



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FORMAS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LAS  
ENFERMERAS ESPECIALISTAS, UN ESTUDIO A  
PARTIR DE LA TEORÍA DE PATRICIA BENNER: "DE  
NOVATO A EXPERTO"

TESIS GRUPAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A N:

BEATRIZ CHÁVEZ ANAYA  
ROSA LILIA MENES BALDERAS

DIRECTORA DE TESIS:  
  
LIC. ENF. TERESA SÁNCHEZ ESTRADA

MÉXICO, D.F.

2000





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.

## AGRADECIMIENTOS

El presente agradecimiento; esta dirigido a tantas personas que han sido importantes en mi vida, pero principalmente a ese ser supremo el cual dirige mi vida DIOS, por el cual estoy aquí y he podido realizar este sueño. Ya que sin ti no podría seguir adelante, puesto que tú iluminas mi vida.

*A MIS PADRES Y HERMANOS*

Ya que sin su apoyo moral y económico no hubiese sido posible este logro.

*A MI ESPOSO (JOSE ANTONIO)*

Por el apoyo recibido desde el momento en que nos conocimos, así como su motivación por que terminara el presente trabajo.

*A TI PEQUEÑO (A)*

Que aun no naces pero que eres una bendición para mí y tu padre. Y nos das una razón importante para seguir adelante y superarnos día con día en todos los aspectos de nuestra vida. Tanto profesional como personalmente.

*A MIS AMIGOS DE CARRERA (EL RAMILLETE)*

Con el cual compartí muchas experiencias tanto buenas como malas.

*A MI ASESOR*

Sin la cual no hubiese sido posible la realización de este trabajo.

*A BEATRIZ, MARTHA Y LOURDES*

Con las cuales participe en la elaboración de la investigación y su conclusión.

*"ROSA LILIA"*

*A DIOS*

El ser más maravilloso y supremo que me creo y me concedió el privilegio de ser Enfermera, que me ama y cuida de mi vida.

*A MIS PADRES Y HERMANOS*

Por su incomparable amor y apoyo para que llegara al final de la meta.

*A MI ASESOR*

Por su apoyo, constancia y palabras de aliento para seguir adelante, con admiración y respeto por su profesionalismo y calidad humana.

*A MIS AMIGOS*

Principalmente a Jesús por su amor y cuidado, y a todos los que colaboraron para que este trabajo fuera posible.

SINCERAMENTE:

*Beatriz Chávez Anaya*

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN	1
- JUSTIFICACIÓN	2
1 MARCO TEORICO	3
1.1 Antecedentes	4
1.2 Modelo Dreyfus de adquisición de habilidades o de Adiestramiento	5
1.3 El afloramiento de los conocimientos inherentes al ejercicio de la Enfermería clínica	9
1.4 Diferencia entre el saber teórico y conocimiento Práctico en Enfermería	9
1.5 El saber derivado de la pericia profesional	10
1.6 Descripción de las categorías de eficiencia	11
1.7 Áreas o Campos de acción de la práctica de Enfermería según el estudio de Patricia Benner	12
1.8 Conceptos y Definiciones principales que utiliza Patricia Benner	13
1.9 La Práctica de Enfermería Profesional	14
1.10 Perfiles de las enfermeras expertas	15
1.10.1 En cuidados respiratorios (Neumólogas)	15
1.10.2 En cuidados del Aparato circulatorio (Intensivistas)	22
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
3. OBJETIVOS	34
4. VARIABLES DE ESTUDIO	34
4.1 Variables	34
4.2 Relación de las variables identificadas e indicadores	36
4.3 Descripción operativa de las variables	37
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	39
6. RECURSOS PARA EL ESTUDIO	39
6.1 Recursos humanos	39
6.2 Recursos materiales	39
6.3 Recursos financieros	39
7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	40
8. MATERIAL Y MÉTODOS	40
8.1 Diseño del estudio	40
8.2 Universo de trabajo	40
8.3 Selección de la muestra	41
8.4 Criterios de inclusión	41

8.5 Criterios de exclusión	41
9. PROCEDIMIENTOS DE OBTENCIÓN DE DATOS	41
10. RESULTADOS	43
10.1 Cuadros y Graficas	44
10.2 Casos tipo (Hallazgos Cualitativos)	51
10.2.1 Casos tipo en la categoría Expertos	52
10.2.2 Casos tipo en la categoría Habiles	68
10.2.3 Casos tipo en la categoría Competentes	108
10.2.4 Casos tipo en la categoría Principiantes	136
11. CONCLUSIONES	148
12. SUGERENCIAS	149
13. BIBLIOGRAFÍA	150
14. ANEXOS	151
14.1 Hoja de recolección de datos	152

## INTRODUCCIÓN

La Doctora Benner en su análisis de las observaciones y datos comunicados por Enfermeras en activo, aplica un modelo de adquisición de habilidades y aptitudes concebido por los profesores Hubert L. Dreyfus y Stuar E. Dreyfus. El estudio de la Doctora Benner constituye una visión lucida y brillante de la práctica asistencial tal como la entienden las enfermeras que son conocedoras expertas de su oficio; una exposición gráfica y apasionante por las múltiples y profundas derivaciones que reviste para las profesionales que ejercen en el campo de la administración, la docencia y la práctica clínica. Se nos muestra como actúan las enfermeras experimentadas en situaciones clínicas y asistenciales concretas, y también las diferencias entre la forma de proceder de las principiantes y las profesionales expertas en su menester. Asimismo se nos pone de manifiesto como las propias enfermeras, a medida que van adquiriendo experiencia clínica cambian su orientación intelectual, integran y seleccionan sus conocimientos y reajustan sus criterios en cuanto a la toma de decisiones.

El presente trabajo atendió a una replica del estudio de la Doctora Patricia Benner, y con ello a un acercamiento y conocimiento de la práctica clínica de las Enfermeras Especialistas; esperando que genere un interés por el estudio de la ciencia enfermera, desde el punto de vista de las enseñanzas y saberes contenidos en el ejercicio cotidiano de la tarea asistencial; es decir esa sabiduría que va acumulándose con el paso del tiempo en el ámbito de toda ciencia aplicada.

Todas las evidencias del estudio están basadas en testimonios escritos compartidos por Enfermeras Especialistas, que nos permitieron conocer sus experiencias clínicas y a su vez poderlas tipificar dentro de los niveles de eficiencia que describe la Doctora Patricia Benner; y poder así concluir con una descripción del ejercicio clínico de dichas Enfermeras.

## JUSTIFICACIÓN

La investigación y validación en el ámbito de la práctica Enfermería permite obtener el máximo provecho en aquellos casos en que existe una bien cohesionada base de prácticas y presunciones que pueden verificarse de forma sistemática. Empezando por las propias Enfermeras, no se ha valorado suficientemente sus facultades de observación y su experiencia para iniciar un programa continuo de reseña y documentación de lo que aprenden a través de la práctica cotidiana.

Es de vital importancia que la exposición de ejemplos vividos en la práctica de la profesión estén a la altura de la relevancia y al alcance de la función enfermera tal como se desenvuelve en un medio hospitalario.

## **1. MARCO TEÓRICO**



## 1.1 ANTECEDENTES

### Semblanza de Patricia Benner

Benner reconoce que su planteamiento de la enfermería ha estado influido en gran medida por Virginia Henderson, quien consideró que la obra de Benner *From novice to Expert*, está basada en la investigación clínica y puede influir en el ejercicio de la profesión y en la preparación de las enfermeras para dicho ejercicio. También escribió el prefacio de la obra *The primacy of caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Humbert Dreyfus, profesor de filosofía de Berkeley, la inició en la fenomenología. Stuart Dreyfus y Hubert Dreyfus, responsables de la investigación y de la filosofía, respectivamente desarrollaron el modelo Dreyfus de Adquisición de habilidades, que Benner aplicó en su obra *From Novice to Expert*. Reconoce la erudición, la enseñanza y la relación de colegas como Jane Rubin, como fuente de inspiración e influencia; especialmente en relación con las obras de Heidegger y Kierkegaard Lazarus, que la introdujo en el campo del estrés y afrontamiento. Judith Wrubel ha colaborado con Benner durante los últimos 16 años incluso como coautora, en la elaboración de la ontología de la asistencia y de las actividades asistenciales.<sup>1</sup>

&Nació en Hampton Virginia.

&Recibió su formación inicial y profesional en California.

&Obtiene el título de Bachelor of arts en el College de Pasadena en 1964.

&En 1970 obtiene el máster en Enfermería, centrada en enfermería medicoquirúrgica, en la escuela de Enfermería de San Francisco, Universidad de California.

&Trabajó como ayudante de investigación de Richard Lazarus en la Universidad de California, Berkeley, mientras preparaba su ph. D. Sobre estrés, afrontamiento y salud, que obtuvo en 1982.

&Tiene una experiencia clínica muy amplia en asistencia medicoquirúrgica aguda, en cuidados intensivos y en asistencia domiciliaria. Ha ocupado puestos de enfermera de planillas y de enfermera jefa.

&En 1970 inicia como enfermera investigadora posgraduada en la escuela de Enfermería de San Francisco, de la Universidad de California.

&Consiguió el puesto de profesora asociada en el departamento de Fisiología para enfermería de la Universidad de California en San Francisco.

---

<sup>1</sup> ANN MARRINER, "Modelos y teorías de Enfermería" p.164

- &En 1989 obtuvo la plaza de profesora numeraria, cargo que sigue ocupando en la actualidad.
- &Realiza su actividad docente fundamentalmente a nivel doctoral y de máster; Participa en 8 a 10 ciclos de conferencias de cada año.
- &Sus publicaciones son: *From Novice to Expert, The Primacy of Caring, Stress and Coping in Health and illness* ambos recibieron el premio del libro del año del American Journal of en 1984 y 1988 respectivamente.
- &En 1985 ingresa a la Academia Americana de Enfermería; en 1989 recibió el premio Linda Richards de la liga Nacional de Enfermería a la dirección de formación.
- &Recibe invitaciones de todo el mundo para dar conferencias y dirigir talleres de trabajo sobre investigación.<sup>2</sup>

## 1.2 MODELO DREYFUS DE ADQUISICIÓN DE HABILIDADES O DE ADIESTRAMIENTO

Concebido por Stuart E. Dreyfus y Hubert L. Dreyfus, profesores de la Universidad de California Berkeley. Trata de un modelo que se fundamenta en situaciones no en los rasgos o dotes del sujeto. Dado este carácter, el grado de aprovechamiento no puede determinarse sino mediante una validación por acuerdo de evaluadores expertos y por la estimación de los resultados de una situación concreta.

Se basa en que todo estudiante o aprendiz adquiere los conocimientos a través de cinco estadios o categorías de eficiencia: Principiante, Principiante avanzado, Competente, Habilidadoso y Experto. Cada uno de estos grados es indicativo de cambios en tres facetas generales de la ejecución profesional experta.

El primero consiste en pasar a la supeditación en los enunciados abstractos a la utilización como modelo de experiencias concretas al pasado.

El segundo cambio es una alteración de la forma en que el principiante percibe una situación dada, a tenor de la cual esta se ve cada vez menos como un agregado de partes igualmente destacables y más como un todo único del que solo descuellan algunos aspectos.

El tercer cambio es el paso de una posición de observador imparcial a la del ejecutor *comprometido* en la acción: el sujeto deja de estar al margen de la situación y participa plenamente en ella.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Ibidem. p. 163

<sup>3</sup> PATRICIA BENNER. "Practica progresiva en Enfermería". P. 41-42

En su origen dicho modelo se elaboró durante un estudio sobre la actividad de los pilotos aéreos y los jugadores de ajedrez, y luego se amplió a función enfermera.

Benner aplicó el modelo Dreyfus de adquisición de habilidades al ejercicio clínico de la enfermería a través de una investigación descriptiva, cualitativa, identificando las características de la actuación y las necesidades de enseñanza aprendizaje. Identificó 31 competencias de ejercicio profesional experto, que clasificó de modo inductivo en siete dominios del ejercicio de la enfermería.

Benner desarrolló una relación descriptiva-interpretativa de la enfermería clínica. Los conceptos son los niveles de ejercicio profesional cualificado del modelo Dreyfus: principiante, competente, habilidoso y experto.

Utiliza los conceptos para describir el ejercicio profesional a partir de las entrevistas, observaciones y análisis de los ejemplos proporcionados por las enfermeras. El modelo es relativamente simple en lo que se refiere a las fases de la adquisición de habilidades y proporciona una guía comparativa para la identificación de los niveles de ejercicio de la enfermería a partir de las descripciones individuales de las enfermeras y de las observaciones del ejercicio real. Las interpretaciones están validadas por consenso. Aunque es posible realizar una descripción descontextualizada (objetiva) del nivel de principiante se tropieza con los límites de la objetivación en cuanto se requiere una comprensión de la situación para una actuación experta. Para captar los aspectos relativos a las relaciones o al contexto, Benner utiliza relatos narrativos sobre situaciones clínicas reales y afirma que el ejemplo permite al lector reconocer significados y propósitos similares, aunque las circunstancias "objetivas" sean totalmente diferentes.<sup>4</sup>

Benner estudió el ejercicio clínico de la enfermería con el propósito de descubrir y describir el conocimiento que conlleva la práctica profesional, es decir, el conocimiento que se acumula a lo largo del tiempo en una disciplina práctica, y de describir la diferencia que existe entre conocimiento práctico y teórico.

Benner afirmaba que el desarrollo del conocimiento de una disciplina práctica "consiste en entender el conocimiento práctico (know-how) mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la documentación del "know-how" (saber cómo) desarrollado a través de la experiencia clínica en el ejercicio de esa profesión."

Considera que las enfermeras no se han esforzado en documentar su aprendizaje clínico, "y esta ausencia de observación de nuestras actividades de

---

<sup>4</sup> Op. Cit. ANN MARRINER T p.173-175.

observaciones clínicas priva a la teoría de enfermería del carácter único y de la riqueza del conocimiento que con lleva el ejercicio clínico experto”.

Citando a los Filósofos de la ciencia Kuhn y Polanyi, Benner subraya la diferencia del “saber cómo”, un conocimiento práctico que eludir formulaciones, del “saber que”, una serie de explicaciones teóricas. “**El saber que**” es la forma de conocimientos que se basa en establecer relaciones causales entre los hechos. “**El saber cómo**” es la adquisición de una habilidad que puede oponerse al “saber que”, es decir se puede conocer el cómo antes del desarrollo de una explicación teórica. Consideraba que la práctica clínica es un campo de investigación y desarrollo del conocimiento.

El ejercicio clínico encarna la idea de excelencia, mediante un estudio podemos, descubrir nuevos conocimientos.

La enfermería debe desarrollar la base del conocimiento de su ejercicio profesional (know-how) y a través de investigaciones científicas y de la observación, comenzar a recopilar y desarrollar el know-how de las habilidades clínicas. La situación ideal es aquella en que la teoría y la práctica establecen un diálogo que habrá nuevas posibilidades. La teoría procede de la práctica, y la práctica se modifica o amplía a través de la teoría.

Benner adoptó el modelo de adquisición de habilidades de Dreyfus y Dreyfus (1980, 1986) a la enfermería clínica. El modelo Dreyfus fue desarrollado por Stuart y Hubert Dreyfus, ambos profesores de la Universidad de California, Berkeley. El modelo propone como principio que durante el recorrido de las fases de adquisición se producen cambios en cuatro aspectos:

- &Sustitución de la confianza en principios y reglas abstractos por una experiencia concreta adquirida.
- &Sustitución de la confianza en el razonamiento analítico, basado en reglas, por la intuición.
- &Modificación de la percepción de la situación por el aprendiz, que deja de verla como una recopilación de porciones de igual importancia para considerarla como un conjunto de complejidad creciente en que algunas partes son importantes.
- &Pasar de la posición de observador desvinculado que contempla la situación desde afuera a una posición de compromiso, completamente incorporado a la situación.<sup>5</sup>

Benner consideraba que “si elegimos sólo estrategias científicas, técnicas y organizativas para legitimar la asistencia experta, pasaremos por alto la

<sup>5</sup> *Ibidem*. P.164-165.

importancia de la asistencia y la ética fundamental y la responsabilidad implícitas en el ejercicio de la enfermería". Mediante la utilización de métodos cualitativos en un planteamiento interpretativo, Benner describe el ejercicio experto de la enfermería en muchas situaciones ejemplares. El trabajo de Benner parece más de una generación de hipótesis que un análisis de hipótesis. Proporciona una metodología para desvelar y penetrar en el significado situado de la asistencia experta. La interpretación del significado y del nivel del ejercicio de la enfermería frustrara sin duda a los investigadores "objetivos" que buscan precisión y control. La fuerza del modelo de Benner reside en que se trata de una investigación basada en datos que contribuye a la ciencia de la enfermería.

El modelo de Benner que aparece en su obra "from novice to expert" proporciona un sistema general para identificar, definir y describir el ejercicio clínico de la enfermería. Benner utilizaba un planteamiento Fenomenológico para describir a las personas y deduce unos significados y unas habilidades a partir de las interacciones entre las situaciones de la vida. La trascendencia de los hallazgos de las investigaciones de Benner reside en su conclusión de que "El conocimiento clínico de la enfermería es importante en la medida en que su manifestación en las habilidades de enfermería se establezca una diferencia en la asistencia al paciente y la evolución de éste".

Benner consideraba que su trabajo es una descripción del conocimiento implícito en el ejercicio real de la enfermería. Los cinco niveles de eficiencia son descripciones del conocimiento práctico de la enfermería de cada nivel en el contexto de las situaciones descritas. El conocimiento contenido en la actividad clínica de enfermería no se debe ignorar por más tiempo, sino debe salir a la luz en forma de conocimiento público que permita una comprensión más amplia del ejercicio de la enfermería. Benner cree que la amplitud y la complejidad de este ejercicio son demasiados extensos para confiar solamente en opiniones o experimentos idealizados o descontextualizados. Las estrategias a través de la eliminación de la situación o del contexto (objetivación) sino en mostrar como deben representarse el conocimiento experto, la intensión, el contenido y el concepto de utilidad en el conocimiento clínico por medio de ejemplos que ilustran el modelo de la situación. La llamada de Benner pretende "Fomentar el debate público" para que se reconozca a la enfermería como una actividad de asistencia ética y para "ampliar, modificar preservar las diferencias e intereses éticos". La obra de Benner resulta útil en cuanto a que a sistematizado el ejercicio de la

enfermería a partir del contexto de lo que realmente es y hace la enfermería, y no a partir de descripciones teóricas idealizadas que están fuera de contexto.<sup>6</sup>

### 1.3 EL AFLORAMIENTO DE LOS CONOCIMIENTOS INHERENTES AL EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA CLÍNICA

La profesión Enfermera se ha estudiado básicamente desde un prisma psicológico. Así pues, sabemos mucho de las relaciones que comparten los distintos roles, de la socialización y aculturación en la práctica profesional, pero muy poco de las enseñanzas y saberes contenidos en el ejercicio cotidiano de la tarea asistencial, es decir, esa sabiduría que va acumulándose con el paso del tiempo en el ámbito de toda ciencia aplicada. Este caudal de conocimientos ha pasado inadvertido y no ha sido objeto de estudio debido a la errónea interpretación de las diferencias entre los conocimientos prácticos y teóricos.

Las enfermeras no han sido custodios minuciosos de su sapiencia profesional. El hecho de no haber registrado nuestras experiencias y observaciones clínicas ha tenido como secuela que la teoría de la ciencia enfermera perdiera su singularidad y el acervo de erudición técnica que conlleva el ejercicio competente de la tarea asistencial.<sup>7</sup>

### 1.4 DIFERENCIAS ENTRE SABER TEÓRICO Y CONOCIMIENTO PRÁCTICO

La teoría es un instrumento de suma utilidad para explicar conceptos y efectuar previsiones. Mediante el establecimiento de relaciones causales y recíprocas entre los hechos el científico llega a un conocimiento previo, a un "saber qué". Sin embargo, filósofos de la ciencia como Kuhn (1970) y Polanyi (1958) han observado que no es lo mismo anticipar lo *que* va a ocurrir que entender *cómo* se producirá un fenómeno, y señala que el hombre posee numerosas aptitudes y habilidades (know-how) adquiridas sin el concurso del "saber qué" o conocimiento previo (knowing-that).<sup>8</sup>

<sup>6</sup> *Ibidem*, p.170-175

<sup>7</sup> Op.Cit. PATRICIA BENNER, p.29

<sup>8</sup> *Ibidem*, p.30

## 1.5 EL SABER DERIVADO DE LA PERICIA PROFESIONAL

La pericia se desarrolla cuando el clínico verifica y decanta proposiciones, hipótesis y expectativas. La experiencia tal como se entiende aquí (Heidegger, 1962, Gadamer, 1970), se adquiere cuando las ideas preconcebidas y las expectativas son contra dichos, matizadas o desmentidas por una contingencia real. Por lo tanto la experiencia es un requisito previo a la pericia o cualificación profesional por ejemplo, el modo en que una enfermera experta solventa una dificultad difiere del método utilizado por una principiante o una enfermera simplemente competente.<sup>9</sup>

En las actividades de enfermería, la pericia profesional facilita la interpretación de las situaciones clínicas y los conocimientos inherentes a esta competencia de grado superior son determinantes para la mejora de la función asistencial y el progreso de la ciencia enfermera.<sup>10</sup>

Conforme la enfermera adquiere "experiencia", se genera una sabiduría clínica que es una amalgama de saberes prácticos elementales de conocimientos teóricos no depurados.<sup>11</sup>

La competencia clínica en el marco de la profesión enfermera no se ha destacado ni compensado adecuadamente, y la demora en esta definición contribuye a retrasar el reconocimiento y la gratificación. Además, la reseña fiel de los conocimientos prácticos resulta esencial para el perfeccionamiento y propagación de la teoría en el campo de la enfermería. La ciencia enfermera tiene mucho que aprender de los profesionales que contrastan sus juicios cualitativos escalonados y que definen y documentan sus observaciones, actitudes, modelos, consignas y cambiantes atribuciones. Mucho tenemos que aprender y estimar en el momento en que las enfermeras en activo desvelen los significados comunes adquiridos genuinamente humanos que integran el arte y la ciencia de la Enfermería.<sup>12</sup>

---

<sup>9</sup> *Ibidem*.p.31

<sup>10</sup> *Ibidem*.p.32

<sup>11</sup> *Ibidem*.p.36

<sup>12</sup> *Ibidem*.p.39-40

## 1.6 DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE EFICIENCIA

### PRIMERA CATEGORÍA: PRINCIPIANTE

Los principiantes no tienen experiencia de las circunstancias en que habrán de desenvolverse. Para facilitarles el acceso a las situaciones clínicas y la adquisición de la experiencia indispensable para aquilatar sus conocimientos y aptitudes, la conducta regida por las reglas, típica del principiante, es en extremo limitada e inflexible.<sup>13</sup>

### SEGUNDA CATEGORÍA: PRINCIPIANTE AVANZADO

Los principiantes avanzados son los que pueden acreditar una ejecución marginalmente aceptable. Se trata de profesionales que han afrontado suficientes situaciones prácticas para observar, que han encarado con suficientes situaciones reales para captar por sí mismas. La principiante avanzada tiene un pozo de experiencias suficientes para identificar los aspectos de una situación.<sup>14</sup>

### TERCERA CATEGORÍA: COMPETENTE

El principiante avanzado alcanza el nivel de competente aprendiendo de las situaciones prácticas reales e imitando lo que hacen los demás. La Enfermera competente puede mostrarse hiperresponsable hacia los pacientes, con más frecuencia que realista y con una visión permanente y una opinión crítica de sí misma. A la enfermera competente le falta presteza y flexibilidad de la enfermera aventajada. El planteamiento consciente y ponderado, característico de esta categoría profesional facilita una labor eficaz y una adecuada organización.<sup>15</sup>

### CUARTA CATEGORÍA: HABILIDOSO

Percibe las situaciones como un todo y no en función de los aspectos concibe una situación como un todo porque entiende su significado en términos de objetivos a largo plazo, el personal habilidoso toma en cuenta un menor número de alternativas y se centra en un área precisa del problema, muestra mayor confianza en sus conocimientos y habilidades.<sup>16</sup>

<sup>13</sup> *Ibidem*.p.49

<sup>14</sup> *Ibidem*.p.49

<sup>15</sup> *Ibidem*.p.53

<sup>16</sup> *Ibidem*.p.54



### QUINTA CATEGORÍA: EXPERTO

El personal experto ya no necesita de un principio analítico, para que la comprensión de la situación se traduzca en una iniciativa idónea.

La enfermera experta capta por vía intuitiva todas las situaciones y se centra en el núcleo correcto del problema, sin perder tiempo en consideraciones sobre diagnósticos o soluciones alternativas.

Cuando el personal experto es capaz de describir situaciones clínicas en las que ha tenido una participación destacable, se manifiesta parte del saber inherente a su labor profesional y el hecho de que salga a relucir su actividad realza y facilita la determinación de la destreza en la función.<sup>17</sup>

## 1.7 ÁREAS O CAMPOS DE ACCIÓN DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA SEGÚN EL ESTUDIO DE PATRICIA BENNER

- ♣ Función de asistencia al enfermo.
- ♣ Función docente y tutelar.
- ♣ Función diagnóstica y de vigilancia al paciente.
- ♣ Gestión eficaz de situaciones que cambian rápidamente.
- ♣ Administración y supervisión de intervenciones y tratamientos terapéuticos.
- ♣ Supervisión y garantía en cuanto a la calidad de la asistencia sanitaria.
- ♣ En el plano organizativo y contexto laboral.

### FUNCIÓN DE ASISTENCIA AL ENFERMO

Esta área requiere saber escuchar y comprender que significa una enfermedad para el paciente, que aspectos interfieren o mediatiza y que supone el restablecimiento. Por lo que la función asistencial se desglosa en **8 competencias:**

- ◆ La realización curativa: creación de un clima que favorezca y consolide un esfuerzo en pro de la curación.

<sup>17</sup> *Ibidem*.p.58

- ◆ Prodigar medidas de alivio y preservar la dignidad del individuo frente al dolor y colapso extremo.
- ◆ Acto de presencia: permanecer junto al paciente.
- ◆ Potenciar al máximo la participación y supervisión del enfermo sobre su proceso de recuperación.
- ◆ Interpretar las clases de dolor y escoger los medios idóneos para cuidar y controlar el sufrimiento.
- ◆ Proporcionar alivio y establecer una comunicación mediante el contacto físico.
- ◆ Facilitar apoyo moral e informativo a la familia del paciente.
- ◆ Guiar al paciente en el curso de las fluctuaciones emocionales y orgánicas: Seguir alternativas, desechar las ya conocidas; en causar, aleccionar y servir de mediador.
- ◆ Proceder como intermediario en el plano psicológico y cultural.
- ◆ Utilizar los objetivos con fines terapéuticos.
- ◆ Esforzarse por crear y mantener una comunicación terapéutica.<sup>18</sup>

## 1.8 CONCEPTOS Y DEFINICIONES PRINCIPALES QUE UTILIZA PATRICIA BENNER

**COMPETENCIA:** la competencia es un “campo definido a través de la interpretación de una actividad cualificada que se identifica y describe según su propósito, sus funciones y significados”. Este término no se relaciona con el nivel competente del modelo Dreyfus.<sup>19</sup>

**DOMINIO:** Área del ejercicio profesional que tiene una serie de competencias con propósitos, funciones y significados similares.<sup>20</sup>

**EXPERIENCIA:** No es tan solo un periodo de tiempo sino un proceso activo de refinamiento y transformación de teorías, nociones e ideas preconcebidas que tienen lugar cuando se confrontan con situaciones reales; implica que existe un diálogo entre lo que se encuentra en la práctica y lo que se espera.<sup>21</sup>

<sup>18</sup> *Ibidem*.p.78

<sup>19</sup> *Op.Cit.* ANN MARRINER T. p.169

<sup>20</sup> *Ibidem*.p.169

<sup>21</sup> *Ibidem*.p.169

**EJERCICIO PROFESIONAL:** Benner entiende el ejercicio profesional de la enfermería como la asistencia y el estudio de las experiencias vividas de salud, dolencia y enfermedad, y las relaciones que existen entre ellas.<sup>22</sup>

**ENFERMERÍA:** es una actividad de asistencia cuya ciencia esta guiada por el arte moral y la ética de la asistencia y por la responsabilidad.<sup>23</sup>

**PERICIA PROFESIONAL:** (Expertise). Sólo es posible cuando el clínico verifica y valora los conocimientos teóricos y prácticos en situaciones clínicas reales. La pericia se forma mediante un proceso de comparación de situaciones clínicas similares y distintas entre sí, de modo que un experto tiene profundo conocimiento general de las situaciones clínicas basado en múltiples casos-tipo anteriores. La pericia es una amalgama de saberes teóricos y prácticos.<sup>24</sup>

## 1.9 LA PRACTICA DE ENFERMERÍA PROFESIONAL

La necesidad de un lenguaje normalizado para describir la práctica de enfermería es cada vez más importante. Cada vez más personas reconocen el valor de los cuidados de enfermería, lo cual trae consigo la inquietud de que no se han desarrollado bases de datos normalizados que aporten información continua acerca de las contribuciones de la enfermería. Poco a poco se genera consenso de que se requieren clasificaciones en enfermería, para los diagnósticos, intervenciones y resultados.<sup>25</sup>

Desde hace mucho se han considerado que el proceso de enfermería es el fundamento de la práctica de la profesión. Este precepto consiste en cinco acciones secuenciales: observación y recopilación de datos, diagnóstico de enfermería, planeación de intervenciones y evaluación de los resultados. La importancia que se le concede a cada una de estas acciones ha cambiado con el tiempo, al igual que la profesión.<sup>26</sup>

Hoy las enfermeras se han dado cuenta que los diagnósticos de enfermería no bastan. Actualmente, se concede prioridad a las intervenciones de enfermería como siguiente paso lógico del desarrollo del proceso de enfermería.<sup>27</sup>

---

<sup>22</sup> *Ibidem*.p.169

<sup>23</sup> *Ibidem*.p.169

<sup>24</sup> Op.Cit. PATRICIA BENNER, p.322

<sup>25</sup> GLORIA M. BULECHEK.CLINICAS DE ENFERMERÍA DE NORTEAMERICA.p.301

<sup>26</sup> *Ibidem*.p.313

<sup>27</sup> *Ibidem*.p.313

## 1.10 PERFILES DE LAS ENFERMERAS EXPERTAS

### 1.10.1 En cuidados respiratorios. (Neumologas)

Los conocimientos e intervenciones de enfermería en cuidados respiratorios han evolucionado similar a los de la enfermería considerada como entidad. Los cuidados de enfermería respiratorios han pasado del acatamiento del modelo médico de cuidados a la era actual de diagnósticos de enfermería independientes.

La práctica actual de los cuidados de enfermería de pacientes con problemas respiratorios corresponde a los diagnósticos de enfermería aceptados y al enfoque de solución de problemas orientada a los resultados. Las obras de referencia disponibles ayudan a la enfermera en la prestación de cuidados de calidad al paciente a partir de intervenciones de enfermería basadas en la teoría.<sup>28</sup>

Las intervenciones de enfermería constituyen el enlace entre los diagnósticos de enfermería y los resultados terapéuticos.

