) Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Se basa en planes de cuidado, para casos, prevención de riesgos, estándares de cuidado, se utiliza en el hospital o la comunidad (Gardner y Blagen, 1991).

b) Enfermería Modular. Se establece una delimitación de un área física que facilita el entorno, la enfermera permanece cerca del paciente, se le asigna un margen amplio de responsabilidad y permite la participación interdisciplinaria alrededor de los pacientes que pertenecen a un módulo, este está integrado por enfermeras, médicos, técnicos, trabajadores sociales. La enfermera actúa como líder del equipo y coordina las acciones de todos los integrantes basados en las necesidades de los pacientes, así como organiza los recursos del entorno para asegurar el cuidado (Magargal, 1987).

c) Gestión basada en las necesidades de cuidado de las personas, en este modelo se requiere conocer las características de los usuarios, edad, necesidades de cuidado, basado en la dependencia hacia el cuidado lo que determina la cantidad y calidad de personal para brindar cuidado.

Se establecen tres categorías de necesidades de cuidado que van de la categoría I, en donde la persona es capaz de cuidarse a sí mismo y demanda en promedio de 1 a 2 horas de cuidado directo más 15 minutos para educación; la categoría II, en donde la persona requiere ayuda para su cuidado, apoyo en alimentación, oxigenación, etc., exige en promedio entre 3 y 5 horas de cuidado directo y 30 minutos para educación; y la categoría III, en la cual la persona requiere de atención intensiva o total que exige observación continuada y requiere de 6 a 8 horas de atención directa y 30 minutos adicionales por persona (Zander, 1991).

En numerosos eventos de carácter nacional e internacional es frecuente escuchar que sin las enfermeras los sistemas de salud no operarían. Sin embargo y pese a las evidencias de la importante labor de la enfermería en beneficio de la salud, las instituciones no perciben el cuidado de enfermería como útil, lo consideran una nómina muy grande, una

carga financiera, un problema sindical, una administración altamente burocratizada y por lo tanto mejorarla implica para los políticos y economistas en salud reducir los costos contratando el menor número de enfermeras profesionales. Por lo que es imprescindible realizar investigaciones sobre el cuidado y la gestión del cuidado a fin de asegurar propuestas basadas en evidencia científica que mejoren la prestación de los cuidados de enfermería en los diversos escenarios de práctica.

Elaborar estudios en donde se pueda mostrar como servicios de enfermería profesionales pueden incidir en indicadores de morbilidad y mortalidad, tiempo de estancia hospitalaria, egresos, infecciones intrahospitalarias, satisfacción de usuarios entre algunos otros indicadores existentes.

Es importante que la Enfermería identifique la necesidad de volver la vista hacia el cuidado y su responsabilidad en la calidad de vida de las personas. Queremos dejar en el pasado los espacios tradicionales de la práctica (hospital), transformarla y también hacer a un lado las actividades rutinarias de cuidado médico delegado y la excesiva carga administrativa.

Si deseamos realmente una nueva concepción dirigida hacia la gestión del cuidado requerimos un proceso de integración profesional, investigación basada en evidencias científicas, una nueva estructura del sistema de salud que favorezca la práctica de enfermería hacia el cuidado y que la enfermería se transforme y de muestras con un quehacer profesional y humanizado del importante papel que desempeña en el ámbito de la salud.

8.5 EL SIGNIFICADO DE CUIDADO EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad.

En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él.

Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.

Swanson, a través de la teoría de los cuidados, propone cinco procesos básicos secuenciales (conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias), en los que se hace evidente el cuidado de enfermería, que se caracteriza por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados.

Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería.

Actualmente, en la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado en el hacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, entendido como una ayuda o un complemento en las ciencias de la salud, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte.

Estudios recientes acerca del significado de cuidado por parte del profesional de enfermería se refieren a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado.

Por otra parte, el cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica.

Si se entiende que el significado que se tenga de un fenómeno condiciona la forma en que va a ser representada la realidad en los sujetos, y que, de acuerdo con Levinas, las palabras introducen la franqueza de la revelación en la cual el mundo se orienta y adquiere un significado entre los individuos, entonces, la relación enfermera(o)-paciente, como seres dialógicos, implica un encuentro humanizador, que tiene como propósito despertar la conciencia del otro a través de la reflexión de los cuidados, que incluye las creencias y los valores que impregnan la atmósfera en la que tienen lugar los hechos y las circunstancias del quehacer de enfermería.

Por lo antes mencionado, es necesario comprender cómo representa la enfermera(o) su hacer profesional a través de formaciones subjetivas como: opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos; tal comprensión servirá para mejorar el cuidado de su práctica, que actualmente adolece de significado y, por tanto, de un reconocimiento propio.

La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici permite comprender de manera flexible la posición intermedia entre el concepto que se obtiene del sentido real, y la imagen que el personal de enfermería reelabora del cuidado.

Las representaciones se estructuran alrededor de tres componentes fundamentales:

La actitud hacia el objeto, la información sobre ese objeto, y un campo de representación donde se organizan jerárquicamente una serie de contenidos.

Si se considera que la enfermería tiene la responsabilidad de articular y difundir definiciones claras de las funciones que desempeña en su práctica, y que el cuidado es la parte ontológica y epistémica que guía los aspectos axiológicos de su hacer profesional, se hace necesario comprender el significado de cuidado a través de la investigación cualitativa, el cual produce evidencias relevantes para la práctica profesional.

Por esta razón, se decidió abordar el presente estudio mediante una metodología cualitativa, con el propósito de comprender cómo el profesional de enfermería construye el significado de cuidado en su práctica.

