



fundamentos de

ENFERMERÍA

enfermería

LIMUSA

Fundamentos de enfermería

Acerca del autor:

Maria del Carmen Ledesma Pérez es profesora Decana de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de León, Universidad de Guanajuato, México, universidad en donde estudió la Licenciatura en Enfermería y tomó cursos de especialización en Obstetricia y Médico Quirúrgica. En 1957 cursó la especialización de Educación en Enfermería en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.

Ha sido profesora de Enfermería Médico Quirúrgica, Enfermería Pediátrica y desde 1958 es profesora de Nutrición y Dietética, Introducción a la Enfermería y secretaría académica de la mencionada Facultad de Enfermería y Obstetricia de León, Guanajuato.

Es miembro fundador y asesor del Colegio de Enfermería del Bajío, A.C.

Fundamentos de enfermería

María del Carmen Ledesma Pérez

LIMUSA

Ledesma, Ma. del Carmen
Fundamentos de enfermería / María del
Carmen Ledesma. -- México : Limusa, 2009.
372 p. : il. ; 23 x 15.5 cm.
ISBN-13: 978-968-18-5406-5
Rústica.

1. Enfermería - estudio y enseñanza

Dewey: 610.73 | 22 / L4736f LC: RT71

LA PRESENTACIÓN Y DISPOSICIÓN EN CONJUNTO DE

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

SON PROPIEDAD DEL EDITOR. NINGUNA PARTE DE ESTA OBRA
PUEDE SER REPRODUCIDA O TRANSMITIDA, MEDIANTE NINGÚN
SISTEMA O MÉTODO, ELECTRÓNICO O MECÁNICO (INCLU-
YENDO EL FOTOCOPIADO, LA GRABACIÓN O CUALQUIER SISTEMA
DE RECUPERACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE INFORMACIÓN),
SIN CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL EDITOR.

DERECHOS RESERVADOS:

© 2009, EDITORIAL LIMUSA, S.A. DE C.V.
GRUPO NORIEGA EDITORES
BALDERAS 95, MÉXICO, D.F.
C.P. 06040
☎ 5130 0700
☎ 5512 2903
✉ limusa@noriega.com.mx
www.noriega.com.mx

CANIEM Núm. 121

HECHO EN MÉXICO
ISBN-13: 978-968-18-5406-5
9.1

CONTENIDO

PREFACIO 9

PARTE I. LA ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN 11

Capítulo 1. La enfermería 13

Filosofía en la enfermería

—Finalidad de la enfermería

—La ética en la enfermería 19

—Desarrollo histórico de la enseñanza de la enfermería
Actividades

Capítulo 2. La formación de la enfermería 27

La estudiante de enfermería

El profesor en la formación de la enfermera

La escuela de enfermería

El ambiente escolar

Código para enfermeras

Actividades

PARTE II. EL HOMBRE 35

Capítulo 3. ¿Qué es el hombre? 37

—Las necesidades humanas

La salud, necesidad esencial

Actividades

Capítulo 4. Proceso salud-enfermedad 45

Periodo prepatogénico

Periodo patogénico

Prevención

Conducta preventiva en estado de salud y de enfermedad

Estrategia de atención a la salud

Enfermería de salud comunitaria

Actividades

PARTE III. EL HOSPITAL, UNA NECESIDAD EN LA VIDA HUMANA 63

Capítulo 5. El hospital 65

Antecedentes

Clasificación

Estructura jerárquica

Organización y funcionamiento

Funciones

Servicios

Actividades

Capítulo 6. El paciente como persona 75

Tipos de ingreso al hospital

- Recepción del paciente
- Unidad del paciente
- Recepción del paciente en su unidad
- Tendidos de cama
- Cambio de colchón, con el paciente en cama
- Traslado del paciente a la camilla
- Uso de silla de ruedas

Actividades

PARTE IV. VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE 95

Capítulo 7. Valoración del paciente 97

Observación

- Formas de registro
- El expediente del paciente
- Uso del cardex
- Signos vitales

Informe de la evolución del paciente

Actividades

Capítulo 8. Examen físico y recolección de muestras para estudio de laboratorio 121

- Posiciones que el paciente puede adoptar para el examen físico
- El examen físico

Recolección de muestras para el laboratorio

- La asepsia

Actividades

PARTE V. SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS AL PACIENTE 147

Capítulo 9. Manejo de fármacos en el hospital 149

Órdenes médicas

Presentación de los fármacos

Vías de suministro

Instrucciones para el uso de medicamentos

Reglas generales para la preparación de medicamentos

Tarjeta de prescripción médica y su manejo

Preparación y suministro de medicamentos

Abreviaturas empleadas en las ordenas

Actividades

PARTE VI. NECESIDADES PARA LA SUPERVIVENCIA DEL HOMBRE 169

Capítulo 10. Necesidad de higiene 171

Factores que afectan la piel

Enfermedades de la piel

Problemas comunes

El día - paciente

Medidas de prevención

Asco del paciente

Actividades

Capítulo 11. Necesidad de descanso y alivio de dolor 191

El descanso

El dolor

Actividades

Capítulo 12. Necesidades de movimiento y ejercicio 201

Consideraciones sobre la movilidad del paciente

Factores que alteran la función motora

Problemas comunes en el cuidado de pacientes

Asistencia de enfermería

Objetivos de la acción de enfermería para el restablecimiento del paciente

Actividades

Capítulo 13. Necesidad de seguridad y protección 207

Seguridad ambiental

Afectación de la capacidad sensorial

Asistencia de enfermería

Actividades

PARTE VII. NECESIDADES BÁSICAS DEL HOMBRE 215

Capítulo 14. Necesidad de oxígeno 217

Función respiratoria

Oxigenoterapia

Aspiración de secreciones por boca y nasinas

Nebulización

Terapia pulmonar

Actividades

Capítulo 15. Necesidad de alimentación 227

Importancia de los nutrientes

Medidas preventivas de anorexia, náusea y vómito

Atención al paciente con náuseas y vómito

Sondeo gástrico

Alimentación asistida

Intubación gástrica

Gavage

Actividades

Capítulo 16. Necesidad de eliminación 239

Función digestiva

Factores que afectan la función intestinal

Asistencia de enfermería

Eliminación y control de excretas

Instalación de sonda rectal

Enema evacuante

Eliminación vesical, estructura del aparato rectal

Sondeo vesical en la mujer

Sondeo vesical en el hombre

Sonda a permanencia

Actividades

Capítulo 17. Necesidad de hidratación 257

Líquidos y electrolitos
Venoclisis
Gastroclisis
Hipodermoclisis
Clasificación del grupo sanguíneo
Transfusión de sangre
Actividades

Capítulo 18. Necesidad de termorregulación 275

La temperatura corporal
Mecanismos de regulación del calor
Factores que afectan la temperatura corporal
Problemas comunes de la regulación de la temperatura
Valoración de las necesidades del paciente febril para su cuidado

Capítulo 19. Necesidades adquiridas 305

Principios relativos a la regulación de la temperatura
Medidas para reducir la producción de calor
Calor y frío como agentes terapéuticos
Actividades
Cuidados especiales
Succión gástrica
Lavado gástrico
Atención a pacientes con heridas (curación)
Vendajes
Actividades

PARTE VIII. ASISTENCIA DE ENFERMERÍA AL ENFERMO EN FASE TERMINAL, EN AGONÍA Y DESPUÉS DE EXPIRAR 327

Capítulo 20. Asistencia al enfermo terminal y a su familia 329

El enfermo terminal
Asistencia del enfermo en agonía
Asistencia de enfermería al cuerpo de la persona que expiró
Actividades

Capítulo 21. Proceso de atención de enfermería, trabajo en equipo 345

La atención de enfermería
Etapas del proceso de atención de enfermería
Actividades

APÉNDICE 35
BIBLIOGRAFÍA GENERAL 367

PREFACIO

Los avances de la enfermería en México durante los últimos veinte años, han producido cambios que ejercen una gran influencia en la educación, la práctica y la investigación de enfermería. Los conocimientos y tecnologías que se requieren para brindar servicios de enfermería siguen acrecentando, prueba de ello es el presente libro en donde la maestra Ma. del Carmen Ledesma Pérez, responsable de la vigencia de la edición anterior, se propuso hacer una reestructuración total con el objeto de facilitar el aprendizaje tanto de los estudiantes como del personal de servicio u otras disciplinas que así la consideren pertinente. Este texto nos da una panorámica general de la enfermería como una profesión social en donde el objeto de estudio es el cuidado de la salud del hombre, considerándolo como una unidad biopsicosocial, que interactúa continuamente con el medio, quedando expuesto a estímulos a los que el individuo se adapta; por tal motivo desde la PARTE III se manejan sencilla pero científicamente las técnicas y procedimientos necesarios para dar el "cuidado de enfermería" que el paciente requiere.

Es muy segura que el libro de la maestra Ledesma puede dirigirse no sólo a estudiantes en formación, sino como ayuda didáctica para los profesores y aun para el paciente y sus familiares dado que está expresado en términos científicos pero accesibles a la población, promoviendo así su autocuidado.

DRA. PATRICIA CATALINA MARTÍNEZ

PARTe I

LA ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN

Capítulo 1

*¡Cuanto mayor sentido tiene ahora la vida!
¡Hay una razón para vivir! Podremos
alzarnos sobre nuestra ignorancia, podremos
descubrirnos como creaturas de perfección,
inteligencia y habilidad. Podremos ser libres!
¡Podremos aprender a volar!*

JUAN SALVADOR GAVIOTA
RICHARD BACH

LA ENFERMERÍA

Profesión es una vocación, inclinación o disposición a ejercer una disciplina o carrera. Por lo general la profesión recurre a la ciencia y a otras fuentes del conocimiento, pero tiene bien definidos y clasificados los conocimientos propios. Pertenecer a un grupo homogéneo organizado, cuyos miembros obedecen ciertas normas de conducta impuestas por la autoridad de un grupo profesional, utilizan un lenguaje común y desempeñan un servicio a la sociedad.

Criterios para identificar una profesión

1. Es intelectual: se basa en conocimientos.
2. Es práctica y dinámica: conlleva responsabilidad personal.
3. Es académica: requiere de un periodo relativamente extenso de formación.
4. Tiene habilidad técnica basada en principios generales.
5. Tiene bases éticas que norman la práctica.
6. Tiene organización interna: pugna por mejorar el servicio.
7. Tiene autonomía: el control se genera con elementos propios de regulación.
8. Es eminentemente social: por la calidad del servicio.

La *enfermería* es una profesión dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas.

Se ha considerado a la enfermería como arte, ciencia y profesión. Como arte, porque requiere y cuenta con un conjunto de habilidades, que depende del sello

personal de quien las realice. Como ciencia, porque requiere de los conocimientos de la propia disciplina. Mucho se ha discutido al respecto, y puede aseverarse que la enfermería ya posee un cuerpo cognoscitivo uniforme y sistemático relativo a hechos o verdades; su desarrollo teórico conceptual se lleva a la práctica, pero aún se tiene que trabajar en forma sistemática, ordenada y consensual para buscar, confirmar y clarificar nuevos conocimientos. Como profesión, la enfermería requiere del conocimiento y apoyo de las ciencias físicas, biológicas, sociales y médicas; no obstante debe demostrar su capacidad de grupo, para reafirmar sus principios de solidaridad, que la caracterizan como identidad profesional independiente.

La enfermería como profesión requiere de un trabajo especializado, median- te la aplicación de conocimientos específicos, debe ser práctica, académica, debe incluir procedimientos uniformes basados en principios generales, debe tener bases éticas, organización interna y autonomía, de igual forma debe ser social bajo los principios establecidos por una autoridad reconocida.

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

Para que una actividad se considere profesión deberá cumplir con los requisi- tos que hemos citado anteriormente. La enfermería los cumple a plenitud.