#### Nombre de 11 Intervenciones respiratorias con definiciones

Intervención	Definición
Sostén respiratorio	Sostén continuo de las vías respiratorias mediante aspiración, cambios de posiciones y oxigenoterapia.
Auscultación	Valoración del estado de los ruidos pulmonares y el esfuerzo necesario para la aspiración.
Oxigenoterapia	Aporte de oxígeno mediante dispositivos artificiales y la vigilancia del efecto de éstos en el paciente
Terapia pulmonar	Valoración y cuidados de todo el aparato respiratorio.
Fomentar la expectoración	Facilitación de la eliminación o expectoración de secreciones de vías respiratorias, para conservar el intercambio gaseoso adecuado.
Cuidados respiratorios	Atención completa del aparato respiratorio, que incluye el tratamiento y vigilancia
Reanimación	Administración de medidas de urgencia para sostener la vida
Aspiración	Extracción de secreciones del aparato respiratorio con un dispositivo que produce presión negativa.
Cuidados de traqueostomía	Mantenimiento y limpieza higiénica del tubo artificial insertado en la tráquea.
Cuidados de sondas y tubos	Los correspondientes a un dispositivo de drenaje externo que sale del cuerpo proveniente de alguna parte del aparato respiratorio
Ventilación	Medidas coadyuvantes para fomentar el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones, con frecuencia por medios artificiales

<sup>28</sup> *Ibidem*.p.314

### **Actividades específicas del sostén respiratorio**

#### **Descripción de actividades**

##### **Actividades decisivas (mayores)**

- Aspirar según sea necesario con asepsia para sostén respiratorio
- Identificar pacientes con necesidad real o potencial de intubación
- Colocar al paciente para maximizar la función respiratoria
- Valorar la permeabilidad respiratoria
- Ayudar a la intubación
- Auscultar para la valoración de la expansión pulmonar similar
- Fomentar la tos y respiración profunda
- Valorar la oxigenación
- Observar en busca de signos de ansiedad por bloqueo de vías respiratorias o hipoxia
- Usar las maniobras de inclinación de la cabeza o tracción mandibular para conservar la permeabilidad respiratoria
- Lavar con solución salina durante la aspiración
- Recolocar la sonda endotraqueal, según se requiera, para maximizar la ventilación
- Hiperventilar al paciente antes de la aspiración
- Inclinar la cabeza del paciente con aspiración bucofaringea si hay vómito, para prevenir la aspiración; sondas nasogástricas o bucofaringeas en la medida necesaria
- Valorar las causas de hipoxemia
- Vigilar la medición de gases sanguíneos arteriales
- Si esta colocada la sonda endotraqueal, instalar una vía aérea bucofaringea o protector bucal para prevenir mordeduras de la sonda endotraqueal, según se requiera
- Elevar la cabeza de la cama 30-45°
- Evaluar la causa de hipoventilación
- Vigilar las presiones máximas de ventilación y ventilar a la persona de boca a bolsa de estoma, cuando hay traqueostomía

##### **Actividades de apoyo (menores)**

- Oxigenoterapia
- Colocar al paciente en ángulo de 30-45° con la alimentación parenteral
- Enseñar la importancia de la respiración profunda y lenta, giros y tos
- Emprender la fisioterapia torácica y drenaje postural, según esté indicado
- Insertar vías aéreas bucales
- Limpia de secreciones nasales
- Ayudar en la espirometría de incentivo cada dos horas, según se requiera
- Vigilar la oxigenación, con oximetría de pulsos
- Vigilar los informes de radiografías torácicas
- Administrar medicamentos para facilitar la ventilación
- Explicar al paciente por qué no puede hablar cuando tiene colocada una vía aérea
- Insuflar el manguito del tubo de la vía aérea
- Si se utiliza cinta adhesiva, alternar el sitio de su aplicación
- Administrar oxígeno humectado
- Cambiar las sondas cada vez que se aspire una la vía aérea
- Vigilar las concentraciones de teofilina, así como los signos y síntomas de su intoxicación
- Conservar la posición vertical del tronco, con la cabeza y cuello (un poco hacia delante), durante la alimentación
- En pacientes con quemaduras de la cara y no intubados, evaluar en busca de ronquera y cambio de la voz cada hora como signos de edema creciente de vías respiratorias
- Administrar cuidados en el área bucal cada dos horas, en pacientes con vía aérea colocada
- Auxiliar en la broncoscopia fibróptica
- Proteger la traqueostomía contra el agua
- Verificar la presión del manguito con un manómetro o la técnica de "fuga mínima"
- Hiperventilar los pulmones cada dos horas, en la medida necesaria
- Aspirar la nasofaringe con una perilla de caucho o un aspirador especial
- Vigilar el CO<sub>2</sub> con capnómetro
- Colocar una mascarilla de reinhalación

### Actividades específicas de la Auscultación

#### Descripción de actividades

##### Actividades decisivas (mayores)

Auscultar los ruidos respiratorios y tomar nota de las áreas de disminución o ausencia de ventilación y de presencia de ruidos adventicios

Auscultar los ruidos pulmonares después del tratamiento respiratorio para evaluar los resultados de éste

Supervisar la colocación de las sondas nasogástrica o bucogástrica mediante instalación de aire

Valorar la expansión pulmonar bilateral

Valorar con frecuencia el estado respiratorio; tomar nota de la taquipnea y aumento del esfuerzo o cambios en las respiraciones

Vigilar la frecuencia, profundidad y esfuerzos respiratorios o los cambios en las respiraciones

Auscultar los ruidos intestinales en busca del íleo paralítico

##### Actividades de apoyo (menores)

Percebir la presencia o ausencia de crepitaciones, indicativas de aire subcutáneo en pacientes con drenes torácicos

Auscultar los ruidos cardíacos

### Actividades específicas de la Oxigenoterapia

#### Descripción de actividades

##### Actividades decisivas (mayores)

Administración de Oxígeno

Comprobar que se coloque debidamente la cánula o mascarilla de oxígeno cuando se interrumpe la oxigenoterapia

Administrar oxígeno complementario, según órdenes

Administrar oxígeno durante el transporte del paciente

Valorar la oxigenación

Comprobar que el paciente deje activado el dispositivo de oxigenación; restricción física de las manos si es necesaria

Comprobar la posición correcta del dispositivo de oxigenación

Vigilar el flujo de oxígeno y tiempo dedicado al ajuste, y vigilancia de la velocidad de flujo después del arranque

Vigilar los gases sanguíneos arteriales

Valorar el estado respiratorio

Administrar oxígeno humectado y calentado

Valorar que el equipo de oxigenoterapia no obstaculice los intentos de respiración del paciente

Cambiar el dispositivo de oxigenación, de mascarilla a cánulas nasales, durante la ingestión de alimentos, según tolerancia

Vigilar la SaO<sub>2</sub> y CO<sub>2</sub> con el oxímetro y capnómetro

Si se utiliza mascarilla en la oxigenoterapia, valorar la necesidad de ésta última

Valorar la ansiedad del paciente en lo relativo a la sensación de falta de aire

Valorar la ventilación

Aspirar en la medida necesaria para extraer secreciones

Valorar el cansancio del paciente en relación con los intentos de respiración

Observar en busca de signos de hipoventilación inducida por el oxígeno complementario

Valorar en busca de signos de atelectasia por absorción y oxígeno

Valorar la ansiedad del paciente en cuanto a la necesidad de oxigenoterapia

##### Actividades de apoyo (menores)

Colocar en una posición que permita el desplazamiento de líquidos y ayudar en el alivio de la disnea (p.ej., posición de Fowler incompleta)

Desalentar el tabaquismo

Observar el color, calor, hinchazón, pulsos, textura de la piel, edema y ulceraciones de extremidades inferiores

Valorar la capacidad del paciente para desconectar el equipo de oxigenación durante los periodos de alimentación y respuesta respiratoria

Utilizar las maniobras de inclinación de la cabeza o tracción mandibular para conservar la permeabilidad respiratoria

Cambiar la sonda cada vez que se aspiren las vías respiratorias

Limpia las secreciones nasales

Comprobar el calibre de la sonda bucotraqueal sea apropiado para el atrapamiento del aire

Acoplar el equipo de oxigenación

Extraer muestras de sangre para el análisis de gases sanguíneos arteriales

Administrar aire vaporizador

Orientar a los pacientes con hipoxemia crónica en el sentido de que obtengan la prescripción de oxígeno complementario de su médico antes de viajes en aeronaves o a sitios ubicados a grandes altitudes

### **Actividades específicas de la Terapia Pulmonar**

#### **Descripción de las actividades**

##### **Actividades decisivas (mayores)**

- Auscultar los ruidos respiratorios y tomar nota de áreas de hipoventilación y de ruidos adventidos
- Alentar la respiración profunda y la tos intencionada
- Emprender cambios de posición frecuentes
- Vigilar la saturación de oxígeno
- Instruir al paciente y a sus allegados sobre el uso e importancia del espirómetro de incentivo
- Emprender la percusión torácica en la medida necesaria
- Administrar medicamentos, como la teofilina, sustancias inhaladas, analgésicos, sedantes, paralizantes y diuréticos
- Fomentar la expectoración traqueobronqueal
- Valorar los gases sanguíneos arteriales, ventilación y oxigenación
- Instruir al paciente sobre la espirometría de incentivo, y ayudarlo en la medida necesaria
- Aspiración nasotraqueal, en la medida necesaria, para ayudar al paciente en la tos y expectoración de secreciones
- Disponer de cama cinética rotatoria
- Percusión torácica y drenaje postural
- Emprender la fisioterapia torácica, si se requiere
- Transferir a la silla si hay estabilidad del paciente
- Ayudar en los estudios diagnósticos pulmonares, como broncoscopia, gammagrafía de ventilación-perfusión, radiografías y pruebas de función pulmonar

##### **Actividades de apoyo (menores)**

- Fomentar la ambulación
- Conservar el aislamiento respiratorio, según se requiera
- Valorar las características del esputo y emprender la tinción con el método de Gram y cultivo

### **Actividades específicas para fomentar la expectoración**

#### **Descripción de actividades**

##### **Actividades decisivas (mayores)**

- Aspirar las vías respiratorias
- Eliminar secreciones traqueobronquiales
- Girar y cambiar de posición al paciente cada 1-2 h
- Emprender la fisioterapia torácica
- Hiperventilar con oxígeno puro antes de la expectoración traqueobronqueal
- Ventilar al paciente
- Hiperinsuflar los pulmones (manualmente o mediante ajuste del ventilador)
- Administrar oxígeno humectado y calentado
- Drenaje postural

##### **Actividades de apoyo (menores)**

- Disponer de cama cinética

## Actividades específicas de los cuidados respiratorios

### Descripción de actividades

#### **Actividades decisivas (mayores)**

- Conservar permeables las vías respiratorias
- Extraer secreciones mediante tos o aspiración
- Vigilar los signos vitales, en especial respiraciones
- Valorar la frecuencia y esfuerzo respiratorios, en especial el uso de los músculos auxiliares de la respiración
- Alentar la tos intencionada
- Tomar nota de la frecuencia y esfuerzo respiratorios, color de la piel, frecuencia cardíaca, reflejo de la tos y signos de dificultad respiratoria
- Valorar el estado respiratorio y advertir los signos de dificultad respiratoria (Disnea, aleteo nasal, gruñidos, retracciones, sibilancias y crepitaciones de tonalidades aguda o grave)
- Valorar la oxigenación
- Alentar la respiración profunda y tos
- Auscultar los ruidos respiratorios y tomar nota de áreas de disminución o ausencia de la ventilación y de presencia de ruidos adventicios
- Instar al paciente para que respire profundamente
- Elevar la cabecera de la cama
- Emprender medidas para mejorar el estado respiratorio y continuar la oxigenoterapia, según ordenes
- Valorar causas de la hipoxemia
- Valorar el grado de afección por falta de aire
- Valorar causas de hipoventilación
- Colocar al enfermo en una posición que permita el desplazamiento de líquidos y ayude al alivio de la disnea (p.ej., incompleta de Fowler)
- Emprender el drenaje postural y percusión
- Vigilar la respuesta de la oxigenación a los cuidados personales. En caso de deterioro, practicar cuidados físicos, incluida la asistencia completa en los cambios de posición y transferencia, así como ejercicios pasivos de arcos de movimiento
- Aliviar o minimizar el temor, ansiedad o ambos, que pueden aumentar el consumo de oxígeno
- Vigilar en forma de burbujas en el sello hidráulico del sistema de drenaje del tubo torácico
- Advertir factores desencadenantes
- Proporcionar periodos de reposo
- Colocar al enfermo para facilitar la correspondencia de ventilación-perfusión
- Consultar al médico en lo relativo al oxígeno complementario durante actividades, sueño o ambos. Si esta ordenado, seleccionar dispositivos que faciliten al paciente la realización de actividades cotidianas y enseñar lo correspondiente al enfermo
- Ventilar al paciente de boca a estoma y de bolsa a estoma cuando haya laringectomía y traqueostomía, respectivamente
- Valorar la limitación de actividades
- Realizar respiración nasal
- Fomentar actividades que faciliten el reposo
- Planear actividades que no compitan con el aporte de oxígeno para funciones vitales, por ejemplo, evitarlas inmediatamente después de los alimentos
- Ayudar en la toracentesis

#### **Actividades de apoyo (menores)**

- Administrar oxígeno humectado
- Desalentar el tabaquismo
- Medir los gases sanguíneos arteriales
- Emprender medidas que mejoren el estado respiratorio, por ejemplo, colocar la mesa de sobrecama de manera que el paciente pueda reclinarse sobre ella si lo desea
- Adiestrar al paciente para el tratamiento en cama cinética
- Si la ventilación mecánica se prescribe a largo plazo, valorar su administración en el hogar por el enfermo o sus allegados
- Instruir al paciente sobre el uso correcto de los inhaladores de dosis medida
- Informar a la trabajadora social sobre la necesidad de ayuda en la planeación de alta hospitalaria de pacientes que requieren ventilación crónica
- Instruir al paciente y a sus allegados sobre las técnicas de cuidados personales que minimizan el consumo de oxígeno, por ejemplo, la vigilancia de sí mismo y establecimiento de un ritmo adecuado en las actividades de la vida cotidiana
- Verificar el ventilador, tubos y conexiones
- Instruir al paciente sobre el uso de la respiración con labios fruncidos, en la medida necesaria
- Enseñar al enfermo cómo realizar la mayor parte del "trabajo muscular" durante la exhalación
- Administrar el tratamiento en aerosol
- Emprender medidas que mejoren el estado respiratorio
- Instruir al paciente para que evite líquidos y alimentos productores de gases, así como comidas abundantes, para prevenir



la distensión gástrica y presión adicional en el diafragma  
Aspirar la nasofaringe con una perilla de caucho

### Actividades específicas de la reanimación

Descripción de actividades

#### Actividades decisivas (mayores)

Llamar a la central y obtener la ayuda necesaria  
Emprender la reanimación cardiopulmonar colocar un catéter IV y administrar medicamentos según órdenes  
Conectar la persona al monitor del ECG  
Obtener ayuda de un médico  
Ayudar en la inserción de la sonda endotraqueal  
Emprender la ventilación manual  
Tener a la mano equipos, medicamentos o ambos, que sean necesarios  
Aplicar el monitor cardíaco y de apnea  
Vigilar el nivel de conciencia y las funciones motora y sensorial  
Encargarse de situaciones de urgencia  
Aplicar las maniobras de inclinación de cabeza o tracción mandibular para conservar la permeabilidad respiratoria  
Conservar la calma  
Ayudar en la obtención de radiografías torácicas después de la intubación  
Vigilar que el equipo electrónico funcione debidamente  
Obtener el electrocardiograma  
Hacer los arreglos para el transporte en condiciones de seguridad

#### Actividades de apoyo (menores)

Valorar cambios de color torácico  
No reanimar  
Llamar para apartar una cama y ventilador en la unidad de cuidados intensivos

### Actividades específicas de la respiración

Descripción de actividades

#### Actividades decisivas (mayores)

Aspirar las vías respiratorias  
Administrar oxígeno según ordenes  
Hiperinsuflar e hiperoxigenar antes de la aspiración  
Extraer secreciones mediante la tos o aspiración  
Auscultar los ruidos respiratorios antes y después de la aspiración  
Complementar la aspiración con solución salina normal a través de la sonda endotraqueal  
Aspirar la boca después de hacerlo en la sonda endotraqueal o traqueostomía  
Valorar cambios de los ruidos respiratorios después o antes de la aspiración  
Preparar al paciente para la oxigenoterapia de flujo alto durante los procedimientos  
Fomentar la expectoración traqueobronquial  
Colocar el equipo de aspiración a la cabecera del paciente  
Proporcionar acceso al equipo o tenerlo en un sitio aceptable  
Valorar la temperatura corporal, obtener muestras para cultivos y antibiogramas, o ambos  
Cambiar la sonda cada vez que se aspiren las vías respiratorias  
Aspiración nasal

#### Actividades de apoyo (menores)

Proporcionar privacidad durante la aspiración  
Verificar la presión del manguito del tubo de traqueostomía

### Actividades específicas de los cuidados de traqueostomía

#### Descripción de actividades

##### Actividades decisivas (mayores)

- Limpia alrededor del estoma, rehacer los nudos de la traqueostomía, colocar los apósitos de ésta y cambiar la cánula o tubo de traqueostomía, cuando se requiera
- Comprobar que el tubo de traqueostomía esta firme en la posición correcta
- Realizar los cuidados de la traqueostomía con las cánulas disponibles; limpiar el equipo y el área
- Valorar el estado del estoma o la incisión de traqueostomía
- Colocar el obturador al alcance en todo momento
- Comprobar que el manguito esté insuflado debidamente para la alimentación
- En los tratamientos a largo plazo, limpiar la cánula de metal con cepillo, peróxido de hidrógeno y enjuague de solución salina normal
- Ventilar a la persona de boca o bolsa a estoma cuando hay laringectomía o traqueostomía, respectivamente
- Comprobar que se utilicen apósitos no filamentosos alrededor de la traqueostomía

##### Actividades de apoyo (menores)

- Medir las presiones del manguito con el manómetro o la técnica de "fuga mínima"
- Proteger la traqueostomía contra el agua
- Insuflar el manguito del tubo aéreo

### Actividades específicas de los cuidados de sondas y tubos

#### Descripción de actividades

##### Actividades decisivas (mayores)

- Usar gasa vaselinada para el cambio de apósitos
- Buscar fugas de aire
- Comprobar que el frasco del tubo torácico o equipo (Pleurovac) se conserve en posición vertical
- Comprobar que todas las conexiones de tubos estén debidamente conectadas y fijadas con cinta
- Comprobar el libre tránsito por el catéter al valorar la dificultad en el drenaje
- Vigilar los cambios ventilatorios/salida del tubo torácico y fugas de aire
- Vigilar en forma de burbujas en la cámara de aspiración del sistema de drenaje del tubo torácico con los cambios ventilatorios en la cámara de sello hidráulico
- Mantener el recipiente del drenaje en el nivel inferior al del tórax
- Cambiar el frasco o el equipo correspondiente en la medida necesaria
- Valorar en busca de crepitaciones alrededor del sitio del tubo torácico
- Observar el volumen, tono, color y consistencia del drenaje pulmonar y registrarlos debidamente
- Fijar con firmeza el tubo
- Vigilar en busca de manifestaciones de neumotórax
- Observar en busca de signos de infección
- Comprobar que el tubo tiene longitud suficiente para la libertad de movimientos
- Cambiar los apósitos alrededor del tubo torácico cada 48-72 h, y según se requiera
- Vigilar la posición del tubo en los informes radiográficos
- Observar en busca de signos de acumulación en el campo intrapleural
- Ayudar al paciente en la tos, respiración profunda y cambios de posición cada dos horas
- Limpia alrededor del sitio de inserción del tubo

##### Actividades de apoyo (menores)

- Valorar la permeabilidad de los tubos torácicos al desprenderlos y "exprimirlos"

### **Actividades específicas de la ventilación**

#### **Descripción de actividades**

##### **Actividades decisivas (mayores)**

- Ventilar al paciente
- Responder a las alarmas del ventilador
- Si persiste la hipoxemia, consultar al médico sobre la posible ventilación mecánica
- Valorar la eficacia de la ventilación mecánica
- Fijar la sonda endotraqueal
- Vigilar en busca de signos de "lucha" del paciente contra el ventilador
- Vigilar los valores de presión ventilatoria y ruidos respiratorios en cuanto a presencia y calidad
- Conservar permeables las vías respiratorias
- Aspirar el aparato respiratorio
- Instar al enfermo para que respire profundamente
- Extraer secreciones mediante tos o aspiración
- Vigilar y notificar el progreso del paciente con los valores actuales del ventilador
- Ventilar a la persona de boca o bolsa a estoma si hay laringectomía o traqueostomía, respectivamente
- Vigilar y notificar cambios importantes en los resultados de la oximetría y capnografía
- Emprender medidas para mejorar el intercambio gaseoso, como los cambios de posición frecuentes
- Administrar oxígeno
- Alentar la tos y respiración profunda
- Vigilar los valores de gases sanguíneos arteriales
- Comprobar que la alarma del ventilador esté en posición de activada (on) cuando el paciente se queda solo
- Instruir al paciente acerca del ventilador e informarle que puede respirar profundamente por su propia cuenta; cuando va a interrumpirse el uso del ventilador, indicarle que respire lenta y profundamente
- Desactivar la alarma del ventilador durante la aspiración para disminuir la frecuencia de "falsas alarmas"
- Verificar con regularidad la posición de la sonda nasogástrica para prevenir la broncoaspiración
- Colocar al paciente de modo que todos los lóbulos pulmonares reciban ventilación y sangre suficientes
- Vigilar los informes de radiografías torácicas
- Emprender medidas para mejorar el estado respiratorio: colocar al enfermo en la posición de Fowler incompleta y poner la mesa de sobre cama de manera que el paciente pueda inclinar su tronco sobre ella, si lo desea

##### **Actividades de apoyo (menores)**

- Verificar con regularidad todas las conexiones del ventilador
- Si el tratamiento se prolongará (más de una noche), comprobar la humectación al 100% y calentamiento de los gases inspirados
- Conservar la temperatura corporal del paciente en valores normales y evitar sus extremos, en particular los escalofríos
- Colocar el dispositivo de llama da a enfermeras al alcance del enfermo
- Comprobar la humectación al 100% y calentamiento de los gases inspirados
- Interrumpir la alimentación por sonda nasogástrica durante la aspiración y fisioterapia torácica
- Proveer cuidados de enfermería personalizados para pacientes tratados con Pavulon
- Si la ventilación mecánica se prolonga, valorar su administración en el hogar por el propio paciente o sus allegados

## **1.10.2 En cuidados del aparato circulatorio (Intensivistas)**

Las enfermeras especializadas en esta área intervienen ante problemas fisiológicos reales o potenciales y pueden brindar diversos tratamientos

El interés en la circulación comenzó en 1628, cuando William Harvey la descubrió y propuso. La literatura de enfermería sobre el tema es abundante y sustenta la función del proceso de enfermería en la atención al paciente

La atención que se brinde a las intervenciones de enfermería en esta área es importante a causa del alto número de pacientes con trastornos circulatorios

## Nombre de 21 intervenciones relacionadas con cuidados circulatorios

Intervención	Definición
Precauciones hemostáticas	Disminución del riesgo de pérdida hemática en pacientes con coagulación insuficiente
Hemostasia	Limitación de la pérdida de sangre durante un episodio de hemorragia activa
Hemostasia gastrointestinal	Limitación del volumen de sangre perdidos de las porciones superior e inferior del aparato digestivo
Hemostasia nasal	Limitación del volumen de sangre perdido de las fosas nasales
Hemostasia de heridas	Limitación de la pérdida de sangre de heridas resultantes de traumatismos, incisiones, heridas o lesiones iatrógenas por colocación de sondas y catéteres
Cuidados cardiacos	Limitación de complicaciones resultantes de desequilibrio entre el consumo y aporte miocárdicos de oxígeno en pacientes con síntomas de disfunción cardíaca
Cuidados cardiacos agudos	Limitación de complicaciones en pacientes que sufren en los 3-5 días previos un desequilibrio entre el consumo y aporte miocárdicos de oxígeno, con disfunción cardíaca como consecuencia
Rehabilitación en cuidados cardiacos	Fomento de la actividad funcional máxima en pacientes que han sufrido un episodio de disfunción cardíaca, a causa de desequilibrio entre el consumo y aporte miocárdicos de oxígeno
Precauciones cardiacas	Prevención de episodios agudos de disfunción cardíaca al minimizar el consumo miocárdico de oxígeno o al aumentar el aporte de este gas al miocardio
Cuidados circulatorios	Fomento de la circulación arterial y venosa en pacientes con disminución del flujo sanguíneo en la circulación general
Precauciones circulatorias	Protección de un área limitada con flujo sanguíneo deficiente
Cuidados de embolia periférica	Limitación de complicaciones en pacientes con oclusión en la circulación periférica o en riesgo de sufrirla
Cuidados de embolia pulmonar	Limitación de complicaciones en pacientes con oclusión de la circulación pulmonar o en riesgo de padecerla
Precauciones de embolia	Disminución del riesgo de embolia en pacientes con trombos o en riesgo de la formación de éstos
Vigilancia hemodinámica	Medición precisa y segura del volumen sistólico y estado hemodinámico de un paciente
Regulación hemodinámica	Optimar la frecuencia cardíaca, precarga, poscarga y contractilidad cardíaca
Control de hemorragia	Reducción o eliminación de la pérdida hemática rápida y excesiva
Tratamiento de choque	Facilitación para el aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos y excreción de los productos de desechos celulares en pacientes con alteraciones graves del flujo sanguíneo a los tejidos mismos
Tratamiento de choque cardiogénico	Fomento del flujo sanguíneo adecuado a los tejidos en pacientes con insuficiencia de bombeo cardíaco
Tratamiento de choque vasógeno	Fomento del flujo sanguíneo adecuado a los tejidos en pacientes con disminución del tono vascular
Tratamiento de choque volumétrico	Fomento del flujo sanguíneo adecuado a los tejidos en pacientes con disminución de la volemia intravascular

### Actividades específicas en la precaución hemostática

#### Descripción de actividades

##### Actividades decisivas (mayores)

- Vigilar estrechamente al paciente en busca de hemorragias
- Proteger al paciente contra traumatismos que puedan causar hemorragia
- Instruir al paciente o sus familiares sobre los signos de hemorragia y las acciones correctas ante tales signos (p.ej., notificar a la enfermera)
- Indicar al paciente que no tome ácido acetilsalicílico ni otros anticoagulantes
- Buscar signos y síntomas de hemorragia (p.ej., inspeccionar todas las secreciones en busca de sangre franca u oculta)
- Vigilar los resultados de estudios de coagulación, incluido los tiempos de protrombina y parcial de tromboplastina, así como los valores de fibrinógeno, productos de la degradación de la fibrina y recuentos plaquetarios, según sea apropiado
- Evitar inyecciones (por vías IV, intramuscular o subcutánea) en la medida apropiada
- Usar una máquina de afeitar eléctrica en vez de rastrillo
- Evaluar la hemoglobina y el hematócrito antes y después de hemorragias
- Administrar productos sanguíneos (p.ej., plaquetas, plasma fresco congelado, etc.), según sea adecuado
- Usar un cepillo de dientes de cerdas blandas en los cuidados de la cavidad bucal
- Vigilar la presión sanguínea
- Continuar el reposo en cama durante la hemorragia activa
- Coordinar el momento de procedimientos con penetración corporal y las transfusiones de plaquetas o plasma fresco congelado, si es adecuado
- Administrar medicamentos (p.ej., antiácidos), en la medida apropiada

##### Actividades de apoyo (menores)

- Vigilar los signos vitales ortostáticos, incluida la presión sanguínea
- Evitar la medición rectal de la temperatura
- No introducir objetos en un orificio hemorrágico
- Indicar a pacientes ambulatorios que utilicen zapatos

### Actividades específicas en la reducción de hemorragias

#### Descripción de actividades

##### Actividades decisivas (mayores)

- Analizar el volumen y naturaleza de la pérdida hemática
- Administrar productos sanguíneos (p.ej., plaquetas, plasma fresco congelado, etc.) en la medida apropiada
- Vigilar las tendencias de la presión sanguínea y parámetros hemodinámicos, si se tienen (p.ej., presión venosa central o presión en cuña de los capilares o arteriales pulmonares)
- Mantener permeable el acceso venoso
- Vigilar los estudios de la coagulación, incluidos los tiempos de protrombina, parcial de tromboplastina, fibrinógeno, productos de la degradación de la fibrina y recuento plaquetario, en la medida apropiada
- Vigilar estrechamente al paciente en busca de hemorragia
- Instruir al paciente o sus familiares sobre los signos de hemorragia y las medidas adecuadas (p.ej., notificar a la enfermera) si éstos se presentan
- Emprender las medidas de precaución debidas en el manejo de productos sanguíneos o secreciones sanguinolentas
- Identificar las causas de la hemorragia
- Informar al paciente y sus familiares sobre la gravedad de la hemorragia y las intervenciones correctas que se realizan
- Vigilar el estado de hidratación, incluido el ingreso y egreso, en la medida apropiada
- Obtener productos sanguíneos para transfusión, si es necesario
- Vigilar el hematocrito y hemoglobina, antes y después de la pérdida hemática
- Vigilar los factores determinantes del aporte de oxígeno a los tejidos (p.ej., Pao<sub>2</sub>, Sao<sub>2</sub>, hemoglobina y gasto cardíaco), si es posible
- Informar al paciente sobre la restricción de actividades, según sea apropiado

### **Actividades específicas en la hemostasia: Gastrointestinal**

#### **Descripción de actividades**

##### **Actividades decisivas (mayores)**

- Informar al paciente o sus familiares que eviten el consumo de antiinflamatorios (p.ej., ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, etc.)
- Administrar medicamentos (p.ej., lactulosa, vasopresina, etc.), en la medida apropiada
- Registrar el color, volumen y otras características de las heces
- Evitar los extremos de pH gástrico mediante administración de los medicamentos correctos (p.ej., antiácidos, antagonistas H<sub>2</sub>, etc.)
- Buscar signos y síntomas de hemorragias (p.ej., inspeccionar todas las secreciones para identificar sangre fresca u oculta)
- Emprender el lavado nasogástrico, en la medida apropiada
- Realizar la prueba Hematest en todas las secreciones y observar si hay sangre en vómito, esputo, heces. Orina y líquidos de drenaje nasogástrico y de heridas
- Vigilar periódicamente los datos de los estudios de la coagulación, incluidos los tiempos de protombina y parcial de protombina, fibrinógeno, productos de degradación de la fibrina y recuento plaquetario, en la medida apropiada
- Administrar líquidos por vía IV, según se requiera
- Informar al paciente y sus familiares sobre procedimientos (p.ej., endoscopia, escleroterapia, operaciones, etc.) según sea apropiado
- Conservar la presión de la sonda nasogástrica con balón en el manguito
- Vigilar periódicamente los datos de los estudios de la coagulación y biometría hemática completa con recuento diferencial de leucocitos
- Evitar la administración de anticoagulantes
- Establecer una relación de apoyo con el paciente y sus familiares
- Fomentar la reducción de estrés

##### **Actividades de apoyo (menores)**

- Introducir la sonda nasogástrica para aspirar y estudiar las secreciones, en la medida apropiada
- Vigilar los factores determinantes del aporte de oxígeno a los tejidos (p.ej., PaO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub>, hemoglobina y gasto cardíaco), si se tienen
- Informar al paciente y sus familiares sobre la restricción de actividades y el progreso de éstas
- Evaluar la reacción psicológica del paciente a la hemorragia y su percepción a los acontecimientos
- Conservar permeable la vía aérea
- Coordinar la orientación al paciente y sus familiares (p.ej., mediante un clérigo, Alcohólicos Anónimos, etc.), en la medida apropiada
- Valorar el estado nutricional del paciente

### **Actividades específicas en la hemostasia: Nasal**

#### **Descripción de actividades**

##### **Actividades decisivas (mayores)**

- Analizar el volumen y naturaleza de la pérdida hemática
- Aplicar presión manual sobre el sitio hemorrágico real o potencial
- Instruir al paciente y sus familiares sobre los signos de hemorragia y las acciones correctas (p.ej., notificar a la enfermera), si ocurre el sangrado
- Aplicar compresas de hielo al área afectada
- Informar al paciente sobre la restricción de actividades, si es apropiado
- Vigilar el volumen de hemorragia en la bucofaringe
- Registrar la hemoglobina y hematócrito antes y después de la hemorragia
- Conservar permeables las vías aéreas
- Administrar los productos sanguíneos (p.ej., plaquetas, plasma fresco congelado, etc.) en la medida apropiada

##### **Actividades de apoyo (menores)**

- Identificar la causa de la hemorragia
- Colocar tapones en las fosas nasales, si es apropiado
- Emprender medidas analgésicas y de comodidad
- Fomentar la reducción del estrés

### **Actividades específicas en la hemostasia: Heridas**

#### **Descripción de actividades**

##### **Actividades decisivas (mayores)**

- Aplicar un apósito de compresión en el sitio hemorrágico
- Reemplazar o reforzar el apósito de compresión, en la medida apropiada
- Aplicar compresión manual sobre el área hemorrágica potencial o real
- Estudiar el tamaño y características del hematoma, si lo hay
- Colocar la extremidad hemorrágica en posición alta
- Instruir al paciente sobre la restricción de actividades, si es apropiado
- Informar al paciente y sus familiares sobre los signos de hemorragia y las acciones correctas (p.ej., notificar a la enfermera), si ocurre el sangrado
- Utilizar un dispositivo mecánico (p.ej., una pinza tipo C) para aplicar presión durante periodos más prolongados, si es apropiado

##### **Actividades de apoyo (menores)**

- Aplicar una compresa de hielo al área afectada

### **Actividades específicas en cuidados cardiacos**

#### **Descripción de actividades**

##### **Actividades decisivas (mayores)**

- Evaluar el dolor torácico (p.ej., intensidad, localización, irradiación, duración y factores desencadenantes y de alivio)
- Valorar de manera completa la circulación periférica (p.ej., pulsos periféricos, edema, llenado capilar, así como color y temperatura de la extremidad)
- Vigilar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea
- Vigilar el funcionamiento del marcapaso artificial, si es apropiado
- Informar al paciente sobre la importancia de notificar de inmediato el dolor torácico
- Vigilar si hay arritmias cardiacas, incluidas las anomalías del ritmo y la conducción
- Tomar nota de signos y síntomas de disminución del gasto cardiaco
- Vigilar con frecuencia los signos vitales
- Vigilar la tolerancia del paciente a la actividad
- Vigilar el estado cardiovascular
- Reconocer las anomalías de la presión sanguínea
- Administrar tratamientos antiarrítmicos según protocolos del pabellón (p.ej., medicamentos antiarrítmicos, cardioversión o desfibrilación) en la medida apropiada
- Programar periodos de ejercicio y reposo para prevenir la fatiga
- Evaluar la respuesta del paciente a las extrasístoles o arritmias
- Registrar las arritmias cardiacas
- Vigilar la respuesta del paciente a los medicamentos antiarrítmicos
- Informar al paciente y sus familiares sobre la restricción y progreso de actividades
- Fomentar la reducción de estrés
- Crear una relación de confianza con el paciente y sus familiares
- Reconocer los efectos psicológicos del padecimiento

##### **Actividades de apoyo (menores)**

- Brindar apoyo espiritual al paciente y sus familiares (p.ej., al ponerse en contacto con un clérigo)

### Actividades específicas en cuidados cardiacos agudos

#### Descripción de actividades

##### **Actividades decisivas (mayores)**

- Valorar el dolor torácico (p.ej., intensidad, localización, irradiación, duración y factores desencadenantes y de alivio)
- Vigilar el ritmo y frecuencia cardíacos
- Generar un entorno que facilite el reposo y cicatrización
- Auscultar los ruidos cardíacos
- Vigilar el ingreso y egreso de líquidos, gasto urinario y, diariamente, el peso corporal
- Seleccionar la mejor derivación del electrocardiograma para vigilancia continua, si es apropiado
- Vigilar tendencias de la presión sanguínea y parámetros hemodinámicos, si es posible; por ejemplo, medir las presiones venosa central y en cuña de los capilares o arterias pulmonares
- Auscultar los ruidos pulmonares en busca de crepitaciones u otros ruidos adventicios
- Vigilar los datos de laboratorio en busca de valores de electrolitos que puedan aumentar el riesgo de arritmias (p.ej., las concentraciones séricas de potasio, magnesio etc.), en la medida apropiada
- Indicar al paciente que evite actividades con las que pueda producirse la maniobra de Valsalva (p.ej., pujar durante la defecación, y así sucesivamente)
- Extraer sangre para medir los valores séricos de CK, LDH y AST, en la medida apropiada
- Proporcionar un medio continuo para la obtención inmediata de ayuda de la enfermera e informar al paciente y sus familiares que su llamada recibirá atención inmediata
- Obtener un electrocardiograma de 12 derivaciones, si está indicado
- Administrar medicamentos que prevengan episodios de la maniobra de Valsalva (p.ej., ablandadores de heces, antiheméticos, etc.)
- Vigilar la eficacia de la oxigenoterapia, si es apropiado
- Reconocer la frustración y temor resultantes de la incapacidad de comunicarse y la exposición a aparatos y entorno extraños
- Vigilar la función renal (p.ej., BUN y CR), según se requiera
- Prevenir la trombosis periférica (p.ej., con cambios de posición cada dos horas, dosis bajas de anticoagulantes)

##### **Actividades de apoyo (menores)**

- Vigilar el estado neurológico
- Vigilar los resultados de pruebas de la función hepática, si es apropiado
- Ofrecer comidas frecuentes y de poco volumen
- Evitar la medición rectal de la temperatura

### Actividades específicas en rehabilitación de cuidados cardiacos

#### Descripción de actividades

##### **Actividades decisivas (mayores)**

- Vigilar la tolerancia del paciente a la actividad
- Informar al paciente sobre medidas relacionadas con el dolor torácico (p.ej., tomar una tableta sublingual de nitroglicerina cada cinco minutos en tres ocasiones; si persiste el dolor, buscar cuidados médicos de urgencia)
- Informar al paciente y sus familiares sobre las restricciones a levantar o empujar objetos pesados, si es apropiado
- Acatar el programa de ambulación en la medida tolerable
- Informar al paciente y sus familiares sobre los medicamentos prescritos o que se expenden sin receta médica apropiados
- Informar al paciente y sus familiares sobre el régimen de ejercicios, incluidos los de calentamiento o calistenia, resistencia y enfriamiento, en la medida apropiada
- Informar al paciente y sus familiares sobre consideraciones especiales relacionadas con actividades de la vida cotidiana (p.ej., "demarcar" actividades, con periodos de reposo interpuesto), si es apropiado
- Informar al paciente y sus familiares sobre los cuidados de vigilancia
- Alejar expectativas apegadas a la realidad en el paciente y sus familiares
- Informar al paciente y sus familiares sobre el acceso a los sistemas y servicios de urgencia (disponibles en su comunidad)
- Coordinar los envíos del paciente (p.ej., al dietista, trabajadora social, fisioterapeuta, etc.)
- Informar al paciente y sus familiares sobre los cuidados de heridas y precauciones (p.ej., el sitio de esternotomía o cateterismo), si es apropiado