8.6 MATERIALES Y MÉTODO

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó el método cualitativo, que permite una mejor comprensión y aproximación sistemática y subjetiva de cómo la enfermera(o) construye el significado de cuidado en su práctica profesional.

La recolección de los datos se hizo a través de un muestreo teórico que se refiere a la selección suficiente de casos, hasta llegar a la saturación de categorías y el análisis de ellas.

El estudio se llevó a cabo en un hospital de segundo nivel de atención de la ciudad de Puebla. Los datos se recolectaron mediante un diario de campo y siete entrevistas semiestructuradas, aplicadas de manera individual y a profundidad, las cuales fueron grabadas y transcritas en su totalidad en el programa de Microsoft Word, donde se realizaron tablas y esquemas de codificación abierta y axial que sirvieron para el análisis de contenido a partir de las dimensiones de la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici (1979).

Se consideró lo dispuesto en la Ley General de Salud del 2000, así como el Código de Ética para enfermeras y enfermeros de México. Se obtuvo el consentimiento informado de manera verbal y por escrito de todos los informantes, garantizándoles su anonimato.

El profesional de enfermería estuvo representado por seis mujeres y un hombre, con un promedio de edad de 30 años, y un rango de uno a 20 años de ejercicio profesional. Todos con alguna especialidad pos técnica: dos en cuidados intensivos, dos en médico-quirúrgica, uno en administración en los servicios de enfermería, otro en enfermería pediátrica y una en inhalo-terapia.

En relación con el nivel académico, solo una de ellas mencionó tener la licenciatura en enfermería.

En el análisis de contenido se encontraron seis categorías periféricas que forman el significado de cuidado, que se define como el conjunto de factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes que realiza el profesional de enfermería con la persona hospitalizada.

La categoría de factores se encuentra en la dimensión de información, y se relaciona con los motivos que tuvo la enfermera(o) para elegir esta profesión, en la que se observan dos tipos (extrínseco e intrínseco), el primero tiene su origen en el orden social, y se refiere a todas las circunstancias que son ajenas a la enfermera(o), pero que de manera directa o indirecta influyen en la toma de sus decisiones: "primero, afectó mucho mi situación económica... para ser enfermera" (e1, e4, e6).

El factor intrínseco hace referencia a un llamado interno del yo, e involucra decisiones que influyen directa e indirectamente en su contexto social, a través de actitudes de ayuda que generan un reconocimiento de la enfermería como una carrera humanitaria: "soñaba de chiquita que quería ser enfermera y curar enfermos, fue mi sueño".

En la información, la implicación se describe como las acciones que realiza la enfermera(o) hacia la persona, y los insumos que se consideran para llevar a cabo su quehacer profesional a partir de la aplicación de sus conocimientos: "tomar signos vitales y recibir el material que me corresponda".

La contribución representa las actitudes que tiene el personal de enfermería para mejorar su práctica profesional, en ellas se encuentran acciones dirigidas hacia la aplicación y actualización de los saberes propios: "llenarme más de conocimientos, tener más cursos".

Así mismo, se observa que existen otras acciones que se encuentran dirigidas hacia la persona hospitalizada: "decirle su procedimiento cada vez que le estoy haciendo algo, qué implica si deja de tomar sus medicamentos y si se deja de cuidar, ayudarle a prevenir algo que pueda suceder peor".

La aplicación del cuidado se localiza en las tres dimensiones (información, actitud y representación), hace referencia a la experiencia del profesional de enfermería definida como un hecho del presente, pasado y futuro, en el que se observa un conjunto de acciones y actitudes que describen los procesos del cuidado; el primero es hermenéutico, consiste en un ir y venir de interpretaciones empírico-científicas, originadas por la observación que realiza de manera interna la enfermera(o), motivándola(o) a sentir una necesidad de ayudar a la persona: "como enfermera... a pesar de los conocimientos médicos... sientes la necesidad del paciente".

El segundo es dialógico, y se refiere a un proceso intercomunicativo entre dos seres que se reconocen uno al otro, lo que genera un diálogo activo de palabras entre la enfermera (o) y la persona. Tiene como propósito interpretar y conocer al otro: "lo trataba de escuchar cada vez de sus problemas. Le decía échele ganas, ánimo, ya va bien su pie"

El tercero es dialéctico, formado por la praxis, lo que significa un hacer reflexionado, que no se limita a la integración de un conocimiento, sino a la aplicación a priori de los conocimientos empíricos y científicos de la enfermería, que además del cuidado físico, abordan también el cuidado espiritual dando como resultado el reconocimiento de la enfermería: "me quedé como su familiar, lo cambié y demás, y antes de poder irme a la casa, hable con él... y platicamos... de Dios".

Las creencias se encuentran en la dimensión de opinión, y son el conjunto de pensamientos que tiene la enfermera(o) antes de realizar sus actividades; se relacionan con representaciones místico-religiosas, que le dan mayor seguridad durante su trabajo: "yo la verdad rezo antes de entrar a mi servicio".

La actitud se refiere a la postura que toma la enfermera(o) frente a la persona hospitalizada, en la que se observan acciones positivas o negativas: "Mi actitud es de empatía, que él es mi familia, que puede ser mi padre, puede ser mi hermana, puede ser mi hijo". O, "venimos con un carácter... serio... que no le inspira confianza a la paciente y tampoco siente que va saliendo adelante".

La actitud es la manifestación física y emocional observable en la cual se generara la transmisión del cuidado, llamada "respuesta ante la acción percibida": "por ejemplo una sonrisa, el tono amable de tu voz, suena un tono estresado y eso el familiar o el paciente lo toma como que grosera.