Consideraciones respecto a las características de la profesión de enfermería:

1. Es intelectual, se basa en conocimientos.
 - Posee una cultura general y cuenta con un conjunto de conocimientos en el que se fundamenta la práctica de la profesión.
 - El empleo del método científico en la práctica, educación e investi- gación constituyen la base para que la enfermería realice una aporta- ción importante a la sociedad.
 - Utiliza los conocimientos con pensamiento analítico, crítico y creativo.
 - La enfermera profesional posee un bagaje de conocimientos y habilida- des distintos al de otros profesionistas de la salud.
2. Es práctica.
 - El rol de los profesionales no es estable, sino que cambia con las es- tructuras sociales. Éstos deberán crear formas propias en el ejercicio de su profesión.
3. Es académica.
 - La práctica de la enfermería de alto nivel se caracteriza por la solidez de su formación teórica.
 - Hay una necesidad creciente de enfermeras capacitadas en cuidados in- tensivos de pacientes agudos y de enfermeras capaces de diagnosti- car y tomar decisiones. Asimismo, es necesario que colaboren con

los demás profesionales de la salud para mejorar la calidad de la atención a los usuarios, por lo que requieren de una amplia educa- ción de alto nivel académico.

4. Habilidad técnica que se basa en principios generales.

- Gran parte de la práctica de la enfermería se apoya en principios o ba- ses científicas, que con frecuencia se derivan de hechos o propuestas teóricas aceptadas de otras disciplinas.
- La enfermera profesional posee una educación diversificada de las di- ferentes áreas de la especialidad; posee, además, criterio y pericia basados en el conocimiento de principios científicos diversos.

- La enfermería requiere de bases científicas que guíen la práctica y, a su vez, proporcionen la base para la legitimidad y autonomía de la pro- fesión.

5. Tiene bases éticas.

- La enfermería se ejerce dentro de un marco ético, en cuyas normas y valores verdaderamente se cree. Éstos constituyen una guía a la cual recurrirán cuando sea necesario. El código de enfermería concreta es- tos valores. No obstante, es necesario enfatizar que el código ético se integra, en gran medida, con el código personal, desarrollado en el contexto y en el curso de la vida de cada persona, e incluye los valores aprendidos en el hogar, escuela, grupos sociales, entorno laboral y en- señanza religiosa.

6. Tiene organización interna.

- Esta profesión, como todas, reconoce la autoridad de un grupo profe- sional que establece las normas de conducta y actuación.
- La enfermería debe presentar un frente común, impedir que sea dividi- da por desacuerdos internos. Ha de ser coherente en sí misma, tener un alto sentido de gremio y de identidad profesional, asumiendo la responsabilidad que lleva al logro de los objetivos de la profesión:
 - Asistencia de salud a usuarios,
 - Agente de cambio de usuarios y profesionales de la salud menos calificados y educación de futuros profesionales.

7. Tiene autonomía.

- La enfermería, como profesión, controla sus propias funciones en el ambiente de trabajo.
- El ejercicio libre de esta profesión implica independencia y respon- sabilidad de los propios actos.
- La enfermería, mediante sus cuerpos colegiados, busca y mantiene la autodeterminación y su propia reglamentación.

8. Es eminentemente social.

- El propósito de la enfermería consiste en ayudar a que las personas conserven su salud para que puedan desempeñar sus actividades.

Dicha disciplina abarca la promoción de la salud: mantenerla y restaurarla, y el cuidado al enfermo, lesionado, a pacientes terminales y moribundos.

- Mediante su función de asistencia, la enfermera ayuda al individuo a reconocer y manejar por sí mismo las funciones necesarias para mantener y recobrar su estado óptimo de salud y, algunas veces, a enfrentarse a la muerte.
- El servicio profesional a la sociedad exige integridad y responsabilidad en la práctica ética y un compromiso de toda la vida.
- Conforme la enfermería obtenga mayor control sobre su práctica profesional, es decir, sea más autónoma, podrá ofrecer al público una imagen de enfermeras profesionales más competente.
- Existe una fuerte motivación o vocación en la elección de esta carrera, que sugiere un compromiso de la profesional al servicio de la sociedad.
- La enfermera debe ser sensible a las necesidades humanas y tener conciencia de su responsabilidad al contribuir al bienestar de los demás.

FILOSOFÍA EN LA ENFERMERÍA

Filosofía es la "búsqueda del saber". Etimológicamente filosofía deriva del griego *filos*, "amor" y *sofos*, "sabiduría", y literalmente quiere decir: "amor por el saber". Su estudio se encarga de los principios del ser, de todo lo que es, es decir, Dios, mundo y el hombre mismo. Es el medio por el cual el hombre trata de comprenderse a sí mismo y al mundo en el que vive.

La filosofía también se encarga del estudio del origen de la naturaleza y de la actividad de todo lo existente; no estudia fenómenos aislados, sino el universo como un todo, la relación eterna e inmutable de las cosas entre sí y con el universo. Por tanto, la filosofía es la ciencia de todas las cosas a través de sus causas y razones últimas, tal como las descubre por sus propios medios, la razón natural; orienta los actos del hombre, por lo que la filosofía de éste debe ser sana y verdadera, ya que si no vive como piensa, pronto pensará como vive, por la falta de principios sólidos.

La filosofía, como ciencia de los principios, representa la unidad de las ciencias en general, y dentro del dominio de cada una de éstas permite profundizar y aclarar cualquier tema; ayuda a formular sus problemas, a delimitar su campo de investigación y cooperar para que las ciencias desarrollen sus métodos.

La enseñanza-aprendizaje de la enfermería refleja la vida y la educación contemporánea. Toda profesión estudiada correctamente depende de la comprensión exacta del sentido y del propósito de la vida. El profesor de enfermería debe comprender claramente la finalidad general y las funciones de la educación en la vida y en la profesión de enfermería. La estudiante de enfermería (como

toda persona) es un ser en proceso, en continuo cambio y desarrollo debido al constante aprendizaje y adquisición de nuevas experiencias.

El conocimiento de uno mismo hace posible la realización personal. Al tomar conciencia el individuo de lo que es y de lo que siente, surgen las preguntas sobre su propio ser y sobre el sentido de la vida: ¿qué soy?, ¿de dónde vine?, ¿hacia dónde voy?, ¿qué es el mundo para mí?, ¿cuál es mi lugar en el mundo?, ¿qué significado tiene para mí estudiar, luchar, gozar, trabajar?, ¿cuál es el sentido de la vida, del dolor, de la muerte y de todo lo que afecta al ser humano?

Si hasta el momento la estudiante de enfermería no ha tomado conciencia exacta de su propio ser, es ahora cuando debe reflexionarlo. El fin de esto es buscar y encontrar la actitud responsable que corresponde al ser humano. Debe conocerse a sí misma, conocer el mundo que la rodea y sus relaciones con él, conocer al Ser Supremo y las relaciones que lo ligan a él. Captar el sentido de la vida y actuar en el mundo de acuerdo con ese sentido supone el conocimiento de la esencia del hombre y de su fin último.

Ser congruente con los sentimientos, emociones, ideas, valores, conductas y objetivos de la propia vida, es una condición para hacerla más humana y significativa.

Los valores son el resultado de la cultura, es decir, de la influencia familiar, escala religiosa y, en general, de las tradiciones vividas en la educación temprana que en la mayoría de los casos conlleva a integrar un sistema de valores.

La estudiante de enfermería comprenderá mejor que crecer, realizarse y fructificar no sólo es un derecho, sino también un deber para con la familia, profesión, sociedad y para consigo misma. Este deber y derecho atañe a toda persona, pero al tratarse de la enfermera profesional, deben observarse bajo la áreas personal, física, afectiva, social, espiritual, profesional, ética y política, porque cada una de estas áreas muestra aspectos reales que es necesario integrar como una forma unitaria de la esencia del hombre.

FINALIDAD DE LA ENFERMERÍA

La enfermería tiene como finalidad el cuidado de la salud individual, familiar y colectiva, por lo que enfocará sus acciones a investigar y analizar las causas reales que provocan enfermedades, sobre todo en las clases trabajadoras y las menos protegidas, que forman la mayoría de los habitantes; lograr la participación de la comunidad en la detección de sus necesidades y problemas en la selección de alternativas para solucionarlas; asimismo, ayudar al grupo familiar a reconocer su responsabilidad, como unidad social, de contribuir al bienestar de su propia familia y de los demás; reafirmar su papel en la atención del usuario, respetarlo como ser humano, biológico, pensante y capaz de sentir y participar a través de sus funciones específicas, en la dinámica que facilita el progreso individual, familiar y comunitario.

Considerada la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano tranquilo y sin conflictos, la enfermera tiene que prepararse para promoverla, para que los individuos la conserven y mantengan en niveles óptimos y para participar en la restauración de la misma mediante los cuidados específicos al enfermo, al lesionado y al moribundo.

En razón de esta dinámica social, la enfermería se enfrenta a nuevos retos para brindar servicios seguros y eficientes. Está presente la urgente necesidad de poseer una base de conocimientos y tecnología adecuadas para que la enfermera sea capaz de diagnosticar, tomar decisiones, trabajar en coordinación con otros profesionales de la salud, mejorar la calidad de atención a los usuarios, dar cuidados intensivos a los pacientes agudos, y específicos a los pacientes crónicos, así como atender, en todo caso, a los familiares. Esto último es algo que no se hace por motivos obvios, pero puede considerarse que el origen de ello quizá sea la carencia de atención integral familiar, individual y comunitaria, es decir, no se vive la filosofía de enfermería.

La seguridad social atiende las necesidades que van surgiendo; entre éstas ocupa un lugar primordial la atención a la salud. Para cumplir con la satisfacción de esta necesidad se debe dar un servicio similar a todo el pueblo, ya que cada individuo tiene derecho a la prevención de enfermedades y conservación de la salud en beneficio propio, de los suyos y de la comunidad en que vive.

En este caso la enfermería tiene una gran tarea, y para afrontarla precisa de cualidades de cultura e inteligencia al servicio de una conciencia equilibrada. La enfermera ha de prepararse para que dentro del contexto histórico, sociocultural y político, suministre atención de enfermería individual, familiar y comunitaria; considere y trate al hombre mismo en sus dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual; participe con otros profesionales a nivel decisivo en los programas que conlleven a promover la salud, prevenir las enfermedades y complicaciones; colabore en la curación y rehabilitación de pacientes, estimulando las variantes del medio interno y externo que pueden afectar o romper el equilibrio; elabore y participe en proyectos de investigación que ayuden a resolver los problemas en relación con la salud; actúe como docente en la formación de recursos de enfermería, tanto en instituciones educativas como de servicio y en la comunidad, y además, actúe como dirigente en la planeación, ejecución y evaluación de las diversas funciones de enfermería.

La enfermera ha de actuar siempre con base en los valores de respeto a la vida, dignidad y derechos del ser humano para así enaltecer la profesión por la calidad del trabajo desarrollado en cualquier área específica de enfermería y en el ejercicio de las funciones inherentes a la profesión.

La enfermería es una de las profesiones que necesita dar y mostrar en su actuar diario, todo el entusiasmo, dinamismo, iniciativa, alegría y eficacia; no dar apariencia contraria, que resultaría negativo para la propia vida profesional, personal y social.

Los objetivos de la enfermería conllevan una idea o meta: el servicio a la población, transformado éste en acciones que procuren o preserven la salud. El cumplimiento de esta meta exige que cada enfermera sea consciente de su responsabilidad como persona, como ciudadana y como profesional:

- Identificará los problemas físicos, emocionales, psicológicos, económicos y espirituales del paciente.
- Valorará el estado de salud del paciente mediante los medios propedéuticos aplicables al caso.
- Interpretará y registrará las reacciones importantes observadas.
- Reconocerá la etiología, sintomatología, tratamiento y prevención de las enfermedades de los pacientes a su cargo.
- Planeará el cuidado de enfermería en base a la terapéutica indicada para el paciente y el diagnóstico de enfermería.
- Aplicará los principios de salud mental y física en el cuidado de los pacientes de cualquier grupo etario.
- Aplicará los principios o bases científicas al dar cuidado de enfermería al paciente.
- Aplicará sus conocimientos con precisión, rapidez, cortesía y seguridad conforme a las necesidades de cada paciente.
- Procurará mantener un ambiente limpio, higiénico y seguro para el paciente.
- Participará con otros colaboradores en los programas de salud, como miembros del equipo de atención de la misma, ya sea preventiva, curativa, familiar o comunitaria.
- Prestará a la comunidad los servicios de salud que contribuyan al bienestar colectivo.
- Actuará como educadora higiénica y consejera para buscar conjuntamente la solución a las necesidades de la familia.
- Mostrará comprensión a los problemas manifestados por la familia con el fin de orientar a la misma al autocuidado.
- Elaborará y participará en proyectos de investigación que ayuden a resolver problemas relativos a la salud.
- Participará en la formación de recursos para enfermería.