### Actividades específicas en precauciones cardíacas

#### Descripción de actividades

##### Actividades decisivas (mayores)

- Restringir el tabaquismo
- Instruir al paciente sobre los ejercicios progresivos
- Fomentar técnicas eficaces de reducción del estrés
- Identificar la disposición de ánimo del paciente para aprender modificaciones a su modo de vida
- Cambiar a la sal artificial y limitar el ingreso de sodio, si es apropiado
- Limitar los estímulos ambientales
- Fomentar modificaciones de la actividad sexual con el paciente y la pareja, si es apropiado
- Identificar los métodos de afrontamiento del estrés que tiene el paciente
- Evitar situaciones de emociones intensas

##### Actividades de apoyo (menores)

- No discutir con los pacientes
- Evitar el sobrecalentamiento o enfriamiento del paciente
- Proporcionar comidas frecuentes y de poco volumen
- Desalentar la toma de decisiones cuando la persona sufre estrés intenso
- Alentar las actividades no competitivas evitar el consumo de estimulantes por vía oral
- Demorar el baño, si es apropiado
- No introducir sondas rectales
- No practicar las palpaciones rectal o vaginal
- No tomar la temperatura por el recto

### Actividades específicas en cuidados circulatorios

#### Descripción de actividades

##### Actividades decisivas (mayores)

- Emprender la valoración completa de la circulación periférica (p.ej., pulsos periféricos, llenado capilar, así como color y temperatura de la extremidad)
- Inspeccionar la piel en busca de úlceras por estasis venosa o herida
- Valorar el edema y pulsos periféricos
- Restringir el tabaquismo
- Informar al paciente sobre la importancia de prevenir la estasis venosa (p.ej., no cruzar las piernas, elevar los pies sin presionar las rodillas, ejercicios, etc.)
- Colocar medias antiembólicas (p.ej., elásticas o neumáticas) si es apropiado
- Valorar la intensidad del dolor u otros síntomas molestos
- Alentar los ejercicios de arco de movimiento pasivos o activos durante el reposo en cama, en la medida apropiada
- Administrar antiplaquetarios o anticoagulantes, según sea adecuado
- Alentar el ejercicio en la medida tolerable
- Mantener la hidratación normal para prevenir la hiperviscosidad sanguínea
- Elevar la extremidad afectada 20° o más arriba del nivel del corazón, para mejorar el retorno venoso
- Quitar las medias antiembólicas durante 15-20 min. , cada ocho horas
- Palpar la extremidad con cautela
- Instruir al paciente sobre los cuidados correctos de los pies

##### Actividades de apoyo (menores)

- Vigilar el estado de hidratación, incluido en ingreso y egreso
- Usar el colchón o cama terapéuticos, si es apropiado
- Bajar la extremidad para mejorar la circulación arterial

### Actividades específicas en precauciones circulatorias

#### Descripción de actividades

##### Actividades decisivas (mayores)

- No medir la presión sanguínea en la extremidad afectada
- No aplicar compresión o un torniquete en la extremidad afectada
- No lesionar el área afectada
- Valorar de manera completa la circulación periférica (p.ej., pulsos periféricos, edema, llenado capilar, así como color y temperatura de la extremidad)
- No emprender el acceso venoso ni extraer sangre de la extremidad afectada
- Vigilar las extremidades en busca de áreas de calor, enrojecimiento, dolor o edema
- Informar al paciente y sus familiares sobre la protección contra lesiones en el área afectada
- Prevenir la infección de heridas
- Informar al paciente que pruebe la temperatura del agua de baño antes de entrar a la tina o regadera, para no quemarse la piel
- Informar al paciente sobre los cuidados de pies y uñas
- Mantener la hidratación adecuada para prevenir la hiperviscosidad sanguínea

### Actividades específicas en cuidados de embolia periférica

#### Descripción de actividades

##### Actividades decisivas (mayores)

- Valorar de manera completa los pulsos de la circulación periférica (p.ej., pulsos periféricos, edema, llenado capilar, y color y temperatura de la extremidad)
- Vigilar en busca de signos de éstasis venosa, incluidos el aumento de la circunferencia de la extremidad, edema doloroso e hipersensibilidad, dolor que empeora en la posición inferior, venas endurecidas y palpables, calambres intensos, enrojecimiento y calor, entumecimiento y hormigueo, y fiebre
- Informar al paciente que no de masaje al área afectada
- Vigilar en busca de dolor en el área afectada
- Administrar anticoagulantes, según sea apropiado
- Investigar si hay signo de Homan (dolor a la dorsiflexión forzada del pie)
- Vigilar periódicamente los tiempos de protrombina y parcial de tromboplastina para mantenerlos en 1.5-2 veces lo normal, según sea apropiado
- Mantener al paciente recluido en cama y cambiar la posición cada dos horas
- Emprender los ejercicios de arco de movimiento activos o pasivos en las extremidades no afectadas
- Vigilar en busca de efectos adversos de los anticoagulantes, si es apropiado
- Elevar la sabana superior y frazada mediante el uso un marco de sobrecama para proteger la extremidad afectada, si es apropiado
- Emprender medidas analgésicas y de comodidad

##### Actividades de apoyo (menores)

- Vigilar en busca de signos de hemorragia (p.ej., analizar las heces y el drenaje nasogástrico para descubrir sangre)
- Tener a la mano sulfato de protamina, vitamina K o ambos, para situaciones de urgencia
- Vigilar el estado neurológico
- Administrar antiácidos y analgésicos, en la medida adecuada

### **Actividades específicas en cuidados de embolia pulmonar**

#### **Descripción de actividades**

##### **Actividades decisivas (mayores)**

- Vigilar las respiraciones en busca de síntomas de dificultades respiratorias (p.ej., disnea, taquipnea, falta de aire, etc.)
- Valorar el dolor torácico (p.ej., intensidad, localización, irradiación y factores desencadenantes y de alivio)
- Auscultar los ruidos pulmonares en busca de crepitaciones u otros ruidos adventicios
- Vigilar los resultados de los datos de laboratorio en busca de cambios de la oxigenación y equilibrio acidobásico
- Vigilar en busca de signos de oxigenación deficiente a los tejidos (p.ej., palidez, cianosis, llenado capilar lento, etc.)
- Vigilar los factores determinantes del aporte de oxígeno a los tejidos (p.ej., PaO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub>, hemoglobina y gasto cardíaco)
- Vigilar en busca de signos de insuficiencia respiratoria (p.ej., PaO<sub>2</sub> baja, PaO<sub>2</sub> alta, fatiga de los músculos auxiliares de la respiración, etc.)
- Medir los gases sanguíneos arteriales
- Evitar el avance excesivo del catéter a través de la arteria pulmonar hasta la posición de cuña, para prevenir la rotura de tal vaso
- Administrar anticoagulantes
- Vigilar los trazos de la arteria pulmonar en busca del acunamiento espontáneo del catéter de la arteria pulmonar
- Reubicar el catéter de la arteria pulmonar con acunamiento espontáneo
- Informar al paciente y sus familiares sobre estudios diagnósticos (p.ej., gammagrafía pulmonar)

##### **Actividades de apoyo (menores)**

- Alentar la relajación del paciente

### **Actividades específicas en precauciones en embolia**

#### **Descripción de actividades**

##### **Actividades decisivas (mayores)**

- No dar masaje a los músculos de la pierna ni comprimirlos
- Valorar de manera completa la circulación periférica (p.ej., pulsos periféricos, edema, llenado capilar, y color y temperatura de las extremidades)
- No lesionar la luz vascular al evitar la compresión local, traumatismos, infección o sépsis
- Colocar medias antiembólicas (p.ej., elásticas o neumáticas)
- Informar al paciente y sus familiares sobre las medidas de precaución adecuadas
- Elevar la extremidad afectada hasta que esté 20° arriba del nivel del corazón, para evitar el retorno venoso
- Administrar dosis bajas profilácticas de anticoagulantes o antiplaquetarios (p.ej., heparina, ácido acetilsalicílico, dipiridamol o dextrán)
- Ayudar al paciente en los ejercicios de arco de movimiento pasivos o activos
- Quitar las medias antiembólicas durante 15-20 min. , cada ocho horas

##### **Actividades de apoyo (menores)**

- Informar al paciente que evite actividades con que se produzca la maniobra de Valsalva (p.ej., pujar durante la defecación)
- Administrar medicamentos que prevengan la maniobra de Valsalva (p.ej., ablandadores de las heces, antieméticos, etc.)

### Actividades específicas en la vigilancia hemodinámica

#### Descripción de actividades

##### Actividades decisivas (mayores)

- Vigilar las presiones sanguíneas (sistólica, diastólica y media), venosa central o de la aurícula derecha de la arteria pulmonar (sistólica, diastólica y media) y en cuña de la arteria o capilares pulmonares
- Vigilar las formas de onda de las arterias pulmonares y de la circulación general; si disminuye su amplitud, inspeccionar el tubo en busca de acodaduras (doblecce) o burbujas de aire, verificar las conexiones, aspirar coágulos de la punta del catéter, irrigar con suavidad el sistema o ayudar en la reubicación del catéter
- Calibrar el equipo cuando menos cada 4-12 h, si es apropiado, con el transductor a la altura de la aurícula derecha
- Vigilar en busca de rotura de balón, por ejemplo, evaluar la resistencia al insuflar el balón, y permitir que éste se desinsufle pasivamente después de obtener las presiones en cuña de la arteria y capilares pulmonares
- Utilizar un sistema cerrado de medición de gasto cardíaco
- Vigilar el sistema cerrado de presión en todos los "puntos de entrada"
- Prevenir la embolia gaseosa, por ejemplo, extraer burbujas de aire del tubo y, si se sospecha la rotura de balón, no tratar de reinsuflarlo y pinzar el balón en su punto de entrada
- Registrar las formas de onda de las arterias pulmonares y de la circulación general
- Ayudar en la obtención de la radiografía torácica después de introducir el catéter en la arteria pulmonar
- Vigilar la frecuencia y ritmos cardíacos
- No reinsuflar el balón con frecuencia de 1-2 h
- Asepsia
- Inspeccionar el sitio de inserción en busca de signos de hemorragia o infección
- Medir el gasto cardíaco al administrar el medio de evaluación (solución salina) en cuatro segundos, y promediar tres inyecciones que difieran entre sí en menos de un litro
- Vigilar el flujo sanguíneo periférico en sentido distal al sitio de inserción del catéter cada cuatro horas
- Efectuar los cambios de apósitos y cuidados de sitio de inserción
- Buscar disnea, fatiga, taquipnea u ortopnea
- Ayudar a la prueba de Allen para evaluación de la circulación cubital colateral antes de canular la arteria radial

### Actividades específicas en la regulación hemodinámica

#### Descripción de actividades

##### Actividades decisivas (mayores)

- Vigilar las resistencias vasculares general y pulmonar, en la medida apropiada
- Vigilar el gasto cardíaco, índice cardíaco o ambos y el índice de gasto sistólico ventricular izquierdo, según sea apropiado
- Evaluar los efectos adversos de los medicamentos inotrópicos negativos
- Vigilar las presiones en cuña de la arteria y capilares pulmonares y venosa central o de la aurícula derecha, si es apropiado
- Vigilar el ingreso y egreso de líquidos, gasto urinario y peso corporal, según sea apropiado
- Auscultar los ruidos cardíacos
- Vigilar y registrar la frecuencia y ritmo cardíacos, además de los pulsos
- Administrar medicamentos inotrópicos positivos o que estimulen la contractilidad
- Administrar vasodilatadores, vasoconstrictores o ambos, según sea adecuado
- Vigilar los pulsos periféricos, llenado capilar, y temperatura y color de las extremidades
- Vigilar en busca de edema periférico, distensión venosa yugular y ruidos cardíacos S3 y S4
- Mantener el balance hídrico con la administración de soluciones IV o diuréticos, según sea apropiado
- Reconocer la presencia de anomalías de la presión sanguínea
- Auscultar los ruidos pulmonares en busca de crepitaciones u otros ruidos adventicios
- Administrar medicamentos antiarrítmicos, según sea apropiado
- Vigilar la función del marcapasos, si es apropiado
- Vigilar los efectos de medicamentos
- Evaluar los efectos de la fluidoterapia
- Elevar la cabecera de la cama, si es adecuado
- Vigilar los valores de electrolitos

##### Actividades de apoyo (menores)

- Colocar al paciente en la posición de Trendelenburg, si es apropiado
- Minimizar o eliminar los factores estresantes ambientales

### Actividades específicas en hemostasia

#### Descripción de actividades

##### Actividades decisivas (mayores)

Vigilar el volumen y características de la pérdida hemática  
 Aplicar compresión manual sobre el área hemorrágica potencial o real  
 Registrar los valores de hemoglobina y hematocritos antes y después de la pérdida hemática  
 Aplicar un apósito de compresión  
 Inspeccionar el sitio hemorrágico en busca de mucosas, equimosis con traumatismos mínimos, hemorragia capilar de sitios puntiformes y presencia de petequias  
 Identificar la causa de hemorragia (p.ej., inspeccionar todas las secreciones en busca de sangre franca u oculta)  
 Practicar la prueba de Hematest en todas las excreciones e identificar sangre en el material de vómito, esputo, heces y líquidos de drenaje nasogástrico y de heridas  
 Vigilar la función neurológica

##### Actividades de apoyo (menores)

Evaluar las respuestas psicológicas del paciente a la hemorragia y su percepción de los acontecimientos  
 Aplicar una compresa de hielo en el área afectada

### Actividades específicas en el tratamiento de choque

#### Descripción de actividades

##### Actividades decisivas (mayores)

Administrar líquidos para conservar presión sanguínea y gasto cardíaco, según sea apropiado  
 Registrar la taquicardia, disminución de la presión sanguínea o presión arterial general anormalmente baja, además de palidez, lentitud de llenado capilar y diaforesis  
 Vigilar tendencias de la presión sanguínea y parámetros hemodinámicos, si es posible, por ejemplo, presiones venosa central y en cuña de la arteria o capilares pulmonares  
 Colocar al paciente en posición que optimice el flujo sanguíneo a los tejidos  
 Vigilar en busca de signos de oxigenación deficiente a los tejidos (p.ej., palidez, cianosis, llenado capilar lento, etc.)  
 utilizar un catéter arterial para mejorar la precisión de las mediciones de la presión sanguínea, si es apropiado  
 Empezar la oxigenoterapia, ventilación mecánica o ambas, en la medida necesaria  
 Vigilar los factores determinantes del aporte de oxígeno a los tejidos (p.ej., PaO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub>, hemoglobina y gasto cardíaco), si es posible  
 Vigilar el estado de hidratación, incluidos el ingreso y egreso, en la medida apropiada  
 Identificar isquemia cerebral o signos de flujo sanguíneo o presión de flujo cerebrales deficientes  
 Mantener permeable el acceso venoso  
 Evaluar los efectos de la fluidoterapia  
 Vigilar la función renal (p.ej., BUN y Cr), si es apropiado  
 Vigilar los valores de laboratorio en busca de cambios de la oxigenación o equilibrio acidobásico, según sea apropiado  
 Vigilar el flujo sanguíneo periférico  
 Extraer sangre para medición de los gases arteriales y vigilancia de la oxigenación a los tejidos  
 Observar las extremidades en cuanto a su color, calor, edema, pulsos, textura de la piel, inflamación y ulceraciones  
 Administrar medicamentos vasoactivos  
 Vigilar en busca de síntomas de insuficiencia respiratoria (p.ej., PaO<sub>2</sub> baja, PaCO<sub>2</sub> alta, fatiga de los músculos auxiliares de la respiración, etc.)  
 Vigilar función neurológica  
 Vigilar la frecuencia cardíaca fetal en busca de bradicardia (menos de 110/min) o taquicardia (más de 160/min) con duración mayor de 10 min., si es apropiado  
 Colocar la sonda urinaria, cuando sea adecuada  
 Fomentar el reposo en cama y limitar actividades  
 Brindar apoyo emocional al paciente y sus familiares  
 Vigilar los signos vitales ortostáticos, incluida la presión sanguínea

##### Actividades de apoyo (menores)

Vigilar las concentraciones de glucemia y tratar los valores anormales, según sea apropiado  
 Alentar las expectativas apegadas a la realidad en el paciente y familia  
 Vigilar los resultados de los estudios de coagulación y biometría hemática completa con recuento leucocitario diferencial  
 Introducir la sonda nasogástrica para aspiración y vigilar las secreciones, si es apropiado  
 Proteger contra traumatismos  
 Inspeccionar en busca de hemorragia de mucosas, equimosis con traumatismos mínimos, hemorragia capilar de sitios puntiformes y petequias

### **Actividades específicas en el tratamiento de choque cardiogenico**

#### **Descripción de actividades**

##### **Actividades decisivas (mayores)**

- Vigilar el balance hídrico con administración de soluciones IV o diuréticos, según sea apropiado
- Fomentar el flujo sanguíneo coronario, en la medida apropiada (p.ej., conservar la presión arterial media en más de 60 mm Hg, controlar la taquicardia, etc.)
- Fomentar la mejoría de la precarga para mejorar la contractilidad y minimizar la insuficiencia cardiaca, según sea apropiado (p.ej., con administración de nitroglicerina, conservación de la presión en cuña de la arteria y capilares pulmonares en los límites prescritos, etc.)
- Tomar nota de signos y síntomas de disminución del gasto cardiaco
- Auscultar los ruidos pulmonares en busca de crepitaciones u otros ruidos adventicios
- Fomentar la reducción de la poscarga, en la medida apropiada, p.ej., con basodilatadores, bomba con balón intraaórtico, y así sucesivamente
- Administrar medicamentos inotrópicos positivos que aumenten la contractilidad
- Vigilar en busca de síntomas de flujo coronario insuficiente, según sea apropiado (p.ej., cambios en el intervalo ST en el electrocardiograma, angina de pecho, etc.)

##### **Actividades de apoyo (menores)**

- Vigilar los resultados de estudios de la coagulación, incluidos los tiempos de protombina y parcial de tromboplastina, fibrinógeno, productos de degradación de la fibrina y recuento plaquetario, en la medida apropiada

### **Actividades específicas en el tratamiento de choque vasógeno**

#### **Descripción de actividades**

##### **Actividades decisivas (mayores)**

- Tratar la hipotermia con antipiréticos, colchón de enfriamiento o baño de esponja
- Administrar antibióticos según programa, si es apropiado
- Administrar adrenalina por vía subcutánea con carácter urgente contra la anafilaxia, si es apropiado
- Prevenir o controlar los estremecimientos con medicamentos o al envolver las extremidades
- Administrar antiinflamatorios, si es apropiado
- Eliminar estímulos que precipiten reacciones neurógenas, en la medida adecuada
- Realizar los cambios de apósitos adecuados para prevenir infecciones, fomentar la cicatrización o ambos fines

##### **Actividades de apoyo (menores)**

- Limitar la vigilancia intracorporal (invasiva) en la medida posible, para disminuir las probabilidades de infección
- Vigilar los resultados de estudios de la coagulación, incluidos los tiempos de protombina y parcial de tromboplastina, fibrinógeno, productos de degradación de la fibrina y recuento plaquetario, en la medida apropiada
- Administrar antihistamínicos, según sea adecuado

### **Actividades específicas en el tratamiento de choque volumétrico**

#### **Descripción de actividades**

##### **Actividades decisivas (mayores)**

Administrar soluciones IV, según sea apropiado

Prevenir la pérdida hemática (p.ej., al aplicar compresión al sitio hemorrágico, y así sucesivamente)

Administrar productos sanguíneos (p.ej., plaquetas, plasma fresco congelado, etc.), en la medida necesaria

Vigilar estrechamente en busca de hemorragia

Registrar la hemoglobina y hematócrito antes y después de la pérdida hemática

Vigilar los signos y síntomas de hemorragia (p.ej., inspeccionar todas las secreciones en busca de sangre franca u oculta)

Aplicar el pantalón neumático, si es apropiado

Vigilar los resultados de estudios de la coagulación, incluidos los tiempos de protombina y parcial de tromboplastina, fibrinógeno, productos de degradación de la fibrina y recuento plaquetario, en la medida apropiada

## **2. - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Partiendo de la teoría de Patricia Benner con respecto a la adquisición de habilidades (Modelo Dreyfus).

¿Cuál es el nivel de eficiencia que han alcanzado las enfermeras Especialistas, es decir, se puede tipificar al profesional de Enfermería dentro de dichos niveles o categorías: de principiante hasta experto a partir de la premisa del “saber qué” y del “saber cómo” de su práctica clínica?

## **3. - OBJETIVOS**

1. Identificar en qué nivel de eficiencia se encuentran situadas, las Enfermeras Especialistas, con respecto a su práctica clínica.
2. Describir el ejercicio práctico de la Enfermería, que cotidianamente desempeñan las Enfermeras Especialistas.
3. Los hallazgos pretenden fortalecer la importancia que tiene el conocimiento clínico de la Enfermería, en la medida que dicho conocimiento se manifieste en las habilidades como Enfermera y se establezca una diferencia en la asistencia al paciente y en la evolución de éste.

### **Actividades específicas en el tratamiento de choque volumétrico**

#### **Descripción de actividades**

##### **Actividades decisivas (mayores)**

Administrar soluciones IV, según sea apropiado

Prevenir la pérdida hemática (p.ej., al aplicar compresión al sitio hemorrágico, y así sucesivamente)

Administrar productos sanguíneos (p.ej., plaquetas, plasma fresco congelado, etc.), en la medida necesaria

Vigilar estrechamente en busca de hemorragia

Registrar la hemoglobina y hematócrito antes y después de la pérdida hemática

Vigilar los signos y síntomas de hemorragia (p.ej., inspeccionar todas las secreciones en busca de sangre franca u oculta)

Aplicar el pantalón neumático, si es apropiado

Vigilar los resultados de estudios de la coagulación, incluidos los tiempos de protombina y parcial de tromboplastina, fibrinógeno, productos de degradación de la fibrina y recuento plaquetario, en la medida apropiada

## **2. - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Partiendo de la teoría de Patricia Benner con respecto a la adquisición de habilidades (Modelo Dreyfus).

¿Cuál es el nivel de eficiencia que han alcanzado las enfermeras Especialistas, es decir, se puede tipificar al profesional de Enfermería dentro de dichos niveles o categorías: de principiante hasta experto a partir de la premisa del “saber qué” y del “saber cómo” de su práctica clínica?

## **3. - OBJETIVOS**

1. Identificar en qué nivel de eficiencia se encuentran situadas, las Enfermeras Especialistas, con respecto a su práctica clínica.
2. Describir el ejercicio práctico de la Enfermería, que cotidianamente desempeñan las Enfermeras Especialistas.
3. Los hallazgos pretenden fortalecer la importancia que tiene el conocimiento clínico de la Enfermería, en la medida que dicho conocimiento se manifieste en las habilidades como Enfermera y se establezca una diferencia en la asistencia al paciente y en la evolución de éste.



### **Actividades específicas en el tratamiento de choque volumétrico**

#### **Descripción de actividades**

##### **Actividades decisivas (mayores)**

Administrar soluciones IV, según sea apropiado

Prevenir la pérdida hemática (p.ej., al aplicar compresión al sitio hemorrágico, y así sucesivamente)

Administrar productos sanguíneos (p.ej., plaquetas, plasma fresco congelado, etc.), en la medida necesaria

Vigilar estrechamente en busca de hemorragia

Registrar la hemoglobina y hematócrito antes y después de la pérdida hemática

Vigilar los signos y síntomas de hemorragia (p.ej., inspeccionar todas las secreciones en busca de sangre franca u oculta)

Aplicar el pantalón neumático, si es apropiado

Vigilar los resultados de estudios de la coagulación, incluidos los tiempos de protombina y parcial de tromboplastina, fibrinógeno, productos de degradación de la fibrina y recuento plaquetario, en la medida apropiada

## **2. - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

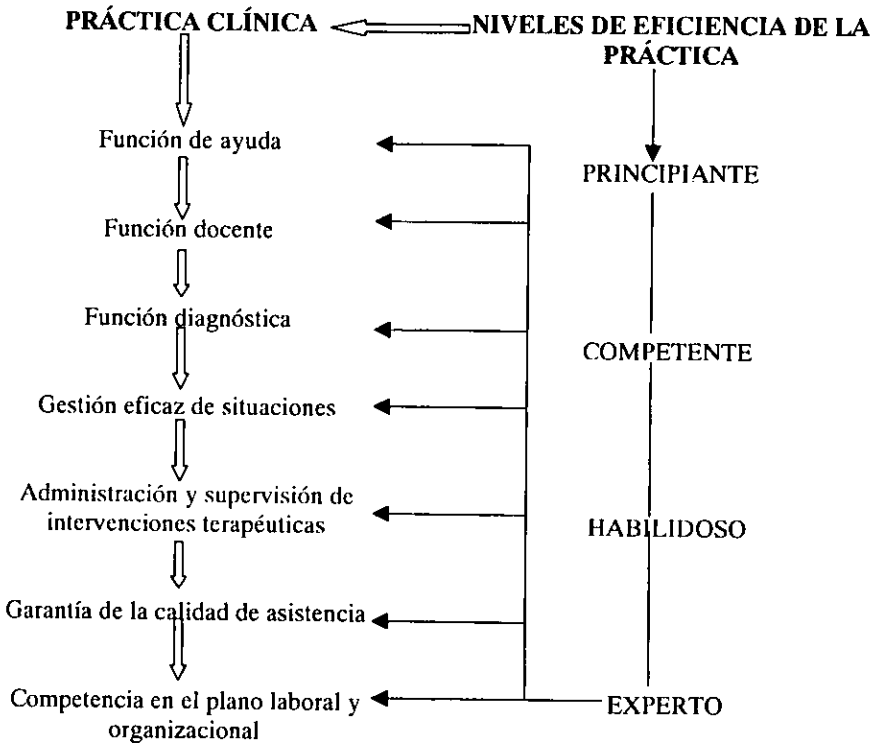
Partiendo de la teoría de Patricia Benner con respecto a la adquisición de habilidades (Modelo Dreyfus).

¿Cuál es el nivel de eficiencia que han alcanzado las enfermeras Especialistas, es decir, se puede tipificar al profesional de Enfermería dentro de dichos niveles o categorías: de principiante hasta experto a partir de la premisa del “saber qué” y del “saber cómo” de su práctica clínica?

## **3. - OBJETIVOS**

1. Identificar en qué nivel de eficiencia se encuentran situadas, las Enfermeras Especialistas, con respecto a su práctica clínica.
2. Describir el ejercicio práctico de la Enfermería, que cotidianamente desempeñan las Enfermeras Especialistas.
3. Los hallazgos pretenden fortalecer la importancia que tiene el conocimiento clínico de la Enfermería, en la medida que dicho conocimiento se manifieste en las habilidades como Enfermera y se establezca una diferencia en la asistencia al paciente y en la evolución de éste.

## 4.2 RELACIÓN DE VARIABLES IDENTIFICADAS E INDICADORES



- Le falta presteza y flexibilidad.
- Tiene la sensación de conocer el oficio y que esta preparada para afrontar y salir al paso de las situaciones.
- Elabora planteamientos consistentes y ponderando que le facilita una labor eficaz y adecuada organización.

## **HABILIDOSO**

- Percibe las situaciones como un todo.
- Su ejecución se inspira en las consignas.
- Es perceptiva producto de la experiencia y en sucesos acaecidos en fechas recientes.
- Toma en cuenta un menor número de alternativas y se centra en un área precisa del problema.
- Da importancia a los aspectos según su mayor o menor importancia.
- Su desempeño de la habilidad retrocede a una categoría analítica y competente cuando se plantean innovaciones o se requiere una descripción analítica y de procedimiento.
- En la práctica las decisiones tienen un carácter global.

## **EXPERTO**

- No necesita un principio analítico (regla, pauta o consigna).
- Tiene una iniciativa idónea.
- Capta por vía intuitiva todas las situaciones y se centra en el núcleo correcto del problema.
- Tiene un profundo conocimiento de la situación global.
- Con frecuencia realizan estimaciones o gestionan situaciones clínicas complejas de forma sobresaliente.
- Describe situaciones clínicas en las que a tenido una participación destacable.
- Aprende a detectar alteraciones fisiológicas casi imperceptibles.

## **5. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Los datos son confidenciales, se pidió la autorización en cada Unidad Hospitalaria para la aplicación de la encuesta. No se dará a conocer la calificación obtenida a ninguna de las enfermeras participantes para efectos de mantener la confidencialidad para cada caso.

## **6. RECURSOS PARA EL ESTUDIO**

### **6.1 RECURSOS HUMANOS**

El proyecto se llevo a cabo por dos pasantes de la Licenciatura y dos Enfermeras Especialistas que se desempeñaron como colaboradoras.

Pasantes:

Beatriz Chávez Anaya  
Rosa Lilia Menes Balderas

Colaboradoras:

María de Lourdes Alvarez Juárez  
Martha A. González González

### **6.2 RECURSOS MATERIALES**

Se utilizaron hojas, lápices, fichas de trabajo, plumas, calculadora y computadora con impresora.

### **6.3 RECURSOS FINANCIEROS**

Las investigadoras financiaron en su totalidad el proyecto.

## **5. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Los datos son confidenciales, se pidió la autorización en cada Unidad Hospitalaria para la aplicación de la encuesta. No se dará a conocer la calificación obtenida a ninguna de las enfermeras participantes para efectos de mantener la confidencialidad para cada caso.

## **6. RECURSOS PARA EL ESTUDIO**

### **6.1 RECURSOS HUMANOS**

El proyecto se llevo a cabo por dos pasantes de la Licenciatura y dos Enfermeras Especialistas que se desempeñaron como colaboradoras.

Pasantes:

Beatriz Chávez Anaya  
Rosa Lilia Mences Balderas

Colaboradoras:

María de Lourdes Alvarez Juárez  
Martha A. González González

### **6.2 RECURSOS MATERIALES**

Se utilizaron hojas, lápices, fichas de trabajo, plumas, calculadora y computadora con impresora.

### **6.3 RECURSOS FINANCIEROS**

Las investigadoras financiaron en su totalidad el proyecto.

## 7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Revisión bibliográfica y planteamiento del problema	&&&&&&& &&&&&&& &&&&&&& &&&&&&& &&&&&&& &&&&&&&				
Recolección de datos		&&&&&&& &&&&&&& &&&&&&& &&&&&&&			
Análisis estadístico				&&&&&&&&& &&&&&&&&& &&&&&&&&& &&&&&&&&&	
Interpretación de los resultados					

## 8. MATERIAL Y MÉTODOS

### 8.1 DISEÑO DE ESTUDIO

DESCRIPTIVO, TRANSVERSAL Y CUALITATIVO

### 8.2 UNIVERSO DE TRABAJO

Todas las enfermeras tituladas que se desempeñan en áreas clínicas con más de 5 años de antigüedad laboral en su especialidad ejercida. La población seleccionada cumplió con la condición de trabajar en hospitales de especialidad. Por condicionamiento geográfico y tipo de estudio se entrevistaron solo a Enfermeras Especialistas dentro del Distrito Federal en el periodo de Enero a Mayo de 1999.

## 7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Revisión bibliográfica y planteamiento del problema	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX				
Recolección de datos		XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX			
Análisis estadístico				XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX	
Interpretación de los resultados					

## 8. MATERIAL Y MÉTODOS

### 8.1 DISEÑO DE ESTUDIO

DESCRIPTIVO, TRANSVERSAL Y CUALITATIVO

### 8.2 UNIVERSO DE TRABAJO

Todas las enfermeras tituladas que se desempeñan en áreas clínicas con más de 5 años de antigüedad laboral en su especialidad ejercida. La población seleccionada cumplió con la condición de trabajar en hospitales de especialidad. Por condicionamiento geográfico y tipo de estudio se entrevistaron solo a Enfermeras Especialistas dentro del Distrito Federal en el periodo de Enero a Mayo de 1999.

La muestra se integró de manera convencional por todas las Enfermeras que aceptaron voluntariamente ser entrevistadas. (se hizo una prueba piloto con 20 casos)

### **8.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

La muestra está constituida por 150 unidades de observación seleccionadas por conveniencia; el estudio permite la utilización de este tipo de muestra. Cuidando de que la variable relacionada con el desarrollo de la práctica fuera en Hospitales de Especialidades. Evaluada en una población de Enfermeras Especialistas.

### **8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión a la muestra, aún cuando es convencional, tubo que ser básicamente el que las Enfermeras se desempeñaran en áreas clínicas, que laboran en hospitales de 2º y 3er nivel de atención, y que comentaron voluntariamente sus experiencias por escrito.

### **8.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Todas las Enfermeras que no accedieron a escribir sus experiencias, el día que se realizo la entrevista.

## **9. PROCEDIMIENTOS DE OBTENCIÓN DE DATOS**

Se utilizaron el promedio y porcentaje, en las variables cuyo indicador lo permitían.

En tanto que el estudio es fundamentalmente de tipo cualitativo los hallazgos de los casos-tipo se presentan de manera narrativa, clasificados según las categorías o variables estudiadas.

Los candidatos que participaron en el estudio fueron Enfermeras Especialistas de diferentes hospitales en el D.F. Hospital de Especialidades CMNSXXI, Hospital de Cardiología CMNSXXI, Hospital de Pediatría CMNSXXI, Hospital Metropolitano, Hospital Español, Hospital "Gonzalo Castañeda" ISSSTE, Hospital Infantil Tacubaya del DDF, se incluyeron a estudiantes de Licenciatura en Enfermería que son también Enfermeras Especialistas, inscritas en el Sistema de Universidad Abierto de la ENEO; La entrevista se realizó en el mes de Enero a Mayo de 1999. La técnica de recolección de datos fue una encuesta mediante entrevista directa, instrumentada (se anexa



La muestra se integró de manera convencional por todas las Enfermeras que aceptaron voluntariamente ser entrevistadas. (se hizo una prueba piloto con 20 casos)

### **8.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

La muestra está constituida por 150 unidades de observación seleccionadas por conveniencia; el estudio permite la utilización de este tipo de muestra. Cuidando de que la variable relacionada con el desarrollo de la práctica fuera en Hospitales de Especialidades. Evaluada en una población de Enfermeras Especialistas.

### **8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión a la muestra, aún cuando es convencional, tubo que ser básicamente el que las Enfermeras se desempeñaran en áreas clínicas, que laboran en hospitales de 2º y 3er nivel de atención, y que comentaron voluntariamente sus experiencias por escrito.

### **8.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Todas las Enfermeras que no accedieron a escribir sus experiencias, el día que se realizo la entrevista.

## **9. PROCEDIMIENTOS DE OBTENCIÓN DE DATOS**

Se utilizaron el promedio y porcentaje, en las variables cuyo indicador lo permitían.

En tanto que el estudio es fundamentalmente de tipo cualitativo los hallazgos de los casos-tipo se presentan de manera narrativa, clasificados según las categorías o variables estudiadas.

Los candidatos que participaron en el estudio fueron Enfermeras Especialistas de diferentes hospitales en el D.F. Hospital de Especialidades CMNSXXI, Hospital de Cardiología CMNSXXI, Hospital de Pediatría CMNSXXI, Hospital Metropolitano, Hospital Español, Hospital "Gonzalo Castañeda" ISSSTE, Hospital Infantil Tacubaya del DDF, se incluyeron a estudiantes de Licenciatura en Enfermería que son también Enfermeras Especialistas, inscritas en el Sistema de Universidad Abierto de la ENEO; La entrevista se realizó en el mes de Enero a Mayo de 1999. La técnica de recolección de datos fue una encuesta mediante entrevista directa, instrumentada (se anexa

formato), dicho instrumento se define por un formato para descripción de testimonios de experiencias relatadas por las entrevistadas misma que se aplicó por las investigadoras quienes explicaron a cada enfermera cómo debía ser relatado la experiencia significativa (caso clínico).