Discusión

En el presente estudio la acción de cuidado rompe las barreras de materia, tiempo y espacio, ya que los informantes reviven emociones en las narraciones de sus experiencias, por lo que el cuidado se vuelve trascendente en el presente, en el aquí y ahora, lo que hace que

se coincida con Benner en que el cuidado es entrar al mundo vivencial de cada individuo para compartir sus momentos más especiales.

Esta situación implica un conocimiento propio de cada enfermo, un darse cuenta de sus actitudes, intereses y motivaciones; además, requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad y apoyo efectivo.

Se concuerda con el Grupo de Cuidado de Colombia que ve al paciente como ser humano con comportamientos relacionados con las actitudes, lo que implica un acercamiento personal.

Debido a lo anterior, el profesional de enfermería requiere de sensibilidad, intelecto, disciplina y conocimientos sistematizados para identificar y atender las necesidades y posibilidades humanas, mediante un contacto personal cercano con el paciente.

Se coincide con Gaut en identificar tres condicionantes para el cuidado:

- 1) la conciencia y el conocimiento de que alguien necesita cuidado
- 2) la intención de actuar y acciones basadas en el conocimiento
- 3) un cambio positivo como resultado del cuidado.

Situaciones que Watson completa con: el compromiso moral y la voluntad para el cuidado.

Así mismo, se concuerda con el meta-análisis realizado por Swanson, en el que el cuidado se desarrolla bajo un conocimiento que se dirige a la persona, que involucra emociones, las cuales conllevan un pensamiento de un hacer para el otro, en el que se mantienen las creencias de un futuro con mayores esperanzas.

En relación con la aplicación del cuidado y la actitud de los participantes, se coincide con Queiroz al mencionar que las situaciones de cuidado se transforman en un ayudar a vivir.

De modo que la empatía debe fundamentarse para que los cuidados de enfermería sean realmente eficaces y, por ende, reconocidos por el otro; esta situación apoya lo escrito por De Figueiredo al mencionar que el cuidado transpersonal exige al profesional de enfermera la capacidad de unirse, experimentar e imaginar el sentimiento del paciente.

En cuanto al significado de cuidado que refieren los sujetos del presente estudio, éstos coinciden con lo referido por Leonardo Boff al considerar que el cuidado implica una capacidad de sentir como el otro, lo que impulsa a generar una ciencia con conciencia, dirigida hacia la vida, situación por la cual los significados que da el profesional de enfermería logran trascender entre otros.

Este fenómeno se desarrolla a través de la solidaridad de estar con la persona, lo que permite tener una conciencia en que es posible la praxis auténtica en la cual la enfermera y el paciente dejan de ser objetos del proceso salud-enfermedad, para convertirse en verdaderos sujetos de acción, con identidad propia, con capacidad para transformar su mundo.

También se coincide con Maturana al afirmar que el escuchar se encuentra determinado por los propios valores y preferencias, en los que el lenguaje se convierte en una manera de convivir, en un devenir de coordinación y coordinaciones conductuales con la persona,

donde se van construyendo realidades que son compartidas por la enfermera(o) y el paciente.

Por otra parte, se coincide con el análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería, al identificar un cuidado dialógico y estético, que consiste en un pensar abierto, creativo y ético entre los sujetos involucrados, hecho que posibilita el sentir y las formas de vivir.

Del mismo modo se concuerda con Moscovici, en que la representación social del cuidado se encuentra formada a partir de un cuerpo organizado de conocimientos y de actividades psíquicas, a las cuales el profesional de enfermería hace inteligible la realidad física y social del cuidado, integrándose en una relación cotidiana de intercambios entre la persona y la enfermera(o).

El significado de cuidado en el profesional de enfermería se construye a través de factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes que realiza con la persona, por lo que se hace necesario que enfermería comprenda que cuidar envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto. Estos conocimientos servirán a la enfermería para mejorar los procesos de cuidado en cualquier situación de salud que tenga la persona.

El cuidado de enfermería se cristaliza en una esencia trascendente, convertida en una acción holísticamente humana, que hace del diálogo un proceso interno que sobrepasa la interpretación de la persona convirtiéndolo en un proceso dialéctico de comprensión, y no de aprensión, de los conocimientos y las emociones generados por la acción de un cuidado no profesional, diferencia sustancial entre el cuidado genérico y el de enfermería. Dicha situación es manifestada en respuestas físicas y emocionales que se reflejan en agradecimientos recíprocos por parte de la persona y la enfermera(o), que concluyen en reconocer al cuidado profesional de enfermería como una pieza importante en la recuperación de la salud.

8.7.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO

Apoyar a la madre y al niño para que la adaptación a la vida extrauterina sea adecuada.

Establecer y mantener la respiración:

Se limpia con una gasa estéril la boca y secreciones orofaríngeas para que empiece a respirar y si no se le estimula frotándole la espalda o en las plantas de los pies. Utilizaremos oxigenoterapia con mascarilla que cubra boca y nariz sino ha comenzado a respirar espontáneamente.

Estabilizar la temperatura:

Evitar el enfriamiento secando al recién nacido con una toalla caliente para que no pierda calor. Además, se puede colocar cerca de una estufa para que le proporcione calor.