LA ÉTICA EN LA ENFERMERÍA

Todo individuo tiene la facultad de elegir su profesión. Una vez elegida ésta, se tiene el deber de prepararse para su ejercicio técnico y de adquirir la conciencia de responsabilidad y solidaridad sociales, demandada por la profesión.

La moral profesional es el conjunto de facultades y obligaciones que tiene el individuo en virtud de la profesión que ejerce en la sociedad. La razón del profesional es servir a la humanidad, y su principal objetivo es el bienestar individual,

familiar y social, basado en principios sólidos que le son propios, los cuales conservará a pesar de los cambios sociales que pueda sufrir.

Cada profesión tiene sus exigencias particulares, pero todos los deberes profesionales tienen un punto en común: cumplir con las exigencias sociales.

Los deberes profesionales son formas concretas de llevar a la práctica los valores de la veracidad, la valentía, la justicia, la lealtad, la templanza y otras virtudes del ser humano.

DESARROLLO HISTÓRICO DE LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA

En México, en la época precortesiana, la partera recibía el nombre de *Tlal-maquiticilli*; se ocupaba de la atención de la madre durante el embarazo y posteriormente daba atención a ésta y al niño.

Tres años después de la conquista, en 1524, se fundó el Hospital de la Inmaculada Concepción, conocido hoy en día como Hospital de Jesús.

Posteriormente, en 1531, se fundaron numerosos hospitales esparcidos por todo el país.

El primer colegio de tipo universitario fue fundado en 1536, llamado Imperial Colegio de la Santa Cruz en Santiago de Tlaxelolco, el cual se transformó en la Real y Pontificia Universidad de México, en virtud de la Real Cédula de Función, otorgada por Carlos V, el 21 de septiembre de 1551; sin embargo, la enseñanza de la medicina se inició hasta 1559, y fueron las órdenes religiosas las que prestaron atención a los enfermos. Había también enfermeras, que hacían las curaciones en hospitales y cárceles; eran mujeres de edad madura, solteras o viudas honestas. La carrera de partera estaba afiliada al protomedicato, por la Cédula Real de 1750.

En la segunda mitad del siglo XIX aparece, debidamente reconocida la profesión de partera, dependiente del Ministerio de Instrucción Pública.

En 1833, en el estado de Michoacán, se creó la cátedra de cirugía, con la Ley número 11, y fecha del 25 de mayo, en la cual se integra a las parteras y que, a la letra dice:

Capítulo I

De la Unidad de las Ciencias Médica y Quirúrgica

Artículo 18. Los flebotomistas y parteras serán examinados por vocales médico-cirujano y otro profesor que se sacará por suerte.

Artículo 19. Las personas que hoy ejercen la flebotomía y obtutricia, se examinarán por el Protomedicato dentro de seis meses sin exigir requisito alguno, más que la instrucción competente que acreditará en el examen y sin que pague otros derechos sino los del escribano y papel sellado.

Artículo 20. Los exámenes de cirugía y medicina, farmacia, flebotomo y obstetricia que hiciera la facultad médica, serán con las formalidades, requisitos y derechos que establezca en sus estatutos.

En 1848, fueron creados en el Instituto Médico-Quirúrgico, los estudios para partera y iármacéuticos, los cuales fueron aprobados por la junta de estudios.

En 1852, el Gobierno del Estado expidió el decreto número 15 de fecha 2 de marzo, que abarcaba la enseñanza y ejercicio de las parteras que a la letra dice:

Número 1. El Congreso Constitucional del Estado de Michoacán decreta:

Artículo 1. Las mujeres que sin el título correspondiente ejerzan el oficio de parteras podrán ser admitidas a examen por la Facultad Médica del Estado, sin más requisito que el de la instrucción y honradez competente.

Artículo 2. La misma Facultad designará el mejor tratado de Obstetricia de los que existen, para que sirva de texto principal de instrucción a las que en lo sucesivo quieran ejercer este arte.

Artículo 3. El tratado de que habla el artículo anterior deberá estar escrito en términos claros y sencillos, compatibles con la decencia y, además de los conocimientos profesionales, contendrá las obligaciones de las parteras y las prescripciones u operaciones que se les prohíba verificar.

El primero de julio de 1853 fue expedido el reglamento que demanda el artículo 3º, que a la letra dice en algunos apartados:

Para el ejercicio de las parteras expedido en cumplimiento del artículo 3º de la Ley del 2 de marzo de 1852.

Artículo 1º. Las parteras gozan de los derechos que corresponde a los demás profesionistas de las ciencias médicas, ejercen libre y exclusivamente sus facultades y tienen derecho de los honorarios que les da el arancel.

Artículo 2º. Están obligadas: a prestar su servicio a cualquier parturienta por quien fueren solicitadas, sea a la hora que fuere.

En agosto de 1917 fue creada la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, agrupando a los planteles de enseñanza media y profesional, entre éstos la medicina, y como consecuencia, la enseñanza de parteras, aun cuando ésta no se mencionaba, tal vez en virtud de que era una dependencia de la Escuela de Medicina.

En San Luis Potosí, en 1877, en la universidad del estado comenzó la formación de partera, dependiente de la Escuela de Medicina. La enseñanza teórico-práctica estaba a cargo del médico, teniendo como requisito de ingreso el 4º de primaria. Al egreso, la partera ejercía libremente su profesión.

A mediados del siglo XX se inicia la industrialización y el régimen de seguridad social, lo que provoca la movilización de la población rural al medio urbano. La Escuela de Enfermería modifica sus planes de estudio en tiempo y contenido, así como sus requisitos de ingreso.

En el Hospital General de México, en 1903, las enfermeras alemanas Mande Dato y Gertrudich Iriedich, iniciaron el Primer Curso de Enfermería Básica para un grupo de 30 personas; posteriormente, el 9 de febrero de 1905, se fundó la Escuela de Enfermería, no solamente como beneficio para pacientes de dicho hospital, sino como factor de difusión de conocimientos útiles a la mujer en su vida diaria.

En esta escuela la carrera de enfermería debería cursarse en tres años con las siguientes materias:

Primer año: anatomía, fisiología y curaciones.

Segundo año: curaciones en general e higiene.

Tercer año: pequeña farmacia, curaciones y cuidados a los niños, parturientas y enajenados.

Los requisitos eran:

- Haber terminado la instrucción primaria;
- tener buena salud;
- tener buena moral, comprobada con un certificado de persona honorable; y
- tener menos de 30 años de edad.

En 1910, la Escuela de Enfermería del Hospital General, se incorporó a la Universidad Nacional de México, hoy Autónoma, a través de la Escuela de Medicina, asumiendo la responsabilidad de preparar enfermeras profesionales; el único requisito era presentar el certificado de Educación Primaria. De 1927 a 1934 se instituyó el requisito de contar con una educación profesional de un año, al que se le llamó "preparatorio" en el que se estudiaba biología, matemáticas, física y química. En 1933, con motivo del primer Congreso de Enfermería y Obstetricia, se observó la necesidad de una mayor preparación y, a petición de los profesores y de las propias enfermeras, se solicitó incluso como requisito de ingreso, la enseñanza secundaria.

En 1945, la enfermería consumó la separación académica de la Escuela de Medicina y se constituyó en Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM; la carrera de enfermería, con tres años de duración tenía como requisito de ingreso la enseñanza secundaria, y ser para la carrera de obstetricia, se presentó como requisito obtener el grado de enfermera.

El doctor Everardo Landa, primer director de la escuela, se esforzó por mejorar los planes de estudio y nombró a los jefes de los servicios como los primeros instructores.

En 1948 se nombró a la doctora Emilia Leyva Paz de Ortiz como directora de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, quien realizó una importante reestructuración del plan de estudios.

En 1949, del 12 al 18 de septiembre en San José de Costa Rica, se llevó a

cabo el Primer Congreso Regional de Enfermería, al cual fueron invitados los países del norte de la línea ecuatorial.

Uno de los temas de discusión fue el de "Enseñanza de Enfermería". Como resultado de las distintas comisiones de trabajo, surgieron las siguientes recomendaciones:

1. Que los directores de las escuelas de enfermería sean enfermeras tituladas de una escuela reconocida, y especializadas en la educación de enfermeras, ya sean religiosas o laicas.
2. Que el gobierno de las escuelas de enfermería sea autónomo, bajo la dirección de enfermeras tituladas especializadas y que el financiamiento sea hecho por una institución particular o por el gobierno del país.
3. Que se haga todo esfuerzo para aumentar el número de alumnos con enseñanza secundaria en las escuelas de enfermería de cada país.
4. Que en el último año del curso básico se incluyan asignaturas de métodos de supervisión y enseñanza para preparar a toda enfermera graduada para cumplir su papel de supervisora en su servicio.
5. Que las escuelas de enfermería sean anexas a hospitales generales que tengan por lo menos cien camas.
6. Que las escuelas adopten como programa mínimo las recomendaciones del Consejo Internacional de Enfermeras.
7. Que se establezca en cada país un Consejo Nacional de Educación de Enfermería, constituido por enfermeras tituladas para supervisar la enseñanza en las escuelas oficiales y particulares de enfermería.
8. Que se incluya en el curso de materia médica del programa de enseñanza de las escuelas de enfermería, el estudio del sistema métrico decimal y del sistema farmacéutico.
9. Que se establezcan escuelas o cursos de especialización para graduadas, anexas a las universidades de cada país, donde se efectuarán estudios de especialidades de Enfermería, enseñanza, salubridad, psiquiatría, etc., con facilidades para enfermeras del país y extranjeras con el fin de realizar intercambio entre ambas.
10. Que sean aumentados los presupuestos para el mantenimiento de las escuelas de enfermería, a fin de poder mejorar las normas de educación y aumentar el número de enfermeras.
11. Que después de verificado el congreso, se envíe al gobierno de cada nación aquí representada una síntesis de los principios básicos que rigen la escuela moderna de enfermería.
12. Que los gobiernos envíen enfermeras tituladas a otros países donde haya facilidades de especialización como instructoras, para luego constituir el personal docente de las escuelas de su país.

En 1954 se realizó un Seminario de Educación en Enfermería en Zimapan, Hidalgo, auspiciado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por la Universidad Nacional Autónoma de México y por OPS/OMS, del cual surgieron las siguientes sugerencias:

1. Que se formule el plan de estudios basados en la interpretación de los problemas sanitarios de un país por medio de las estadísticas vitales.
2. Que se incluya la estadística y correlacionarla con materias afines.
3. Que se establezcan dos tipos de escuelas de enfermería que exijan:
 - 3.1 Bachillerato
 - 3.2 Secundaria
4. Que la dirección de la escuela de enfermería esté a cargo de una enfermera profesional debidamente preparada.
5. Que den facilidades a las enfermeras profesionales para prepararse mejor, por medio de cursos posbásicos o posgraduados, según sea el caso.
6. Que se recomiende a la Asociación Nacional de Enfermeras llevar a cabo el estudio de métodos y medios para controlar:
 - 6.1 El funcionamiento y apertura de las escuelas de enfermería;
 - 6.2 la enseñanza de enfermería; y
 - 6.3 el ejercicio de la profesión.
7. Que se establezcan cursos para auxiliares de enfermería.
8. Que las escuelas de enfermería colaboren en la planeación y desarrollo del plan de estudios para cursos de auxiliares.
9. Que la enseñanza y dirección del personal auxiliar esté a cargo de las enfermeras profesionales.
10. Que se prepare al personal auxiliar que está trabajando actualmente por medio de educación en el servicio.
11. Que se den facilidades a las auxiliares para que continúen sus estudios.

Posteriormente, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la OPS/OMS, establecieron convenios para realizar los cursos de docencia en enfermería iniciados en 1950.

En 1955, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a través de la Dirección de Enfermería y Trabajo Social, con base en las recomendaciones del Seminario de Zimapan, a que las escuelas de enfermería deberían preparar a las enfermeras para que desempeñaran cargos en el campo sanitario y, en los hospitales funcionar como supervisoras e instructoras del personal auxiliar de enfermería.