La clasificación de los datos atiende a la tipificación de acuerdo a las experiencias escritas, sobre el nivel de desarrollo de su práctica. A partir de los testimonios relatados se constituyeron los perfiles para cada nivel de eficiencia (principiante a experto). Los criterios de clasificación de los testimonios fueron establecidos de la siguiente manera. Se asignó un número de folio a cada caso relatado, en tanto que se trataba de un estudio de medición de variables cualitativas se optó por el método de jueces para calificación e interpretación de dichos testimonios. Se designaron el juez 1, juez 2 y juez 3 que en este caso fueron las propias investigadoras. Una cuarta investigadora dio lectura a cada testimonio, y los jueces designaron una calificación con la siguiente puntuación: de 1 punto para los principiantes, 2 puntos para los competentes, 3 puntos para los habilidosos y 4 puntos para las expertas, dicha calificación fue confidencial de cada juez, posteriormente el objetivo y trabajo de los jueces fue constatar e interpretar las diferencias que se observaron en el desempeño de los menesteres clínicos y en la evaluación de situaciones entre las enfermeras según su relato, de ese modo de acuerdo a la teoría de Patricia Benner se tipificaron dentro de los niveles o categorías de eficiencia: **Principiante, competente, habilidoso y experto.** Cabe mencionar que existió la categoría de principiante avanzado la cual se omitió por tener mucha similitud con las características del principiante. La tipificación fue de acuerdo a las características más relevantes de cada categoría, según la teoría manejada y previo confrontamiento de los resultados de los 3 jueces, los cuales se promediaron y se asignaron en un último resultado que permitieron, por acuerdo determinar el tipo y nivel de eficiencia de la práctica de cada caso evaluado.

La presentación de los hallazgos relevantes es fundamentalmente de manera narrativa de los "casos-tipo" de cada nivel de eficiencia. Para los indicadores que lo permiten (especialidad, antigüedad laboral), se utilizaron para su descripción cuadros y gráficas.

## **10. RESULTADOS**

## **10.1 CUADROS Y GRAFICAS**

### CUADRO 1

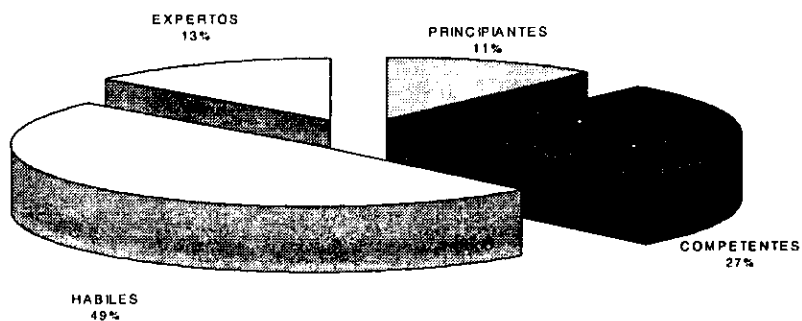
CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESPECIALIZADO SEGÚN NIVELES DE EFICIENCIA. ESTUDIO REALIZADO CON ENFERMERAS ESPECIALISTAS. MÉXICO, D.F. 1999

NIVELES DE EFICIENCIA	No CASOS	PORCENTAJE
PRINCIPIANTE	17	11.3
COMPETENTE	40	26.7
HABILIDOSO	73	48.7
EXPERTO	20	13.3
TOTAL	150	100

FUENTE: DATOS PROCESADOS POR ALVAREZ JUAREZ MARÍA DE LOURDES; CHAVÉZ ANAYA BEATRIZ; GONZALEZ GONZALEZ MARTHA; MENES BALDERAS ROSA LILIA.

**GRAFICA 1**

CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESPECIALIZADO SEGÚN NIVEL DE EFICIENCIA. ESTUDIO REALIZADO CON ENFERMERAS ESPECIALISTAS. MÉXICO, D.F. 1999.



FUENTE: CUADRO 1

**CUADRO 2**

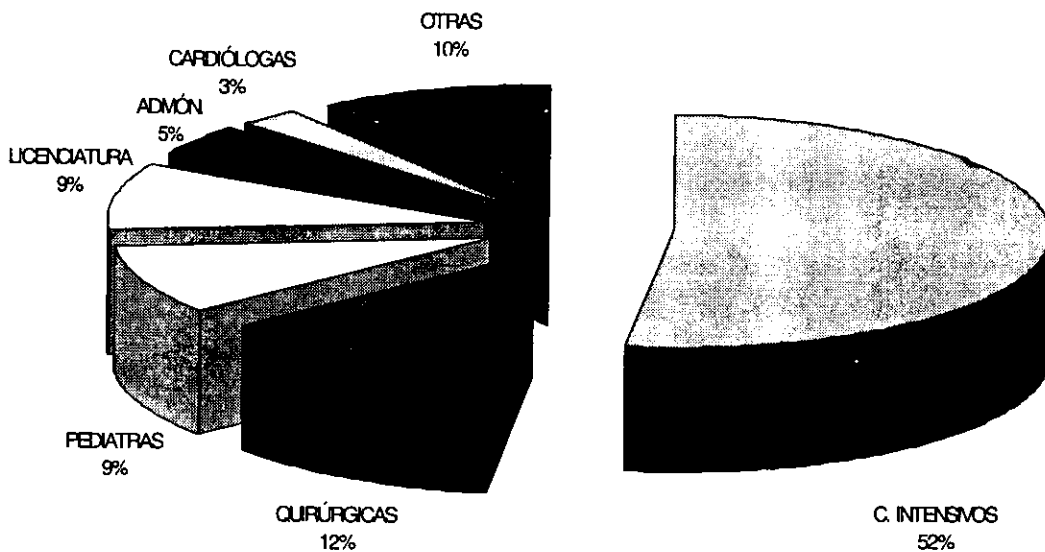
CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN ESPECIALIDAD QUE EJERCE. ESTUDIO REALIZADO CON ENFERMERAS ESPECIALISTAS. MÉXICO, D.F. 1999.

ESPECIALIDAD	No CASOS	PORCENTAJE
CUIDADOS INTENSIVOS	78	52
QUIRÚRGICAS	18	12
PEDIATRAS	14	9.3
LICENCIATURA	14	9.3
ADMINISTRACIÓN	7	4.7
CARDIOLOGAS	4	2.7
OTRAS	15	10
TOTAL	150	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

## GRAFICA 2

CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN ESPECIALIDAD QUE EJERCE. ESTUDIO REALIZADO CON ENFERMERAS ESPECIALISTAS. MÉXICO, D.F. 1999.



FUENTE: CUADRO 2



**CUADRO 3**

PROMEDIO DE AÑOS EN SERVICIO Y AÑOS LABORALES DE LOS NIVELES DE EFICIENCIA DE LAS ENFERMERAS. ESTUDIO REALIZADO CON ENFERMERAS ESPECIALISTAS. MÉXICO, D.F. 1999.

---

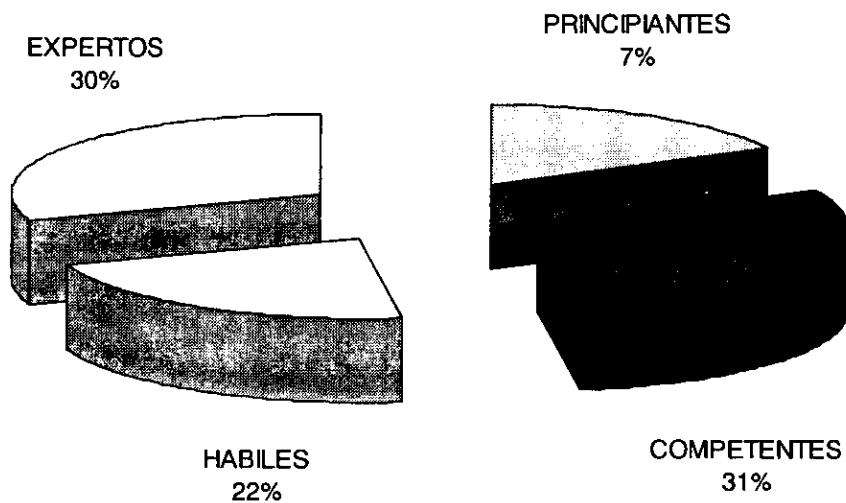
<b>NIVELES DE EFICIENCIA</b>	<b>PROMEDIO DE AÑOS DE SERVICIO</b>	<b>PROMEDIO DE AÑOS LABORALES</b>
PRINCIPIANTE	4	14
COMPETENTE	7	12
HABILIDOSO	5	14
EXPERTO	7	15

---

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

**GRAFICA 3**

PROMEDIO DE AÑOS SERVICIO Y AÑOS LABORALES DE LOS NIVELES DE EFICIENCIA DE LAS ENFERMERAS. ESTUDIO REALIZADO CON ENFERMERAS ESPECIALISTAS. MÉXICO, D.F. 1999.



FUENTE: CUADRO 3

### **13.3 CASOS-TIPO (Hallazgos Cualitativos)**

# **CASOS TIPO EN LA CATEGORÍA EXPERTAS**

**No. Folio:** 001  
**GE:** EEI/EASE  
**AS:** 5 años  
**APE:** 18 años

"Paciente post-operado de implante de prótesis valvular mitral y aórtico, intubación orotraqueal drenaje mediastal y pleural derecho e izquierdo, catéter de aurícula izquierda, catéter subclavio derecho de tres lumens, catéter periféricos derecho e izquierdo, línea arterial radial derecha, drenaje vesical. Apoyo con medicamentos inotropico-positivos (Dopamina, Dobutamina).

Se instala en la unidad post-quirúrgica, se monitoriza Fc, Fr, línea arterial, y aurícula izquierda, toma de ECG, revisión de marcapaso temporal, presión arterial c/15min. control de líquidos c/15min. cuantificación de drenajes torácicos. A los 15min. de haber ingresado el paciente, presenta caída de la T/A, aumento de la Fc, poliuria; drenaje torácico mayor de 200ml. Se avisa a médico y se reajusta manejo de inotrópicos aumentando dosis para mantener la T/A en límites normales, se inicia administración de coloides para reposición de volumen sanguíneo, acciones con las que responde favorablemente el paciente al tiempo que es revalorado por el servicio de cirugía cardiovascular, decidiendo a la hora de post-operado la reintervención quirúrgica para revisión por sangrado excesivo, terminando esta etapa al entregar al paciente a la enfermera del área de quirófano.

El estrés que se genera al manejar un paciente post-operado de cirugía cardiaca es alto si consideramos las complicaciones que pueden surgir en los primeros minutos del P.O. como son el sangrado excesivo, choque cardiogénico, arritmias y que el personal de enfermería debe identificar en forma inmediata actuando para evitar complicaciones y la muerte del paciente. Durante esta hora absorbe el tiempo el vigilar al paciente como todo: estado de conciencia, ritmo y frecuencia cardiaca, presión arterial, gasto por sondas y drenajes, sangrado por heridas, administración de medicamentos, soluciones cristaloides y coloides, etc".

**No. Folio:** 006  
**GE:** EGI/EEI  
**AS:** Roll suplente ½ año  
**APE:** 7 años

"Al llevar un paciente de IAM. del servicio de urgencias al servicio de terapia intensiva. El paciente intubado, se extuba en el trayecto (elevador), llevaba el ambú pero no la mascarilla, el paciente no presentará automatismo, le tuve que dar respiración boca a boca para evitar que cayera en paro respiratorio. Al llegar a la terapia me auxiliaron con el ambú y reservorio se coloca en su cama y proceden a intubarlo y a hiperventilarlo, pero el paciente nunca cayó en paro respiratorio en el momento no me importó si el paciente tenía secreciones o no, lo importante era darle respiración, no importaba con que medios contaba".

**No. Folio:** 039  
**GE:** EGI/EEI  
**AS:** 17 años  
**APE:** 20 años

"Cuando me encontraba estudiando el segundo semestre de la carrera de enfermería regresaba de mis primeras prácticas en hospital, tenía que tomar el metro y realizar transborde, el tren se detenía constantemente a mitad del túnel, cuando estaba detenido un señor cayó al piso se empezaron a escuchar gritos, todo era confusión alguien gritó dejen pasar a la señorita, cuando me di cuenta todos estaban viéndome a mí (me imagino que por llevar el uniforme y el maletín) me levante y fui al lugar donde estaba el señor, se encontraba convulsionándose, empecé a dar indicaciones- quitense déjenle espacio cuando llegue a la estación jalen la palanca de emergencia mientras lo decía revisaba su boca poniendo un peine en ella, las secreciones le salían también por la nariz afloje su ropa lateralice su cabeza, busqué golpes, cuando llegó el tren a la estación ya estaba semiconsciente lo entregué al médico de la estación y me fui no sabía porque habían aplaudido y tampoco porque llegué llorando".

**No. Folio:** 068  
**GE:** EE/EEI  
**AS:** 4 años  
**APE:** 11 años

"Paciente del sexo femenino cardiópata con apoyo ventilatorio mecánico, hemodinámicamente inestable a pesar del apoyo con aminas, presenta hipotensión severa, presión arterial clínicamente no audible, aviso al médico residente que tampoco escucha la presión arterial me indica preparar equipo para arteriodisección sin resultado alguno. Tomando iniciativa me dispongo a puncionar MP contrario, instalando la línea arterial sin problemas, la monitorizo, teniendo así una fuente invasiva de medir la presión que llevó a instaurar un manejo adecuado de la situación hemodinámica de la paciente.

Sentía ansiedad al ver que el residente siendo de cirugía no cateterizaba la arteria, pensando que yo podía hacerlo palpe pulsos periféricos hasta localizar el que yo creí era el adecuado, puncioné, la instalé y al lograrlo me sentí satisfecha y al mismo tiempo más tranquila porque como ya mencioné el tener las cifras tensionales ayudó a instaurar un manejo mejor a la paciente.

Más que la tensión que sentía de si lo lograba o no es ese momento también tenía la presión del médico, ya que al ver que yo había instalado la línea como que se sitió herido en su amor propio al comentar que como era posible que el aún a cielo abierto no hubiera cateterizado la arteria. Pero a pesar de eso creo que es necesario intervenir si se puede o se quiere ya que es una oportunidad más que se le da al paciente".

**No. Folio:** 071  
**GE:** EE/EEI  
**AS:** 4 años  
**APE:** 27 años

"Se trata de un paciente masculino de 24 años de edad, transplantado renal (de origen cadavérico), cursaba las primeras 24 horas de post-operatorio, era domingo y no había médico de guardia. Este tipo de pacientes cursa los primeros días con hipertensión arterial y edema generalizado y así había estado en el transcurso de la mañana y parte de la tarde; cuando aproximadamente a las 18:00 horas tuvo caída brusca de la presión arterial, con depresión del sensorio, oliguria y taquicardia. Al revisar la herida quirúrgica las gasas se encontraban con cantidad importante de sangre de apariencia arterializada (rojo brillante).

Se empezó a localizar por teléfono a los cirujanos de base en lo que se administraba hemacel y se aumentaba el goteo de la solución salina de reposición. En las primeras llamadas nadie contestaba y el paciente seguía deteriorándose hemodinámicamente. Se tomó la decisión de llamar a los jefes de servicio (transplantóloga e internista); los cuales respondieron en breves minutos y haciendo acto de presencia a la brevedad posible (30' aproximadamente). En el transcurso de este tiempo se tomó "piloto" para tener preparados paquetes globulares y plasma; al tomar la muestra sanguínea de la línea arterial se observaba bastante diluida lo cual nos hacía pensar en un sangrado masivo.

Durante estos momentos recibimos apoyo con diligencia por parte de la supervisora, dando indicaciones para que se preparara una sala en quirófano por si decidían intervenir al paciente. El tiempo corría y yo pensaba que el paciente podía morir; lo que competía a enfermería estaba hecho pero si el paciente no se exploraba en cirugía toda medida sería inútil.

Pienso que no hay un ser humano sobre la tierra que esté preparado para enfrentar la muerte, ya sea la ajena y muchos menos la propia; en lo personal yo no veo el acto de morir como un simple hecho biológico.

Llegaron los cirujanos en un mínimo momento y se abocaron al caso, y en 30' aproximadamente tomaron la decisión de intervenir quirúrgicamente al paciente.

Al día siguiente que llegamos nos comentaron que un punto se había botado en el sitio de la anastomosis arterial del injerto, con un sangrado aproximado de 1000 ml. El paciente se encontraba consciente, estable y egresó en 6 días sin complicaciones.

El día del evento era muy frustrante y desesperante no recibir respuesta de los cirujanos y no poder hacer más de lo que se había hecho.

Después del evento una profunda gratitud hacia Dios por su forma de guiar mi vida y por su misericordia hacia cada uno de los seres humanos".

**No. Folio:** 078  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 4 años  
**APE:** 10 años

"Se refiere a una paciente femenina de 48 años de edad, con Dx. de probable tromboembolia pulmonar, cursaba su 3er. día de estancia en la unidad de Cuidados Intensivos, con apoyo mecánico ventilatorio a través de cánula orotraqueal, sedada y relajada por infusión de fármacos, cuando súbitamente al monitorizar signos vitales presenta elevación de la Presión Venosa Central, hipotensión, datos de hipoperfusión y disociación ventilatoria; la primera acción que corroborar que estuviera funcionando perfectamente el ventilador, y la permeabilidad de la endocánula. Al darme cuenta que no había problema en cuanto a esto, la paciente presenta taquicardia supraventricular, en ese momento inicio a realizar maniobras vagales, a su vez que solicito la presencia del médico de guardia; al llegar el médico la paciente había respondido ya a las maniobras vagales pero aún continuaban presentes los otros datos clínicos, me desplacé por el carro de paro y pedí el apoyo a otra compañera. Al examinar el médico a la paciente determina que se trata de un taponade cardíaco, rápidamente preparé el equipo necesario para la instalación de sondas pleurales y punción cardíaca; en cuestión de minutos, la paciente respondió favorablemente al tratamiento proporcionado.

Cuatro días posterior al evento la paciente fue dada de alta en óptimas condiciones.

Es difícil poder expresar lo que uno piensa en el momento de la urgencia; son momentos de estrés y angustia, pero lo más importante es adelantar las acciones de enfermería a lo que el paciente presenta y a lo que se requiere por parte del médico; por otro lado es satisfactorio saber que la paciente haya sido dada de alta sabiendo que estuvo al borde de la muerte".



**No. Folio:** 084  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 2 meses  
**APE:** 16 años

"Se trata de una paciente Dx. de rechazo a implante renal, hipotérmica; con intubación endotraqueal apoyada con ventilador volumétrico FIO<sub>2</sub> 40%, monitorizada en ritmo sinusal, presenta deterioro súbito de perfusión y bradicardia hasta asistolia, en el momento de la aspiración endotraqueal. En ese momento solo nos encontrábamos personal de enfermería, que al escuchar el grito de auxilio de nuestra compañera procedimos a dar maniobras de resucitación; con mucha entereza c/u de nosotras asumí un papel (como si hubiésemos ensayado lo que cada una debía de hacer), sin gritos, ni empujones; se procedió a administrar medicamentos; hasta que en largos minutos (3min.) la paciente respondió a las maniobras; en esos momentos no se de donde empezaron a llegar los médicos corriendo y abriendo puerta y empezaron a ordenar, pero una de las compañeras les explicó y los calmó; al observarlos los vi bastante estresados, entonces una compañera dijo ilo hicimos, sacamos a la paciente! Todas empezamos a reírnos mucho; yo me sentía muy orgullosa y me puse a meditar, este es un gran pequeño triunfo".

**No. Folio:** 078  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 2 meses  
**APE:** 8 años

"Paciente con Dx A.O de aneurisma aorto abdominal bifemoral, SNG a derivación, intubado orotraquealmente, abdomen globoso con presencia de herida quirúrgica con grapas (Punzo cat No. 18 en MSD)

Ingresa al servicio de UCI procedente de admisión continua con Hipotensión arterial, se instala catéter de doble lumen , línea arterial, cultivo de sangre y orina.

El paciente al escuchar campos pulmonares me percató de que no estaba ventilando adecuadamente, el monitor empezó a alarmarse marcando frecuencias respiratoria de 42 x', se avisa a médico residente, previa valoración de globo de cánula de baja presión No. 9, percatándome de que se encontraba roto, al acudir el médico se decide el cambio de cánula, tardándose en realizar la maniobra, empleando un laringoscopio que prácticamente no tenía luz, acude el médico de base quien al principio bromeaba con el residente intubándose al paciente, pero la cánula no se encontraba en vías respiratorias, la S.N.G. (La bolsa) completamente llena de aire, se retira la cánula y el paciente inicia a desaturarse, el médico de base se desespera e inicia a gritar para que se le facilitara un laringoscopio en buen funcionamiento, se reintuba nuevamente sin éxito volviéndose a intentar, esta vez favorablemente, presenta en ese momento asistolia, se realizan maniobras de reanimación con reacción favorable momentáneamente, presenta bradicardia, se ministra atropina, nuevamente cae en paro cardíaco del cual sale nuevamente por maniobras y medicamentos, se realiza punción abdominal obteniendo sangre, se pide valoración por el servicio de cirugía y angiología quienes no consideraron adecuado someterlo a revisión quirúrgica, por lo que únicamente se deja en observación y cuidados propios de UCI, al día siguiente se diagnostica MUERTE CEREBRAL.

Como experiencia nada agradable, pero consciente de haber hecho lo correcto, ya que de no haber avisado de la ruptura del globo de la cánula de baja presión, el paciente de cualquier manera habría presentado desaturación, acidosis metabólica y paro cardiorrespiratorio; sin embargo no dejo de reconocer que no debió de haber pasado, ya que es obligación de enfermería verificar el buen funcionamiento, en este caso del laringoscopio, con mayor razón en un servicio donde se utiliza con demasiada frecuencia y no olvidando que son vidas humanas, a quienes no tenemos el derecho de quitarle la oportunidad de vida, por un descuido.

Como enseñanza a describir detalladamente en la hoja de enfermería, todos los sucesos que le ocurren al paciente durante la estancia en el hospital, ya que algunas veces creemos (al menos yo) que se sobreentienden con frases generalizadas (ejemplo: presenta insuficiencia respiratoria)".

**No. Folio:** 089  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 16 años

"Paciente masculino de 60 años con Dx. Púrpura Trombocitopénica Neumonía Focos Múltiples C.I.D.

1.- Al recibir al paciente, éste se encontraba en condiciones difíciles con desaturaciones de 70% y 80% con abundantes secreciones y datos de broncoespasmo.

Procedí a la movilización y aspiración de secreciones previa auscultación de campos pulmonares. Lo cual mejoró bastante la saturación O<sub>2</sub> del paciente hasta 96%, nuevamente ausculté campos y continuaba con Broncoespasmo a pesar de infusión Aminofilina – posteriormente se aplicó Salbutamol spray. Mejora bastante y finalmente se pudo incluso extubar.

Continué con la fisioterapia, movilización y aspiración orofaríngea, así como indicándole que hiciera toseduras para expectorar la gran cantidad de secreciones que aún tenía. Finalmente dejó al paciente estable con Sat. O<sub>2</sub> 96% FR22, FC88.

2.- Cumplir con mi trabajo y asistir al paciente por la insuficiencia respiratoria que presentaba.

Después fui tranquila, porque lo había dejado respirando sin problemas".

**No. Folio:** 099  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 10 años

"Al subir paciente a piso con Dx. de SD Guillán Barre, Intubado en sistema en T, cae en paro cardiorrespiratorio, al pasarlo de la camilla a la cama, en piso no había enfermera, ni médico residente para la recepción del paciente, el carro de paro no estaba disponible y el residente de U.C.I. ya se había bajado antes de entregar al paciente.

Lo que hice fue mantener la calma y empezar ambusear al paciente y dar masaje sola, pedía ayuda a uno de los familiares para que avisara al personal médico y de enfermería, cuando llegaron la paciente ya había salido del paro".

**No. Folio:** 104  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 1 año  
**APE:** 8 años

"Para mí, el caso clínico de mayor relevancia lo presencié en julio de 1997, cuando recibí por ingreso a la terapia intensiva a un paciente masculino de 32 años de edad, con diagnóstico de Pancreatitis necrótica hemorrágica y laceración hepática secundaria a traumatismo, ingresó por urgencias y fue operado por presentar abdomen agudo con los hallazgos antes mencionados, lo recibí con herida quirúrgica cerrada, drenaje procedente de lecho pancreático y un peso de 92 kg, permaneció hospitalizado en UCI 4 meses, durante los cuales fue intervenido quirúrgicamente en 21 ocasiones, cuando falleció tenía abdomen congelado, gastrectomía y pancreatetectomía total y un peso de 62 kg, que para su estatura (1.82 mt) y quienes lo vimos ingresar al servicio era evidente el hipermetabolismo, un gran autoconsumo a pesar de la N.P.T. y los esfuerzos de todos.

Por qué me parece relevante su caso? Porque fue un paciente que requirió un desgaste físico y psicológico para quienes cada semana estábamos atendiéndolo, (ya que la rotación dentro de la UCI del H. Esp. es por semana), por momentos parecía estar en franca mejoría y minutos después con rapidez, precisión, habilidad y tranquilidad preparándolo para ingresar nuevamente a quirófano, hubo días en que sabíamos que se había controlado el sangrado, pasa a modo ventilatorio asistido, él bajaba a reposit, se entablaba comunicación (de él escrita) y al minuto siguiente presión, control sedación, quirófano, sangrado súbito sin causa aparente, y debido a la naturaleza del sangrado y a su creciente angustia tenía que ser sedado aún con antecedentes de dar aviso a los médicos y así evitar que el paciente observara la movilización que ocurría en torno a él.

El mayor desgaste fue psicológico, ya que nos ocasionaba temor salir del cubículo que se presentara algún evento en esa salida con las consiguientes consecuencias o nos hacía permanecer minuto a minuto a su lado, con los sentidos agudizados para detectar signos de alarma y actuar de inmediato, agregando claro está, empatía que se tiene hacia los pacientes, su dolor y ver cómo llegó el momento, en el que el paciente no sólo pedirá, suplicaba que ya no se le hiciera nada y se le dejará morir, ocasión para preguntarse ¿hasta dónde se debe hacer todo lo posible para salvarle la vida?, ¿Hasta dónde se le debe dejar evolucionar, naturalmente hasta la muerte?

Mi labor con este paciente se resume en estos pasos:

1. Observación estrecha de sus signos vitales, estado de conciencia, oxigenación, etc.
2. Control estricto de líquidos y de cada uno de los drenajes, características, cambios.
3. Actuar rápidamente, con oportunidad y a la vez lo más tranquila posible para no alarmar ni al paciente ni a sus familiares.
4. Tomar decisiones en segundos.
5. No dar falsas alarmas.
6. Conservar la postura, no flaquear demasiado, no dejar de sentir pero no permitir que esos sentimientos interfirieran en mis capacidades.
7. Ser siempre un apoyo a pacientes y familiares.
8. Imponer el orden
9. Dignidad para todos principalmente para el paciente.
10. Precisamente poner toda mi experiencia en todos los pasos anteriores".

**No. Folio:** 103  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 4 años  
**APE:** 7 años

"Paciente con antecedentes de 4 catéter de tipo mahurkar, retirados por repetidas infecciones las cuales no ceden con antibióticos (2), y por presentar trombosis (2), colocados en yugular y subclavios.

Actualmente con F.A.V.I. de difícil abordaje, ya que el injerto no desarrolló adecuadamente, instalado en miembro superior izquierdo edematizado.

Paciente programado a dos sesiones hemodialíticas por semana con duración de 3 hrs.

Sábado 12:00 hrs. se punciona con cierta dificultad F.A.V.I. en MS Izquierdo, inicia tratamiento en máquina de alto flujo y alta eficiencia, en área para pacientes positivos a hepatitis "C", en reposit, con un flujo sanguíneo de 350 ml por min, llevando una hora de tx, el paciente refiere malestar: ansiedad e inquietud, se avisa al médico de base mismo que indica un placebo, el cual es ministrado y se tiene mayor vigilancia sobre el paciente, quien no siente mejoría, presenta diaforesis y dolor precordial nuevamente se avisa al médico quien indica diclofenaco inyectable, se les sugiere toma de ECK el cual no es aceptado por el anterior.

Sin embargo se monitoriza al paciente por criterio de enfermería observándose desnivel del segmento ST, indicio de infarto en primera fase, se ministra Isosorbide S/l 5 mg, se baja flujo sanguíneo de la máquina de hemodiálisis a 50 ml/min, O<sub>2</sub> por puntas nasales, posición de decúbito dorsal; en ese momento no se contaba con la presencia del médico pues posterior a la indicación del analgésico se retiró, por lo que una vez realizadas las anteriores maniobras al paciente, una enfermera se desplaza fuera del área a buscar un médico de la U.C.I.

Se le realiza Electrocardiograma completo corroborándose la lesión del miocardio".

**No. Folio:** 109  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 10 años  
**APE:** 22 años

"Paciente femenina que ingresa al servicio para tratamiento hemodialítico, con IRC, de 34 años de edad, consciente, orientada, con anasarca, palidez de tegumentos y adinámica. Presenta herida quirúrgica en miembro inferior izquierdo con acceso vascular en parte interna del muslo (FAVI) con injerto de Toratec; en la cual se observa eritema acentuado y esquimosis en herida quirúrgica.

Monitoreo de la paciente con signos vitales de. T.A. 160/90. FC 89, FR 18, T. 36.1° C. Se realiza asepsia de la región, localizándose sitios de punción y procedimiento a canalizar FAVI, obteniéndose flujo sanguíneo adecuado tanto arterial como venoso.

Iniciación del tratamiento conectando el equipo extracorpóreo a las agujas de punción arterial y venoso con flujo sanguíneo de 100 ml. Por minuto. De inmediato la paciente refiere dolor opresivo en región de la FAVI, se observa monitor sin presentar aumento de presión venosa, se palpa región de fistula sin presencia de hematoma. Incrementación del flujo a 300 ml, transcurridos 10 min. del tratamiento presenta hemorragia por herida quirúrgica y dehiscencia de la misma con abundante salida de sangre fresca. Procediendo de inmediato a suspender el tratamiento, retirando agujas de punción de FAVI y se efectúa hemostasia con campo quirúrgico, posteriormente se aplica apósito especial y vendaje compresivo. Se solicita interconsulta urgente al servicio de angiología y al mismo tiempo se procede a canalizar vena con solución de Hemacel a goteo rápido. Monitorización de signos vitales cada 5 min, los cuales se mantuvieron estables. Acude médico de angiología a realizar la interconsulta, el cual ordena ingrese la paciente de inmediato al quirófano para cirugía de urgencias".

**No. Folio:** 119  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 7 años

"Se trata de un neonato con Dx. de S.F.A. al dar los cuidados mediatos e inmediatos y posterior al lavado gástrico, presenta una regurgitación abundante al estar ya en incubadora, cuando empérchate del suceso, inmediatamente corrí a sacar al neonato de la incubadora y llevarlo a una toma de aire para aspirar, la otra enfermera y yo no teníamos a la mano sonda de aspiración, pero al ver el tipo de situación y la gravedad que podía pasar como era la broncoaspiración y muerte, adaptamos el tubo del aspirador con una sonda de oxigenoterapia y así se pudo salvar la vida del neonato, posteriormente se entabló una plática con la madre y se le informó que su hijo estuvo fuera de peligro".

**No. Folio:** 122  
**GE:** L.E.O.  
**AS:** 8 años  
**APE:** 11 años

"Se me pidió que checara temperatura a un paciente prematuro con cardiopatía y cuadros neumónicos repetitivos, al acercarme al paciente lo observé hipoactivo, con cianosis peribucal y respiraciones superficiales, le coloque el termómetro y cheque su frecuencia cardíaca, identificando bradicardia y apneas, lo traslado donde administré oxígeno, lo decido para poder observar mejor su mecánica respiratoria y de paso controlar su temperatura, pedí a una compañera avisara al médico, esta corroboró la bradicardia y decidió la canalización y administración de líquidos.

Mientras tanto, monitoricé al paciente para poder vigilar mejor su dinámica ventilatoria.

Este tipo de cosas me satisfacen porque soy capaz de establecer las prioridades de mis pacientes, sin la necesidad de que el médico me diga que es lo que debo realizar paso por paso".

**No. Folio:** 156  
**GE:** E.E.Q.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 24 años

"Primeramente los felicito porque en este pequeño lapso recorrí gran parte de mi vida, estoy contenta y satisfecha de haber elegido esta profesión.

Son tantas experiencias tristes como alegres pero de todas se aprende.

Era un paciente joven de 37 años de profesión ingeniero, sexo masculino, de constitución atlética, quien sufrió un accidente en Can Cún, no sabiendo la profundidad de estos litorales, en un clavado, tuvo sección medular, quedando cuadripléjico, estuvo en rehabilitación, cirugías, etc.

Por la mañana tenía que darle los cuidados generales al paciente cuadripléjico, los médicos le decían que no se podía hacerle más, tenía sus reuniones en el cuarto, sus visitas familiares era triste.

Pero no dejábamos de realizarle ejercicios los cuáles eran muy complejos y extenuantes, después de varios meses, fue la sorpresa, tenía comezón en la nariz y como un impulso llegó a su cara su mano derecha la alegría de nosotros, tanto del familiar, el paciente y mía se transmitió a los compañeros del servicio. El actualmente en silla de ruedas moviendo los brazos, las manos, los dedos y es un paciente más, pero creo que cuando nos dedicamos al ejercicio de nuestra profesión entregamos nuestro servir y recuerda en el servir se encuentra la alegría de vivir".

**No. Folio:** 119  
**GE:** E.T.I.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 24 años

"Cierta día a la salida de mi trabajo empezaron a traer varias personas heridas (albañiles), porque en los trabajos del metro se "Desbordó" o "derrumbó" la construcción.

Todas las personas eran jóvenes (20 a 45 años), con heridas y fracturas de todo tipo, algunos inconscientes con traumatismo craneoencefálico; la mayoría no sabía dar sus datos personales, algunos no hablaban español (dialectos), había la necesidad inmediata de canalizar, curar, vendar, inmovilizar, pasar a RX; realizar maniobras de R.C.P. y trasladar a hospitales de trauma del 3er. nivel; de inmediato me organicé, bajé al vestidor p/avisar quien podía ayudar (pues era hora de salida), trabajamos con rapidez increíble, los pacientes se identificaron como #1, 3, 3 etc, fueron 4 a 5 hrs. de trabajo intensivo, pero sentí muchísima satisfacción de ese trabajo, jamás me he sentido igual".



**No. Folio:** 167  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 4 años  
**APE:** 8 años

"Recuerdo que había solamente un médico de traslado en esa velada; salió a un traslado a un hospital de tercer nivel. De la clínica habían hablado para pedir apoyo y trasladar al H.G.Z. a un paciente. Como no sabíamos en que condiciones se encontraba, fuimos por él sin el médico pues nos había autorizado el subdirector. Llegamos a la clínica y era un paciente de aproximadamente 43 años, con dolor precordial; el médico tratante comentó que estaba estable y era necesario trasladarlo. Lo subimos a la ambulancia y se instaló catéter nasal con O<sub>2</sub>. No había pasado más de 5 minutos cuando el paciente manifestó dolor precordial intenso y falta de aire, inmediatamente le administré nitroglicerina S.L., sin embargo el paciente cayo en paro cardiorrespiratorio, le pedí ayuda a uno de mis compañeros operadores y mientras daba masaje cardíaco logré intubar al paciente (Gracias a Dios), al llegar al hospital continuaron el tratamiento; me sentí muy bien pues lo estabilizaron y posteriormente se trasladó a cardiología de donde después de (una angioplastia), un largo tratamiento el paciente fue dado de alta".