Examen clínico inicial:

El test de Apgar

Es el método para valorar como se adapta el recién nacido a la vida extrauterina. Se valoran cinco parámetros:

Frecuencia cardíaca (0: ausente, 1: lenta < 100 lpm, 2: >100 lpm),

Respiración (0: ausente, 1: lenta e irregular, 2: buena o llanto),

Tono muscular (0: deprimido, flácido, 1: extremidades algo flexionadas, 2: movimiento activo de miembros),

Respuesta a estímulos (0: ausente, 1: mueca, 2: tos o estornudo, llanto)

Color (0: azulado, pálido, 1: cuerpo rosado y extremidades cianóticas, 2: rosado completamente).

Una puntuación entre 0-3 sería muy grave, entre 4-6 dificultad moderada y entre 7-10 bueno.

El test de Apgar se hace al minuto y a los 5 minutos de vida, si vemos que a los 5 minutos no ha llegado a bueno se le vuelve a repetir a los 10 minutos.

Ligadura del cordón umbilical:

Se corta cuando el cordón deja de latir.

Si la madre ha estado anestesiada se corta a los 15 segundos. Se ponen dos pinzas en el cordón, una hacia la madre y otra hacia el niño y se corta en el centro. A unos cuatro centímetros de la pared abdominal aproximadamente se le pone la pinza al niño.

Se cubre el muñón umbilical con una gasa impregnada en alcohol o en alguna solución antiséptica, nunca povidona yodada. Cuando cortamos observaremos que tenga las dos arterias y una vena.

Peso, talla y perímetro craneal.

Según el peso el recién nacido puede ser

Microsómico: < 2500 gr

Normosómico: 2501-4250 gr

Macrosómico >4250 gr.

El peso medio suele ser 3500 gr. El 95% de los recién nacidos pesa entre 2500-4250 gr.

El peso va a estar influenciado por la edad gestacional, nutrición de la madre, enfermedad de la madre que pueda repercutir en la función placentaria, raza y sexo. Se produce una pérdida fisiológica entre el tercer y quinto día de vida.

Entre el octavo y décimo día de vida el peso es el mismo que al nacer. Al mes la ganancia es de 200-250 gr por semana. La talla se mide en decúbito supino desde el vértice craneal hasta el talón y la media es de 51 cm. El 95% de los recién nacidos miden entre 46-56 cm.

Es importante saber cuánto mide el niño cuando nace para ver cómo va creciendo. El perímetro craneal se mide entre el segundo y cuarto día de vida. Se mide por la frente, encima de las orejas y occipucio, suele estar entre 33-37 cm.

Identificación:

Hay que identificarlo con una pulserita al niño y otra a la madre. En algunos centros se toman las huellas digitales de la madre y plantares del niño.

Evitar infecciones:

Todo lo que esté en contacto con el niño estéril o lo más limpio posible.

Inspección general buscando anomalías:

Miraremos el paladar, posibles fracturas de clavícula (sobre todo en niños grandes), luxaciones de cadera (mediante las maniobras de Ortollani), anomalías en los pies.

9. CONCLUSIÓN

En conclusión la atención inmediata al recién nacido es primordial para garantizar la buena salud del bebé y la calidad de vida que llegue a tener a futuro, la correcta evaluación del niño en las primeras horas de vida permiten detectar a tiempo enfermedades congénitas y malformaciones que son derivadas al especialista correspondiente para un correcto tratamiento. La correcta orientación a los padres de los bebés también es muy importante, puesto que evita que se produzcan accidentes o errores en el manejo del recién nacido al alimentarlo, el baño, vestirlo, limpiarlo, y otras tareas en la que los padres menos experimentados no son diestros. La atención al recién nacido por parte del enfermero/a es primordial y necesaria para la vida del bebé.

El personal de enfermería debe tener la formación y el entrenamiento necesarios para la supervisión y procedimientos que se requieren durante los primeros 28 días de vida del bebé, de esto depende el crecimiento y desarrollo del niño.

Generalmente trabajan en las unidades de neonatología de los hospitales, donde proporcionan los cuidados básicos a los bebés sanos, y cuidados intensivos a los nacidos prematuramente o con complicaciones.

Los profesionales de enfermería pediátrica realizan los cuidados inmediatos del recién nacido en el salón de partos, brindan al bebé la atención primordial ya que sólo en esta etapa

se puede evitar un porcentaje alto de patologías. Durante las primeras horas de vida el recién nacido requiere una supervisión especial, cuidados básicos como la limpieza, la ligadura del cordón umbilical, exámenes físicos, detección del tipo de sangre y la administración de vitaminas y vacunas,

Otra tarea del enfermero pediátrico es el estimular la conexión con los padres, enseñándoles cosas esenciales sobre el cuidado del bebé y principalmente ayudar con la lactancia materna.

Prepararan fórmulas de leche para los recién nacidos que lo requieran bajo indicación médica.

Realizan los cuidados generales al recién nacido como el baño diario del bebé, la cura del cordón umbilical y la medición e interpretación de los signos vitales.

Un especialista en enfermería pediátrica está capacitado para proporcionar cuidados de enfermería especializados durante la infancia, hacer un diagnóstico acertado con rapidez y acierto, y de su capacidad de reacción depende la vida del niño, sobre todo en los primeros momentos de vida, es una profesión apasionante y que incide en la calidad de vida del neonato, de una atención eficaz y de la correcta orientación a sus padres depende su integración social, laboral, su productividad.

Por lo tanto este profesional ha de desarrollar la pericia necesaria para el manejo de niños pequeños y frágiles, ya que su manipulación es distinta a la que requieren niños mayores o adultos, tareas básicas como poner una vía, administrar un tratamiento farmacológico o preparar la fórmula de la leche, es una labor de precisión ya que pequeñas variaciones pueden tener consecuencias dramáticas sobre todo en bebés de cuidados intensivos, por lo tanto quien se dedique a esta profesión debe ser meticuloso en extremo y a la vez poseer cualidades empáticas para comunicar de manera adecuada los cuidados del recién nacido y las diversas circunstancias que se presentan en la unidad de neonatología.