En virtud de que las escuelas disponían únicamente de un reducido número de facilidades con las cuales hacer frente a las demandas, para que los planes de estudio de enfermería incluyesen instrucción en pediatría, obstetricia y psiquiatría, se concibió un proyecto piloto para el mejoramiento de la educación básica de enfermería, nombrándose para ello a las enfermeras Concepción Ortiz Endave, Ma. Teresa García Contreras y Juana Rodríguez Velázquez que-

nes, asesoradas por Esther Gilbertson, enfermera consultora del Instituto de Asuntos Interamericanos de la Administración de Cooperación Técnica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), iniciaron el estudio en siete poblaciones seleccionadas de México: Chihuahua, Chi., Hermosillo, Son., León, Gto., Monterrey, N.L., Oaxaca, Oax., San Luis Potosí, S.L.P., y Veracruz, Ver., a fin de estudiar las necesidades de la localidad concernientes a los servicios de enfermería y sus funciones, recursos existentes para la preparación de las enfermeras, condiciones de las escuelas de enfermería, facilidades para ajustes y ampliar los problemas de educación de enfermeras y conocer el interés de las autoridades docentes y sanitarias para el mejoramiento de los programas de educación.

Como resultado de este estudio, se logró la superación de las escuelas de enfermería en el país: se inició la unificación de los planes de estudio, se llevó a cabo la selección de campos clínicos adecuados para las prácticas de enfermería, la continuación de cursos para fungir como instructoras de estudiantes de enfermería y maestras de las materias en la especialidad, la organización anual de seminarios para guiar a las instructoras en el desempeño de las actividades docentes y en los nombramientos de enfermeras calificadas como directoras de escuelas de enfermería.

La práctica profesional de la partera y la enfermera sanitaria decreció en 1965, a la vez que, en las instituciones de salud del IMSS, el crecimiento fue considerable, proyectándose la práctica profesional de enfermería al segundo nivel de atención.

La educación en enfermería continuó su época ascendente y, en 1968, el Consejo Universitario de la UNAM aprobó las reformas a los planes de estudio y estableció la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, como carrera independiente para perfeccionar y ampliar los estudios de la profesión.

En la década de los cincuenta, la política de salud se dirigía a controlar y erradicar las enfermedades transmisibles por medio de campañas de vacunación y de higiene, por ello se enfatizó en la preparación de personal de enfermería en el área sanitaria.

En los años setenta se celebraron dos eventos importantes: en 1972, la reunión de Ministros de Salud de las Américas, en Puente del Este, Uruguay, elaboraron el Plan de Salud para las Américas, señalando como estrategia la extensión de la cobertura a través de los programas de salud rural; y en 1978, los ministros de Salud en Alma Alta acordaron, como meta política y social, brindar salud para todos en el año 2000 y se fijó la atención primaria, pidiendo a las instituciones formadoras de recursos humanos para salud que encauzaran sus programas a la atención primaria, al trabajo comunitario, individual y grupal.

Estas políticas plantearon a la enfermería nuevos retos y la enfrentaron a las necesidades de salud de la mayoría y al insólito desarrollo científico y tecnológico de la práctica médica, presente en las instituciones de salud.

La mayoría de las universidades, a través de las escuelas de enfermería, a partir de los años setenta, han establecido la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia con la cual la formación de enfermeras está acorde con las políticas educativas establecidas en el país.

En 1997, son 28 las escuelas de Enfermería que ofrecían licenciatura y 10 las que ostentan la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, registradas en el desarrollo de Universidades Académicas de Licenciatura de la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Educación Superior de la República Mexicana.

ACTIVIDADES

1. Explicar los criterios para definir una profesión.
2. Discutir en el aula las características de una profesión.
3. Contestar y entregar copia de las respuestas a las siguientes interrogantes, o las que el profesor indique o formule: ¿Quién soy? ¿Qué es lo que más deseo en la vida? ¿Cuáles son mis características positivas? ¿Cuáles son mis características negativas? ¿Soy capaz de amar realmente a todos mis familiares? ¿Soy capaz de amar y comprender a mis compañeros presentes y futuros? ¿Por qué deseo estudiar enfermería? ¿Qué responsabilidad considero tener hacia la sociedad? ¿Qué tiene para mí la vida? ¿Conozco y reconozco el fin para el cual fui creada?
4. Discutir en grupo la guía del profesor, las respuestas más significativas, o bien, tomadas al azar, para adquirir mayor experiencia de la reflexión sobre diversas respuestas.
5. Cada estudiante indagará políticas, finalidad y objetivos del Colegio de enfermeras de su localidad y del Colegio Nacional de Enfermeras.
6. Se organizarán en equipos para discutir los aspectos que integran la finalidad y los objetivos.
7. Los equipos indagarán sobre la finalidad y objetivos del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).
8. Cada equipo presentará al grupo sus conclusiones en relación con la finalidad y los objetivos de la enfermería.
9. Discutir en grupo la relación entre la finalidad y objetivos del Colegio Local de Enfermeras, del Colegio Nacional de Enfermeras y del Colegio Internacional de Enfermeras.
10. Confrontar los Códigos con los lineamientos generales del Código aprobado por el CIE 1973.
11. En subgrupos, hacer una revisión del Código Deontológico para Enfermeras del país y presentar por escrito las conclusiones a que se llegó, respecto a su alcance social, ético y humano.

Capítulo 2

El minuto que vive es el más importante de tu vida, donde quiera que te encuentres...

...Vive el momento presente, porque tu futuro depende de él.

Trata de aprovechar al máximo el momento que vives, sacándole toda la utilidad que puedas, para tu perfeccionamiento.

MINUTOS DE SABIDURÍA
C. TORRES PASTORINO

LA FORMACIÓN DE LA ENFERMERA

LA ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA

En la formación de la enfermera influyen varios factores como son: la estudiante misma, su ambiente familiar y nivel social, los profesores de las diferentes áreas del conocimiento, la institución educativa (incluidos los planes de estudio), el ambiente escolar, las instituciones de salud y la comunidad atendida por los servicios de salud.

La estudiante de enfermería es una joven cuyas necesidades corresponden al último periodo de la adolescencia. Desea ser tratada como persona adulta, se enfrenta a la toma de decisiones en situaciones esperadas e inesperadas, y a asumir responsabilidades.

La estudiante de enfermería ha elegido por sí misma esta profesión. Es una persona con un potencial intelectual físico, emocional y espiritual, con necesidades e intereses propios y comunes a las demás compañeras de estudio. Estas características deben ser consideradas por el maestro, con el fin de ayudar y comprender a cada una de las estudiantes.

Es necesario que, especialmente a los docentes responsables de la formación de los alumnos de nuevo ingreso, se den a conocer los resultados de los exámenes de conocimientos y psicométricos en relación con las características más re-

levantes de las estudiantes, para que analicen y determinen la forma de estimularlas y a responsabilizarlas de su desarrollo profesional y personal.

Algunas escuelas ofrecen a las aspirantes cursos propedéuticos, para dar a conocer las generalidades de la profesión, su campo de acción, características requeridas para el desempeño profesional, mercado de trabajo, plan y métodos de estudio, normas que ayudarán a adquirir una disciplina de trabajo, entre otras. De esta forma las aspirantes reafirman su elección por la profesión.

La estudiante de enfermería ingresa a la escuela con su bagaje de conocimientos y con la ilusión y propósito de prepararse para ser útil a la sociedad; desea ayudar a los enfermos, a los minusválidos, a los pequeños y a los ancianos, es decir, muestra una disposición de apoyo y solidaridad hacia el necesitado de cuidados; lleva consigo además, angustias, temores, resentimientos; a la vez que muestra alegría por iniciar sus estudios profesionales y deseos de comunicarse afectivamente con nuevas compañeras y maestros, hace evidente su simpatía por ellos, se siente segura y optimista sobre sus expectativas, las cuales irá ampliando y refrendando en el transcurso de su formación. En el transcurso de la carrera, irá adquiriendo una formación tecnocientífica, humanística y metodológica, que le permitirá actuar como enfermera en cualesquiera de los niveles de atención de salud, al proporcionar una atención "libre de riesgos" al individuo, familia y comunidad; asumir su responsabilidad como participante en el equipo interdisciplinario; como coordinadora en actividades de salud con otros sectores. Por lo anterior está obligada a la búsqueda y adquisición continua de nuevos conocimientos y valores que favorezcan su realización personal y profesional.

Como persona y futura profesionista de enfermería, es importante que posea o adquiera la capacidad de:

- Formar juicios sobre la realidad que la conduzcan a actuar con pleno conocimiento.
- Aprender por iniciativa propia en el presente y futuro.
- Trabajar en equipo inter y multidisciplinario.
- Servir y ayudar a quienes lo requieran.
- Trabajar en situaciones emergentes con los recursos disponibles.
- Comunicarse cordial y eficientemente con toda la gente.
- Disciplinar y ordenar su vida: de estudiante y profesional.
- Mostrar seguridad y confianza en sí misma.
- Detectar las necesidades de salud familiar, individual y comunitaria.
- Participar con organismos de influencia en el desarrollo de la profesión.
- Realizar investigaciones con proyección social.
- Asimilar, aplicar y demostrar el sentido y valor de las normas éticas y jurídicas de la profesión.

Se espera que tanto los profesores como las enfermeras ejerzan en la estudiante su influencia para favorecer su desarrollo intelectual, social y moral.

EL PROFESOR EN LA FORMACIÓN DE LA ENFERMERA

El cuerpo docente es uno de los factores más importantes en el prestigio de una escuela. El éxito o fracaso de ésta depende directamente de la competencia de sus profesores.

Para enseñar en la Escuela de Enfermería es necesaria una amplia preparación educativa y profesional. La especialización de esta disciplina es una enseñanza importante que el maestro debe llevar a cabo.

Algunas cualidades y características necesarias que el docente debe cubrir son: sentido del deber, interés científico, humanístico y estético; capacidad de adaptación (equilibrio emocional), de colaboración y participación en tareas académicas y sociales de la institución, capacidad organizativa e intuitiva, de comunicación, comprensión y ayuda hacia el estudiante; además de un gran espíritu de sinceridad y justicia.

Como requisito indispensable de los maestros de enfermería, además de ser excelentes profesionales, es que conozcan los problemas que enfrentan las estudiantes y orientarlas en sus necesidades educativas. Él debe mostrar interés y entusiasmo por la enseñanza, amabilidad, comprensión y sentido del humor, humanidad, tolerancia, tener una apariencia limpia y atractiva, buena voz y un amplio repertorio lingüístico.

El profesor de enfermería puede influir en la vida de la estudiante, hacer que ame y respete a la profesión y que modifique en forma positiva sus intereses, hábitos y propósitos. El docente ayuda a pensar, planear y actuar.

La influencia de la personalidad del maestro es realmente importante en el desarrollo de la filosofía de la vida y de la profesión en la estudiante.

El papel del profesor de enfermería en la vida de la estudiante es decisivo, ya que ayuda a vencer desajustes y disipar preocupaciones, por ser él quien mantiene una comunicación más prolongada con la estudiante. A pesar de todas las nuevas concepciones pedagógicas, el profesor continúa siendo indispensable y fundamental en el proceso educativo, en la operación consecutiva de cambio de las generaciones tanto en el aspecto técnico como en lo social y cultural. Por lo general de él depende el éxito o fracaso de la estudiante.

De poco sirve tener edificios modernos, magníficas instalaciones, abundante material didáctico, si no está presente el "espíritu" del profesor para animar y dar sentido al proceso enseñanza-aprendizaje.

Fundamentalmente, las buenas relaciones maestro-alumno deben promoverse por el primero, porque él está en condiciones de hacerlo, no sólo por su madurez, sino por su responsabilidad profesional y preparación didácticopedagógica.

El profesor debe conocer a fondo el plan de estudios en el cual participa, cómo se integra la asignatura que imparte en la estructura curricular para hacer un todo y considerar que para educar no basta enseñar una asignatura magisterialmente, sino que es preciso otorgar comprensión, simpatía y justicia a la estudiante.

LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

La escuela es la institución social destinada específicamente a realizar la educación intencional. Es el órgano de educación por excelencia, de ahí que toda su organización se dirija hacia la satisfacción de las necesidades sociales fundamentales como meta.

La escuela como unidad educativa asume su responsabilidad mediante el conocimiento de los objetivos de la educación, ya que éstos son los que indican el rumbo, es decir, los puntos inicial y terminal, deseados, a los que deben centrarse todos los esfuerzos: dirección, personal académico, administrativo, de intención y el de los propios educandos.