**No. Folio:** 175  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 4 años  
**APE:** 23 años

"En una ocasión, mi hija y su novio llegaron a mi casa, ya era de noche, los dos iban cubiertos de sangre. Me dijeron que a un amigo de ellos lo habían apuñalado, un poco delante de la casa y me pidieron que lo atendiera. Yo salí y lo ví en estado de choque, estaba sangrando abundantemente, llegó mucha gente y todos decían que había que hacer. Me levanté y les grité que se callaran, que yo me iba a hacer cargo de él, solicité sol. de Hartman y todo lo necesario para instalar la venoclisis, trajeron una camioneta, y lo colocamos adentro, lo descubrí cortándole la ropa, descubrí las heridas, una estaba en la femoral izquierda, otra en abdomen, otra en antebrazo derecho, y otra más en tórax. A su hermano le indiqué de qué manera debía realizar la compresión en el fémur, a otro hermano la compresión en abdomen. Le instalé dos venoclisis con sol. Hartman, no contábamos con gran cosa de material, así que nos adaptamos con lo que teníamos, pensé que él era muy joven y que iba a hacer todo lo posible para evitar que muriera.

Lo trasladamos al H.G.Z., y de ahí lo trasladaron a un Hospital de Trauma Gracias a Dios y a los cuidados que le brindamos logró salvar la vida.

Me dio mucho gusto poder ayudar y evitar la muerte de este joven. A mí me motiva el ayudar a los heridos en las calles, es peligroso pero me siento muy bien cuando los puedo ayudar".

**No. Folio:** 185  
**GE:** L.E.O.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 9 años

"Se trata de un paciente masculino de 52 años de edad, con el Dx. de P.O. de drenaje de hematoma fronto parietal derecha e H.A.S. (24 hrs de P.O) Se recibe con TA de 150/90 con tendencias a la Bradicardia hasta de 30x', sin repercusión hemodinámica, aproximadamente a las 9:30 hrs baja a una TAC de cráneo, mantenía un Glasgow de 5 puntos; a su regreso continua con la bradicardia y deterioro neurológico, anisocoria y sin respuesta motora. Se comunica al médico de los cambios; la tomografía reportaba edema cerebral importante que desplazaba a la línea media cerebral; y hematoma del lecho quirúrgico. A las 10:30 presenta bradicardia de 27x' de inmediato se administran 2 amp. de atropina que responde y mantiene FC de 52x', presenta hipotensión severa de 70/40, le administran expansores de plasma en carga rápida, los volúmenes urinarios caen súbitamente; inicia con problemas de desociación mecánica ventilatoria, con aumento de las presiones de la vía aérea, le aspiré secreciones las cuales eran escasas, se decide sedarlo con midazolam cada vez que presentaba más deterioro me angustiaba por el peligro en que se encontraba la vida del paciente, a pesar de el apoyo que estaba recibiendo, evolucionaba hacia la gravedad, continúa con inestabilidad hemodinámica, y deterioro neurológico severo, tenía datos de herniación del incus sin respuesta pupilar, se decide el apoyo con dopamina y se continua con terapia de líquidos a las 12:00 hrs presenta trastornos del ritmo; E.V. bradicarda que a pesar de la atropina evoluciona a asistolia, se inicia RCP avanzado, el paciente de inmediato presentó cianosis marcada de cuello y cara, continuamos con la reanimación en conjunto con otras compañeras, pero todos los intentos fallaron, el paciente murió, las manifestaciones tan súbitas y el deterioro tan rápido indicaban que el paciente había resangrado a nivel cerebral aún cuando las medidas empleadas fueron oportunas el pronóstico del paciente era fatal; cabe mencionar que con todo el apoyo que se le ofreció, en cuestión de menos de una hora, el paciente se mantuvo refractario a todo el tratamiento, por la misma lesión cerebral que presentaba. En el momento crítico pensaba que tan importante es la actuación de uno como enfermera y de la toma de decisiones.

Recordemos siempre que en nuestras manos están vida y que tenemos que dar lo mejor como personas y profesionistas, sean cual sean las circunstancias porque siempre será un placer y privilegio ayudar a los demás.

Solo recuerdo que por la mañana, cuando saludé al Paciente todavía me respondió con un movimiento de manos, le dije que todo iba a estar bien, y horas más tarde él ya no estaba".

**No. Folio:** 188  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 2 años  
**APE:** 10 años

"Al entregarme en una ocasión a los pacientes, estando junto a una paciente con Dx. de pancreatitis, con cánula orotraqueal, ésta no estaba bien fijada y al hacer un leve movimiento la paciente se extubó, en ese momento no se encontraba ningún médico, la empecé a oxigenar con el ambú, en lo que preparaban el equipo para intubarla y le avisaran a los médicos, como éste no llegaba, tomé la decisión como responsable del servicio a intubarla yo, afortunadamente no me costó trabajo y se resolvió rápido el problema".

# **CASOS TIPO EN LA CATEGORÍA HÁBILES**

**No. Folio:** 002  
**GE:** E.E.A.  
**AS:** 3años  
**APE:** 16 años

"Llega paciente al Servicio de Urgencias con palpitations y sudoración profusa. Lo recibe el médico, le hace un pequeño interrogatorio y le asigna unidad al paciente.

Dirigí al paciente a su unidad, lo preparé psicológicamente, le proporcioné ropa de uso hospitalario y le ayudé a desvestirse, inmediatamente después le tomé los signos vitales, un electrocardiograma, se dejó el monitoreo continuo, y se procedió a anotarla en la hoja de enfermería en tanto el médico interpretaba el electrocardiograma, y le diagnostica taquicardia supraventricular, se inicia tratamiento médico con soluciones y digitálicos, durante este lapso presenta extrasístoles frecuentes por lo que se prepara todo para cardioversión y bolos de xilocaína como antiarrítmico. El paciente mejora su cuadro clínico, desaparecen las extrasístoles y su ritmo mejora.

Fue una situación estresante y de angustia, ya que el paciente fue presentando más complicaciones minutos después de su ingreso, pero su situación mejoró, gracias a la atención oportuna e inmediata que se le dio en el servicio de urgencias".

**No. Folio :** 003  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 1 ½ años  
**APE:** 9 años

1.- "Se trata de un paciente de I.R.C. que acudió al Servicio de Diálisis Peritoneal para que le hicieran su recambio de las 12:00 hrs. Al ser trasladado de la camilla a su cama el paciente cae en paro cardiorrespiratorio, el camillero lo acomoda, yo me dispuse a reanimarlo con compresión cardíaca, coloqué mascarilla de O<sub>2</sub> mientras el camillero avisaba al equipo médico.

El paciente empezó a quejarse, yo continué con el masaje cardíaco, llegó el médico continuando el mismo manejo, el paciente respondió afortunadamente.

2.- Me sentí mal al pensar que el paciente podía fallecer y me hubiera sentido con parte de culpa, sino hubiera hecho algo por él.

3.- El aplicar masaje cardíaco ya que era la primera vez que lo aplicaba".

**No. Folio:** 007  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 13 años  
**APE:** 13 años

"Se encuentra en piso de Neurocirugía paciente femenina senil 68 años, con sol. Glucosada 250cc + aminofilina con traqueostomía, nebulizador, S/F y SNG a derivación con hemiplejía derecha, con insuficiencia respiratoria, disnea polipnéica, taquicardia, hipotensa, sedada con flunitricepam, pálida con poca respuesta a estímulo verbal. Se avisa a médico de guardia R<sub>1</sub>OT sobre condiciones de la paciente, no indica absolutamente nada, y la paciente continua con hipotensión por otra hora más, se avisó a mi jefe de piso, que le he estado tomando sus signos y la paciente continua hipotensa, ya le avisé al médico y no realiza ninguna medida, le pregunto si inicio una carga de sol. para su hipotensión o algún medicamento (Dopamina), pero él dice que no. Como veo que ni mi jefe ni el médico hacen algo al respecto, notifico a la enfermera para que suba el Médico de choque a valorar. Posteriormente bajo a choque (la paciente).

Sentía enojo e impotencia por que veía que se podía hacer algo por la paciente y no lo hacíamos, en lo que podía dañar o deteriorar o incluso la muerte de la paciente. Después que pude haber hablado directamente con el médico de choque y viera a la paciente. Si me sentí inútil y enojada con el médico y mi jefe. Dentro de mis posibilidades procuré ayudar a la paciente. Le tomé sus signos vitales constantemente c/15', presioné al médico y a mi jefe, le realicé aspiración de secreciones".

**No. Folio:** 009  
**GE:** E.E.I.  
**AS:**  
**APE:** 14 años

"Paciente en choque hipovolémico, en el área de urgencias siendo las 20 horas, llega el paciente con antecedentes de llevar 2 horas sangrando (rectorragia) no había médico por ser la hora de salida, inmediatamente lo canalicé y empecé a restituir volumen con sol. Hartman y Hemacel, tomar laboratorio y con mi compañera me apoyé para tomar un EKG, con el compañero de intendencia me apoyé para solicitar la ayuda el médico del servicio de la Unidad Tocoquirúrgica. Se intubó y su respuesta fue favorable, y se trasladó a la Unidad correspondiente (hospital General de Zona)".

**No. Folio:** 010  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 3 años  
**APE:** 9 años

1.- "Paciente femenina con diagnóstico diabetes mellitus descompensada, insuficiencia renal aguda, presenta paro cardiorrespiratorio, encontrándose el residente solo le apoyé en la reanimación cardiorrespiratoria, él daba masaje y yo apoyo con ambú.

2.- Era tal la desesperación que sentía para que la paciente saliera de su estado. Me sentí muy bien porque la paciente salió del paro cardiorrespiratorio, hubo una coordinación magnífica entre el residente y yo".

**No. Folio:** 012  
**GE:** L.E.O.  
**AS:** 6 años  
**APE:** 9 años

"Un día del mes de enero de 1999, trabajando en el turno nocturno del H.G., como especialista pediatra, me presenté en la Terapia Intensiva donde uno de mis pacientes asignados era una niña de 10 años, con Dx, de apéndice perforada; se encontraba consciente, reactiva, platicadora con CVC para paso de sol. Cristaloides y coloides, electrodos, etc... pero lo impresionante en ella era la exposición de vísceras que se encontraban cubiertas con apósitos y un vendaje.

Ella refería dolor intenso, al comunicarle al médico me pidió la pasara un placebo pues argumentaba que ese dolor era psicológico.

Cuando le iba a realizar la curación y cambio de apósitos, ella me pregunta que si era verdad que tenía un hoyo en el estómago, que nadie se lo decía pero que ella ya lo sabía. Y así pasó toda la noche platicando por ratos y por otros quejándose; casi al ser las 6 a.m. se le pasa el medicamento analgésico-narcótico (NUBAIN) y ella al darse cuenta que si era el medicamento me habló y me dice que quería darme las gracias por haberla cuidado durante toda la noche, que ya la iban a cambiar de piso y que esperaba la fuera a visitar. Se despidió y se quedó dormida.

A la velada siguiente me dirigí a su cama para ver su estado y ya se encontraba con asistencia mecánica ventilatoria y ya no la volvía ver consciente y reactiva, a la tercer velada ya no la encontré pues murió.

Me sentí mal pues creo que ella presentía algo y por ello se despidió".

**No. Folio:** 013  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 4 años  
**APE:** 15 años

"Se trata de un paciente con Dx. de Cardiopatía Isquémica, y Diabetes Mellitus, el cuál estaba en espera de cirugía (Revascularización). Al inicio de turno, le realice toma de signos vitales, los cuales se encontraron dentro de parámetros normales, hemodinámicamente estaba estable.

Más tarde el familiar me reportó, que su paciente se encontraba diaforético, angustiado, con cefalea, en ese momento, le cheque nuevamente SV, le tomé un dextrostix, el cual fue de 40 mg, le pedí a su familiar fuera a avisarle al médico, el cual no se encontraba en ese momento; lo canalice con una sol. Glucosada al 5% 250ml y le pasé 20 ml de dextrosa al 50%, le coloqué puntas nasales con O<sub>2</sub> 3 Hs x', posteriormente tomé otro dextrostix el cual fue de 60 mg, nuevamente ministré 20 ml de Dextrosa al 50%, a los 10 minutos tomé el 3er. dextrostix, el cual fue de 120mgt, posteriormente el paciente me refirió sentirse mejor. El médico llegó más tarde y le reporté lo sucedido; revisó al paciente y me dijo que estaba bien lo que había realizado.

Posteriormente hizo anotaciones de los medicamentos administrados".

**No. Folio:** 014  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 6 meses  
**APE:** 16 años

"Paciente masculino con diagnóstico de I.A.M., llega al servicio por su propio pie, con dolor precordial, diaforético. En ese momento los médicos que se encontraban en el servicio estaban atendiendo un paciente en paro cardiorrespiratorio.

Me tomé el atrevimiento de pasar a una cama, le coloque oxígeno por puntas nasales, canalice una vena con sol. Glucosada 5% 250ml a 10 microgotas x', le tomé un electrocardiograma y se lo lleve al médico. Me dijo efectivamente tiene un I.A.M., me pidieron muestras de sangre pero ya las había tomado, lo único que me hacía falta era la requisición de laboratorio, me la dieron y se le pidió valoración a la U Coronaria. Lo valoraron y en ese momento subió a piso, habiéndole administrado previamente un analgésico. Por lo cual el paciente subió a piso sin dolor estable".



**No. Folio:** 015  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 4 años  
**APE:** 15 años

"Ingresa paciente a la unidad de choque polifracturado por accidente vial c/fractura expuesta, al empezar a asistirle en el A.B.C. cae en paro cardiorrespiratorio por choque hipovolémico; se inicia la maniobra de resucitación, asistiendo al médico en la preparación de los medicamentos para dicha labor, al tiempo en que se inicia el procedimiento de entubación. Aproximadamente minuto y medio, sale el paciente del paro, se logra la estabilización y se mantiene con el ventilador y monitorizado.

Al ingresar el paciente al área de choque mi actitud fue la de tratar de brindarle lo más pronto posible una buena atención, ya que su estado era crítico, pero en el momento del paro sí sentí desesperación al saber que la vida del paciente estaba en nuestras manos, y en las correctas maniobras que realizábamos, cuando se estabilizó mi actitud fue más tranquila y satisfactoria, al saber que se le pudo proporcionar una buena intervención de acuerdo a la gravedad del paciente.

La realización de varias maniobras casi al mismo tiempo, debido a la importancia de cada una y a la dificultad del caso y la absoluta rapidez y precisión con la que se tenía que hacer cada una de ellas".

**No. Folio:** 017  
**GE:** E.E.I.  
**AS:**  
**APE:** 12 años

"Se trata de un paciente de 70 años con dx. de Ca de Próstata, tratado anteriormente con tx quirúrgico y posteriormente quimioterapia. El paciente es traído al servicio de urgencias por su familiar (me encontraba con mi compañera de turno, faltaba media hora para nuestra salida, el médico ya se había retirado, como no había pacientes y era domingo). El paciente llega inconsciente, lo colocamos en una camilla, le quitamos su camisa y le colocamos una bata, al mismo tiempo interrogué al familiar qué era lo que le había pasado. Mi compañera le tomó sus signos vitales T/A 70/40, FC 110, FR 27, le instaló oxígeno. Diaforético, piel fría, decido canalizarlo y al mismo tiempo tomar muestras de sangre y dextrostix, me percaté al valorarlo que es de 40 mg/dl de glucosa, decido pasarle 50ml de dextrosa 50% a chorro, y abrirle a la solución Hartman pensando que era una hipoglucemia + hipovolemia, el paciente empieza a responder al tratamiento, recobrando la conciencia pero aún confuso, desorientado. En eso llega el médico del siguiente turno, le comunico cómo llegó el paciente y las maniobras realizadas. Decide tomarle otro dextrostix, que ya salió de 60 mg, decide revalorarlo con resultados de laboratorio, yo entrego mi turno y me retiro.

Durante el evento sentí que debía hacer algo y rápido, lo hice en coordinación con mi compañera. Me sentí segura porque entendía lo que le pasa al paciente, cuando vi que el paciente recobraba la conciencia me dio satisfacción que realmente lo ayudé. Pero también me dio coraje, pues en un servicio de urgencias no debe descuidarse, mucho menos debe faltar un médico, y por aunque sea domingo, debe de haber los médicos para atender a los pacientes como debe ser. (Ya que ese día no había ni servicio de voceador, para vocear a cualquier médico y pudiera auxiliarme)".

**No. Folio:** 018  
**GE:** E.G.  
**AS:** 20 años  
**APE:** 20 años

"Mi experiencia fue en el Hospital de Ortopedia. Tenía un paciente, caminando con la cirugía de columna lo dejaron con hemiplejía. Ya tenía 3 meses hospitalizado con una complicación de osteomielitis, estaba muy grave un día que llego a trabajar en la noche, con cargas por hipotensión y por la tarde presentó paro.

Para manejarlo con las cargas solo tenía un catéter que no estaba bien puesto, en ese momento había que pasarle 3 paquetes de concentrado, lavados esos paquetes tiene solamente un tiempo de 2 hrs.

El Paciente no quería que lo canalizara porque ya tenía arteroesclerosis, pero en ese momento le dije, yo lo canalizo y él me contestó, no porque los médicos no me han podido canalizar, yo insistí, ya le encontré una vena y es necesario para salir adelante. Me atrevía a desafiarlo y lo canalicé, se le pasaron los 3 paquetes y mejoró.

El Subdirector y la Subjefe me felicitaron por lo que había hecho, y eso me hizo sentirme feliz como enfermera".

**No. Folio:** 019  
**GE:** E.G.  
**AS:** 25 años  
**APE:** 26 años

"Estaba sola en el 4º piso del Hospital General en Ginecología, pues mis compañeras ya habían salido, eran las 21:20 horas, yo tenía que entregar el turno cuando una paciente empezó a chocarse, por el suero que se le estaba administrando, le cerré inmediatamente y corrí a pediatría a pedirle al médico que me ayudara mientras subía al 6º piso por el ginecólogo, como no bajaba empecé a dar los primeros auxilios y la paciente se recuperó.

Estaba en pediatría un niño que cayó en paro, como estaba sola no podía salir a pedir ayuda pues el niño moriría, empecé a dar maniobras de resucitación y el niño salió adelante".

**No. Folio:** 025  
**GE:** L.E.O.  
**AS:** 2 años  
**APE:** 6 años

"Recuerdo que en una ocasión en el Hospital, en el Servicio de Medicina Interna, tuve un paciente que ya estaba desahuciado, ya los médicos decían que no se le hiciera nada porque ya no tenía remedio, y los familiares decidieron llevárselo a casa, pero me pidieron que lo asistiera en su casa, acepté pero para esto tomé un curso relámpago de rehabilitación, el cual lo tenía que aplicar con él, porque tenía parálisis y atrofia de miembros superiores e inferiores. Al aplicar esto, el paciente recuperó motilidad en sus miembros y se mostraba cooperador y entusiasmado, a este paciente le puse todo el entusiasmo del mundo, y aunque no se recuperó en su totalidad por el daño neurológico tan severo que tenía, puede dar un rayo de esperanza a su vida.

En el tiempo que llevo trabajando en el primer nivel de atención que es otro de los niveles en que también me desarrollo, tuve la oportunidad y gran satisfacción de ayudar a dejar el alcohol a un paciente cirrótico, ya que le informé e insistí e incluso lo acompañé a sesiones de Alcohólicos Anónimos".

**No. Folio:** 031  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 1 mes  
**APE:** 10 años

"Llega al hospital por medio de helicóptero, paciente con herida por arma de fuego en abdomen, es traído sin previo aviso ni notificación al Servicio de Urgencias; de inmediato al escuchar que llegaba helicóptero movilicé a 2 camilleros, lo recibimos, valoré el ABC del paciente politraumatizado, se tomaron S.V. se monitorizó, no había ningún médico; lo trasladamos al Servicio de Urgencias para su valoración, se le dio al médico de guardia notificación de S.V. y ABC, y le envió mensaje a su médico tratante, mientras el Servicio de Urgencias evaluaba al paciente.

En este momento pensaba en cómo debería de actuar si el paciente venía grave, sentí estrés, temor y valentía por enfrentarme a algo inesperado.

Después de los hechos sentí que el traslado estuvo bien realizado y que el paciente recibía una valoración rápida".

**No. Folio:** 032  
**GE:** E.G.  
**AS:** 1 año  
**APE:** 16 años

"Desde que salí de la carrera, me dediqué a la enfermería industrial "Empresas" y mis mayores satisfacciones fueron, poder elaborar programas preventivos de accidentes, y con esto disminuir a gran escala los accidentes dentro de las empresas.

Así como ser la responsable de atender los accidentes y lograr la completa recuperación de los pacientes, y con esto lograr la confianza de la gente y el reconocimiento de la empresa.

Estando en el Hospital General en Ginecología, logré restablecer psicológicamente y emocionalmente a una paciente de 28 años, le habían quitado la matriz, recién casada y sin hijos.

Se iba a divorciar y no recibía visitas, de nadie, posteriormente adoptó 2 niños y es una mujer feliz".

**No. Folio:** 037  
**GE:** E.G.  
**AS:** 1 año  
**APE:** 8 años

"En una ocasión que me encontraba en el servicio de Labor y Expulsión llegó una paciente refiriendo que su bebé ya iba a nacer, pero no se encontraban ni el médico ni el anesthesiólogo, al principio me puse nerviosa, pero tomé la decisión de asistir a la paciente si el niño(a) nacía, preparé lo necesario mientras pedí ayuda a una de mis compañeras, y en mi mente estaba el pensamiento de que yo tenía los conocimientos necesarios para poder ayudar en una situación similar, le indiqué a la paciente que tenía que colaborar y apoyada en mis conocimientos nació el bebé, le aspiré sus secreciones, le corté el cordón umbilical y se lo pasé a mi compañera, posteriormente le indiqué a la señora que faltaba la placenta, que estuviera tranquila, el alumbramiento fue sin complicaciones, mas tarde apareció el médico a realizar solamente la limpieza interna de la paciente y los procedimientos posteriores".

**No. Folio:** 037  
**GE:** E.E.Onc.  
**AS:** 2 años  
**APE:** 5 años

"En el poco tiempo que tengo como enfermera, solo hay una cosa que quiero compartir. Estando estudiando la especialidad de oncología, contando con una hora beca en el Hospital, llego y me indican el número y asignación de pacientes, se me ocurre antes de preparar medicamentos o realizar cualquier otra actividad, entrar a una habitación donde me encuentro con una paciente posoperada, la cual se encontraba con un familiar que al verme me dijo, favor de guardar silencio porque mi familiar está dormida, yo inclino la cabeza y observo a la paciente, la cual se encontraba pálida y con ausencia de movimiento de tórax, lo que me obligó a acercarme a la paciente y descubrí que estaba en paro cardiorrespiratorio, desde cuando no lo sé, de inmediato la asistí en posición y llamé urgentemente al personal del piso por el timbre.

Con ello digo, de no presentarme con la paciente, tal vez algo desagradable ocurriría, cabe mencionar que su familiar era un médico".

**No. Folio:** 055  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 6 años  
**APE:** 13 años

"Paciente con Dx. de Sepsis Abdominal, de larga evolución con signos vitales estables, diuresis horaria alta, glicemias altas y traqueostomía, conectada a ventilador volumétrico, monitoreo continuo, presenta laceración en piel en región abdominal a nivel de H.Q. y salida de sonda de gastrectomía y en región peri-anal, con escara a nivel sacra, por el estado en que se encuentra la piel me hace sentir el poco cuidado que han tenido en esas áreas, se procede a colocar una protección en área abdominal a nivel de salida de la sonda que consiste en una dona de caraya, en región perianal y sacra se lava y se seca región con iosina, y se hace cambio de ropa y posición.

A pesar de tener colchón de aire, el paciente presenta lesiones en región sacra, lo cual indica que a pesar de este último es necesario el cambio de posiciones o verificar el llenado de aire o agua para que no haga mucha presión en áreas de sobrepresión de huesos o revisarla periódicamente, para evitar al máximo laceración por acidez de evacuaciones.

Esto en lo personal me hace sentir mal por el poco cuidado que a veces ponemos, muy poca atención al mayor tejido que poseemos y una de nuestras primeras defensas ante las infecciones".

**No. Folio:** 060  
**GE:** E.G.  
**AS:** 1 mes 15 días  
**PE:** 26 años

"Me encontraba realizando un recorrido por las habitaciones en un servicio de hospitalización, cuando encontré a un paciente ingreso solo para realizarse un chequeo de rutina, tirado en el suelo del baño.

Al llamarlo por su nombre no obtuve respuesta, palpé el cuello buscando pulso sin encontrarlos. En ese momento pensé "estoy sola", realicé un intento de alinear el cuerpo y al sentir el peso reaccioné y me dirigí a activar la palanca de código azul (código del hospital para manejo de paro cardiorrespiratorio), salí al pasillo y llamé a la compañera que estaba en el pasillo, juntas alineamos al paciente e iniciamos maniobras.

En menos de un minuto acudieron los médicos, compañeros de inhaloterapia y pudimos pasar al paciente a la cama, ya que su respuesta al inicio del tratamiento. Su evaluación fue satisfactoria".

**No. Folio:** 061  
**GE:** E.E.Q.  
**AS:** 8 años  
**APE:** 12 años

#### CASO CLÍNICO:

"Paciente con diagnóstico de tumor cerebral, al cual se le estaba realizando una cirugía de craneotomía, y en la cual yo estaba instrumentando, durante el procedimiento me percate que en el monitor del paciente hay alteraciones en el pulso y la tensión arterial, comento esto con el anestesiólogo quien identifica que el paciente tiene extrasístoles y cae en paro cardíaco.

A pesar de mi inquietud para cooperar con las maniobras de resucitación, me mantuve con la técnica estéril en la medida de lo posible, para el abordaje de cráneo, el cual en esos momentos no podía detenerse por completo. Me mantuve asesorando verbalmente a la enfermera circulante y facilitando las maniobras de RCP sin descuidar mi campo quirúrgico lo cual fue difícil, ya que se me presentaron 2 situaciones con gran complejidad y en las cuales el paciente corría peligro, por un lado el paro cardíaco y por el otro la lesión cerebral. Finalmente el paciente respondió a las maniobras satisfactoriamente y el procedimiento quirúrgico se terminó sin más complicaciones y para ese momento el cirujano me felicitó por la actitud tomada ante la situación".

**No. Folio:** 062  
**GE:** E.E. en Cardiología  
**AS:** 2 año  
**APE:** 10 años

"Al recibir paciente de 67 años de edad quien cursaba sus primeras horas de posoperado de resección de aneurisma aorto femoral, más colocación de injerto pre-coagulado.

Se encontraba con los siguientes datos, se observa con palidez de tegumentos, piel fría y ligeramente húmeda, consciente, en tiempo, lugar y persona, somnoliento, con apatía a la respuesta verbal. Monitorizado con presencia de ritmo sinusal, frecuencia cardíaca de 90x', con marcapaso epicárdico profiláctico, con catéter trilumen en central y permeable por yugular izquierda, pasando su solución de base fisiológica + 20 mmEq kcc + sulfato de magnesio a 41 ml/h con apoyo de dopamina a 5 ml/h y NIG a 35ml/h con PVC oscilando entre 10 y 12 cm H<sub>2</sub>O, ruidos cardíacos de buena intensidad y a la auscultación pulmonar presencia de murmullo vesicular normal con herida quirúrgica media limpia y seca, con disminución de ruidos peristálticos y ligera distensión abdominal, perímetro abdominal de 104 cm con sonda urinaria con diuresis de 30ml/hora aproximadamente.

Al terminar de recibirlo se escuchó la alarma del monitor, se visualiza y se observa presencia de extrasístoles ventriculares pareadas, diaforesis profusa, disminución del estado de alerta, discreta cianosis + T/A de 90/55.

1) Acciones de Enfermería:

- 1.- Se le disminuye a la NTG
- 2.- Se aumenta a 10/x' en bolsa reservorio
- 3.- Se pasan bolos de xilocaína (2) y un sulfato de magnesio.
- 4.- Se pasa carga de solución Hartman 350 ml.
- 5.- Se forza diuresis con lasix
- 6.- Se toma trazo completo
- 7.- Se toma dextrostix 90mg/dl
- 8.- Se toma muestra para electrolitos
- 9.- Se avisa a médico de guardia
- 10.- Se mantiene vigilancia estrecha.

2) Durante el evento me apresuré a la realización de lo descrito anteriormente.

- a) Trataba de saber la causa desencadenante.
- b) Sentí angustia por la labilidad y por sus antecedentes patológicos HAS+DM
- c) Sentí, que si salía del cubículo pasaría algo terrible.

3) El aspecto crítico

Fue por avisar al médico de guardia, él en ese momento estaba tratando otra urgencia, y posteriormente al estabilizar a un paciente, pensé que la valoración de enfermería, debe de ser mas minuciosa y detallada, ya que son enfermos más lábiles y de un momento a otro pueden cursar con cualquier evento que comprometa su vida".



**No. Folio:** 063  
**GE:** E.E.Q.  
**AS:** 15 año  
**APE:** 15 años

"Aproximadamente hace 2 años al recibir mi turno en la mañana, me encuentro con una cirugía de emergencia en las salas de tococirugía. En ese entonces yo me desempeñaba como supervisora de quirófano, fue tal la urgencia que no tuve tiempo de programar a nadie y me lave yo.

Era una paciente con un "probable" embarazo ectópico roto. Al momento de entrar la paciente a la sala, nos encontramos con una paciente hemodinámicamente en pésimas condiciones, con una palidez exagerada y sus signos vitales apenas perceptibles.

Se incidió sin tomar en cuenta planos quirúrgicos y botaron aproximadamente 30 de sangre y coágulos. Al conectar el aspirador la circulante rompe el frasco. El cirujano empezó a gritar y manotear.

Yo empecé a meter compresas en cavidad mientras tanto. Posteriormente ya instalado el frasco empezamos a sacar las compresas y a localizar el sitio de sangrado, finalmente el problema fue solucionado.

Lo que me pareció muy importante de esta experiencia fue que tanto la circulante como yo mantuvimos la calma y mi participación durante el acto quirúrgico ayudó a solucionar el problema.

La paciente pasó a terapia intensiva 24 hrs y fue dada de alta del hospital a los 5 días".

**No. Folio:** 066  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 8 años  
**APE:** 15 años

"Fui requerida en la unidad de transplante renal, el paciente que me asignaron era de un transplante de donador vivo relacionada que había presentado rechazo, se estaba tratando con OKT3 por catéter central largo en MTI aislado, pero había presentado tromboflebitis en el brazo, se le inició infusión de heparina desde un turno anterior, no me acuerdo a que dosis.

En mi turno se le retiró el catéter central y se colocó un subclavio de 2 lumens del lado derecho por punción, empezó a sangrar por el sitio de punción.

Se encontraba con T/A y IC dentro de límites pero polipnéico, se empezó a tomar muestras por línea arterial para T.C. c/2 hrs.

Casi a las 12 hrs. después de haber iniciado la heparinización empezó a tener T.C. > 8', le avisé al médico de base y me dijo que no había problema que siguiera la infusión; a la siguientes media hora le tomé otra muestra y el resultado fue de >15' de T.C. Le apagué a la bomba de infusión y le avisé al médico el cual me respondió lo mismo.

Yo me sentí imposibilitada de hacer algo, pero después de pensarlo mejor opté por dejar sin pasar la infusión y sugerí que se le suspendiera la heparina, y mejor se utilizara pentoxifilina y dipiridamol, lo cual no fue aceptado, para cuando entregué al paciente, le indiqué a mi compañera el problema y le dije que por iniciativa propia había suspendido la infusión. El paciente ya presentaba hematoquesia y sangrado por narinas e hipotensión, temía estar equivocada con respecto a haber apagado la bomba.

Inicié administración de hemacel y avisé al médico, este me regañó porque dijo que yo no tenía ningún conocimiento para haber tomado esa decisión y mi compañera que me estaba recibiendo actuó de acuerdo a la indicación del médico, volvió a prender la bomba de infusión.

Al día siguiente me enteré que el paciente había fallecido a las 10:00 p.m. por choque hipovolémico".

**No. Folio:** 067  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 19 años  
**APE:** 23 años

"Paciente masculino de 68 años de edad con Dx. de E.P.O.C. infarto diafragmático. Insuficiencia cardíaca y H.A.S. cursando 2º día de hospitalización en la U.C.I., con nebulizador, presentando datos de insuficiencia respiratoria, con cianosis distal, inquietud, taquipnéico, con T.A. 110/60, con indicación de prozación pultopralal y parche de nitrodise, aviso al médico del estado del paciente, el cual indica que se administren antihipertensivos cayendo el paciente en paro cardiorrespiratorio, en ese momento sentí angustia, impotencia, estrés para poder asistir a médicos que requerían del equipo de urgencia para colocación de marcapaso, instalación de aminas, nitroglicerina e intubación de urgencia, en ese momento acudí a mi ayuda la jefe de piso siendo ésta insuficiente, dado el estado del paciente, saliendo el paciente del paro cardiorrespiratorio en malas condiciones generales, falleciendo 10 días después".

**No. Folio:** 069  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 4 años  
**APE:** 12 años

"Paciente con sepsis abdominal con insuficiencia renal, resección vías biliares el cual se encontraba seriamente grave, con infusión de aminas a dosis altas así como norepinefrina, insulina, con midasolan en infusión y así se encontraba reactiva.

Con diversos sitios de drenaje con gasto alto de características hemáticas fétidas así como por herida quirúrgica.

Por cánula endotraqueal se aspiraba sangre, tapones de coágulos aún con los medicamentos necesarios y cargas de hemacel, su tensión arterial continuaba baja, en consecuencia no dejaba de estar reactivo.

Después de varios intentos con medicamentos, infusiones, etc, el médico decide cerrar las bombas y que se le aplique Nubain. Para mí fue sumamente estresante mientras el medicamento aún sabiendo que el paciente sufría. ¿Hasta dónde podemos decidir por la vida del paciente, ya sea alargándola o dar término a ella?"

**No. Folio:** 070  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 8 años  
**APE:** 12 años

"Se trata de paciente femenina con Dx de I.R.C. con trombosis en ambas subclavias y femoral izquierda, con antecedentes de FAVI en M.S.I. trombosada por hipotensión.

Actualmente cuenta con FAVI en M.P.I. de gortex como antecedente por dopler, reporta estenosis de arteria natural por la que se encuentra injertada la actual FAVI

Al ser punsionada ya iniciando un flujo de 200 ml x trat. De hemodiálisis refiere la paciente dolor en dicho miembro pélvico y súbitamente presenta salida de sangre en herida quirúrgica de la FAVI y presenta dehiscencia de herida por la que actúe colocando gasas en la salida de sangre a chorro; solicitándole al residente que llamara a los angeólogos, al personal de enfermería le indiqué que canalizara a la paciente con sol. Y muestras de sangre; posterior a la revisión del angeólogo; le aplique un vendaje de compresión, se envió a quirófano a la paciente (se retiraron agujas de punción antes del vendaje).