Los cuidados a los recién nacidos es un tema de máximo interés al ver que las estadísticas de nacimientos decrecen año a año en España, es un hecho que el número de muertes superará el de nacimientos en los próximos años, consecuencia de la reducción del número de mujeres en edad fértil, al encontrarse en esas edades las generaciones menos numerosas que nacieron durante la crisis de natalidad de finales de los 80 y de los años 90.

Las enfermeras y enfermeros forman parte de un equipo interdisciplinario en el cuidado de la salud de las personas, que deben estar en constante capacitación y actualización de conocimientos para el desempeño de su profesión.

Así lo expuso la licenciada en enfermería y trabajadora del hospital "Dr. Ignacio Chávez" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora (Isssteson), Yadira Ozuna Quijada.

En entrevista para Notimex, la también docente de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad del Desarrollo Profesional (Unidep) expuso que el objetivo de esta profesión es cuidado del paciente y su actualización debe ser constante.

"Nosotros ya somos un equipo interdisciplinario, anteriormente la enfermera se definía como auxiliar o como la mano derecha del médico, pero ahora el trabajo de nosotros es hombro con hombro con el médico, el químico, terapistas físicos, sicólogos", anotó.

Refirió que ahora los profesionales de la enfermería hacen equipo con los médicos, pues tienen la capacidad de decidir porque están preparados para identificar situaciones que comprometen la salud del paciente.

Las enfermeras y enfermeros tienen vasta preparación académica y las nuevas tecnologías como el internet han sido sus aliados en su formación para el cuidado del paciente y en el desempeño de su labor, anotó.

Subrayó que la actualización en esta profesión debe ser constante y el adquirir nuevos conocimientos es prácticamente una obligación porque así lo exige el paciente.

Externó que "cuando uno es enfermera se debe cumplir con el compromiso con uno mismo, cumplirlo como un deber como ser humano; estamos obligadas a leer, a informarnos y a preguntar, no estamos peleadas con el médico, trabajamos juntos".

Ozuna Quijada mencionó que ser enfermera es para ella "una experiencia muy bonita, yo no podría haber hecho otra cosa en la vida".

Con diez años de experiencia en el desempeño de su profesión y al haber laborado en la iniciativa privada y el sector público, destacó la necesidad de que las enfermeras y enfermeros cuiden la empatía, la integridad y la dignidad del paciente.

Subrayó que es necesario tener presente que el paciente o el enfermo bajo su cuidado es un ser humano en estado vulnerable que no pierde su dignidad y "nosotros debemos cuidar mucho esa parte".

La enfermería no es rutinaria ni mecánica y tampoco debe tomarse como una profesión a la ligera, como debe ser con otras profesiones, pero en este caso es especial porque tienen en sus manos la salud de las personas, destacó.

Anotó que algunos médicos exigen en sus equipos a personal de enfermería altamente capacitado, pues al estar muy comprometidos con su labor son selectivos y algunos piden que los enfermeros estén a su nivel.

"En ocasiones somos más observadoras y conocedoras de las reacciones del paciente que los propios médicos, porque ellos prescriben el medicamento, revisan e indican al paciente, pero nosotros vemos la reacción del paciente al medicamento", abundó.

Reveló, algunos médicos aceptan comentarios de las enfermeras.

Respecto de los horarios laborales del personal de enfermería, comentó que sus jornadas les permiten tener dos y hasta tres trabajos, como es su caso y disponer de tiempo para destinarlo a su familia, el esparcimiento y también para prepararse.

Ozuna Quijada, quien tiene dos hijas y es abuela de una niña, trabaja tres noches a la semana en el hospital "Dr. Ignacio Chávez", además es docente en una universidad privada y cubre un interinato en un secundaria atendiendo a los adolescentes.

El 6 de enero se celebra en México el Día de la Enfermera y el Enfermero, luego de que en 1931 lo instituyó el médico José Castro Villagrana, director del Hospital Juárez de México, al calificar la presencia de las enfermeras como un "regalo de Reyes" para los pacientes.

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (Inegi) en Sonora existen un promedio de 3.9 enfermeras por cada mil habitantes, igual al promedio nacional.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda que haya entre cinco y seis enfermeras por cada mil habitantes

Coordinar una institución de salud, actualmente, es practicar una gestión con énfasis en los recursos humanos, en el capital intelectual y, principalmente, en los procesos. El buen funcionamiento de ese sistema está conectado íntimamente a la parte de logística de suministros. Suplir adecuadamente el ambiente hospitalario con materiales adecuados que garanticen calidad, productividad, satisfacción de los pacientes y prestación de servicios por el equipo hospitalario está entre los principales desafíos de la administración de una organización de salud.

El concepto de una cadena de suministros en el área de salud se forma a partir de una visión más amplia que considera una estrategia de planificación, implantación y control del flujo para los procesos de obtención y gerenciamiento del movimiento de materiales. En la logística hospitalaria, es necesario considerar toda la infraestructura existente, desde la organización, las personas, los procesos hasta los sistemas de información de soporte.

Debido a la complejidad de actividades pertinentes al área, la gestión de logística de suministros acaba volviéndose en una de las mayores dificultades. Eso porque ella involucra desde selección, control, compra, stock, almacenamiento y distribución y exige del profesional atributos como planificación y supervisión, además de delegar poderes y pensamiento estratégico. Otro punto importante es la comunicación y capacitación constante por parte del gestor.