El conocimiento de los objetivos de la escuela otorgará significación a la enseñanza que en ella se dice; si no existen o se desconocen, la acción educativa se reduce a una sucesión de clases impartidas o prácticas docentes, carentes de nexo con las necesidades sociales e individuales. Serán un simple pasatiempo para el educando y una carga inútil para la sociedad.

La Escuela de Enfermería es la institución académica que, consciente de las necesidades de salud de la población en general y de la superación de sus egresadas, encauza sus propósitos y objetivos a lograr la meta de la enfermería: dar atención integral mediante la promoción y educación de y para la salud, protección contra las enfermedades, recuperación y rehabilitación. Esta acción se extiende a la población, teniendo como centro a la familia y grupos comunitarios, a pacientes hospitalizados de primero, segundo y tercer nivel de atención.

La finalidad de la Escuela de Enfermería, en todo caso, es preparar a la estudiante para el ejercicio de esta profesión en las áreas sanitario-asistencial, ayudándola a desarrollar sus potencialidades como ciudadana y futura enfermera mediante la adquisición del conocimiento teórico-práctico que le permita alcanzar en su vida y en la de los demás un grado óptimo de salud y de bienestar.

Para lograr esos objetivos se requiere alcanzar los puntos siguientes:

1. Despertar en cada estudiante el interés por el saber.
2. Propiciar la comprensión del significado de la vida y su relación con la profesión.
3. Interesar a la estudiante en el conocimiento y desarrollo de los valores espirituales, sociales y éticos que enriquezcan su carácter y personalidad.

4. Motivar a la estudiante a establecer y mantener buenas relaciones humanas y reconocer su importancia.
5. Concientizar a la estudiante de la relevancia de reconocer y valorar los estados de salud y de enfermedad individual, familiar y comunitaria, en relación con los factores biológico, socioeconómico y psicológico.
6. Concientizar a la estudiante de la responsabilidad que tiene en la promoción y conservación de la salud propia y de la de los demás.
7. Propiciar en la estudiante la adquisición de los conocimientos necesarios para el ejercicio de la profesión en sus diferentes áreas.

EL AMBIENTE ESCOLAR

Como el ambiente familiar deja huella imborrable en las personas, cada estudiante de enfermería lleva consigo un cúmulo de experiencias vividas en el hogar, así como del círculo social al que pertenece; algunas serán positivas, otras no pero, en todo caso, ambas han contribuido a formar y a organizar una escala de valores y de personalidad en la estudiante. Valores que en la nueva etapa de su vida persistirán o cambiarán, debido al ambiente escolar. Si éste es favorable, la estudiante se sentirá acogida, comprendida, estimulada y motivada a buscar su identidad y superación como mujer, como profesionista y como persona. Es responsabilidad de todas las personas involucradas en la escuela propiciar un ambiente psicológico adecuado, agradable, de respeto y comprensión mutua.

El ambiente físico de la escuela igualmente ejerce su influencia en el ánimo y afectividad de la estudiante ya que, a través de ello aprende a querer a su escuela, a cuidarla; en ella todo es orden, limpieza y agradable, lo que requiere e implica que cada persona que labore en la escuela realice su actividad con agrado, prontitud y eficiencia. De este modo es factible contribuir al desarrollo armonioso y organizado de las diferentes actividades académicas.

Las instituciones de salud, con su extensión a la comunidad, son otro ambiente de formación de las futuras profesionistas. Es muy importante que ambas instituciones (educativa y de salud) tomen los acuerdos pertinentes y fijen las bases en relación con la práctica de las estudiantes, quienes darán a conocer en su oportunidad al personal correspondiente y a las propias estudiantes expresado por escrito los requisitos requeridos para realizar la práctica, en tiempo, espacio y nivel de aprendizaje, para lograr la congruencia entre la teoría y práctica y así seleccionar las experiencias significativas para cada estudiante. Es necesario que la estudiante encuentre la aceptación y apoyo del personal que labora en las instituciones de salud.

CÓDIGO PARA ENFERMERAS

El código para enfermeras servirá de guía para el quehacer diario o durante la práctica profesional.

En julio de 1953, en la reunión del Gran Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en San Paulo, Brasil, se adoptó por primera vez un Código Internacional de Deontología. El Gran Consejo revisó posteriormente el Código en la reunión de Frankfurt, Alemania, en junio de 1965.

El Código para Enfermeras fue elaborado por el Comité de Servicios Profesionales y lo adoptó el Consejo de Representantes Nacionales del CIE en la ciudad de México, en mayo de 1973.

El Código para Enfermeras es una guía de acción basada en los valores y exigencias de la sociedad. Debe ser comprendido, integrado a la vida y aplicado por las enfermeras en todos los aspectos de su trabajo.

Los puntos básicos del Código que se deben abordar y reglamentar son:

1. La enfermera y el individuo.
2. La enfermera y el ejercicio de la enfermería.
3. La enfermera y la sociedad.
4. La enfermera y sus colegas.
5. La enfermera y su profesión.

La enfermera y el individuo

- Deberá atender, en primer término, a aquellas personas que necesitan de sus servicios profesionales.
- Durante el ejercicio de su profesión creará un ambiente en el que los valores, costumbres y creencias del individuo sean respetados.
- Mantendrá reserva sobre la información personal que reciba, y utilizará la mayor discreción para compartirla con alguien cuando sea necesario.
- Prestará sus servicios respetando la dignidad humana y al paciente como individuo, sin tener en cuenta su situación económica o social, los atributos o la naturaleza de los problemas sanitarios de la persona.
- Salvaguardará el derecho del paciente a la privacidad, protegiendo en forma legal toda la información de carácter confidencial.

La enfermera y el ejercicio de la enfermería

- Es personalmente responsable de su actuación profesional y de mantener válida su competencia por medio de una educación permanente.
- Adaptará a la realidad de una situación específica la calidad del trabajo de la enfermera y será en cada caso la más elevada posible.

- Evaluará con espíritu crítico profesional la competencia de los individuos, siempre que tenga que aceptar y delegar responsabilidades.
- Asumirá la responsabilidad de sus juicios y actuaciones de enfermería a nivel individual.
- Mantendrá competencia en la enfermería.
- En el ejercicio de su profesión, debe mantener una conducta irreproachable que dé crédito a su profesión.

La enfermera y la sociedad

- Comparte con otros ciudadanos la responsabilidad de iniciativas y acciones tendientes a satisfacer las exigencias sanitarias y sociales de la comunidad.

La enfermera y sus colegas

- Cuando los cuidados que recibe un paciente son puestos en peligro por un colega u otra persona, debe tomar la decisión más adecuada y actuar en consecuencia.
- Actúa como defensora del paciente cuando los cuidados de la salud y la seguridad se ven afectados por la incompetencia y falta de ética o ilegalidad de la actuación de un colega u otra persona.

La enfermera y la profesión

- Contribuye activamente al desarrollo del acervo de conocimientos propios de la enfermería.
- Por medio de su asociación profesional, participará en el establecimiento y mantenimiento de condiciones de trabajo en enfermería que sean económica y socialmente justas.
- Colabora con los fines profesionales para que se lleven a cabo y mejoren las normas de la profesión.
- Participará en actividades que contribuyen al desarrollo continuo del cuerpo de conocimientos de la profesión.
- Participará en los esfuerzos que hace su profesión para que se establezcan y mantengan las condiciones necesarias de una práctica de alta calidad.
- Participará en los esfuerzos profesionales dirigidos a proteger al público de la desinformación y de las interpretaciones equivocadas y a mantener la integridad de la profesión.

ACTIVIDADES

1. Discutir en grupo, con asesoría de docentes de área:
 - La preparación actual de la profesional de enfermería para la asistencia materno infantil
 - Cursos de actualización a enfermeras.
2. Presentar conclusiones al respecto.
3. Conocer el Código Deontológico para enfermeras que dirige el ejercicio de la profesión en el país y asimilar sus normas.
4. Consultar el Código de las Enfermeras de la Asociación de Enfermeras Americanas (ANA), 1976.

PARTE II

EL HOMBRE

Capítulo 3

*No pienses encontrar la perfección
en los que te rodean.
La excelencia es difícil
por lo tanto, si encuentras fallas
en las personas que admiras, no te
desilusiones.*

C. TORRES PASTORINO

¿QUÉ ES EL HOMBRE?

Distintas corrientes filosóficas han dado respuesta a esta pregunta de acuerdo a factores predeterminados por el contexto particular y forma en que se enmarca la pregunta.

El hombre o ser humano es la unión de un cuerpo material y alma espiritual. Solamente en el orden natural, es un sujeto espiritual, porque sólo el ser humano está dotado de inteligencia y voluntad. No existe inteligencia, razón ni voluntad sin una norma, una ley o un principio objetivo.

La actividad espiritual exige un sujeto intelectual. Por tanto, el ser humano que comprende, razona y quiere, es existente; si existe es sujeto espiritual, conforme a un principio objetivo comprendido y libremente aceptado por él mismo. Según dicho principio, él tiene la capacidad de conocer y realizar acciones morales; por lo cual, debemos comprender al ser humano ante todo no sólo como ser biológico sino como persona, es decir, qué es en cuanto a individuo y persona.

Como individuo, es un ser real subsistente: uno, indivisible, y posee todo lo que le corresponde a su naturaleza.

El sujeto espiritual como tal es personal: posee razón, voluntad y facultades que constituyen la unidad que llamamos espíritu.

Persona es un individuo dotado de inteligencia, razón y voluntad. Por lo tanto es un ser humano que tiene conciencia y conocimiento de sí mismo.

El ser humano descubre en sí y por sí mismo que su fin es el de constituirse en persona y que, en cuanto tal, está orientado a un fin superior. En él están los

principios de vida animal, que forman con la vida espiritual una unidad, un ser armónico.

Todos los principios vitales sensitivos y humanos constituyen su naturaleza de individuo; los espirituales constituyen su persona.

El hombre como persona racional, que piensa y es libre, capaz de tomar decisiones, tiene por lo mismo una dignidad esencial que lo eleva sobre toda la creación.

La dignidad humana tiene como base la creación. Dios creó al hombre a su imagen y semejanza, hombre y mujer los creó, los dos con el mismo derecho.

La libertad es una cualidad fundamental de la persona: el hombre está condicionado por los deberes y derechos con respecto a otras personas y al Creador, a esto se le llama libertad responsable. El hombre puede hacer todo cuanto quiera y pueda, pero con responsabilidad, pues libertad sin responsabilidad, no es libertad sino abuso de ella.

La condición de persona otorga al ser humano, una especial situación en el universo creado, lo domina y custodia; a la vez es un ser dueño de sí, administrador ante su Creador, se relaciona con los demás hombres por el conocimiento y el amor. A esta singular posición del hombre y a su valor como imagen del Creador se le designa con el nombre de *dignidad de la persona humana*.

La dignidad del ser humano radica en su naturaleza que es corpórea y espiritual; de ser una persona responsable, capaz de autogobernarse y de tener una intrínseca exigencia moral (religiosa) así como estar llamado a un último fin sobrenatural.

LAS NECESIDADES HUMANAS

Según la teoría de la jerarquía de las necesidades de A.H. Maslow, psicólogo humanista, la motivación de las personas se basa en cinco tipos de necesidades: fisiológicas, de seguridad, de afecto, de estima y de autorrealización. Maslow diferenció las necesidades inferiores como necesidades de déficit, y a las necesidades superiores, como de desarrollo.

1. *Necesidades fisiológicas*: oxígeno, alimento, líquidos, eliminación de desechos corporales, actividad, descanso y sexualidad.
2. *Necesidad de seguridad y protección*: seguridad en el trabajo, económica, emocional, espiritual; protección personal, familiar, de sus bienes y de peligro y desastres.
3. *Necesidad de afecto y afiliación*: de amigos, compañeros, identificación con un grupo; aceptación como miembro de un grupo organizado, de un ambiente familiar hogareño, vecindario acogedor, participar con otros para un fin común.

4. *Necesidad de estima y reconocimiento*: de respeto, de confianza, de una buena opinión de los demás, de admiración, de confianza en sí mismo, apreciación y aceptación de sí mismo.