Durante la actuación pensé que a la paciente se le había botado el injerto y me angustié por ella y su familia.

La paciente actualmente se encuentra en buenas condiciones y su FAVI funciona adecuadamente dentro de sus limitantes".

**No. Folio:** 073  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 1 año  
**APE:** 16 años

"Se trata de paciente femenina en tercera década de la vida, con diagnóstico de tromboembolia pulmonar, la cual presenta signos vitales con parámetros normales, sin catéter central o periférico, sin sonda foley y con buenos volúmenes urinarios de acuerdo a su peso.

Con ligera disnea apoyada de nebulizador. A la exploración física obesa, con venas de pliegue de antebrazo punsionadas, solo con una vena en buenas condiciones.

Se inicia instalación de catéter largo transcutáneo el cual es aplicado por médico residente con maniobra fallida.

Por sus condiciones tomo la iniciativa para canalizarla, pero es nuevamente herrado el procedimiento y más por lesión periférica de vena. Al finalizar se coloca catéter por venodisección continuando con terapia medicamentosa anticoagulante, antibiótica y de inhaloterapia. Se mantiene terapia verbal por el procedimiento y se hacen las anotaciones posteriores correspondientes".

**No. Folio:** 074  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 2 años  
**APE:** 8 años

"Se trata de un paciente masculino de 26 años de edad, con Dx. de P.O. de Clipaje de aneurisma, quien aparentemente había evolucionado favorablemente, por lo que ese día se extubó dejando únicamente mascarilla con nebulizador continuo FiO<sub>2</sub> al 40%.

Al realizar monitoreo de signos vitales presenta datos de apnea y bradicardia (>40x'), el médico de guardia no se encontraba en ese momento, me desplazé por el carro de paro, administré una ampula de atropina e inicié a ventilar al paciente colocándole una cánula de guedel y apoyándome de ambú; acudió una compañera y notifique de los datos del paciente para que ella a su vez diera aviso al médico; al llegar el médico el paciente saturaba mejor pero requirió de intubación. Posterior al evento, se envió al paciente para realización de TAC de cráneo reportando edema cerebral severo".

**No. Folio:** 075  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 4 años, 6 meses  
**APE:** 23 años, 6 meses

"Se trata de paciente masculino de 39 años de edad con diagnóstico de pancreatitis, muy grave, inestable, con tubo endotraqueal, línea arterial.

Presenta taquicardia hasta de 180 x'. Por indicación médica la enfermera aplica un medicamento antiarrítmico para bajar F.C. Este es un medicamento que se debe aplicar muy lentamente vigilando las cifras de F.C. y suspender el paso del medicamento al llegar a una cifra normal, sin embargo el medicamento fue aplicado rápidamente provocando paro cardíaco al paciente.

Se dieron las maniobras de resucitación por los médicos con aplicación de medicamentos necesarios, sin embargo el paciente fue dado por muerto ya que no respondió a maniobras.

Posteriormente apareció en el monitor ritmo cardíaco cuando ya no se le hacía nada, por lo que me di cuenta que había sido efecto del medicamento. No estuve presente durante los hechos pero era mi paciente y me sentía culpable por haber permitido que otra enfermera aplicara el medicamento, aunque le dije que tenía que ser lento. Esto me hace ver la importancia que tiene conocer a nuestro paciente, como el efecto de los medicamentos que aplicamos".

**No. Folio:** 076  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 15 años  
**APE:** 22 años

"Paciente masculino con Dx. Pancreatitis, intubación prolongada por lo que se le retira traqueostomía, se encontraba de prealta para el día siguiente.

Al estar aspirando secreciones bronquiales presenta signos de insuficiencia respiratoria, diaforesis, cianosis, hemodinámicamente taquicárdico y polipnéico. Por lo que se avisa al médico de base, el cual inicia asistencia manual con el ambú, argumentando falla en las alarmas de presión del ventilador y obstrucción de cánula de traqueostomía. En la primera insuficiencia presenta enfisema subcutáneo a nivel de cara y cuello en forma severa, se decide su intubación orotraqueal.

El paciente sobrevivió doce horas. Me sentí impotente porque el manejo no debió haber sido así, pienso yo que la cánula solo se había salido y al momento de insuflar hubo ruptura de tráquea".

**No. Folio:** 081  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 9 años

"En una ocasión trabajando con un paciente de pancreatitis necrótica severa, por la mañana se pasa en sistema en "T" para protocolo de extubación; a los 30 minutos es necesario que se le aspiren secreciones, preparo mi equipo necesario y comienzo a aspirar, casi al iniciar, el paciente presenta broncoespasmo, en ese momento corro al carro de paro y le ministro 2 disparos de salbutamol y comienzo a darle con el ambú. Mientras tanto le solicito a una compañera que avise al médico de guardia, para cuando llegó el médico el evento de broncoespasmo ya estaba revirtiéndose".

**No. Folio:** 082  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 17 años

"Paciente masculino de 60 años, IAM, intubado con aminas, hemodinámicamente estable, el paciente presenta bradicardia de inicio, posteriormente al observar el trazo, el paciente presentó F.A.V., en ese momento se le comunicó al médico pero antes ya se había jalado el carro de paro para efectuar descarga al paciente, pero al ver que ningún médico en ese momento se acercó para realizar la descarga, tomé la decisión de realizar la cardioversión y después de casi 15 descargas el paciente sale de la FAV, así mismo realizando en momentos masaje, el cual no respondía en su totalidad, se siguen dando maniobras de descarga por más de 30', posteriormente el paciente reacciona satisfactoriamente siendo trasladado a la unidad coronaria, hemodinámicamente estable".

**No. Folio:** 088  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 5 meses  
**APE:** 9 años

"Ingresa a la unidad de choque, paciente masculino adulto (desconocido), traído por paramédicos de Cruz Roja del sitio del accidente a Hospital de Traumatología con diagnóstico: herida por arma punzocortante en tórax, aún con arma insertada en hemitórax 12%. Datos clínicos de choque hipovolémico, venoclisis en M.T.D. con punzocat No. 19, esto sucede en el enlace de turno, me encontraba con un médico y dos compañeras enfermeras generales.

De inmediato se realiza la interrogación y exploración y se identifica herida en región inguinal, sangrando. Se procede a instalar acceso venoso, reposición de líquidos, intubación endotraqueal, instalación SNG vesical y trasladar a quirófano.

Al inicio me angustié demasiado ya que mis compañeras no actuaron de inmediato, no sabían que hacer refiriendo que no conocían el servicio, por lo que asigné actividades:

Enfermera 1: Acceso venoso (VO) y toma muestras.

Enfermera 2: Prepara y asiste materia y equipo para intubación.

Solicité a Trabajo Social la identificación del paciente y notificación a Ministerio".

**No. Folio:** 088  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 4 meses  
**APE:** 15 años

"Fue un paciente que había ido a Qx. a laparotomía exploradora (abdomen agudo), regresó a piso y se recibió, al conectarlo al monitor creyeron que éste no servía, por lo que me mandaron llamar, revisé los cables y el monitor, pero solo marcaba asístolia por lo que escuche al paciente con estetoscopio y me di cuenta que estaba en paro cardiorrespiratorio, le empecé a dar masaje y mi compañera llamó a los médicos y enseguida llegaron, logrando sacar al paciente del paro.

Al tratar de hacer funcionar el monitor que aparentemente estaba fallando, pensé que si estaba bien, el paciente era el que estaba en paro y como fue.

Me siento satisfecha porque si no me cerciuro de que el paciente era el que estaba en paro, tal vez hubiera sido demasiado tarde".



**No. Folio:** 091  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 19 años  
**APE:** 24 años

"En el servicio que me encuentro que es la Unidad de Aféresis se manejan personas sanas que vienen a donar elementos sanguíneos.

El lunes pasado tuve un caso con una chica de 22 años que tuvo reacción al anticoagulante, comenzó con parestesis y palidez de tegumentos, más tarde me indicó que no podía respirar, le ministré gluconato de calcio diluido y pedí al camillero que le hablara al médico de base.

En cuanto él llegó comenzó a revisarla y dijo que lo que había administrado está perfecto, la chica comenzó a reaccionar satisfactoriamente y procedí a terminar el procedimiento que le estaba realizando, se retiró sin problema a su domicilio".

**No. Folio:** 094  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 9 años  
**APE:** 17 años

Se trata de paciente femenino de 60 años aproximadamente, que ingresa a UCI por haber tenido complicaciones durante su transoperatorio Nefrectomía derecha, pasa por un choque hipovolémico, llegando a necesitar apoyo ventilatorio y manejada con aminas (Dopamina y Dobutamina) a altas dosis, llegando a nuestro servicio en malas condiciones y condiciones generales con datos de hipoxia, hipotensa, hipotérmica con taquicardia corroborando estos datos al momento de monitorearla, se conecta al ventilador con un  $FiO_2$  al 100% y mostrando el monitor saturación de 85%. Se procede a escuchar campos pulmonares percibiendo que no ventila pulmón izquierdo, notando cánula endotraqueal muy adentro, se le comunica al médico haciendo caso omiso de esta observación y por lo tanto preparar equipo para realizar pleurostomía y preparar noradrenalina. Continuamos con este tratamiento, diferenciando el de pleurostomía. Se pide al médico revise campos pulmonares, percatándose de cánula orotraqueal muy adentro, recolocando ésta, por lo consiguiente mejorando la oxigenación del paciente y por lo tanto paulatinamente los signos vitales del paciente. Al día siguiente es dado de alta extubada sin apoyo de aminas en buenas condiciones generales.

NOTA: La cánula endotraqueal fue recolocada por estar introducida más del lado derecho".

**No. Folio:** 096  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 10 años

"Se trata de un paciente con Dx. Infarto Agudo al Miocardio de 3 días de evolución inestable, que por causas del servicio no puede ser ingresado a UCI, por lo que se ingresa a UCE durante el turno nocturno y por la mañana se traslada a UCI para monitorización e instalación de catéter Swan-Ganz. Durante el procedimiento presenta bradicardia hasta de 30 x', aún sin indicación médica se aplica atropina y se tiene otra preparada, responde a la atropina pero 10 min. Después vuelve a bradicadizarse, hasta caer en asistolia, yo como enfermera arrimo el carro de paro y preparo los medicamentos, al mismo tiempo que llamo a otra compañera para que me asista, el paciente sala momentáneamente del paro y presenta fibrilación, se prepara el dsfibrilador para descarga, el médico ha dejado el procedimiento e indica poner marcapaso, ya que no deja solo responde momentáneamente a las maniobras ¿se coloca el marcapaso, asistiendo al médico, quedando inestable pero fuera del problema momentáneo (paro y fibrilación)

Como enfermera en ese momento me siento estresada pero trato de mantener la calma para manejar mejor al paciente, pero definitivamente sé que no puedo hacerlo yo sola o con el médico, sino requerimos la ayuda de alguien más y por eso somos un equipo.

Después del evento se siente uno satisfecho de haber podido trabajar en equipo y controlar el problema aunque sé que el problema base del paciente no haya sido aún resuelto, pero esto se podrá hacer ya con calma y tal vez algunas cosas yo sola.

El aspecto que ustedes marcan o que haya resultado complejo como tal, no lo es sólo es la inversión de un poco de tiempo y acciones en lo que el médico deja de hacer el procedimiento para integrarse al equipo".

**No. Folio:** 097  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 11 años

"Se trata de paciente femenina que regresa de quirófano con inestabilidad hemodiámica e hiovolemia para lo cual procedo a pasar soluciones coloides, la cuales y atrae del quirófano, así como canalizar vías periféricas para el paso simultáneo de ellas, aún así la paciente continua inestable y sangrando importantemente por lo cual yo me siento angustiada y preocupada pues aún haciendo todo lo necesario por reanimar a la paciente ésta no mejora. En esos momentos yo pienso que podría tratarse de algún ser querido para mi y pienso que no debe morir; así que aún con el cansancio físico y la tensión emocional continuo laborando y haciendo lo posible para que continúe con vida y al final de la jornada, siento que aún después de hacerlo todo no he hecho lo suficiente".

**No. Folio:** 098  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 15 años

"Se trata de paciente masculino de 25 años de edad con diagnóstico al ingreso de I. Renal Crónica en protocolo de transplante.

Se realiza 1er. trasplantes de donador vivo relacionado (madre) al cual presente rechazo de aloinjerto perdiéndose el riñón.

Se realiza 2º. trasplante de donador cadáver el 1º de octubre de 1998, presentando disfunción aguda del aloinjerto. Se manejó con inmunosupresores de la categoría el OKTz sin respuesta favorable, reportando laboratorios alterados.

Su evolución es tórpida, se manejo con inotrópicos por insuficiencia cardíaca congestiva presentó líquido asítico que ameritaba drenarse cada tercer día.

Mi experiencia ante el tratamiento del paciente en agonía fue frustrante, ante la impotencia del ver el sufrimiento del paciente, así como de su familiar y no poder hacer nada para aliviar aquella situación

Hoy entiendo más al paciente en su problema de salud y trato de dar calidad y calidez en la atención que brindo al derechohabiente".

**No. Folio:** 101  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 18 años

(Debemos aclarar que nosotras como enfermeras no prescribimos tratamiento médico)

"Se trata de paciente masculino de 18 años, con un Dx. de diabetes Mellitus Juvenil y una mediastinitis causada por una extracción e una pieza dental y por supuesto esto dado por la ignorancia del Dr. Dentista. Este paciente es un chico muy cooperador, con una fuerza de voluntad admirable, por sus condiciones generales que el paciente tenía, intubado, con drenajes, con sondas, etc. El paciente no podía hablar, pero si podía escribir, una libreta tamaño profesional y un lápiz una pluma eran su forma de comunicarse con la gente que le rodeaba.

Una tarde cerca de las 16 hrs. me fue asignado el paciente para atenderlo, esa tarde llegué, lo saludé, platicamos un momento y me decía que se sentía mal, que tenía un dolor muy fuerte; cuando me dirijo a hablarle al médico de base, llego hasta la tarja, por instinto volteo hacia donde está el paciente y está escurriendo la sangre por un lado de la cama, corro, jalo al médico más cercano hacia el paciente, se está desangrando, con hematoquemesis, inmediatamente se empiezan a pasar expansores plasmáticos, se piden paquete globular, plasma, se toman TV, el paciente se sigue hipotensando (pese a todo esto el paciente nunca perdió el conocimiento, estuvo consciente hasta que el paciente se pasó a Qx. de urgencia (hablamos de minutos, se preparó para qx) Después de varias horas, casi para terminar el turno, el paciente regresó de qx. Este sangrado se debió a una úlcera que el paciente había tenido. Esto se controló, el paciente continuó con su tx. y cuidados hasta que el paciente fue dado de alta al piso y según comentan, después a su casa".

**No. Folio:** 102  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 2 años  
**APE:** 8 años

"En mis inicios como intensivista, y hasta ahora creo que nunca he visto como una persona lucha tanto por la vida, pero a pesar de todo se le va.

Fue una paciente con CID de inicio fue observar y tomar SV e inmediatamente percatarse de un choque hipovolémico, una paciente joven de 38 años, no recuerdo exactamente el Dx. de inicio pero sí recuerdo que fue la guardia más cansada y larga, nuestro objetivo era recuperarle el volumen perdido durante toda la noche, 16 paquetes globulares que así como entraban, salían. Creo que nuestra actuación como intensivista y para cualquier paciente sin descanso, hacer y ni siquiera sentimos el cansancio, otra cosa importante tampoco esperamos una indicación médica cuando nosotros sabemos cuando y por qué lo vamos a administrar.

Ser hábiles es nuestra característica y la experiencia la vamos adquiriendo así como también darnos cuenta cuando es por demás y Dios es quien dice la última palabra.

La paciente que mencioné, todo fue inútil por más esfuerzo se nos fue, el médico tampoco descansó hasta el fin. Somos un equipo".

**No. Folio:** 106  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 17 años

"Al estar en el control de enfermería, el paciente de la UCI 9 presentó sangrado en proyectil, al mismo tiempo mi compañera experimentó estrés, cuando que el paciente se encuentra consciente, tranquilo, se le explica que se le va a colocar una sonda Levin (o nasogástrica) para evitar un atragantamiento o lo que es lo mismo broncoaspiración. Se procede a realizar la colocación de la sonda, así mismo un lavado gástrico con agua c/hielo para evitar el sangrado tratando de que éste se negativizara al resolverse por el momento el evento. Se relajó el estrés presentado por la compañera, no así mi experiencia no fue tanto el estrés de mi persona sino que el paciente fuera a presentar otro desequilibrio hemodinámico, por lo tanto hay que tratar de mantener la calma, pero al mismo tiempo actuar con conciencia de lo que se está haciendo sin afectar el equilibrio hemodinámico del paciente".

**No. Folio:** 111  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 12 años

"Recuerdo a un paciente con cirugía abdominal, después de varios días presentó y refería dolor en miembro pélvico izquierdo. Cuando me fue asignado el paciente y me acerqué a él, me refirió molestias en su pierna, decía que ya les había hecho el mismo comentario a los médicos de guardia y enfermería de diversos turnos, pero le referían que no había problema. Yo accedía descubrir el miembro referido y le encontré cambios de colocación, disminución de pulsos y cambios como turgencia de piel y brillantez de la misma, supuse que era una tromboflebitis severa. Le avisé al médico de base de la guardia y efectivamente el diagnóstico coincidió.

Esperaba no equivocarme en el diagnóstico, posteriormente el médico me dijo que muy a tiempo me di cuenta, ya que en el expediente no había indicios de que se percataron del evento, hicieron una interconsulta con angiología, se le hizo durante el turno la angiografía y por la mañana pasó a quirófano para una embolectomía, tuvo buen pronóstico y el paciente se recuperó y se fue a piso.

Me inquieta que ya no somos capaces de realizar una inspección correcta en el paciente y deberíamos retomarlo".

**No. Folio:** 116  
**GE:** E.P.  
**AS:** 3 años  
**APE:** 16 años

"Paciente pediátrico lactante cardiópata, el cual fue sometido a corrección anómala de grandes vasos, el cual salió aparentemente estable del quirófano y fue trasladado a terapia intensiva para continuar con sus cuidados posquirúrgicos al iniciar el paso a su unidad y el conecte de sondas pleurales pericárdicas y pulmonares, el paciente se inestabiliza, presentando hipoxia bradicárdica cianosis y mal estado general, los médicos revisan que las sondas estén bien conectadas a las tomas de O<sub>2</sub>, pero yo reviso la permeabilidad de la sonda pericárdica y estaba obstruida por el barandal de la cama, lo que le ocasionó al paciente el acumulo de sangre en la cavidad torácica y era lo que impedía su drenaje y lo que ocasionó el desequilibrio, se restableció el drenaje y el paciente mejoró gradualmente".

**No. Folio:** 117  
**GE:** EST. LEO  
**AS:**  
**APE:**

"El caso de una paciente con ruptura prematura de membranas llega muy angustiada a la Unidad Médica, tenía 38 semanas de gestación con evolución de 2 hrs. de dicha ruptura, los cuidados de enfermería se valoran de la siguiente manera.

Se tranquiliza a la señora a través de preparación psicológica, se ingresa a la unidad para ver su evolución, se le inicia inducto conducción del trabajo de parto, se puede considerar que la ruptura prematura de membranas fue causada por infección de vías urinarias e infecciones vaginales.

Hago énfasis que el cuidado de enfermería en ese caso es lo que nos interesa para resolver los problemas, no la patología la enfermería está basada en los cuidados del individuo y debe ser integral viendo el aspecto holístico".

**No. Folio:** 120  
**GE:** L.E.O.  
**AS:** 3 años  
**APE:** 3 años

"Actualmente me encuentro laborando en el servicio de neumología (pediatría) en donde tengo a mi cargo este servicio; días atrás me encontré con un pacientito de nombre Jesús (7 años), el cual me refería dolor torácico, con antecedentes de hipertermia, con picos febriles hasta de 39° C, al realizar la exploración física note que el niño no ventilaba a nivel pulmonar del lado izquierdo, y que el dolor aumentaba con los movimiento y los procesos de tos, al corroborar que tenía 1 semana con la distermia y que no había foco infeccioso en orina, garganta, oído, etc., hablé a rayo X con el técnico y le pedí de favor que tomara una placa torácica, ya que no se encontraba un médico y cual fue la sorpresa que se trataba de un derrame pleural, le hablé al médico encargado y se procedió a dar tratamiento al problema que ya existía y nadie había notado".

**No. Folio:** 120  
**GE:** E.E.P.  
**AS:** 12 años  
**APE:** 12 años

"Es un RN con Dx de atresia de esófago, malformación ano-rectal (presenta fistula rectal) por la cual evacua y micciona.

En una ocasión reportan que presenta evacuaciones diarreicas e inician tratamiento de hidratación con plan A. Al hacerme cargo del cuidado de la paciente me percaté de que en realidad no son evacuaciones diarreicas sino que se mezcla la evacuación con la orina y se asemejan a evacuaciones líquidas.

Inmediatamente notifiqué al médico, el cual suspende de inmediato el tratamiento de hidratación. Sin embargo como se estaba tratando así en todo el turno anterior, el RN presenta sobrecarga hídrica y edema, poniendo en riesgo de cursar otro problema, agregado a su patología de base.

Siento que fue oportuna mi observación y la intervención al reportarle al médico lo que realmente acontecía a este paciente por que se tomaron las medidas necesarias para evitar complicaciones".

**No. Folio:** 123  
**GE:** EST. LEO  
**AS:** 5 años  
**APE:** 18 años

"Esta situación se presenta en la UCI coronaria, un paciente inicia con datos francos de edema agudo pulmonar; inicié inmediatamente los pasos básicos de edema agudo; necrótico – posición – ventilación, cuando se presente el médico responsable, el paciente estaba más estable; esta intervención y toma de decisión le evitó al paciente complicaciones – que el padecimiento fuera más aparatoso o en su máxima expresión y salió mejor librado.

Me sentí segura y confiada; me dio satisfacción saber que puede aplicar los conocimientos y sobre todo colaborar para que una vida tuviera menos complicaciones"



**No. Folio:** 127  
**GE:** LEO.  
**AS:** 3 años  
**APE:** 7 años

"Por el momento no recuerdo algún caso en específico; pero en mi área de trabajo, (Terapia Intensiva Pediátrica), con frecuencia somos el personal de enfermería los que detectamos problemas como: paro cardiorrespiratorio, dificultad respiratoria por x causa; signos de choque (cualquiera de sus diferentes tipos); etc, son muchos los problemas que detectamos y debemos comenzar a tratar, mientras llega el equipo médico, (que no es mucho tiempo, tan solo unos segundos pero es tiempo muy valioso).

Durante el suceso, tenemos la presión de saber que si no tomamos una decisión adecuada, puede el paciente sufrir un daño irreversible y hasta perder la vida.

Después, te queda una satisfacción de saber que hiciste lo correcto o en ocasiones lo indispensable para no aumentar los problemas fisiológicos del paciente o disminuir su calidad de vida".

**No. Folio:** 129  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 6 años  
**APE:** 12 años

"Hace como 8 años en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona, llegó una mujer joven inconsciente, con antecedente de haber ingerido sedantes con fines suicidas. El médico de base, el médico interno y 2 compañeras que estaban atendiendo a otra paciente joven en paro cardiorrespiratorio, por lo que no le prestaban atención a la paciente c/intento de suicidio, por lo que le canalice una vena, le instalé SNG y le realice lavado hasta extraer todos los restos de las pastillas, subí los barandales de su camilla, le coloqué O<sub>2</sub> y posteriormente le indicaron un antídoto para revertir efectos, la paciente evolucionó satisfactoriamente, se canalizó a psiquiatría".

**No. Folio:** 130  
**GE:** E.E.A.S.E.  
**AS:** 9 años  
**APE:** 11 años

"Se trata de un RN con diagnóstico de sepsis neonatal que ingresó a la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales el día 24-II-99, el día de ayer se trasladó a la realización de un TAC y para toma de Rx de huesos largos, el paciente fue trasladado en una incubadora con su monitor y su bomba de infusión, al realizar la TAC se observa ligera bradicardia que desaparece únicamente al estímulo; posteriormente se realiza una toma de RX de huesos largos, se traslada al paciente a la unidad en donde se observa nuevamente con buena saturación 92%, pero con bradicardia hasta de 70x', en ese momento estaba sola y comencé a dar estimulación al paciente; avisándole al médico que en ese mismo momento se decide intubar al paciente, logrando con esto estabilizarlo, posteriormente se intenta canalizar al paciente lográndolo. Para proporcionarle apoyo adrenérgico lográndose esto y dejando al paciente estable. En este evento me sentí un tanto inquieta pero me tranquilice, ya que solamente así se puede actuar en forma rápida y precisa".

**No. Folio:** 132  
**GE:** L.E.O.  
**AS:** 3 años  
**APE:** 15 años

"Fui asignada a la Unidad de Urgencias para apoyar tal servicio, en una ocasión que el número de pacientes rebasó su capacidad por un accidente en una escuela. Había muchos niños intoxicados por desayunos escolares, al estar efectuando un lavado gástrico a uno de ellos, cuando a otro niño que estaba en observación tragó un objeto con el que estaba jugando, no podía respirar y hacía movimientos con las manos y corría de tal manera que sus compañeros pensaron que estaba jugando, cuando le vi, observé cianosis y desesperación, pincé la sonda de mi paciente y pedí a su mamá que le vigilara. Acudí de inmediato a atender al niño que se ahogaba, efectuando maniobra de Heimlich y después de algún intento salió el objeto: un botón. Mis compañeras al percatarse acudieron y lograron restablecer al paciente. Volví al procedimiento que me ocupaba antes de este incidente".

**No. Folio:** 133  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 3 meses  
**APE:** 10 años

"Se trata de una paciente femenina aproximadamente de 22 años de edad con Dx. Cetoacidosis Diabética, en el Servicio de Ver. Durante el transcurso del turno se encontraba en muy mal estado general e inestable, por lo que el médico adscrito del siguiente turno decide intubarla y darle apoyo ventilatorio.

Después de aproximadamente media hora, la paciente presentaba cianosis distal y cuando me acerco a checarla me percaté de que estaba en paro cardiorrespiratorio, como me encontraba sola, salí a buscar a la supervisora para que localizara al médico, entramos las dos y decidimos dar maniobras de reanimación, pero como no respondía fue a buscar al médico y el médico y yo iniciamos nuevamente maniobras, después de un lapso de aproximadamente 20 minutos respondió. Sinceramente yo pensé que no saldría, puesto que fue mucho tiempo y si saldría, como quedaría.

Después al día siguiente pregunté por la paciente y me comentaron que nuevamente había presentado paro cardiorrespiratorio y no logró salir".

**No. Folio:** 134  
**GE:** E.E.P.  
**AS:** 3/12  
**APE:** 8 años

"Se trata de un RN a término con Cipap Nasal, por haber cursado con SDR mejorada, que tenía 8 hrs. de extubado, se observa, polipnéico, taquicárdico, con aleteo nasal, retracción xifoidea, aún así saturando 90% O<sub>2</sub>.

Se da fisioterapia respiratoria y drenaje postural, posterior a ello, se aspira de forma gentil secreciones blancas espesas,, secas, posterior a ello mejora ligeramente la taquicardia y polipena, pero se sigue observando con retracción xifoidea, aleteo nasal, diaforesis, por lo que se insiste con los médicos para una nueva valoración de su estado hemodinámico, se colabora con el médico en exploración física y toma de Rx. de tórax donde se observa atelectasia p. Apical, derecha, decidiéndose a reentubar al paciente.

Se colabora en la intubación y se continua dando fisioterapia respiratoria, cambios de posición frecuentes y aspirado de secreciones observándose mejoría paulatina del paciente, a las 4 hrs. de reintubado se observaban signos vitales normales, más descansado y estable.

Al principio sentí desesperación pues las acciones no mostraban buenos resultados y posterior al los procedimientos me sentí más tranquila cuando el paciente se estabilizó.

No me parece que sea absorbente lo que hacemos pues es parte de nuestro trabajo y el insistir en lo que creemos correcto es nuestra obligación".

**No. Folio:** 135  
**GE:** E.E.P.  
**AS:** 3 años  
**APE:** 9 años

"Se trata de un RNPT con Dx SDR, membrana hialina grado II, en fase I de ventilación, soluciones de base y en incubadora, el cual es reportado estable en el enlace de turno, empezar a trabajar con el paciente me doy cuenta que presenta períodos de apnea, se encuentra hipotérmico, inmediatamente doy estimulación táctil a la cual si responde aumentó temperatura a la incubadora y aviso a la Jefe de Servicio para que avise al médico de base, a los 5 min vuelve a presentar disnea, me encontraba sola en el servicio, nuevamente inicio estimulación, no responde por lo que fue necesario darle presión positiva con máscara y bolsa de reanimación, respondiendo lentamente, se encontraba la mamá de un R/N en la ventana y le pedí si le avisaba al médico o a la enfermera.

Al llegar ya el R/N había respondido pero su estado era grave y preparé todo para la intubación ya que era necesario debido a su px. Le comuniqué al médico como estaba el RN y las acciones que tome, iniciando el tratamiento dejando estable al RN.

Yo pensé que de no haberme percatado del problema hubiera terminado mal el RN. Tengo que tener calma e iniciar el tratamiento.

El médico y la jefe de servicio no le dieron la importancia debida a pesar de haberles informado".

**No. Folio:** 137  
**GE:** E.G.  
**AS:** 2 años  
**APE:** 4 años

"Paciente de 49 años de edad femenino con APP de hipertención descontrolada, D.M. descompensada la cual ingresa por presentar crisis hipertensivas, perdiendo el conocimiento, ingresa conciente desorientada con insuficiencia respiratoria, presenta vomitos continuos por lo que se traslada a UTI donde se insytala SNG, SF,CVC y LA a las 12 horas de estancia y con manejo de Nitropusiato en destete presenta un pico hipertensivo de 180/150 perdiendo el conocimiento y requiere intubación orotraqueal, esto no sucede en mi turno cuando yo la resivo la encuentro inestable consignos neurologicos de coma, se lleva a TAC, donde se observa infarto ventricular importante e hidrocefalia, pasa a Qx donde deriva quedando valvula peritoneal pero su evolución no esw satisfactoria por lo que se decide en conjunto con familiares un RCPIII, yo creo que el infarto no pudo haber sido tan intenso si hubiese habido un mejor control del antipertensivo".

**No. Folio:** 138  
**GE:** E.E.Q.  
**AS:** 8 años  
**APE:** 20 años

"Me encontraba en el servicio de urgencias adultos, un domingo por la noche supervisando personal, me llamó la atención la inquietud de un paciente senil, femenina con Dx de EPOC y HAS, me acerqué y me pidió le levantara la cabecera, en ese momento procedí a hacerlo, me dijo me duele la cadera y estoy muy cansada, llamé al camillero para que me auxiliara en la movilización, cuando la movimos de lado derecho me percaté de sus escaras de decúbito, le pregunté al médico si le harían curación pues estaba muy séptica, me llamó la atención el que él no sabía de las escaras, se procedió a su curación y se le colocó una dona en coxis, la paciente quedó más tranquila.

Me llama la atención los pacientes seniles y me gusta atenderlos y mejorar su estado aunque en muchos casos son muy absorbentes.

En realidad esta paciente demandaba mucha atención por lo que casi nadie se le acercaba.

Disculpas por no recordar el nombre de mi paciente, pero consideré importante describir este caso, ya que en mi ejercicio como supervisoras ocurre frecuentemente".

**No. Folio:** 139  
**GE:** L.E.O.  
**AS:** 2 años  
**APE:** 8 años

"Me encontraba sola en la sala de cirugía ambulatoria, cuando de pronto llegaron dos médicos transportando un paciente en silla de ruedas, junto con sus familiares, observé al paciente y éste se encontraba totalmente pálido, nos dimos cuenta que estaba en PARO. Inmediatamente lo pasamos a una camilla e iniciamos maniobras de reanimación cardiopulmonar, pero fueron irreversibles; entrevisté a sus familiares y me dijeron que ya tenía un rato en la silla de ruedas y que lo vieron pálido y sin respirar y fue cuando le dijeron a unos médicos que iban pasando. También me comentaron que el diagnóstico del paciente era cáncer pulmonar en fase terminal y de hecho los familiares ya sabían el pronóstico, aquí lo triste es la forma en que le llegó la muerte a este paciente.

Aquí mi labor fue colaborar con los médicos a las maniobras de reanimación y posteriormente dar apoyo emocional a los familiares para asimilar y aceptar la muerte de su ser querido".

**No. Folio:** 140  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 1 mes  
**APE:** 5 años

"Me acuerdo que en el mes de septiembre yo me encontraba en el servicio de quemados del Hospital de Traumatología el día 16, teníamos servicio lleno y teníamos 3 pacientes graves, con quemaduras superiores al 80% de SET; el paciente presentó acidosis metabólica, desgraciadamente no se diagnosticó oportunamente, el paciente se puso insuficiente, le dimos las maniobras de RCP, pues el paciente cayó en paro, a pesar de los múltiples medicamentos administrados el paciente no salió del paro, el equipo de enfermería que se encontraba en ese momento deseó que esto no pasara, pues se le estaban dando múltiples cuidados, y el paciente pese a su extensión de quemaduras, iba saliendo, sino satisfactoriamente, bien la iba librando. Después de 2 horas de lucha nuestro esfuerzo fue inútil".

**No. Folio:** 142  
**GE:** L.E.O.  
**AS:** 2 años  
**APE:** 11 años

"Se trata de un paciente politraumatizado que ingresa al servicio de urgencias, en este servicio se le dan los primeros auxilios, se canaliza, se intuba y se pasa al servicio de Rayos X para toma de placas, yo lo llevé al citado servicio apoyándolo con la ventilación; cuando le estaban tomando las placas, el paciente cae en paro cardiorrespiratorio, procedo e inmediato a las maniobras de reanimación cardiopulmonar, al mismo tiempo que pedí la ayuda al personal de rayos X, quienes hablaron a los médicos en el servicio de urgencias, estos llegaron y volvía a tomar el control de la ventilación el paciente, llevamos de regreso al paciente al servicio para continuar con el procedimiento, pero todo fue inútil, el paciente falleció.

Mis sentimientos durante el suceso solo fueron de poder ayudar al paciente y de realizar el procedimiento adecuado. Después del evento sentí un poco de culpa al pensar que tal ez el procedimiento realizado no fue el adecuado o no fue suficiente".

**No. Folio:** 143  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 15 años  
**APE:** 15 años

"Paciente de 32 años pos operado en diciembre de cambio valvular con buena evolución egresado de UTI-UCI a su casa, radicado en Guanajuato.

En este mes (febrero) ingresa a UTI nuevamente con sospecha de "Taponade", se realiza todo lo necesario para su atención. Presenta extrasístoles ventriculares se inició xylocaina, posterior a 12 hrs. con INR de 8 presenta cuadro de un evento vascular cerebral.

El grupo de enfermería sugirió que podría ser la xylocaina, se percibe un sentimiento de tristeza por el paciente tan joven.

El neurólogo lo revisa, sin encontrar un problema como tal.

Después de 10 hrs. el Dx. de enfermería fue el correcto. La Xylocaina le produjo una "reacción".