Un error es delegar la responsabilidad de controlar esa área a colaboradores no calificados para el ejercicio de la función. Es necesario que el gestor entienda mínimamente de conceptos básicos y del lenguaje técnico de los materiales y que, siempre que sea necesario, realice esfuerzos para adquirir conocimiento necesario a través de cursos especializados. La inversión genera ganancias de calidad, productividad, eficiencia y eficacia.

Como gestionar es establecer metas, el gestor debe todavía trazar un plan para mantener y otro para mejorar la actuación de sus profesionales, manteniendo monitoreo constante. Eso busca la mejora de los procesos, productos y servicios, siendo posible a partir de informes, determinar la calidad de todo el proceso de logística de suministros.

El perfecto entendimiento de la cadena de abastecimiento ha sido reconocidamente un factor de ventaja competitiva. Teniendo en cuenta que el proceso de producción del sector de la salud es muy complejo y el hospital engloba varias disciplinas y profesiones, incorporando tecnologías, el gestor de una institución de salud debe estar involucrado en todas las actividades y áreas de funcionamiento de sus unidades de atención. Cabe a él dominar teóricamente el desarrollo de todos sus sectores.

En la actualidad, con la creciente demanda de derecho-habientes, existe una mayor necesidad dentro de un hospital de contar con medicamentos y/o materiales de curación que permitan ayudar a un paciente que lo requiera en un momento y tiempo determinado. Esto adquiere mayor relevancia si se toma en cuenta que en ocasiones de ello depende la vida de una persona.

Lo anterior es tan sólo uno de los muchos retos a los que se enfrentan las instituciones de salud diariamente, lo que enmarca la importancia que va empezar a tener el trabajo del ingeniero industrial dentro de este rubro para una gestión adecuada de los recursos humanos, financieros, técnicos y materiales.

10. BIBLIOGRAFÍA

10.1 BÁSICA

- Keefer C. Cuidados del recién nacido sano. JP. Cloherthy , AR. Stark (eds). Manual de Cuidados Neonatales. Masson S.A. Barcelona. 2002; pp 71-78.
- Sielski LA. Initial routine management of the newborn. UpToDate 15.3. 2009
- Doménech E, Rodríguez-Alarcón J, González N. Cuidados generales del recién nacido a término sano. En De Guardia en Neonatología: Protocolos Y Procedimientos de los Cuidados Neonatales. M. Moro y M. Vento (eds). 2ª edición ERGON. Madrid. 2008: pp 139-146.
- Cochran WD. History and physical examination of the newborn. In JP. Cloherthy and AR. Stark (Eds.), Manual of Neonatal Care (4th ed.). Philadelphia-New York. Lippincott-Raven, 2013: pp. 31-37.
- American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum and follow-up care. In Guidelines for Perinatal Care (4th ed) Washington, DC: ACOG, 2005.
- Bourke WG, Clarke TA, Mathews TG, O' Halpin D, Donoghue VB. Isolated single umbilical artery--the case for routine renal screening. Arch Dis Child 2004; 68:600-601.
- Palazzi DL, Brandt ML. Care of the umbilicus and management of umbilical disorders. UpToDate 15.3. 2007
- Doménech E, Pérez González J, RodríguezAlarcón J, Garrido-Lestache A, SánchezLuna M. Recomendaciones para la identificación del recién nacido. An Esp Pediatr. 2010; 51: 512-513.
- American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Controversies concerning vitamin K and the newborn. Pediatrics 2003; 112:191-192.

- Aucott S. Physical examination and care of the newborn. En Fanaroff A, Martín R (eds). Neonatal-Perinatal Medicine. Diseases of the Fetus and Infant. Mosby-Year Book INC. ST Louis. 2015; pp: 403-424.
- Grupo de trabajo de la SEN y SeMePe. Guía de Salud Materno-Neonatal. Sociedad Española de Neonatología. 2018.
- Wright A, Rice S, Wells S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. Pediatrics 2014; 97: 669- 675.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics 1994; 93: 137-150.
- Doménech E, Moro M, Manrique M, Morera C, Bixquert V, Suárez L (CODEPEH). Propuesta para la detección e intervención precoz de la hipoacusia infantil. An Esp Pediatr. 2018; 51: 336-344.
- Lisa M Adcock LM, Freysdottir D. Screening the newborn for hearing loss UptoDate 15.3. 2007
- Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ. 2003;169:207–8.
- World Health Organization. Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC), Provision of effective antenatal care, en Standards for maternal and neonatal care. World Health Organization; 2006.
- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Sociedad Española de Neonatología (SEN). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Sociedad Española de Quimioterapia (SEQ). Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas revisadas. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2003;21:417–23. 5 Comité de Estándares y Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. An Pediatr (Barc). 2004;60:56–64.
- Grupo de Reanimación Cardiopulmonar de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones en reanimación neonatal. An Pediatr (Barc). 2004;60:65–74.
- Buron Marinez E, Aguayo Maldonado J; Grupo de RCP Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología. Reanimación del recién nacido. An Pediatr (Barc). 2006;65:470 –7.
- Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. +Esta indicado realizar un lavado gástrico a los recién nacidos sanos?. An Pediatr (Barc). 2005;63:514 –15.
- Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Curr Res Anesth Analg 1953;32:260–7. 10. Casey BM, McIntire DD, Leveno KJ. The continuing value of the Apgar score for the assessment of newborn infants. N Engl J Med. 2001;344:467–71.