5. *Necesidad de autodeterminación y autorrealización*: realizar sus capacidades personales, de desarrollar sus posibilidades, desempeñar la actividad que desea en su propio estilo y manera particular, hacer aquello para lo que está capacitado. Descubrir la verdad, establecer el orden, promover la justicia, crear la belleza en el arte.

Cuando las necesidades primarias no son satisfechas, la persona muestra un poder de motivación de la conducta; cuando son satisfechas, las necesidades secundarias comienzan a adquirir un poder motivador para buscar satisfactores, es decir, una vez que la persona tiene alimento, agua, aire, etcétera, comienza a sentir otras: de seguridad, afecto, estima y autorrelación.

Maslow sugiere que el individuo actúa en niveles ascendentes, en los cuales las necesidades de un nivel deben ser satisfechas, cuando menos parcialmente, antes que la persona considere las de un nivel más alto.

Algunas veces, la persona considera que tiene necesidades de diferentes niveles, que deben ser satisfechas al mismo tiempo, no obstante que algunas de ellas son más importantes que otras.

Necesidades fisiológicas

Entre las necesidades fisiológicas, la de oxígeno es la más importante. La de actividad y descanso, considera además del descanso físico, el mental.

La persona debe poder satisfacer sus necesidades, pero en ocasiones hay problemas, enfermedades o preocupaciones, que lo impiden por lo que es necesario conocer sus causas; por ejemplo, la irritación de la garganta, afecta la facultad de ingerir alimentos y líquidos, la pérdida de sueño puede deberse a alguna enfermedad o preocupación.

Necesidad de seguridad y protección

En este grupo se incluyen las necesidades de seguridad económica y de trabajo, la seguridad emocional y espiritual, y la seguridad personal de protección en contra de peligros de cualquier índole.

Para satisfacer su necesidad de seguridad en el trabajo se han creado sindicatos, que pugnan por la emisión de una legislación protectora para evitar la pérdida arbitraria de su trabajo.

La persona que se siente segura enfrenta los problemas de la vida con ecuanimidad y los resuelve con menor dificultad.

Toda persona tiene necesidad de confiar en algo o en alguien.

El sentimiento de seguridad es resultado final de haber satisfecho la necesidad de ser reconocido, de pertenecer y de comprensión.

Dispositivos de seguridad

Para la seguridad del paciente, las instituciones cuentan con dispositivos específicos para diversas situaciones, que deben seleccionarse para cada persona de manera que su uso no implique peligro alguno: barandilla de la cama, para impedir que el paciente se caiga, marcos, soportes, chalecos de seguridad y cinturones para la inmovilización cómoda del enfermo y para evitar que caiga de la silla de ruedas; el cinturón de Posey permite girar en la cama sin caer; pasamanos para evitar lesiones por caídas; andador, como apoyo y seguridad para personas que deben deambular por los pasillos.

La prevención de accidentes con sustancias químicas se basa, principalmente, en el conocimiento y práctica de las normas y reglas especiales para evitar errores.

Los accidentes por lesiones técnicas se evitan mediante el control y revisión periódica, por el personal de mantenimiento, de aparatos y dispositivos eléctricos y otras fuentes.

Los incendios pueden prevenirse mediante el control y vigilancia de materiales, combustibles y calor. Como punto esencial se presenta la educación de pacientes, personal y público, de medidas de seguridad como:

- Leteros en ciertas áreas visibles sobre la prohibición de fumar.
- Almacenamiento y distribución adecuada de líquidos volátiles.
- Adiestramiento para el uso de extinguidores.
- Adiestramiento al personal para el traslado de pacientes ambulatorios y encamados a un sitio seguro.

Necesidad de afecto y afiliación

Esta necesidad se manifiesta por el deseo de tener amor, consideración y afecto de otros, sentimos parte de una familia o un grupo. Para satisfacerla, la persona debe sentir que es aceptada por otros, porque de esta manera se obtiene el prestigio que le otorga el grupo como tal. Suele suceder que la persona desea ser miembro activo del grupo, pero teme a no ser aceptada, se aísla, por lo que se le debe ayudar a integrarse. La conducta amistosa de los grupos informales es una fuente de satisfacciones para esta necesidad.

Necesidad de estima y reconocimiento

Estas necesidades implican el deseo de ser respetado por otros y a sí mismo. Dependen del nivel de madurez emocional que cada uno logra alcanzar y del auto-

respeto que se tenga. Toda persona desea saber qué se espera de ella, cuáles son sus responsabilidades y cómo las está cumpliendo.

Cuando se alcanza la madurez emocional esta necesidad se origina del sentido de superioridad y capacidad tanto en el trabajo como en la vida diaria.

Como enfermera, se tiene un papel muy importante en ello: satisfacer las necesidades de otras personas; la capacidad para satisfacerlas depende de la comprensión y el ser comprendida. Si cree que nadie la comprende, su soledad y sentimiento se transmite a los demás.

El deseo de ser alguien es saludable si se mantiene dentro de los límites normales; pero si se llega a exagerar, el individuo se interesa demasiado por sí mismo y poco por los demás.

Al sentimiento de amor propio y autoestima se correlaciona la necesidad de progreso personal, así como el de adquirir nuevos conocimientos para tener nuevas ideas, resolver problemas más difíciles, y aprender otras habilidades y tener nuevas experiencias.

Algunas personas se conforman o se sienten satisfechas cuando realizan diariamente las mismas actividades; sin embargo, puede ser debido a tener inteligencia limitada o sentimientos de inferioridad e inseguridad.

Cuando la estudiante o la enfermera se han de bañar al paciente por crear que otros aspectos del cuidado son más interesantes, o quizá no sabe escuchar al paciente, cree que pierde el tiempo, necesita comprender que lo importante no es el baño o la charla, sino proporcionar bienestar al paciente y brindarle la oportunidad para que exponga sus problemas y así ayudarlo.

Necesidad de autodeterminación y autorrealización

El nivel más alto de las necesidades del hombre se refiere a la capacidad de cada persona a ser independiente.

Maslow considera a este nivel como el estado de ser uno mismo o de haber llegado a la madurez, de alcanzar la meta del proceso de llegar a ser, su esencia implica comportarse en formas que tienden a realizar el potencial particular de cada persona.

Conforme las situaciones y condiciones de la vida cambian, las necesidades también lo hacen, así como la forma de satisfacerlas se modifican, causando cambios visibles en el comportamiento que pueden o no ser aceptables según las normas de la sociedad.

Todas las necesidades son importantes y la enfermera debe reconocer las diferentes formas en que se manifiesta en los individuos, pacientes o colaboradores, así como la forma de satisfacerlas, ya que cada persona difiere en la intensidad de sus diversas necesidades.

La necesidad es la falta de algo, esto es un estado deficitario para el cual deben buscarse los satisfactores.

LA SALUD. NECESIDAD ESENCIAL

La profesión de enfermería, tiene como fin cuidar de la salud individual, familiar y comunitaria, mediante acciones de promoción y prevención. Cuando la salud es afectada, las acciones de enfermería son dirigidas a la restauración de ésta a través de cuidados específicos, que van desde los más simples hasta los más complejos. La enfermera otorga el cuidado de la salud en forma integral, o bien como participante con otros profesionales de la salud, cada uno con sus respectivas responsabilidades, que deben de realizarse de manera coordinada dentro de un marco de mutuo respeto entre sí y siempre y en todo caso con el debido al ser humano.

De esta forma, es lógico que la maestra de enfermería dirija su enseñanza primeramente a lograr que la estudiante tenga un concepto claro de lo que es la salud y qué implica el cuidado de la misma. La estudiante reafirmará estos conceptos durante su desarrollo profesional.

La profesional de enfermería desarrolla su práctica centrada en las necesidades del individuo y de la población, para participar activa y conscientemente en la solución de sus problemas.

El significado de salud depende de la visión que se tenga del organismo viviente y de la relación de éste con su entorno. Luis Jorge González, en su libro *Salud*, expresa que la salud humana es un equilibrio dinámico en todos los niveles de su ser; físico, mental y espiritual; de su relación con el medio ambiente, con los demás hombres y con su Creador. Lo que indica que la salud no es cuestión estrictamente personal, aun cuando cada quien es responsable de la propia. La salud en sí misma es un fin; entendida como un componente indispensable de bienestar: es a la vez un medio para lograr el desarrollo económico del país.

El proceso de desarrollo a su vez busca como finalidad el bienestar individual y colectivo, lo que implica aumentar el nivel de salud, el cual se considera primeramente como una resultante de tres factores: la estructura económica, el nivel cultural y el grado de bienestar de la sociedad.

En consecuencia, la elevación del grado de salud requiere de una acción integral que comprenda la utilización máxima de las fuerzas productivas, de la elevación de los niveles culturales y del otorgamiento y utilización de los servicios oportunos y eficientes.

La salud es un proceso dinámico, derivado de las interacciones del hombre y de la comunidad con su ambiente.

Dentro de esta concepción, para ser saludable, sobrevivir como ser humano y como individuo, el hombre deberá establecer una correspondencia adecuada con su ambiente, la cual entraña dimensiones ecológicas y sociales, culturales y tecnológicas que deben comprenderse integralmente.

El estudio de la salud como necesidad esencial, requiere concebir a la salud como un valor social fundamental y no como un medio para el adecuado funcionamiento del organismo.

Considerar la salud como necesidad esencial, requiere analizar las causas y mecanismos que deterioran el organismo humano más allá de sus manifestaciones biológica e individual; buscar la explicación social e histórica de los daños a la salud de la población y verificar los niveles de satisfacción de las necesidades de vivienda, alimentación, educación y condiciones de los niveles de salud.

La salud de una población depende de la satisfacción de sus necesidades esenciales, del acceso oportuno a los servicios de salud y al saneamiento del ambiente. La salud no es igual para todos en una población con marcadas diferencias sociales.

En la conferencia de Alma Ata, en 1978, convocada por la Organización Mundial de la Salud, se proclamó a la salud como un derecho humano fundamental y como un objetivo social muy importante en todo el mundo.

ACTIVIDADES

1. El origen y naturaleza del hombre.
2. ¿Por qué decimos que el hombre es persona?
3. ¿El hombre tiene una libertad absoluta?
4. ¿De dónde deriva la dignidad de la persona humana?
5. ¿Qué factores sociales, económicos y políticos pueden influir en la insatisfacción de las necesidades fisiológicas?
6. ¿Cómo pueden, o suelen manifestar las personas la necesidad de seguridad y protección?
7. ¿Cómo pueden ser satisfechas las necesidades de afecto y afiliación en las diferentes etapas de la vida: niño, adolescente, adulto, anciano?
8. ¿Cómo manifiestan las personas la no satisfacción de la necesidad de afecto y afiliación: en lo social y en lo fisiológico?
9. ¿Qué factores pueden influir en la insatisfacción de la necesidad de estima y reconocimiento?
10. ¿Cuándo pueden las personas percibir y aspirar a satisfacer sus necesidades superiores?
11. ¿Qué implica comportarse en orden al realizar el potencial particular?
12. Indagar en la Ley General de Salud, cuándo fue elevada con rango constitucional la salud como derecho del hombre y qué implica el hecho, tanto al Estado como a los individuos.
13. Discutir en grupos y exponer cómo puede manifestarse la salud en equilibrio físico, mental y espiritual.
14. Discutir en grupos y exponer cuál es la relación adecuada del ser humano en su ambiente ecológico, social, cultural y tecnológico.

Capítulo 4

*El hombre tiene derecho a luchar
contra toda forma de enfermedad
a fin de vivir en el bienestar que
compорта la salud.*

ALBERTO VEGA PONCE

PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Un individuo sano es aquel que muestra y demuestra una armonía física, mental y social con su ambiente, lo cual hace que pueda contribuir con su trabajo, de acuerdo con sus habilidades, al bienestar individual y colectivo.

Como la salud es un estado variable dependiente de la influencia del medio, siempre cambiante, ésta debe ser cultivada, protegida, y fomentada. En cambio, enfermedad es toda alteración del funcionamiento normal.

Si el hombre es un ser dinámico en sus dimensiones biológica, psicológica y social, cabe considerar a la salud-enfermedad como a un proceso dentro del cual se da una interacción continua de elementos, cuya resultante puede afectar al ser humano en forma positiva o negativa.