El grupo médico felicitó al personal de enfermería, el paciente actualmente está por egresar de terapia intermedia".

**No. Folio:** 144  
**GE:** E.E.A.  
**AS:** 4 años  
**APE:** 6 años

"Soy Jefe de Hospitalización, eran las 14:30 hrs. cuando fu por una paciente al área de urgencias que iba a ingresar a una habitación

Al momento de pasarla de la camilla a la cama noté que la paciente ya no se movía. En ese momento activé la alarma, observé si había respuesta y si respiraba, al observar que era nula la respuesta, pedía a un camillero fuera por ayuda con el médico de guardia y pidiera un ambú.

Abrí vías aéreas e inicié las compresiones cardíacas, en ese momento llegó el médico de guardia con el ambú, se le iniciaron las maniobras respectivas, intubación y medicación, la paciente salió el aro cardiorrespiratorio y se dejó con ventilador volumétrico.

En ese momento sentí una gran desesperación por no tener todos los aditamentos necesarios para iniciar la RCP (ambú) y aparte un gran estrés y preocupación por los familiares, los cuales nada más traían a su paciente a valorar por médico internista del problema neumónico que padecía.

Un aspecto que me resultó un poco complejo fue que como era posible que dentro del hospital no contara con un ambú a la mano para la reanimación ventilatoria".

**No. Folio:** 145  
**GE:** L.E.O.  
**AS:** 7 años  
**APE:** 12 años

"Se trata de R/N pretérmino que ingresa al servicio de la UTIN se monitoriza y me doy cuenta que comienza a desaturarse con bolsa válvula mascarilla y se intuba, se toma Rx, donde se observa imagen de membrana Hialina, colaboro con el médico en la ministración de Surfactante pulmonar, a los 30' el R/N satura por arriba del 95%, Se toma Rx de control y se observan campos pulmonares ventilados.

Durante el evento yo me mantuve tranquila, y actué con mucha seguridad para una buena reanimación.

Después del evento me sentí tranquila y contenta de observar cómo los campos pulmonares estaban ventilados".

**No. Folio:** 146  
**GE:** L.E.O.  
**AS:** 10 años  
**APE:** 15 años

"Como practicante de la Lic. en Enf. y Obstetricia en el H.G.Z., al servicio de Tocoquirúrgica en la Sala de Labor, observé una paciente en etapa gestacional, se encontraba en período expulsivo, pasa a sala de expulsión, sin pensar más le realicé lavado mecánico, colocando la bata y la paciente ya colocada en posición indicada realice asepsia y colocación de campos, así corona el producto, se cubre perineo realizando episiotomía, se toca cabeza, nace producto y hombros, pinza cordón umbilical, ambos extremos así realizar corte, entregando R/N al pediatra, se espera alumbramiento, se recibe placenta, revisión de cavidad, aseo de el área y cambio de campos, se procede a la reparación de la episiotomía, se termina el procedimiento, para esto al término llega el médico residente, prestándome el asesoramiento, o cual me felicitó, puesto que no estaba y me permitió poner mis conocimientos adquiridos en la aula".



**No. Folio:** 149  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 10 años  
**APE:** 10 años

"En una ocasión en el Servicio de Medicina Interna, estaba una paciente con Dx. de DM. descompensada; y Ca de vías biliares; esa mañana despertó muy bien la paciente, consciente, tranquila y niveles de glucosa normal, me tocó como paciente, cuando estaba checando signos vitales me pidió de favor una torta de queso con aguacate y mucho jamón, así como también un refresco, porque tenía antojo, a tanta insistencia y súplica se lo lleve; a los 3 días la dieron de alta por mejoría para su casa, una semana después me visitó su familiar (hija), informándome que la paciente había fallecido, pero antes me mandaba dar las gracias por el antojo cumplido; y que no le daban permiso comer los médicos. Su familiar en agradecimiento me obsequió un regalo, por lo que había hecho por su familiar".

**No. Folio:** 150  
**GE:** E.E.N.  
**AS:** 4 meses  
**APE:** 10 años

"En el servicio de Urgencias, fue un fin e semana en el turno vespertino, aparentemente era una guarda tranquila hasta las 8 de la noche, cuando llegó un paciente en estado de coma, solo nos encontramos una compañera y yo, los médicos y demás compañeras se encontraban en el comedor, ya que era la hora de la cena.

Al ver a la paciente en choque, la valoramos neurológicamente y con ayuda de los familiares la colocamos en la camilla y la llevamos al servicio mientras aguardamos a los médicos a que llegaran, mi compañera y yo proporcionamos a la paciente vías aéreas permeables, la canalizamos, tomamos laboratorio monitorizamos, en cuanto llegaron los médicos, la paciente se mantenía más estable de cuando llegó, nos auxiliaron las demás compañeras.

Creo que a pesar de que en un servicio de Urgencias es cotidianas estas actividades, es emocionante tratar de ayudar a salvar la vida de otra persona sin importar con cuantas compañeras te encuentres laborando en ese momento".

**No. Folio:** 152  
**GE:** E.E.P.  
**AS:** 1 año  
**APE:** 10 años

"En el área de prematuros llegó un niño de bajo peso con insuficiencia respiratoria severa. Al llegar a la cuna que le preparé sentí una gran responsabilidad de asistirlo y como un reto dentro de mí pensé "le voy a dar los cuidados de enfermería con muchas ganas para sacarlo adelante".

Así fue, el niño se vio muy grave al grado de ser trasladado a CMN Pediatría. Posteriormente lo regresaron extubado, muy pálido, con fibrosis pulmonar.

Bueno la importancia de esto es ver que salió adelante a pesar de los paros respiratorios que presentó, al grado de colocar sello de agua, de las aspiraciones selectivas, de la estimulación temprana que yo le di, su mamá quedó muy agradecida, todavía en la actualidad me va a visita y siento mucho orgullo que gracias a los cuidados de enfermería salió del hospital".

**No. Folio:** 153  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 2 años  
**APE:** 15 años

"Durante mi jornada, estando como enfermera general, ingresó un paciente con Dx. Deshidratación por Diarrea, al ver su estado general, le avisé al médico de guardia, como se tardó en mejorar inicié con soluciones, al llegar el médico dijo que estaba bien, en ese momento me sentí a gusto, por que hay algunos que no permiten que uno tome decisiones".

# **CASOS TIPO EN LA CATEGORÍA COMPETENTES**

**No. Folio :** 004  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 7 años  
**APE:** 9 años

Paciente de la I.R.C.

- 1.- Administración de soluciones y medicamentos.  
Está conectada a la máquina de hemodiálisis.  
Vigilancia estrecha de S.V. y estado de conciencia.
- 2.- Angustia por el sufrimiento de la paciente.  
Felicidad cuando respondió al Tx.
- 3.- El hecho de necesitar ayuda de más personas para poder resolver el problema.

**No. Folio :** 011  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 8 años  
**APE:** 18 años

Se trata de un paciente con paraplejia post traumatismo con escaras de decúbito infectado.

Se encontraba en tratamiento de infección de escara en Medicina Interna, en fin de semana presenta paro cardiorrespiratorio y yo me encontraba solo, pues la compañera se había ido a cenar y los médicos estaban ausentes; lo primero que hice fue tomar el ambú y dando masaje cardíaco previamente colocando la tabla,. el familiar iba entrando en ese momento y le pedí fuera a hablarle a cualquier médico que encontrara de urgencia. Afortunadamente cuando llegó el médico y mi compañera el paciente había salido del paro cardiorrespiratorio.

Lo que pensé y sentí deseos de salvarle la vida. Lo complejo fue que estaba solo y me costó trabajo ponerle la tabla.

**No. Folio :** 022  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 3 años  
**APE:** 4 años

Mi trabajo es a primer nivel y en el cual tienes satisfacciones ya que algunas veces se atienden urgencias, el caso es de un bebé de 10 meses el cual sufre quemaduras en el 20% de su cuerpo por agua hirviendo, al momento de su llegada, se le brindan los primeros cuidados y se logra que el paciente evolucione satisfactoriamente; el día de hoy el niño tiene 2 años y no presenta marca alguna de la quemadura que sufrió, esto no solo fue logro mío, sino también con apoyo y colaboración del médico de mi unidad.

**No. Folio :** 023  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 18 años  
**APE:** 22 años

Trabajo en el primer nivel de atención y experiencias han sido básicamente de caídas, quemaduras, mordeduras por animal, pero la experiencia que siempre me ha hecho sentir bien conmigo mismo es escuchar los problemas de mujeres maltratadas.

Caso:

Conocí hace 3 años a una señorita de 17 años, tenía en ese tiempo.

Su historia. Fue abandonada por sus padres, su papá se fue a Estados Unidos, allá se casó con otra persona; su madre se fue con otro, ella tiene 3 hermanos de 16, 10 y 8 años respectivamente. Hace un año fue madre (soltera). Se acercó a mi en solicitud de ayuda ; la escuché, le propuse aprendiera primeros auxilios, esto porque mencionó que le gustaba.

La capacitación fue por un año, no diario, cuando podía, porque tiene que trabajar para mantener a sus hermanos.

Hace 15 días se le presentó la oportunidad de trabajar en el ISSSTE en el programa de PROVAC, previo examen, el que pasó. Al saber el resultado me abrazó y me dio las gracias con lágrimas en los ojos, que contagió su emoción.

¡Si puedes enseñar a la gente a utilizar sus recursos existentes!

**No. Folio :** 024  
**GE:** T.P..  
**AS:**  
**APE:** 6 años

Me acuerdo de un caso muy especial, de una señora que acudió a la unidad para realizarse la prueba de DOC, iba acompañada por su esposo y 2 hijos pequeños, en el momento de que la nombraron, uno de sus hijos presentó una crisis y no supimos que hacer ya que toda la gente se acercó y le quería dar una atención, en ese momento lo que yo hice fue gritarle a la gente que lo dejara para darle la atención, pero no participaba, y la señora con desesperación gritó y dijo que le dieran la atención que requería en ese momento con orden y organización.

**No. Folio :** 026  
**GE:** E.G..  
**AS:** 5 años y medio  
**APE:** 12 años

Estando en el servicio de cunero patológico había nacido un prematura de 600 grs. De peso, el cual se intubó, canalizó y monitorizó, él siempre se mantuvo estable y dinámico, se indicó inicio de V.O. a tolerancia x forzada, pero indicaban calostro, como la mamá no había estimulado los senos ella no tenía, se recurrió a la sala de puerperas pero tampoco nadie tenía calostro, yo me encontraba embarazada en el 3er trimestre y ya tenía secreción de los senos, entonces me extraje el calostro y fue alimentada esa bebé a la que llamamos Marisol, durante 15 días y ella fue dada de alta con un peso de 2 kgs.

Por atención de enfermería directamente no se realizó, pero como ser humano es una satisfacción haber contribuido a que esa bebé saliera adelante.

**No. Folio :** 027  
**GE:** E.G.  
**AS:** 1 año  
**APE:** 7 años

Esto ocurrió en recuperación de la Cruz Roja, era un paciente con tracción en cráneo, yo le estaba realizando el baño de esponja y él no podía hablar, pero yo estaba platicando con él mientras lo bañaba, y sólo le veía los ojos, eran azules, grandes y expresivos pero al momento de que llegue al tórax, él no tenía movimiento respiratorio, ya había caído en paro cardiorrespiratorio, yo alarmada llamé al médico y se realizaron maniobras y el paciente salió. Se recuperó y terminé de bañarlo y seguía platicando con él, y le decía que por qué me había asustado y él con su mirada me respondía o yo sentía que él me respondía, sentí mucho gusto al verle los ojos expresivos, después de un paro cardiorrespiratorio.

Pero lo más triste fue que al día siguiente al llegar yo al turno su cama estaba vacía, porque él había muerto una hora antes.

**No. Folio :** 033  
**GE:** E.G.  
**AS:** 1 mes  
**APE:** 5 años

En una ocasión, atendiendo un paciente en terapia intensiva, cuando me disponía a dar su alimentación se lo expliqué al paciente y su esposa me dijo que porque le explicaba al paciente, si él no me escucha lo que le digo y le di la explicación de por qué teníamos que hablarle, y ella empezó a hablar con él, al escuchar la voz de su esposa el paciente empezó a emitir sonidos y al día siguiente mejoró mucho su estado de coma, y se dio de alta del servicio en 2 días.

**No. Folio :** 035  
**GE:** E.A.S.  
**AS:** 18 Años  
**APE:** 18 años

En el trabajo que me desempeño es del primer nivel de atención.

Las actividades que realizo son de prevenir las enfermedades.

Para mí es satisfactorio el realizar las actividades basadas en conocimientos bien establecidos; de tal manera que en la comunidad que se encuentra bajo mi responsabilidad tiene el primer lugar en cobertura de vacunación universal en el Distrito Federal, sosteniéndonos por años y en consecuencia, años que no se presenta uno solo de estos padecimientos.

**No. Folio :** 036  
**GE:** E.G.  
**AS:** 15 años  
**APE:** 15 años

En el primer nivel donde trabajo recuerdo mucho como una madre de familia con 3 niños menores de 5 años (3/12, 2 años, 3 años) no los dejaba vacunar, ni quería asistir a nuestra unidad de salud, realizándole varias visitas domiciliarias, en ocasiones me cerraba la puerta en cuanto se daba cuenta que era yo, en otros me contestaba mal y en otros ya ni abría la puerta, pese a todo esto seguí luchando para convencerla comentándole los riesgos a los que exponía a sus niños y que si sus niños estuvieran grandes le pedirían que los vacunara; también le explicaba cuando me lo permitía las secuelas que podría dejar la enfermedad, pudiendo evitarla con una vacuna.

La insistencia para con ella o que me haya tomado confianza permitió que al fin accediera a vacunar a los niños, finalmente a los niños se les aplicó su esquema completo de vacunación y aceptó para ella y los niños la atención médica que brinda nuestra unidad.



**No. Folio :** 040  
**GE:** E.G.  
**AS:** 10 años  
**APE:** 10 años

Sucedió un día con una compañera de trabajo la cual ante la solicitud de la aplicación de un medicamento penicilina sin antecedente de alergia, se procede a su ministración, al momento de terminar, me percaté de que inmediatamente empieza a presentar un cuadro anafiláctico a lo que solicito apoyo del personal médico por medio de otra compañera, así mismo solicito una ampolla de adrenalina, el médico asiste a ligar y canalizar vena para introducir un Alin I.V, yo me mantengo contabilizando la toma de tensión arterial la cual empieza a disminuir, y esto causa angustia, ya que es cuestión de escasos minutos, considerando que nos encontramos en una unidad de 1er. nivel de atención la cual no cuenta con los recursos necesarios para una urgencia, lo cual para mí incrementó una angustia. Con apoyo de 2 médicos así como mi participación salió de su shock anafiláctico, y encontrando sala a mi compañera y amiga.

**No. Folio :** 043  
**GE:** E.G.  
**AS:** 6 años  
**APE:** 24 años

Al aplicar una vacuna D.P.T. a un niño de 6 meses, el niño presenta pérdida de la conciencia (se priva), lo primero que se hizo es calmar a la madre, verificar permeabilidad de vías aéreas, dar reanimación y remitirlo a un servicio de urgencias para la aplicación de O2 y valorar su estado e investigar la causa real de este problema.

**No. Folio :** 044  
**GE:** E.G.  
**AS:** 4 años  
**APE:** 6 años

Es una situación reciente.

Con una compañera de trabajo social fuimos a un curso de cuidados en el embarazo, en conjunto con ella formamos un grupo de embarazadas el primero en mi centro de salud; que aún sigue formándose; pero al que llegaron las usuarias con sus niños y me dijeron que gracias a nosotros disfrutaron y tuvieron un buen término del embarazo y ahora unos niños sanos, me sirvió de aliciente para continuar con esa labor y fomentarla entre mis compañeras.

**No. Folio :** 046  
**GE:** E.G.  
**AS:** 7 años  
**APE:** 9 años

En la unidad donde laboro en una ocasión se presentó una paciente con un diagnóstico de diabetes, a la cual le amputaron una pierna, su herida se infectó y no quería cerrar, ni sanar adecuadamente, se le realizaron curaciones diariamente y con gran cuidado, la cual fue sanando favorablemente, esto que aunque insignificante podrían verlo, para mí es una satisfacción porque actualmente la Sra. se encuentra entre comillas bien.

Gracias por su atención y espero que mi experiencia aunque sencilla les sea de su agrado.

**No. Folio :** 048  
**GE:** E.G.  
**AS:** 3 años  
**APE:** 28 años

Tuve una experiencia con un recién nacido que fue abandonado en el hospital por su madre debido a que presentaba ligeros síntomas de Síndrome de Dawn, me hice cargo de su atención hasta su rehabilitación con apoyo de terapia física, lo satisfactorio es que al final logré que no se lo llevaran a casa cuna y se fuera en adopción. Actualmente es un profesionalista, el fue llevado a Ciudad Juárez donde vive feliz con su familia adoptiva y cursa la carrera de medicina, hasta el momento tenemos comunicación y él no sabe que es adoptivo porque es hijo único por decisión de la familia fue registrado como legítimo.

**No. Folio :** 050  
**GE:** E.G.  
**AS:** 1 año  
**APE:** 10 años

El asistir actualmente a un paciente con parálisis cerebral, ayudarlo y motivarlo para seguir a pesar de haber perdido a su madre hace apenas unos meses, cuando era ella la única que se preocupaba por él y hacerle comprender a su padre y hermanos que el dinero no puede hacer todo en la vida a raíz del fallecimiento de su madre, él se quedó plasmado en una silla de ruedas, ya no deseaba vivir, y ahora a base de terapias afectivas y ocupacionales, hace apenas 2 semanas que se levantó y volvió a caminar, sin la ayuda de nadie, y ahora desea realizar conmigo todas las actividades que desarrollaba con ella (nadar, sumar, restar, escribir a máquina y a computadora, etc.) Sólo a base de amor.

**No. Folio :** 051  
**GE:** E.G.  
**AS:** 1 años  
**APE:** 2 años

En un Hospital General, específicamente en el Servicio de UTQ. Era un día de esos en que están todos los servicios a reventar. Había un médico interno y yo de encargados en el servicio. El además tenía trabajo pendiente en Urgencias. Así que me encargó el servicio. Tenía 5 pacientes y 2 estudiantes de Enfermería. Cuando de pronto ¿Qué creen? Una de las pacientes gritó ¡ya está naciendo mi hijo! Yo dije ¿Oh por Dios es primigesta y no puede ser! Me asomé y en efecto la cabeza estaba alumbrando, pedí a Dios no tener complicaciones para atender el parto. Lo hice y fue algo tan impresionante que nunca lo olvidaré.

**No. Folio :** 052  
**GE:** E.G.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 7 años

Se presenta en la Unidad de Salud una usuaria solicitando la vacuna, se la hace la entrevista y resulta que en la 3er. dosis de vacuna DPT el niño presentó fiebre muy alta y esto provocó que convulsionara y que le provocara un daño cerebral, por lo que le indicaron una vacuna que es la DT y no la podía conseguir, ya que en ningún lado le solucionaban el problema, y ella estaba desesperada por aplicarle la vacuna y acudió con nosotras, dentro de nuestro servicio no hay esta vacuna, pero nuestras autoridades tampoco sabían donde aplicársela, por lo que nos dimos a la tarea de buscar el lugar donde se la aplicaran, y después de investigar encontramos el apoyo de la Clínica del Seguro Social, que nos dio cita para que acudiera, se le realizó la visita y se le dio la hora y lugar, posteriormente se le volvió a visitar y nos dio las gracias, y nos dijo que no sabía como agradecerémoslos porque aunque ella fuera humilde tuvimos la atención con ella.

**No. Folio :** 053  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 3 años  
**APE:** 22 años

En mi práctica profesional algo que fue relevante es: Una paciente que acude al servicio de prenatal con 40 semanas de gestación, la cual al ser revisada presentó trabajo de parto, naciendo su bebé en menos de 15 minutos, no dando tiempo de ser atendida en la sala de expulsión, pero felizmente en el consultorio recibimos al recién nacido.

**No. Folio :** 054  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 2 años  
**APE:** 5 años

1.- Se trata de un paciente con edema agudo pulmonar, de inmediato se coloca catéter central, monitorea, ministra: digitálicos, diuréticos, oxígeno 100%, aminofilina, metilprensolona. Se toman gasometrías de control, ECG 2 veces por turno.

2.- Que debo actuar con prontitud para estabilizar al paciente.

3.- Toma de electrocardiograma.

**No. Folio :** 056  
**GE:** E.E.I. .  
**AS:** 6 años  
**APE:** 7 años

1.- Se trata de un paciente que ingresa con coma urémico, hemodinámicamente inestable, se monitorea inmediatamente, coloca catéter central e inmediatamente se digitaliza, se ministran antihipertensivos T/A 180/130, toman azoados e inicia diálisis peritoneal, control azoados c/4 hrs. Diálisis c/30 minutos.

2.- Estabilizar al paciente.

3.- El stress para estabilizar al paciente por su T/A.

**No. Folio :** 064  
**GE:** E.Q.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 10 años

Ingresa paciente femenina, adulta, consciente, intranquila, con palidez de tegumentos, mucosas orales secas, la cual presenta dolor abdominal y crecimiento del mismo, se diagnostica como quiste de ovario por lo que se decide intervención quirúrgica, por lo cual se canaliza en miembro superior derecho, se realiza tricotomía superior.

Pasa a sala de quirófano, inicia inducción e intubación orotraqueal sin problema, lavado mecánico con isodine espuma, antisepsia con isodine solución, inicia cirugía con abordaje media infraumbilical encontrándose líquido y útero aumentado de tamaño, por lo que se decide ampliar la incisión encontrándose útero de aproximadamente 6 kg. de peso, se procede a extirparlo y mandándolo a patología. Termina cirugía, se deja drenaje, cuenta completa de gases y compresas. Se procede a suturar por planos. Termina cirugía. Pasa paciente a la unidad de terapia intensiva, con previa colocación de apósito.

**No. Folio :** 065  
**GE:** E.Q.  
**AS:** 6 años  
**APE:** 6 años

Ingresa paciente masculino senil con venoclisis en M.S.I., con abdomen agudo, fiebre 38.5° procedente de terapia intensiva, se monitoriza, se induce anestesia y se efectúa intubación endotraqueal sin problema. Se realiza lavado mecánico y antisepsia de la región, así mismo se instala sonda foley #1665, colocan campos estériles e inicia cirugía con incisión media infra y supraumbilical, disección x planos hasta llegar a cavidad se realiza laparotomía aplopláda, encontrando múltiples divertículos perforados en íleon y colon, así mismo mesenterio engrasado (con peritonitis), se procede a realizar resección de aproximadamente 1.80mts. (íleon y colon), se realiza anastomosis término-terminal en dos planos, al extraer la pieza se parte en dos por el peso y lo lábil del intestino se realiza lavado de cavidad, se dejan dos penrose en ambos flancos (parietocolica), los cuales salen por contraapertura, se cierra por planos, termina cirugía. Se coloca apósito y vendaje abdominal, se retira vía periférica y se coloca catéter subclavio, pasa paciente a terapia intensiva con sonda foley, nasogástrica a derivación muy delicado.

**No. Folio :** 072  
**GE:** E.G.  
**AS:** 10 años  
**APE:** 25 años

Se trata de paciente con I.R.C. que ingresa a tratamiento de hemodiálisis y al explorarlo físicamente se observa con catéter colocado en la femoral profunda, con sangrado importante en el sitio de inserción, se observa hemodinámicamente inestable con signos vitales inestables TA 84/47 con náuseas, vómito, se avisa al médico, se pasa sol. hipertónica, albúmina Dopamina a 15mgts x' y después a 20 y 25 mgts x'.

Se inicia el tratamiento de hemodiálisis con tiempos de coagulación cortos y toma de signos c/10'. Al final del tratamiento sale con signos vitales más estables 115/60, 34' se hace curación y e sube al servicio al que pertenece.

**No. Folio :** 079  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 3 años  
**APE:** 9 años

Paciente posoperado de Laparotomía exploradora por una pancreatitis necrótica hemorrágica, en el enlace del turno se presenta taquicardia de 180 x' con palidez de tegumentos y pérdida del estado de alerta. Se toma la presión arterial encontrando una cifra de 60/30. Se procede a seguir la vía aérea, a través de posición semifowler y aspiración de secreciones orales, otra compañera informa al médico de base indicando la intubación oro-traqueal y canalización de vena periférica administrando a través de ella soluciones coloides, cristaloides asegurando la vía aérea y recuperando presión arterial. Se procede a la exploración del paciente encontrando datos de hemoperitoneo con la presencia de salida hemática en herida quirúrgica, se notifica al médico de gastrocirugía, programándolo a cirugía de urgencia.

**No. Folio :** 080  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 15 años

Se trata de paciente femenina de 26 años de edad con Dx. de P.O. Colectectomía, más laparotomía exploradora más necresectomía + SIRPA.

Paciente hemodinámicamente inestable, con infusión de Norepinefrina, Dobuta, Dopa, Midazolam Vecuronio, hipotensa, taquicárdica; con V.M: con PEP DEL 18 Y RIE 4:1.

Me preparaba para realizar lavado bronquial y aspiración de secreciones, preparé el equipo y todo lo que requería, aún cuando mi paciente estaba sedada le di preparación psicológica antes de realizar este procedimiento, valoré que lo requería, es más en el momento fue de urgencia porque de pronto casi no metía volumen, le introduje 10ml de agua y cuando quise meter la sonda para aspirar ésta no entraba, volví a insistir, para entonces la paciente ya estaba cianótica, le pedí a una enfermera que estaba en el control que me pasara el ambú, y aún con el PEP y la relación en la que estaba, procedí a desconectarla y darle respiración con el ambú (mientras la enfermera ayudante le llamaba al médico de base). Me percaté que la sonda estaba tapada porque no entraba aire, ni siquiera podía insuflar c/el ambú y nuevamente me adelanté para pedir el carro de paro, en ese momento (todo en un instante) llegó el médico y él intenta darle con el ambú y como no se puede decide reintubarla, preparé inmediatamente la cánula endotraqueal, se prueba el globo y se inicia intubación.

Fue difícil y traumática, mientras ellos lo intentaban yo estaba haciendo las fijaciones y pendiente del monitor para ver la saturación y la frecuencia en esos momentos cruciales uno no lo demuestra, pero sentí angustia, temor y un stress tremendo además desesperación, porque la intubación estaba prolongándose, pero gracias a Dios se pudo lograr y en ese momento me sentí más tranquila, fijé la cánula (me fui tranquilizando) y la paciente empezó a saturar mejor, aunque continuó hemodinámicamente inestable. Pero pudo haber fallecido en ese momento crítico.



**No. Folio :** 086  
**GE:** E.E.I. .  
**AS:** 4 meses  
**APE:** 10 años

Paciente masculino de 69 años, con 9 día de estancia hospitalaria con el Dx. de Púrpura Fulminante. Se encuentra en estos momentos consciente, inquieto, con tinte icterico, edema de miembros superiores y genitales, piel con lesiones dérmicas sangrantes a la manipulación, éstas se encuentran solo en manos, piernas (lados laterales), glúteos y pies, cicatrizando, no se observan datos que las lesiones se encuentren infectadas, inquieto.

Se mantiene con tubo endotraqueal, conectado a ventilador, monitorizando constantes vitales.

Solución de base para 8 hrs. Pasando a través de catéter de 2 líneas y nutrición enteral por SNG. Sonda foley para control estricto de uresis.

Su tratamiento va encaminado a evitar infección de lesiones, evitar dolor y trastornos secundarios (daño renal, problemas pulmonares).

Mi actitud fue básicamente presentarme con el paciente y preguntarle cómo se sentía para darle confianza y disminuir su inquietud.

Seguir técnica de aislado, colocando campos y ropa estéril, posterior a su baño con permanganato de Potasio.

Terapia respiratoria con aspiración de secreciones para ayudarlo a una mejor permeabilidad de vías aéreas.

Apoyo emocional durante cualquier procedimiento.

La administración de medicamentos para un mejor manejo de su terapéutica preventiva a infecciones.

Cuidados a su piel, curaciones de catéter, aseo bucal evitando focos de infección.

Vigilancia constante y chequeo de signos vitales.

Al paciente al finalizar el turno lo observo tranquilo, cooperador, sin dolor, por tanto, yo me sentía bien por observar frutos de mi trabajo.

Aspectos complejos; pues no más que nada lo llamaría yo obstáculos, esto es la falta de material estéril, que no hay en esta momento (sólo coloque campos estériles, no hay sábanas para cubrirlo).

**No. Folio :** 105  
**GE:** L.E.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 15 años

Paciente de 27 años, diabético, con trasplante renal por posturamiento de páncreas, éste último lo rechazó, sus internamientos fueron frecuentes.

Como muchos pacientes renales, son desconfiados ante el personal, nuevo que los atienda y que ellos no conozcan.

En cierta ocasión al regresar yo de vacaciones, y él ya trasplantado de riñón, y recibiendo tratamiento en antibióticos por una infección, era un paciente seco, reservado de difícil trato, si se le tenía que hacer algún procedimiento, el pedía que se lo hiciera alguien de su confianza.

Un día que me tocó como paciente a mi, se le infiltro la solución y lo tenía que recanalizar a lo cual me dijo que lo hiciera otra compañera, por lo que yo le explique que ella estaba ocupada con sus pacientes y que yo lo iba a canalizar, a partir de esa ocasión el paciente me tuvo confianza, el trato fue más abierto y cordial, actualmente cuando viene como externo es cordial y ante sus dudas tiene confianza en general, con todo el personal que él conoce.

**No. Folio :** 107  
**GE:** L.E.O.  
**AS:** 4 años  
**APE:** 16 años

Durante un traslado de un paciente que se envió del Hospital General de Zona al Centro Médico, con un infarto al miocardio extenso, de 29 años de edad, al llegar al hospital cayó en paro cardíaco respiratorio, procediéndole a dar maniobras de reanimación, con administración de medicamentos respectivos, se le colocó sonda endotraqueal, se conectó al ventilador de presión, se infundieron soluciones expansores del plasma, medicamentos para elevar tensión arterial, a pesar de ese apoyo, volvió a caer en paro y se volvió a dar maniobras de reanimación sin resultado positivo, estando en un estrés constante y tremendo, un sentimiento de impotencia al no haber podido tener un resultado positivo, en cuanto a mi actuación.

**No. Folio :** 108  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 3 años  
**APE:** 5 años

Ingresa una joven de 26 años, con enfermedad hematológica y probable CA, en mal estado hemodinámico, el médico residente actuó con ... al médico adscrito, se continuó con el paso por su catéter el plasma y sangre pensando que el sangrado era abundante por boca y en una punción que hicieron para toma de gases arteriales, este paciente no tiene apoyo ventilatorio, preparo tubo endotraqueal laringoscopio Midosolan y Bacutron y se proporciona el apoyo ventilatorio, empiezo al mismo tiempo sigo pasando expansores, el médico residente se retira, mi paciente sigue chocado, se pregunta molesto que si no se le iba a brindar el apoyo con aminas y dijo que sí pero fue tonta su respuesta de los médicos, por esto yo si le habría brindado el apoyo con dopamina, ella seguía con sangrado y la ineptitud me puso angustiada pero solo en escasas ocasiones, casi nunca me siento estresada. Posteriormente los médicos actuaron como deberían hacerlo desde el momento del ingreso.

**No. Folio :** 112  
**GE:** E.G.  
**AS:** 1 año, 8 meses  
**APE:** 13 años

Masculino de 52 años de edad, postoperado de trasplante de corazón, T/A 100/60, FC 80x', FR. 16, Temp. 36°, presentó retención de líquidos (anasarca). Se interconsulta para realizar hemodiálisis urovenosa continua. Programado para ultrafiltrar 4 lts. en 4 hrs. Se prepara la máquina, se conecta al paciente y se inicia tx, a los 10 min. de iniciado el tx el paciente presenta Hipo T/A 80/50, por lo cual se bajan flujos de diálisis a 100mlx' y el ultrafiltrado a 500 mlxhr. Se toma muestras de laboratorio para verificar Na+ y albúmina, el cual nos muestra Na+ de 128 y albúmina de 2gr. Se ministra una ampolleta de Hiperton y 1 frasco de albúmina por hora para sustitución. A los 20 minutos recupera T/A a 100/60, se sube el flujo sanguíneo a 150mlx' y ultrafiltrado a 1 lt x hr. Se logró UF 4 lts. Durante el tx, T/A final 100/60, FC 80x', Temp. 36°, Na+ 132 y Albúmina de 3gr.

**No. Folio :** 113  
**GE:** E.E.I. .  
**AS:** 14 años  
**APE:** 14 años

Me encontraba en el servicio de Medicina Interna, con una paciente que tenía sello de agua, intubada, a la cual se le tenía que colocar un colchón de agua. Se llamó al camillero, mientras me dirigí a traer unas pinzas de Kelly. Al momento que regreso al cubículo de la paciente, me percaté que entre el familiar, la compañera auxiliar y el camillero ya estaban cambiando a la paciente, y que el familiar en forma solícita se prestó a ayudar, sosteniendo el sello de agua a la altura del colchón de agua sin haberlo pinzado. Lo primero que hice fue cerrar las tomas de aire y avisarle al médico, ya que la paciente empezó a hacer enfisema subcutáneo, se le aplicaron agujas de insulina, pero no fue posible salvar a la paciente, lo que en ese momento sentí fué impotencia, y pensé que cómo la ignorancia y la premura de hacer las cosas, nos pueden acarrear problemas serios.

**No. Folio :** 114  
**GE:** L.E.O.  
**AS:**  
**APE:** 6 años

En la realización de prácticas profesionales de 1er. semestre en el servicio de Cirugía General; una paciente femenina senil que estaba en compañía de su familiar, por accidente se jaló el venopack, el cual se desconectó y comenzó a sangrar, el familiar se asustó y acudió a avisar a la estudiante de enfermería que era la única que se encontraba en ese momento, la cual era yo y otra compañera, al acudir de momento no sabíamos que hacer, estábamos asustadas, pero posteriormente reaccionamos conectando el venopack al punzocat, limpiando el excedente de sangre, tranquilizando al familiar, cuando llegó la enfermera adscrita, se le notificó lo que pasó y todo salió bien.

**No. Folio :** 115  
**GE:** L.E.O.  
**AS:** 3 años  
**APE:** 14 años

Una paciente en trabajo de parto, con 40 semanas de gestación, Gesta IV, Para III, fue tratada con oxitocina para inducto conducción, pero no fue debidamente vigilada por los médicos, por lo que yo vigilaba su evolución, pero llegado el período expulsivo, no llegaba la Dra. encargada a quien se le pidió su presencia hasta en 3 ocasiones. Entonces pedí ayuda al camillero para su traslado a la sala de expulsión y junto con otra compañera se intentó acomodarla en posición ginecológica. En este momento llegó la Dra. a cargo, pero el producto ya estaba casi con su cabeza de fuera, la paciente sufrió un desgarro de 2º grado en vulva y vagina.

Mi sentimiento fue de frustración pues todo el trauma obstétrico se pudo evitar.

Después se aplicó hielo a la región y cuidados específicos del posparto, sin embargo, dudo que la paciente se haya sentido mejor.

**No. Folio :** 125  
**GE:** L.E.O.  
**AS:**  
**APE:** 20 Años

En el servicio de Nefrología -Interrelación que nos dimos los pacientes nefrópatas y enfermería - Al principio una negación de la enfermedad, posteriormente la aceptación y como nosotras como enfermeras les damos los cuidados específicos de su enfermedad.