- Johnson JW, Richards DS. The etiology of fetal acidosis as determined by umbilical cord acid-base studies. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;177:274–80 discussion 280–2.
- Van den Berg PP, Nelen WL, Jongsma HW, Nijland R, Kollee LA, Nijhuis JG. Neonatal complications in newborns with an umbilical artery pH, 7.00. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;175: 1152–1157.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. The use of electronic fetal monitoring: The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. London: RCOG, 2001. [citado 10 Abr 2007].
- ACOG Committee Opinion N.o 348, November 2006: Umbilical cord blood gas and acid–base analysis. *Obstet Gynecol.* 2006;108:1319–22.
- Armstrong L, Stenson BJ. Use of umbilical cord blood gas analysis in the assessment of the newborn. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2007;92:F430–4.
- Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sanidad 2007 [citado 25 Ene 2009]. WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet.* 1985;2:436–7.
- WHO. Appropriate technology for birth revisited. *Br J Obstet Gyneacol.* 2014;99:709–10.
- Chalmers B. Who principles of perinatal care: The essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth.* 2001;28:202–7.
- Alberts JR. Learning as adaptation of the infant. *Acta Paediatr Suppl.* 2016;397:77–85.
- Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (review). *Cochrane database of systematic Reviews* 2007,
- Righard L. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet.* 2015;336:1105–7.
- Gómez Papi A, Baiges T, Batiste MT, Marca MM, Nieto A, Closa R. Metodo canguro en la sala de partos. *An Esp Pediatr.* 2014;48: 631–633.
- Varendi H, Porter RH, Winberg J. Does the newborn baby find the nipple by smell?. *Lancet.* 2015;344:989–90.

10.2 COMPLEMENTARIA

- <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/aeped-cuidados-generales-recien-nacido-sano>
- <https://muysaludable.sanitas.es/padres/bebes/cuidados-basicos-del-recien-nacido/>

- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-recien-nacido-sano/>
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100017
- <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=careofthebabyinthedeliveryroom-90-P05975>
- <https://definicion.de/quiropano/>
- <https://www.definicionabc.com/ciencia/quiropano.php>
- <https://conceptodefinicion.de/quiropano/>
- <https://www.hospitalaustral.edu.ar/2015/01/quiropano-un-area-clave-dentro-del-hospital/>
- <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=partoporcesrea-92-P09282>
- <http://www.hems.com.mx/maternidad.html>
- <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>
- <https://www.uwmedicine.org/sites/stevie/files/2018-11/Preparing-Cesarean-Birth-Spanish.pdf>
- <https://www.dexeus.com/informacion-de-salud/enciclopedia-ginecologica/obstetricia/parto-y-cesarea>
- <https://kidshealth.org/es/parents/c-sections-esp.html>
- <https://kidshealth.org/es/parents/birth-centers-hospitals-esp.html>
- <https://kidshealth.org/es/parents/birth-centers-hospitals-esp.html>
- https://www.medicasur.com.mx/es/ms/Parto_y_cesarea
- https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=165-iii-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-y-puerperio&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid=235
- https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=165-iii-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-y-puerperio&category_slug=publicaciones-antiores&Itemid=235
- <https://es.slideshare.net/abelruiz13/tecnica-quirurgica-de-la-cesrea>

- <https://extranet.who.int/rhl/es/resources/videos/t%C3%A9cnica-quir%C3%BArgica-basada-en-la-evidencia-para-la-ces%C3%A1rea-1134-2004>
- https://handbook.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtetrix/17.pdf
- <https://neuvoo.com.mx/neuvooPedia/es/enfermero/#:~:text=A%20continuaci%C3%B3n%20las%20funciones%20m%C3%A1s,y%20salud%20general%20del%20paciente.>
- <http://donacion.organos.ua.es/enfermeria/funciones.asp>
- <http://enfermeriacubana.sld.cu/funciones-y-tecnicas-asistenciales-del-personal-de-enfermeria-tecnico>
- <https://blogs.upn.edu.pe/salud/2016/11/28/que-tareas-realiza-un-profesional-de-enfermeria/>
- <https://www.123test.com/es/profesiones/profesion-enfermero-de-hospital/>
- <https://yoamoenfermeriablog.com/2019/05/21/funciones-o-roles-de-enfermeria/>
- <https://es.slideshare.net/sontiax/funciones-del-rol-enfermero>

10.3 ELECTRÓNICA

- <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmptsam.html>
- <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/posparto/rutinas-pruebas-y-cuidados-del-recien-nacido>
- https://enfermeria.iztacala.unam.mx/enf_decálogo.php
- <https://infogen.org.mx/cuidados-inmediatos-al-recien-nacido/>
- <https://encolombia.com/medicina/guiasmed/menor/factoresdeterminantes/>
- <https://www.bebesymas.com/postparto/que-es-la-cuarentena>
- https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf
- http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/codigo_etica.pdf

- http://www.auxiliar-enfermeria.com/dossiers/cuidado_bebe.htm
- <https://kidshealth.org/es/parents/guide-parents-esp.html>
- http://www.gaceta.udg.mx/G_notas1.php?id=22689
- <https://www.aeped.es/sites/default/files/6-guiarnhu12oct.pdf>
- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000600010
- <https://www.cun.es/chequeos-salud/infancia/cuidados-recien-nacido>
- <https://es.slideshare.net/Azusalud/cuidados-del-recien-nacido-30244800>
- <https://www.lechepuleva.es/el-bebe/cuidados-del-recien-nacido>
- <https://www.analesdepediatria.org/es-recomendaciones-el-cuidado-atencion-del-articulo-S1695403309004378>
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-recien-nacido-sano/>
- <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/aeped-cuidados-generales-recien-nacido-sano>
- <https://www.natalben.com/primeros-cuidados-recien-nacido>