No existen estados absolutos de salud o de enfermedad, sino procesos dinámicos complejos, en los cuales los factores biológicos de daño y recuperación quedan insertados en la vida social de acuerdo con las leyes propias de todo fenómeno social.

El ser humano vive en sociedades específicas, en donde se dan relaciones sociales de producción e ideológicas; lo que determina en buena medida su estado de salud-enfermedad, así como la forma de comprenderlo.

El hombre vive en un ambiente compuesto de diversos factores, contenidos en el mismo ambiente natural: las herencias biológica, cultural y social; los grupos sociales, muchos de los cuales tienen influencia directamente en su fisiología, tales como los gases del aire que respira, los alimentos y líquidos que ingiere, la protección de la vestimenta y de la vivienda.

Tomando en consideración estos factores, los profesionales de la salud tienen su campo de acción tanto en el estado de salud como en el de enfermedad, ya sea del individuo o de la comunidad, considerándolos dentro de su ambiente. Esto los obliga a tomar en cuenta al paciente como un ser biológico, psicológico y social.

La vida humana y la salud son el resultado del equilibrio entre el hombre y su ambiente, son el producto de la continua interacción del organismo y el ambiente externo. La relación entre el ambiente externo y nuestro organismo: se realiza a través del ambiente interno o fisiológico constituido por todos los líquidos orgánicos de nuestras células, por el complejo mecanismo de tejido y órganos y por las conexiones vasculares y nerviosas.

El mecanismo de adaptación que mantiene el equilibrio del ambiente interno es múltiple; en algunos casos se trata de la o las reacciones de un solo tejido u órgano; en otros casos, participan a la vez varios sistemas: circulatorio, vasomotor, respiratorio, etcétera.

En todo caso, el organismo tiende a mantener en el ambiente interno la constante aceptada como normal.

El hombre, como todos los seres vivos, está constantemente sometido a la variación en tal forma que sus características fisiológica, psicológica e inmunológica no admiten un modelo fijo. Existe una variación de lo normal respecto a todas las funciones fisiológicas medibles, así como los estados físicos, mentales y emocionales no medibles.

El paso de la salud a la enfermedad comienza con un periodo silencioso de incubación, válido para todo tipo de enfermedades, que puede ser corto o largo e incubación. El proceso es activo, pero no se cuenta con medios técnicos para descubrirlo.

En una segunda etapa la enfermedad podría ser descubierta si las personas se preocuparan del control periódico de su salud, así se podrían aplicar las técnicas de laboratorio y los métodos científicos de que actualmente pueden disponerse.

En la tercera etapa los síntomas son más o menos manifiestos y el paciente puede o no dar la importancia requerida a dichos síntomas.

Finalmente, la desadaptación provoca la reacción del órgano en tal forma que el proceso patológico interfiere con la función normal del organismo y con la vida del paciente.

Salud y enfermedad son dos extremos en la variación biológica, son la resultante del éxito o fracaso del organismo para adaptarse física, mental o socialmente a las condiciones variables del ambiente.

Ninguna enfermedad es producida por una causa única, ya que siempre hay circunstancias concomitantes que favorecen el fenómeno.

El proceso de enfermedad o el estado de salud dependen de la interacción de los elementos de la llamada triada ecológica, integrada por el agente, el huésped y el ambiente.

El agente factor causal de la enfermedad se define como un elemento, sustancia o fuerza, animada o inanimada, cuya presencia o ausencia seguida del contacto con un huésped susceptible bajo condiciones ambientales apropiadas, sirve como estímulo para iniciar o perpetuar una enfermedad.

Existen cuatro tipos de agentes causales de la enfermedad:

1. Biológicos:

- Bacterias.
- Hongos.
- Metazoarios.
- Protozoarios.
- Rickettsias.
- Virus.

2. Físicos:

- Calor extremo.
- Frío extremo.
- Humedad extrema.
- Radiación.
- Intenso ruido.

3. Químicos:

- Exógenos:
 - Por ingestión.
 - Por inhalación.
 - Por contacto.
- Endógenos:
 - Productos de anomalías metabólicas.
 - Agentes de anomalías metabólicas.

4. Mecánicos:

- Agentes punzo-cortantes.
- Armas de fuego.
- Fricción.
- Estramamiento.
- Otras fuerzas mecánicas.

El huésped es el organismo humano susceptible a la enfermedad.

Factores condicionantes:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Grupo étnico.
4. Ocupación.

5. Estado civil.
6. Características genéticas.
7. Características psicológicas.
8. Características socioeconómicas.
9. Hábitos y costumbres
10. Susceptibilidad.

Factores condicionantes del ambiente:

1. Físicos:
 - Clima.
 - Geografía.
2. Socioeconómicos:
 - Ingreso.
 - Habitación.
 - Promiscuidad y hacinamiento.
 - Facilidades para la salud.
3. Biológicos.
 - Animales (reservorios)
 - Vectores (animales que propagan una enfermedad, pero que no son afectados por la misma).

La etiología de las enfermedades es siempre la continuación de múltiples causas; los factores etiológicos no actúan nunca aisladamente, de tal modo que es mejor hablar de influencias causales o etiológicas para referirse a los factores exógenos y endógenos que pueden intervenir en la aparición de la enfermedad como factores predisponentes o provocadores y mantenedores.

La salud y la enfermedad son los puntos extremos en una cadena de causalidad, donde los agentes predisponentes de enfermedad pueden actuar también como factor predisponente de salud.

La enfermedad, considerada como un proceso, presupone una serie de etapas sucesivas que Leavell y Clark han interpretado y esquematizado en un modelo titulado "La historia natural de la enfermedad", que significa: la manera que tiene de evolucionar toda enfermedad cuando se abandona a su propio curso. En este modelo pueden diferenciarse dos periodos: el prepatogénico y el patogénico.

PERIODO PREPATOGENICO

Se establece la interacción entre el agente potencial de la enfermedad, el huésped y los factores ambientales; por ejemplo, el cólera: padecimiento infeccioso agudo producido por el *Vibrio cholerae*, bacilo aerobio, gram negativo. El reservorio del *Vibrio cholerae* es el hombre, la posibilidad de adquirir la infección

Cuadro 4.1. La historia natural de la enfermedad.

Periodo prepatogénico		Periodo patogénico				Resultado	
Interacción de: Agente de enfermedad		Huésped humano	Horizonte clínico	Enfermedad discernible temprana-mente	Enfermedad avanzada	Convalecencia	• Muerte • Estado crónico • Incapacidad • Recuperación
Factores ambientales que producen estímulos de enfermedad			Patogénesis temprana				

depende de las condiciones del agente de la enfermedad, de las ambientales satisfactorias para su propagación y los hábitos y costumbres del hombre.

PERIODO PATOGENICO

Se inicia a partir del momento en el que el agente penetra y se establece en el organismo humano, originando cambios en su estructura y funcionamiento y termina con la recuperación, la incapacidad o la muerte.

El desarrollo de la enfermedad está caracterizado por las respuestas o reacciones del huésped ante el estímulo de enfermedad. Estas reacciones se dan a través de todo el periodo patogénico y constituyen las etapas evolutivas del curso natural de la enfermedad, las cuales son:

1. Patogénesis temprana.
2. Enfermedad discernible tempranamente.
3. Enfermedad avanzada.
4. Convalecencia.
5. Resultado final (recuperación, estado crónico, incapacidad o muerte).

PREVENCIÓN

Para interrumpir el curso de la enfermedad, es necesario conocer todos los factores que la causan y mantienen.

Teóricamente, ésta puede prevenirse en cualquiera de sus fases, dependiendo de lo que se conozca sobre la historia de la misma, a través de los niveles de prevención en sus tres modalidades:

1. Prevención primaria
2. Prevención secundaria
3. Prevención terciaria

Prevención primaria

Corresponde al periodo prepatogénico. Se puede prevenir mediante la promoción de la salud y la protección específica.

Tiene como propósito evitar que se produzcan los estímulos de enfermedad e impedir la interacción huésped-agente.

Prevención secundaria

Limitación del daño. Se refiere a la acción durante las primeras fases del periodo patogénico, y se logra mediante el diagnóstico y tratamiento temprano.

Tiene como propósito interrumpir el curso de la enfermedad y prevenir la ocurrencia de futuras etapas en su evolución.

Prevención terciaria

Incluye mecanismos destinados a reducir la deficiencia física, psicológica y social que inhabiliten al ser humano para el desempeño de sus actividades ordinarias y de trabajo, y de esta forma reducir la incapacidad. La única forma de actuar es a través de la rehabilitación adecuada.

El hombre, como individuo y miembro de una colectividad, depende en sus problemas de salud y enfermedad de las condiciones de vida en el trabajo, en el hogar, en el campo, en la escuela, etc. y de las oportunidades económicas y culturales que la sociedad ofrece a sus miembros.

CONDUCTA PREVENTIVA EN ESTADO DE SALUD Y DE ENFERMEDAD

Conocida la historia natural de la enfermedad y las medidas preventivas adecuadas, es importante identificar los factores que facilitan o impiden las acciones del mismo tipo.

Los factores clasificados como psico-socioculturales que impiden llevar a cabo una acción efectiva pueden ser: falta de interés por parte de la población, organización deficiente de las instituciones de salud o la carencia de servicios médicos a determinados grupos de población.

La conducta de la persona enferma o la sana en peligro de enfermedad, y la de los integrantes del equipo de salud, se mueven en un contexto socio-económico, político y cultural que las determina en gran medida.

El contexto político, grado de dependencia económica y el desarrollo histórico de las instituciones, no sólo explica los problemas de salud de una población,

Cuadro 4.2.
Niveles de aplicación de medidas preventivas en la historia natural de la enfermedad

Periodo prepatogénico		Periodo patogénico		
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico y tratamiento temprano	Limitación de la incapacidad	Rehabilitación
Educación sanitaria.	Uso de inmunizaciones específicas.	Medidas para encontrar casos, individuales y de grupo.	Tratamiento adecuado para detener la enfermedad y prevenir complicaciones y secuelas futuras.	Provisión de facilidades hospitalarias y comunitarias para adiestramiento y educación para usar al máximo las capacidades remanentes.
Buenos estándares de nutrición ajustados de las diferentes bases del desarrollo.	Atención de la higiene personal.	Exámenes selectivos.	Provisión de facilidades con el fin de limitar incapacidad y prevenir la muerte.	Educación del público y de la industria para utilizar al rehabilitado.
Atención al desarrollo de la personalidad.	Protección contra riesgos ocupacionales.	Encuestas de selección de casos.		Trabajo como terapia en los hospitales.
Provisión de condiciones adecuadas de casa, recreación y condiciones de trabajo.		Prevenir la difusión de enfermedades comunicables.		Ubicación selectiva.
Genética.	Uso de nutrientes específicos.	Prevenir complicaciones y secuelas.		
Exámenes periódicos selectivos.	Protección contra carcinógenos.	Acorrar el periodo de incapacidad.		

también la conducta del individuo, la familia, la comunidad y el equipo de salud frente a la salud y a la enfermedad.

La persona (sana o enferma) es parte fundamental del equipo de salud, ya que su participación es indispensable para obtener logros adecuados en las acciones que en forma conjunta se realicen para el beneficio de su salud.

La conducta de los integrantes del personal de salud tiene gran importancia, pues la relación equipo de salud-paciente puede influir en lo adecuado o inadecuado de sus decisiones en la solución de un proceso morboso, o bien, en su desarrollo y complicación.

Cuadro 4.3.
Conducta preventiva en estado de salud y de enfermedad

Período prepatogénico		Período patogénico		
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico y tratamiento temprano	Limitación de la incapacidad	Rehabilitación
Conducta del hombre sano frente a acciones preventivas primarias		Conducta del hombre enfermo frente a acciones preventivas secundarias		Conducta del hombre enfermo frente a acciones preventivas terciarias
Participar efectivamente en el programa de salud		Consultar periódicamente al médico		Abandonar oportunamente el papel de enfermo y paciente
Consultar periódicamente al médico		Percebir correctamente los síntomas y definir adecuadamente la propia enfermedad		Adaptarse a una nueva identidad
Buscar información adecuada para el mantenimiento de la salud		Buscar ayuda médica competente		
Adoptar hábitos nutricionales adecuados		Adoptar en forma apropiada el papel de enfermo		
		Ajustarse al sistema social hospitalario		

La conducta deseable de la población, sana o enferma, es diferente en cada uno de los niveles de prevención y tiene como propósito facilitar la aplicación efectiva de las medidas preventivas correspondientes.