Al final hay una relación estrecha y de amistad, pero no de indispensables.

Además como enfermeras tenemos que tener los conocimientos de la enfermedad para poder dar atención con calidad y calidez.

Aprendí a detectar complicaciones en los diferentes tratamiento de los nefrópatas para prevenir consecuencias que incluso los llevan a la muerte.

**No. Folio :** 126  
**GE:** L.E.O.  
**AS:** 3 meses  
**APE:** 9 años

Se trata de una paciente c/trabajo de parto, el cual sale el producto (en sala de expulsión) sin ninguna complicación, el alumbramiento también sin complicaciones, a la revisión de cavidad, se observa la salida de sangre a chorros e intermitente, se procede al masaje uterino pues presenta atonia uterina, con apoyo del equipo médico y demás personal de enfermería se brindan cuidados a la atención del padecimiento y ante un posible estado de choque hipovolémico. Tales cuidados inmediatos fueron:

- Instalación de otra vía periférica
- Toma de SV (principal T/A, Fx cardíaca, etc)
- Farmacoterapia
- Asistencia al Ginecobotetra y anestesiólogo
- Control de líquidos, etc.

Posteriormente, una vez restablecida la paciente, se continuó la vigilancia estrecha en el puerperio inmediato.

**No. Folio :** 128  
**GE:** E.P.  
**AS:** 1 año  
**APE:** 24 años

Paciente femenina de 26 años de edad, medio socioeconómico bajo, hábitos higiénico dietéticos deficientes, casada, vive en hacinamiento en cuarto de vivienda, con su pareja, dos hijos y una hermana, acude al hospital en mal estado general, fiebre 38.5° C, deshidratada, a la exploración física encontramos herida quirúrgica en la línea media infraumbilical deciente, con salida de secreción purulenta postcesárea de 4 días de evolución.

Dx. Médico: Deciduitis postcesárea.

Dx. de Enfermería: Angustia y depresión por la separación del bebé R.N. y su familia.  
 Endometritis postcesárea.

Cuidados de Enfermería:

Se canaliza vena, se hidrata.

Se controla temperatura x medios físicos y químicos

Se inicia esquema de antibióticos triple

Se da terapia de apoyo, se trata de tranquilizar

Se entrega al siguiente turno eutérmica, más tranquila.

**No. Folio :** 131  
**GE:** L.E.O.  
**AS:** 15 año  
**APE:** 23 años

Recientemente me encontré con una paciente en pre-estado de shock, pálida, diaforética, consciente, con sangrado T.V. y tubo abdominal, pulso débil de 60x', casi no se escuchaba la T.A. pero alcancé a percibir 70/40 y poco a poco fue perdiendo el estado de conciencia. cuando llegó el médico, la paciente ya inconsciente no pudo manifestar más datos, se le canalizaron dos venas, se pasó expansor de volumen y se colocó calor y cobertor, ya que la temperatura ni siguiera fue registrada por el termómetro. El médico llamó a otro médico y ambos no sabían que hacer. Se llamó al médico de base adscrito al servicio y éste solicitó un ultrasonido abdominal, pues se sospechaba de embarazo ectópico vs. apendicitis y/o aborto incompleto.

Poco a poco la paciente empezó a recuperarse y al volver ala conciencia, nos manifestó haber ido con otro médico previamente para que le ayudara con sus "cólicos", ya que ni sospechaba que estaba embarazada. El Dx. confirmó aborto incompleto, prob. séptico, aún cuando no manifestaba hipertermia. Concluyó el turno y la paciente pasó a legrado sin mayores complicaciones.

**No. Folio :** 141  
**GE:** L.E.O.  
**AS:** 2 años  
**APE:** 18 años

Paciente que llega al servicio de urgencias con pérdida de la conciencia, se le colocan palas de ECG, se registra F Ventricular, se dan 3 descargas de 260 Joules. No obteniendo respuesta, simultáneamente se canalizó vena periférica e intubación endotraqueal, a los 15' se confirma que el paciente sufrió ruptura septal con choque hipovolémico.

**No. Folio :** 147  
**GE:** E.P.  
**AS:** 2 años  
**APE:** 10 años

La especialidad de pediatría dentro de la profesión de Enfermería, que aunque toda la enfermería es muy humanitaria, bueno eso siempre se ha dicho de (Enfermería), ésta profesión. Cuando uno se encuentra dentro de la especialidad de pediatría, aunque al ver a niños con enfermedades crónicas degenerativas, para nosotras las enfermeras es satisfactoria la atención a estos pacientes, ya que creo o más bien aseguro que de alguna manera ayudamos a salir adelante al paciente pediátrico, con nuestra atención de calidad y no de cantidad y al mismo tiempo, ayudamos emocionalmente a los familiares del paciente, a aceptar la enfermedad y a sacar adelante al paciente pediátrico, y es una satisfacción muy grande para la enfermera pediatra.

**No. Folio :** 148  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 4 años  
**APE:** 12 años

En el Servicio de Infectología tenemos mucho contacto con los pacientes de HIV, ya que llegan con Dx. como toxoplasmosis, criptococosis en su primera fase, por lo que llegan alertas, algunos de ellos, por el mismo tipo de padecimiento, hay deterioro Neurológico.

Yo tengo muy presente a un paciente de este tipo e Dx. porque tuvo varias recaídas.

Cuando llegó él no aceptaba el Dx que se le había detectado, estaba muy negativista a su tratamiento, platicando con él, poco a poco fue aceptando, pero cuando se iba a su casa suspendía los tratamientos. En una de esas recaídas el paciente se tuvo que orontubar y manifestaba que no iba a volver a suspender los tratamientos. cuando él pudo salir adelante, se fue muy agradecido de todo el apoyo brindado.



**No. Folio :** 151  
**GE:** E.P.  
**AS:** 3 años  
**APE:** 16 años

Hace algún tiempo, estuve asignada al servicio de diálisis peritoneal, en dónde se manejaban máquinas cicladoras, la cual yo aprendí a manejarlas bien. Estas máquinas, daban concentración de la solución dializante desde el 1.3% al 4.25%.

Cuando llegaban los pacientes yo los conectaba a las máquinas cicladoras y programaba la concentración que requería el paciente, ya cuando el médico llegaba a revisar a los pacientes, ya se estaban dializando con la concentración requerida por el paciente.

**No. Folio :** 154  
**GE:** E.Q.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 10 años

Fue durante mi servicio social y es algo no muy agradable.

Yo no estaba trabajando ese día, y era la hora de la comida cuando nos fueron a llamar para apoyar a nuestra compañera que estaba en urgencias adultos, ya que había llegado una paciente en trabajo de parto, el producto colgando ya que venía podálico y no había podido salir la cabeza. En ese momento empezamos a movilizarnos y a preparar la sala de quirófano para realizar cesárea a la paciente.

Fue algo muy triste y lo recuerdo, ya que fue una experiencia desagradable.

**No. Folio :** 160  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 10 años  
**APE:** 20 años

Se recibe en la UCI a una paciente femenina joven, aproximadamente de 17 años con el Dr. por la aplicación de gotas de sulfa (oftálmicas) la paciente se encuentra en muy mal estado general, que es necesario intubación orotraqueal y la lesión tan intensa que es necesario tratar con Tec. estéril como paciente quemado.

Su tratamiento fue a base de hidratación parenteral y nutrición enteral.

Su recuperación a base de los cuidados intensivos fueron bastante prolongados pero finalmente pudo salir adelante.

**No. Folio :** 161  
**GE:** E.E.Q.  
**AS:** 6 años  
**APE:** 18 años

En esta profesión, vivimos en la mayoría de las veces con tanta tensión por la responsabilidad que elevamos, que olvidamos esas pequeñas cosas tan gratas como lo es un "gracias", pero eso nos llena para dar lo mejor de nosotras.

Pero si al ver la recuperación e un paciente que es un "desconocido" en cierta forma; yo no tengo ni siquiera la forma de expresar la enorme satisfacción de ver la recuperación total e mi hijo, después de verlo casi destruido a causa de una meningo-encefalitis-viral. vivir como enfermera la situación de ser intubado, c/respirador, casi en fase termina y el escuchar que los médicos nos daban pocas esperanzas de su recuperación total. Fueron 5 meses de eterna angustia y depresión; pero a la vez de muchos cuidados y dedicación por parte de todos.

Ahora después de 8 años, no lo puedo olvidar, pero el verlo totalmente sano, con un crecimiento físico y mental normal, con buen rendimiento escolar, todo sufrimiento me parece poco, sólo me queda dar gracias a Dios por haberle permitido a mi hijo su recuperación total y el que lo podamos tener con nosotros.

**No. Folio :** 168  
**GE:** E.E.P.  
**AS:** 2 años  
**APE:** 23 años

Para Mi es muy gratificante atender a los niños en estado crítico, estar con ellos en los momentos en que viven y en el otro se mueren, y cuando logran superar la crisis con la atención del médico y la mía, me siento profundamente complacida, porque veo que mi esfuerzo fructifica en la vida de un ser indefenso, totalmente dependiente de mi y de mis compañeras. Y esa es la más grande satisfacción que se puede experimentar.

**No. Folio :** 170  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 1 año  
**APE:** 5 años

El haber concientizado al paciente de que el personal de enfermería es un factor importante e irremplazable para dar una atención con calidad y durante las 24 horas del día y durante todo el año; ya que es la que está en contacto directo y la mayor parte del tiempo con él, sin embargo no se ha dado la importancia que amerita, ya que uno mismo en ocasiones no le da la importancia y la trascendencia que existe dentro del equipo multidisciplinario.

**No. Folio :** 174  
**GE:** E.G.  
**AS:** 12 años  
**APE:** 15 años

Estando a cargo de un paciente con Dx de laparatomía exploradora, sello de agua, soluciones en ambos miembros torácicos, me acerqué, lo saludé, me presenté con él, le platique que yo iba a estar al cargo de sus atenciones en el 1er turno, le di baño de esponja y cuidados específicos, y al término del turno, me comentó que él no había recibido tan buenas atenciones como las que yo le proporcioné. Eso me hizo sentir tan feliz y satisfecha de mi carrera, al poder ayudar a alguien que necesita de otra persona, para lograr su salud.

**No. Folio :** 180  
**GE:** E.P.  
**AS:** 1año  
**APE:** 11 años

Cuando realicé mi Servicio Social, me encontré en un ambiente lejano en donde toda forma de civilización se encontraba a 3 horas de camino. Se encontraba el Centro de Salud en el cual trabajé un año, al principio fue muy difícil, pero muy agradable porque ayudé a mucha gente que realmente lo necesitaba.

Fue muy hermoso para mí atender un parto en un lugar donde nos hacía falta todo, pero al ver nacer ese pedazo de carne fue tanta la emoción que sentí y más porque me agradecieron mucho los familiares y la propia paciente.

**No. Folio :** 181  
**GE:** E.G.  
**AS:** 3 años  
**APE:** 12 años

El trabajar con neonatos me producía angustia, sin embargo hace 3 años me fijaron en una Terapia Neonatal, lo que me pareció muy bueno pues me daba cuenta que no me sentía en lo absoluto hábil en su manejo.

Pero ahora me siento capaz de detectar cuando un paciente está extubado, o mal intubado, o chocado, además con la habilidad de poder canalizar venas periféricas en no más de 2 punciones.

**No. Folio :** 182  
**GE:** E.G.  
**AS:** 15 años  
**APE:** 16 años

Mi experiencia es personal. Al nacer el menor de mis hijos con hipoxia severa, encontrábase en UCI, no lo habían valorado bien por falta de electroencefalogramas y neurólogo pediatra, está en la clínica del ISSSTE, por ser sábado no pudieron trasladarlo hasta el lunes.

Por fin lo valoran, lo mantienen con fenobarbital, diazepam con valoraciones en el Hospital cada 15 días, le inician con alimentación por sonda. Evoluciona favorablemente.

Me transfieren a otro Hospital para valoración cada mes en Neuro, Ortopedia, Estimulación Temprana, me dijeron que de esto dependía que mi hijo saliera adelante

Yo salía de trabajar, lo llevaba a sus sesiones de ejercicios, valoraciones.

Lo enseñé a gatear, caminar con la ayuda de los médicos mi hijo logró salir adelante, con una pequeña secuela que es meter hacia dentro un poco el pie derecho, pero de lo demás está normal. Es un niño hiperactivo muy inteligente.

Esto me hace olvidar todos los momentos de angustia que pasé.

# **CASOS TIPO EN LA CATEGORÍA PRINCIPIANTES**

**No. Folio :** 005  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 1 año  
**APE:** 9 años

1. "Lo siento es una Unidad de Medicina Familiar.
2. En casos parecidos al ejemplo, en otras unidades, de inicio pues desesperación por no tener equipo de apoyo, y darle la atención lo mejor que se pudiera, el objetivo en ese momento estado sola o no es estabilizar al paciente.
3. Pues no es fácil realizar el trabajo de todo un equipo, es complejo y bastante estresante."

**No. Folio :** 008  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 3 años  
**APE:** 8 años

"Paciente femenino con dx. de neumonía hipostática y Fx. fémur izquierdo.

Está intubada, a las 3 semanas se le practica traqueostomía.

Consciente, pero con dificultad para la comunicación, debido a distenia, al dolor que presentaba por la Fx. estaba irritable y agresiva. Tuve que explicarle el procedimiento de aspiración de secreciones, pero ella decía que no lo necesitaba y la movilización en bloque a su familia.

Tiempo después se le retiró la cánula de traqueostomía y pudo hablar, durante ese lapso de tiempo tuvimos comunicación con ella a todas horas, ya que la imposibilidad de decirnos algo la irritaba y se desesperaba; logramos con mucho esfuerzo el hacer que se movilizara por sí sola; esto le dio confianza y seguridad, a los pocos días se fue a su domicilio. El problema neumológico se había extinguido.

El papel mío y de mi compañero fue más que nada, comunicación y paciencia.

Pues no es fácil realizar el trabajo de todo un equipo, es complejo y bastante estresante."

**No. Folio :** 016  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 1 año  
**APE:** 9 años

1. "Se trata de paciente masculino de 50 años de edad que ingresa al Servicio de Urgencia por presentar IAM, manifestado por dolor precordial irradiado a hombro y brazo izquierdo, náuseas, insuficiencia respiratoria, ansiedad, diaforesis.  
 Se aplica analgésico, vasodilatadores (nitroglicerina), oxígeno, apoyo psicológico al paciente, aplicación de narcóticos, se toma muestra para laboratorio, ECG, se trabajó con todo el equipo médico, teniendo respuesta satisfactoria.
2. Hacer lo posible para quitar el dolor y ayudarlo en ese momento de angustia. Después me sentí satisfecha de mi acción porque logramos su estabilidad.
3. No poder quitar la ansiedad del paciente y el dolor de inmediato."

**No. Folio :** 020  
**GE:** E.G.  
**AS:** 8 años  
**APE:** 18 años

"La experiencia que les describo se efectuó en el año de 1988.

Al ir a aplicar una ampolleta de penprocilina 400 000u. vía I.M., la paciente era mi sobrina que tenía un año de edad.

Al momento que introduzco la aguja, aspirar y aplicar el medicamento, mi cuñada volteó a mi sobrina y no pudiendo sostenerla yo, la niña se mueve bruscamente y con la cresta .ilíaca la aguja ya introducida se dobla al estar dentro de la región (cuadrante superior externo del glúteo derecho)

Traté de extraer la jeringa pero la aguja se había sujetado a la piel del glúteo y me era demasiado difícil poder extraerla.

Le pedí a mi cuñada me sujetara fuerte a mi sobrina porque iba a tratar de sacar completa la jeringa c/aguja y como pude (pidiéndole a "Dios" me iluminara), de inmediato logré extraer la jeringa completa con la aguja, y salió doblada la aguja que al tocarla se desprendió de la jeringa y se quedó en mis dedos, al sentir que pude salir de esta situación (al menos para mí fue muy difícil), me sentí muy reconfortada de poder lograrlo."



**No. Folio :** 021  
**GE:** E.G.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 10 años

"Estando yo como enfermera con un paciente con Dx. De Epilepsia; acudí en su ayuda aplicándole un tranquilizante I.V. y un abatelenguas en la boca, fue como se pudo relajar los músculos mientras lo pasaron al área de curaciones, para realizar la sutura a nivel frontal provocada por la misma caída. Sentí mucha satisfacción porque se pudo evitar algo de sangrado, quedándome al quedarme haciendo un poco de compresión."

**No. Folio :** 028  
**GE:** E.G.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 7 años

"En una Campaña de Vacunación en la que me pusieron una meta de vacunación muy alta, la cual rebasé en un 50% y yo me sentí muy satisfecha por haber logrado el objetivo que mis jefes no pensaban que yo iba a cumplir, pero cuando vieron los resultados me felicitaron públicamente."

**No. Folio :** 029  
**GE:** E.S.P.  
**AS:** 8 años  
**APE:** 20 años

"Llega un paciente al servicio de inmunizaciones, masculino de 22 años de edad, trabajador en una obra y originario del Edo. de Veracruz, en malas condiciones, presentando mordedura e ignora si fue con arma blanca, el cual fue asaltado por siete sujetos drogados y alcoholizados, golpeándolo por no querer y resistirse a dar sus pocas pertenencias. Pasa a consulta médica en la cual proporcionan antibiótico y curación diaria, anteriormente se presentó en el hospital de la Cruz Roja y en la cual no suturaron por ser mordedura de persona.

Al transcurso de sus curaciones estuvo presentando reacción favorable a los medicamentos como a la curación.

Se proporciona orientación, seguimiento dietético así como motivación de regresar a su lugar de origen, ya recuperado inmediatamente.

Acudir al IMSS de su estado natal, ya que su padre trabaja en la elaboración de caña de azúcar, continuando su tratamiento hasta terminar el plazo.

Proporcionó y dio gracias sutilmente así como la motivación de seguir adelante."

**No. Folio :** 030  
**GE:** E.G.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 6 años

"Siempre mi trabajo lo he realizado en un 1er. nivel de atención.

La satisfacción más grande que he tenido es que a raíz de que estuve a cargo de un Centro de Salud, me integré a gente de la comunidad que tenía problemas tanto de que era gente muy apática, y logré integrarlas y así su bienestar familiar a tal grado de que cuando me tuve que retirar de esa unidad la gente me mostraba afectos de ternura, cariño y respeto.

Me sentí muy contenta y feliz al lograr que esas personas pensarán de otra manera hacia los servicios que les otorgábamos en pro de su salud y bienestar."

**No. Folio :** 034  
**GE:** E.G.  
**AS:** 3 años  
**APE:** 9 años 3 meses

"Al entrar a un Centro de Salud nuevo y con la responsabilidad como Jefe de Enfermera, sentí temor, y en estos momentos volví a tomar decisión ante esta situación y entré hasta donde estaba todo el personal esperando conocer a la nueva Jefe de Enfermeras, se me había informado de que era un personal poco participativo y con un gran porcentaje de ausentismo.

Al estar al frente de ellas sólo se me ocurrió pedirles que nunca faltara la comunicación e integración como un grupo de trabajo que sólo unificando nuestros criterios podíamos salir adelante.

Conforme pasaron los días y brindándoles confianza, todo el personal contribuía con gusto a realizar sus actividades.

Hoy en este día 26-02-99 envían reconocimiento por la cobertura de vacunación alcanzada de 100%.

Sólo concientizando al personal sobre lo importante de cada uno de ellos en nuestro trabajo se pueden lograr satisfacer nuestro ego, brindando protección a nuestra población infantil."

**No. Folio :** 041  
**GE:** E.G.  
**AS:** 4 meses  
**APE:** 29 años

"Participar en la Vacunación contra la Poliomiélitis desde 1970 y conseguir la erradicación.

Además de coordinar, organizar, informar y evaluar el seguimiento del mismo programa y ahora en las Semanas Nacionales de Salud, para la erradicación o control del sarampión."

**No. Folio :** 047  
**GE:** E.S.P.  
**AS:** 11 años  
**APE:** 25 años

"Mi experiencia como enfermera ha sido a nivel de Salud Pública en comunidad, no tengo experiencia a nivel hospitalario."

**No. Folio :** 049  
**GE:** E.G.  
**AS:** 13 años  
**APE:** 16 años

"Disculpa, en realidad quisiera tener que compartir contigo y sobre todo que esto fuese algo tan grato como la experiencia antes mencionada, pero no es así. Quizá es que carezco de esa capacidad y espontaneidad para narrar lo mío. Solo puedo decirles que para mí la enfermera es uno de los seres más bellos y respetables, y me siento orgullosa de ser enfermera."

Disculpa y gracias.

**No. Folio :** 059  
**GE:** E.E.O.  
**AS:** 4 meses  
**APE:** 14 años

"Durante la realización del Postécnico de Ortopedia, tuvimos que realizar prácticas quirúrgica, por lo que yo me sentía insegura y angustiada, ya que durante los 13 años de practicar la Enfermería había sido sólo en el servicio de Hospitalización, jamás estuve en quirófano.

En el postécnico tuvimos la teoría, pero aún así yo me sentía angustiada. En una ocasión cuando yo estaba en las prácticas quirúrgicas, no había instrumentista en una de las salas, por lo que la Jefe me asignó para instrumentar Prótesis Cadera Der.

El Dr. Estaba molesto, gritaba y manoteaba, porque la Cx. Se retrasó. Yo estaba angustiada, traté de tranquilizarme y comencé a prepararme, cuando inició la Cx. El Dr. Me preguntó mi nombre y con voz fuerte me dijo ¿sabes lo que estas haciendo? No quiero más retrasos. Empezamos. En esos momentos me dí valor y me dije ¡Si puedo! Al terminar la Cx. El Dr. Me felicitó, dio las gracias, se disculpó con todos.

La paciente se trasladó a recuperación estable, a los tres días posteriores a su cirugía fue dada de alta, en perfectas condiciones, deambulando con andadera."

**No. Folio :** 077  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 17 años

"Paciente masculino de gastroctomía subtotal + infarto, que ingresa procedente de piso con sonda foley y únicamente con un catéter periférico dependiente de aminas y un estado de choque, con acidosis metabólica. Al instalarse en la unidad y colocar monitoreo, me percaté de que el paciente presenta cambios electrocardiográficos, específicamente presenta taquicardia ventricular, en primera instancia se dan maniobras vagales a las cuales el paciente no responde por lo que en ese momento se da cardioversión con 50 volts y el paciente cardiovierte, posteriormente se procede a realizar procedimientos como colocación de catéter central y reposición de líquidos y electrolitos, con lo que el paciente se estabiliza. Dos días después es dado de alta del servicio. "

**No. Folio :** 083  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 3 años  
**APE:** 12 años

Paciente postoperado L.E. Colesistectomía entubado T8. con solución de base + N.P.T. con sangrado abundante se piensa que sangra de la cola del páncreas, se pasa un plasma, posteriormente se pide que se realice una angiografía para saber cual es el sitio exacto del sangrado para que lo puedan pasar a quirófano. Pasan 5 horas. A las 10 de la mañana pido hablar con el Dr. encargado de realizar la angiografía y sube a revisar a mi paciente ya que es un caso de urgencia porque no había sala. A las 11:20 hrs. dicen que se baje al paciente el cual sigue sangrando, no encuentran el sitio de sangrado exacto pero se localiza como se había dicho sangrado de la cola del páncreas. Pasa a quirófano y lo que los médicos encargados no hicieron la presión hemodinámica para que el paciente pasara lo más antes posible y lo tuve que hacer yo, es molesto que los residentes tampoco pongan la atención correspondiente.

**No. Folio :** 092  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 4 años  
**APE:** 15 años

Se trata de un donador de plaqueta el cual vino a donar a un familiar, en el cual presenta problemas la máquina, se bloquea el sistema se cambia equipo y presenta problemas con la presión, la cual vuelve a bloquear el sistema, se procede a cambiar de máquina y se procede a seguir el procedimiento por el cual se interrogó al donador y el nos dijo que era fumador, al retirar las fístulas se detectó que estaban tapadas, que había formado coágulos por la nicotina.

**No. Folio :** 093  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 4 años  
**APE:** 13 años

Cambio de cánula orotraqueal.

Intubación orotraqueal de urgencia por obstrucción, tapón mucoso, acodamiento, etc.

Los dos casos se han presentado con mis pacientes y la emergencia me causa angustia, taquicardia, manos frías, pero a pesar de mis emociones siento la responsabilidad de actuar con RAPIDEZ y PRECISIÓN.

He tenido las experiencias que cuando dirige el evento la Doctora A. y empieza a gritar, me tiemblan las manos y se me caen los objetos, retrazando el procedimiento, pero todavía no lo supero.

Cuando se acercan compañeros a apoyar, disminuye el estrés.

**No. Folio :** 095  
**GE:** E.Q..  
**AS:** 12 años  
**APE:** 13 años

Paciente femenina adulta, aparentemente sana con diagnóstico de "Sinovitis Hombro Derecho". Se recibe en sala de quirófano, procedente de preparación para realización de procedimiento quirúrgico "Artrotomía de hombro derecho".

Preparando mi campo quirúrgico, vi entrar al paciente e intubarse en mesa quirúrgica c/venoclisis permeable H.S.I.

Imaginándome la cirugía a realizar; teniendo mi materia e instrumental necesario.

Posteriormente preguntando al cirujano el material e instrumental en especial que iba a ocupar en esta cirugía, además del que ya tenía.

Bajo efectos de anestesia general intubación orotraqueal fácil. Se auxilia al médico ayudante al calzado de guantes para realización del lavado mecánico del área a operar.

En un momento pidiendo a la enfermera circulante me trajera material e instrumental que el cirujano me había pedido en especial.

Auxiliando al cirujano y ayudante al calzado de bota y guantes estériles y cubrir al paciente con campos estériles. Trascurriendo dicho procedimiento sin complicaciones.

Durante el procedimiento pensaba que no todos los cirujanos trabajan igual, así como algunos trabajan bien y rápido, como otros trabajan sin saber del todo que es lo que están haciendo.

El resultado es que realmente hacen lo que es necesario en dicha cirugía.

**No. Folio :** 100  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 2 1/2 años  
**APE:** 18 años

Paciente masculino de 67 años

Servicio de: Gastrocirugía

Diagnóstico: I.R.C + Pancreatitis

Consciente, apoyo ventiladores en modalidad S.I.M.V. F10<sub>2</sub> año 40% Pep de 3 T.A. 130/70  
FC. 72 FR. 19, Temp.. 34.5, PVC 12, anurico, con catéter rígido, p/diálisis peritoneal.

Tratamiento.- Sol. Glucosada al 5% ml + M.V.I. + olíoelements p/24

Ranitidina 50 mg FUC/12

Furacemida 4 mg IVC/6 IV

Gluconato de cal. 1 amp. C/8 I.V.

Diálisis peritoneal (4 baños de entrada x salida)

Pregunté al médico de base si se le va a seguir administrando furacemida teniendo en cuenta que el paciente es insuficiente renal crónico, el dijo que no.

El 2º baño de diálisis empezó a disfuncionar para la entrada y salida, porque el paciente estaba haciendo esfuerzo, le di terapia psicológica y pregunté al médico si le podría aplicar un analgésico, él indicó clorhidrato de lisená 1 amp. IV D.U. El catéter de la diálisis se tapó.

Yo me sentí estresada porque no tengo experiencia en pacientes con diálisis. Me acerqué a una compañera y le dije lo que estaba sucediendo y ella me orientó y me enseñó de que manera los siguientes baños funcionarían adecuadamente.



**No. Folio :** 124  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 5 años  
**APE:** 5 años

"Al encontrarme en U.C. en el cubículo 212 el paciente de esa cama era un paciente isquémico con IAM inferior, tratamiento con ACTP primaria exitosa, con stent a la D9, presentó fibrilación ventricular heliocoidal, yo sabía que no se encontraba cerca de mí un desfibrilador, ni personal de enfermería, ni médico, guardé calma y le di un golpe precordial con lo cual afortunadamente revirtió a su ritmo de base y grité urgencias, por si se complicaba la situación, pero no fue así, me sentí satisfecha porque en un momento dado pude minimizar el daño, incluso que evolucionara a su paro cardíaco. Cuando el personal de enfermería y médico llegaron, el paciente se encontraba ya en su ritmo de base".

**No. Folio :** 136  
**GE:** E.E.I.  
**AS:** 2 años  
**APE:** 26 años

Paciente femenino post cesárea, preecláptica que presenta EAP.

"Trasladar la paciente a UTI controlando presión arterial y la asistencia ventilatoria puesto que presenta broncoespasmo severo y requiere de asistencia ventilatoria, primaria con ambú y por lo que la entubaron orotraqueal, manejo de monitoreo hemodinámico con apoyo de sol. Coloides y cistoloides así como medicamento antihipertensivos NTP y oxitocinas lo cual, supera el evento satisfactoriamente".

## 11. CONCLUSIONES

- Con base a las observaciones que se realizaron a las 150 Enfermeras se concluye que las experiencias compartidas por las Enfermeras permiten tipificarlas dentro de los niveles de eficiencia que describe Patricia Benner.
- No obstante se observa también que existe dificultad para aportar las experiencias clínicas de enfermería, pero hubo casos que fueron muy claros donde se permite ver la actuación tan definida de la práctica clínica dentro y fuera de una unidad hospitalaria, y todo el gran trabajo que se desarrolla de la clínica de enfermería.
- Los testimonios revelan las aptitudes y actitudes de las enfermeras y del cómo desarrollan su práctica.
- Se pudo observar características reveladoras a partir de cada testimonio, la principiante como era lo esperado, denota inseguridad por lo que siempre recurre a sus colegas con fines de asesoría y retroalimentación técnica.
- Por el contrario aquellas a quienes se cualificaron como competentes son precisas y se muestran muy responsables en su actuar guiándose por las reglas establecidas.
- La habilidosa identifica fenómenos y procesos completos de tal manera que puede analizar los componentes por separado.
- La experta predice y toma decisiones determinantes muestra seguridad y tiene control del evento no solo porque es capaz de identificarlo plenamente, sin que además incorpora su experiencia en la toma de decisiones, es capaz de describir, explicar y controlar un evento clínico de su competencia; es decir en su Especialidad es una Experta.
- Estudios cualitativos como éste tienen como resultado una generación de hipótesis que proponen bases para estudios superiores.
- Concluimos que el estudio nos acercó más a la ciencia de enfermería y nos permitió conocer el cómo se está desarrollando la enfermera dentro de las áreas de especialidad.

## 12. SUGERENCIAS

DE ACUERDO A LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO SE SUGIERE:

- ☺ Realizar un peritaje más minucioso del ejercicio práctico de las enfermeras en general, que nos ayuden a tener un control más preciso de los niveles de eficiencia, buscando tener más expertas que principiantes y que esto se pueda ver reflejado directamente en la atención al paciente.
- ☺ Ampliar la documentación del ejercicio práctico de la enfermería que pongan en relieve el papel determinante que cumple la enfermera en la recuperación del enfermo.
- ☺ Describir socialmente el ejercicio de las enfermeras de manera que sea la misma enfermera la encargada de incorporar una nueva forma de valoración y auditoria en sus funciones y práctica clínica de enfermería.
- ☺ Considerar que la profesión de enfermería ya está en condiciones de ofrecer acreditación, reconocimiento de la labor y compensaciones en función del nivel de conocimientos, competencias y responsabilidades de cada enfermera.
- ☺ Retener y fomentar la capacitación de las principiantes con ayuda de las enfermeras expertas en las áreas clínicas.
- ☺ Establecer programas para el fomento de las expertas. Esto permitirá el reconocimiento cada vez mayor de la importancia de la función enfermera y de los cuidados proporcionados al paciente.
- ☺ Finalmente es deseable que las mismas enfermeras reconozcan la labor que entraña la enfermería, y que las motive a trabajar en pro del desarrollo de nuestra ciencia con conocimientos y amor a la profesión.
- ☺ Estudios como este permiten describir socialmente el ejercicio de las enfermeras de manera que la propia disciplina incorpore una nueva forma de valoración y auditoria de sus funciones y/o su práctica social.

### 13. BIBLIOGRAFIA

- Baena Paz Guillermina. "Instrumentos de investigación", Editorial Editores Mexicanos Unidos, Novena Edición, México 1982. 134pp
- Balseiro Almarío Lasty. "Investigación en Enfermería", Editorial Prado, México 1991. 216pp
- Benner Patricia. "Práctica Progresiva en Enfermería", Editorial Grijalbo, México 1987. 324pp
- Benner Patricia. "Issue in Competency-Based Testing", Revista Nursing Outlook, Volumen 30, No 5, May 1982. 322pp
- Benner Patricia. "From novice to Expert", Revista American Journal of Nursing, Volumen 82 No 3, March 1982. 510pp
- Bulechek Gloria M. "Clínicas de Enfermería de Norteamérica", Editorial Interamericana, México 1992. 649pp
- Galindo Caceres Jesús. "Técnicas en Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación", Editorial Addison Wesley Longman. Primera Edición, México 1998. 523pp
- García Manzancido Hector. "Manual de Investigación", Editorial La prensa Médica, México 1989. 181pp
- IMSS, Hospital de Especialidades C.M.N. SXXI. "Guía para la elaboración de proyectos de investigación". 5pp
- Marriner Ann. "Modelos y Teorías en Enfermería", Editorial Mosby, Tercera Edición, México 1994. 530pp
- Méndez Ramírez Ignacio. "El Protocolo de la Investigación", Editorial Trillas, Quinta Edición, México 1997. 210pp
- Namakforoosh Mohammad Naghi. "Metodología de la Investigación", Editorial Limusa, Décima Edición, México 1998. 525pp
- Notter Lucille E: "Principios de la Investigación en Enfermería", Editorial Doyma, España 1992. 196pp
- Polit Denisse F. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud", Editorial Interamericana, Quinta Edición, México 1996. 701pp

## **14. ANEXOS**

## 14.1 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

#### DATOS PERSONALES:

Grado de estudios: \_\_\_\_\_

Antigüedad en el servicio actual: \_\_\_\_\_

Antigüedad practicando la enfermería: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN:** Describir las formas de práctica de las Enfermeras Especialistas.

#### INSTRUCCIONES:

1. Describa por favor un caso clínico concreto de un paciente donde usted haya participado recientemente y mencione su actuación específica como enfermera (atención de enfermería).
2. Mencione que pensaba o sentía durante y después de los hechos.
3. Indique algún aspecto que le haya resultado especialmente complejo y absorbente en este hecho clínico.
4. Utilice la hoja 2 para redactar el caso clínico.

**EJEMPLO:** Se trata de un paciente con Dx de Guillain-Barré, con tubo endotraqueal y soluciones de base, actualmente clínicamente estable, el cual es egresado a piso y durante el paso de la camilla a la cama presenta paro cardiorrespiratorio, me encontraba en esos momentos sola, al detectar la problemática del paciente lo que hice fue mantener la calma e iniciar a dar compresión cardiaca y asistencia ventilatoria con el ambu, me auxilié de uno de los familiares y le pedí que avisara al personal médico y de enfermería del servicio; cuando llegaron el paciente ya había respondido positivamente a las maniobras de resucitación, posteriormente establecí comunicación con el personal que acudió a la urgencia y en equipo terminamos de dar la atención al paciente de una manera satisfactoria.

GRACIAS POR SU VALIOSA COOPERACIÓN