11.- GLOSARIO

- ARM- Asistencia respiratoria mecánica
- ARM- Asistencia respiratoria mecánica.
- BOR- Bronquitis obstructiva recidivante.
- BPEG- Bajo peso para edad gestacional.
- BPN- Bajo peso al nacer.
- CMV- Citomegalovirus
- DB- Decibeles
- DBP- Displasia broncopulmonar

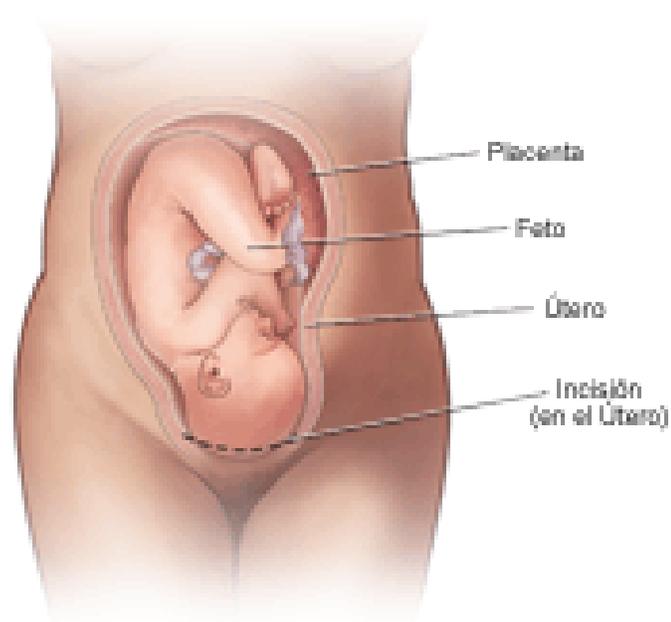
- DBP- Displasia broncopulmonar.
- ECG- electrocardiograma.
- ECN- Enterocolitis necrotizante.
- EG- Edad gestacional.
- EMH- Enfermedad de membrana hialina
- EPC- Enfermedad pulmonar crónica.
- EPOC- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- FC- Frecuencia cardiaca
- FiO2- Fracción inspirada de oxigeno
- FO- Fondo de ojo.
- FR- Frecuencia respiratoria
- FUM- Fecha de última menstruación.
- Hb- Hemoglobina.
- HI- Hernia inguinal.
- HIV- hemorragia interventricular
- HP- Hipertensión pulmonar.
- IRA- Infecciones respiratorias agudas.
- LEC- Liquido extracelular
- Min.- Minutos
- MMII- Miembros inferiores.
- MMSS- Miembros superiores.
- O2- Oxigeno
- OTD- Oxigenoterapia domiciliaria.
- PA- Presión arterial
- PAEG- Peso adecuado a edad gestacional.
- PaO2- Presión arterial de oxigeno
- PC- Perímetro cefálico.
- PCR- Proteína c reactiva

- PEAT- Potenciales evocados auditivos de tronco.
- PEV- Potenciales evocados visuales.
- PEV- Potenciales evocados visuales.
- PN- Peso al nacer.
- PN- Peso al nacer.
- RCIU- Retardo de crecimiento intrauterino.
- RCIU- Retardo de crecimiento intrauterino.
- RCP- Reanimación cardiopulmonar.
- RCP- Reanimación cardiopulmonar.
- Rec- Recomendación
- RGE- Reflujo gastroesofágico.
- RGE- Reflujo gastroesofágico.
- RN- Recién nacido
- RN- Recién nacido.
- RN- Recién nacido.
- RNPT- Recién nacido de pretérmino.
- RNPT- Recién nacido de pretérmino.
- RNPT- Recién nacido pretérmino
- RNR- Recién nacido de riesgo.
- RNR- Recién nacido de riesgo.
- ROP- Retinopatía del prematuro.
- ROP- Retinopatía del prematuro.
- RPT- Recién nacido pretérmino
- Rx- Radiografía.
- SaO2- Saturación de oxígeno
- SDR- Síndrome de dificultad respiratoria
- SDR- Síndrome de dificultad respiratoria.
- SDR- Síndrome de dificultad respiratoria.
- SNC- Sistema nervioso central

- SNC- Sistema nervioso central.
- SNC- Sistema nervioso central.
- SNG- Sonda nasogástrica.
- T- Temperatura
- TcO2- Transcutáneo de O2
- UCIN- Unidad de cuidado intensivo neonatal
- VSR- Virus sincicial respiratorio

12. ANEXOS

Incisión Transversal Cesárea



El parto por cesárea es el alumbramiento de un bebé a través de la incisión quirúrgica que se hace en el abdomen y el útero de la madre. Este procedimiento se realiza cuando se determina que este método es más seguro para la madre, para el bebé o para ambos que el parto vaginal.



- El instrumental quirúrgico es el conjunto de elementos utilizados en los procedimientos quirúrgicos. Es un bien social costoso, muy sofisticado y delicado. Por ello su cuidado debe ser meticuloso y estar estandarizado; debe someterse a la cadena del proceso de descontaminación, limpieza y esterilización



- El Quirófano es un área dentro del Hospital donde se opera, o se interviene quirúrgicamente, a los pacientes. Funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana y allí se atienden intervenciones programadas o de urgencia, con internación o ambulatorias



- El recién nacido está mojado debido al líquido amniótico y puede enfriarse con facilidad. Para evitar la pérdida de calor, se debe secar el bebé y utilizar frazadas templadas y lámparas que suministren calor.



- El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto consiste en colocar al recién nacido (RN) desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, apenas nace o poco tiempo después.