Cada una de las categorías de la conducta preventiva presenta un conjunto de decisiones críticas que el individuo, bajo la orientación del profesional de salud, debe confrontar.

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LA SALUD

Diversos documentos de la OMS/OPS señalan como un problema frecuente el desconocimiento de las necesidades de salud de la población y, en consecuencia, del desarrollo de servicios congruentes con tales necesidades.

En la conferencia internacional "Salud para todos", efectuada en Alma Ata, URSS, 1978, se definió como una estrategia la atención primaria de salud para la asistencia sanitaria asistencial de la población, basada en métodos y tecnologías apropiados, aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pudieran soportar con un espíritu de autorresponsabilidad. La atención primaria, a la vez que constituye la estrategia primordial en el Sistema Nacional de Salud, forma parte del conjunto del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre el individuo, la familia y la comunidad con el sistema de salud.

La atención primaria comprende actividades como educación para la salud, saneamiento básico, promoción de la nutrición, asistencia materno-infantil, vacunación, control de enfermedades endémico locales, tratamiento oportuno de las enfermedades prevenibles por vacunación y traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales.

Asimismo, vincula directamente a la salud con el desarrollo social y económico, estableciendo la conexión con la salud colectiva de la industria, la agricultura, la educación, la vivienda, las obras públicas, comunicaciones y transporte.

Si las condiciones de vida de la población actualmente marginada mejorara, hasta alcanzar la satisfacción de sus necesidades esenciales, y si toda esa población tuviera acceso a servicios personales y no personales de salud, la mortalidad general de la población se modificaría radicalmente.

Desde una perspectiva estratégica, para alcanzar un mínimo de bienestar en salud para toda la población, la atención primaria concebida ampliamente, incluyendo servicios no personales de salud, como lo hace la declaración de Alma Ata, merece la más alta prioridad. Esto es, un esquema en que se vincule con los otros niveles de atención y en el que la atención primaria personal sea prestada por personal altamente capacitado, para no caer en un sistema dual de prestación de servicios en el que un sector de la población tenga acceso a todos los niveles de atención y otro reciba un esquema con medicina simplificada.

Para satisfacer las necesidades esenciales de salud, es necesario reconsiderar el proceso salud-enfermedad. La primera condición es que toda la población disponga de agua potable y alcantarillado, vivienda y abrigo adecuado, un nivel mínimo de educación, de empleo digno y salario remunerador, alimentación suficiente y balanceada, condiciones sin las cuales el nivel de salud y la calidad de vida de la población no puede mejorar.

La segunda condición es la extensión universal de los servicios no personales de salud, que incluyan todas las medidas de promoción de este rubro de prevención de los daños en los cuales se establece una relación bilateral con la población.

La extensión universal de los servicios de salud constituye la tercera condición por la que se debe conceder que aún en condiciones sociales y ambientales

Cuadro 4.4.
Conducta del equipo médico frente al hombre enfermo y sano

Periodo prepatogénico		Periodo patogénico		
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico y tratamiento temprano	Limitación de la incapacidad	Rehabilitación
Conducta preventiva en estado de salud		Conducta preventiva en estado de enfermedad		Conducta preventiva en estado de incapacidad, convalecencia o estado terminal
Conducta de los miembros del equipo con referencia a las acciones preventivas primarias		Conducta de los miembros de equipo con referencia a las acciones preventivas secundarias		Conducta de los miembros del equipo con referencia a las acciones preventivas terciarias
Transmitir información sobre salud a través de los canales más apropiados		Lograr del paciente información suficiente y confiable.		Apoyar psicológica y socialmente la incorporación del paciente a su vida diaria.
Proporcionar medios adecuados y accesibles que permitan a la población tomar medidas preventivas		Mostrar cordialidad e inspirar confianza al paciente.		Ayudar a la creación en el paciente de una nueva identidad, de acuerdo con su condición física.
		Actuar firme e inequívocamente frente a los pacientes, a la familia y a los colegas, sin ser dominantes, pasivos o vacilantes.		Ofrecer oportunidades para una rápida recuperación.
				Entenar a los pacientes para volver socialmente a una vida activa.

óptimas, el proceso de maduración y envejecimiento conlleva a la aparición de enfermedades crónicas degenerativas. El énfasis debe darse a los servicios de carácter preventivo, como las inmunizaciones, el examen periódico a población de alto riesgo, seguimiento y control del niño sano, de embarazadas y puerperas y de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Los servicios personales de-

ben contar con tres niveles de atención: medicina general y familiar, especialidades y subespecialidades, vinculados a un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes para su control, y vigilancia epidemiológica.

La satisfacción de las necesidades de salud de la población sólo puede alcanzarse mediante la atención de los daños a la salud, lo que supone la satisfacción de las otras necesidades esenciales y el acceso universal de la población a la totalidad de los servicios personales y no personales en un sistema de salud en que participe activamente la población.

Para asegurar una cobertura real de la población, los servicios de salud deben satisfacer las condiciones de accesibilidad geográfica y económica de toda la población, la disponibilidad y suficiencia de recursos físicos, humanos y financieros, la aceptabilidad del servicio por parte de la población y la continuidad de sus acciones, las cuales, para ser congruentes, deben partir del estudio de las necesidades de salud de la población y plantear las actividades necesarias para satisfacer las necesidades, aun cuando algunas acciones no sean de su competencia directa.

Los servicios no personales de salud comprenden:

1. Organización de las personas en la comunidad.
2. Potabilización del agua.
3. Higiene de los alimentos y bebidas.
4. Higiene de los sitios de reuniones.
5. La fauna y flora nociva, depósito y manejo de los desechos.
6. Educación para la salud con enfoque al autocuidado.
7. Vigilancia epidemiológica de la población:
 - Colectiva.
 - Individual.
 - Familiar.
 - Escolar.
 - Industriales.
 - Ambiental: domiciliar y peridomiciliaria.

La vigilancia epidemiológica es la información para la acción, es la observación y el análisis rutinario tanto de la ocurrencia y distribución de enfermedades, como de los factores que inciden sobre su control para que las acciones de prevención y control resulten oportunas y efectivas.

Para lograr esto, es fundamental que:

1. La vigilancia epidemiológica sea un componente imprescindible de los programas de control de las enfermedades; y que
2. Todas las actividades de la vigilancia epidemiológica se efectúan en todos los niveles de prestación de servicio (local, regional y central).

Los servicios no personales de salud (infraestructura) requieren de la asistencia de personal interdisciplinario capacitado en diferentes áreas y aspectos, es

decir, promotores educadores de salud, ecologistas, ingenieros sanitarios, técnicos sanitarios y ambientales, nutriólogos, médicos, enfermeras y auxiliares comunitarios y de salud pública.

Los servicios no personales se desarrollan principalmente en el ambiente donde la población realiza sus actividades: fábricas, orfanatorios, asilos, centros deportivos, cuarteles, cárceles, centros de reunión, viviendas y lugares donde se ubican los servicios públicos, expendios de alimentos, rastros, plantas de distribución de aguas, etcétera.

Estos servicios ofrecen unidades con laboratorios para estudios bacteriológicos del agua, los alimentos, contaminación ambiental, centros de investigación, centros de estadística, etcétera. Se estructuran en tres niveles de atención definidos e identificados de acuerdo con la complejidad técnica de los recursos físicos y humanos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

El primer nivel de atención de salud, de amplia distribución geográfica, debe estar en contacto directo con toda la población, ubicándose tanto en localidades rurales como en centros urbanos. Debe contar con servicios de medicina general, con profesionales de la salud, personal técnico y auxiliar y con laboratorios que apoyen sus labores.

El segundo nivel, de distribución más reducida concentrará los problemas de salud no resueltos en el primer nivel y los que no requieren de la complejidad técnica del tercer nivel. Ofrecerá las especialidades y subespecialidades de cirugía general, pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna, otorrinolaringología, oftalmología, dermatología, traumatología y ortopedia.

El tercer nivel, de distribución geográfica más limitada, contará con recursos técnicos especializados y debe ofrecer los servicios del resto de las subespecialidades médicas.

La propia comunidad establecerá su forma de organización y actuación en materia de salud, como comités de salud laboral, de salud en el medio rural, y de higiene.

La medicina social considera al individuo y a la colectividad en relación con los factores médico-sociales que condicionan los estados de salud y enfermedad y los efectos que producen en el grupo social. Considera al hombre en estado de salud o de enfermedad, pero dentro de una sociedad que lo está influyendo permanentemente.

ENFERMERÍA EN SALUD COMUNITARIA

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha desarrollado un plan de acción para los países de América, con el objeto de lograr la meta "Salud para todos en el año 2008".

Metas propuestas:

- Que ningún país en la región tenga expectativas de vida al nacer menor a 70 años.
- Que ningún país en la región tenga una tasa de mortalidad infantil mayor a 30 defunciones por cada 1000 nacidos vivos.
- Que ningún país en la región tenga una tasa de mortalidad mayor a 24 defunciones por cada 1000 niños de uno a cuatro años de edad.
- Los servicios de inmunizaciones cubrirán 100% de los niños menores de un año contra las enfermedades principales de la infancia.
- Se extenderá al 100% de la población el acceso al agua potable y la disposición de excretas.
- Se extenderá al 100% de la población el acceso a los servicios de salud.

Estas metas son factibles y constituyen un medio para lograr la justicia social.

Puesto que cada persona tiene derecho al cuidado de la salud, ello implica que debe tener acceso a los servicios en cuanto al cuidado de la salud se refiere. No obstante, el acceso y la disponibilidad no es factible para la mayoría de la población, sobre todo de los que viven en zonas marginadas. La igualdad a ese derecho sólo es teórica, ya que no es una realidad social.

La enfermería asume su responsabilidad de ayudar al individuo a mantener su estado de salud lo mejor posible y, ante situaciones específicas, a enfrentar los problemas de salud con el fin de mantener su estilo de vida, hasta donde sea posible dentro de lo normal, al coadyuvar a descubrir y desarrollar sus capacidades para alcanzar el nivel de salud deseado.

Martha Rogers (1970), expresa que la enfermería se desarrolla a partir de la investigación científica y del análisis racional, pudiendo éste ser trasladado a la práctica.

Dentro de las diversas formas de abordar la atención de la enfermería se presentan modelos, métodos, normas y procedimientos, cada uno basado en teorías que apoyan la práctica de la profesión con diferentes enfoques; se espera que al final se obtengan resultados óptimos.

A medida que la estudiante de enfermería avanza en su formación, comprende mejor los procesos que la conducen a realizar su práctica, mediante la aplicación del conocimiento teórico práctico en el campo de operación, ya sea clínico o comunitario.

Entre los procesos aplicables, cabe mencionar los siguientes:

1. De enfermería comunitaria.
2. De atención de enfermería (PAE).
3. De resolución de problemas.
4. Epidemiológico.
5. Administrativo.

La enfermería comunitaria es una disciplina de servicio que tiene como finalidad promover el nivel funcional óptimo del cliente, mediante la enseñanza y la prestación de cuidados, en colaboración con otros profesionales y la propia comunidad.

Se usa el término *cliente* para indicar al individuo, y en el sentido genérico más amplio, se refiere a una familia o a grupos o a una comunidad, no enfermos, y que tienen derecho a esperar servicios. La familia o grupo, como cliente, se debe considerar como una unidad.

Las actividades de la enfermería comunitaria pueden centrarse en familias de diversos grupos de edad, estructura y funciones; por ejemplo, la familia joven que está procreando, la típica, la de edad madura y la de edad avanzada, etcétera. Los servicios se suministran a domicilio, en viviendas, ancianatos, casas de pensión, asilos, escuelas, etcétera.

La enfermería comunitaria se ocupa de los casos no críticos y se responsabiliza del mantenimiento y continuidad de los cuidados a través del establecimiento de relaciones entre las instituciones, de manera que no se pierdan los usuarios, en la referencia de éstas, de una institución a otra.

El funcionamiento interno de la familia es un extremo importante. La pérdida o la incapacidad de un miembro afecta profundamente a todos los demás.

La familia es responsable de sí misma y de sus decisiones. En cambio, la responsabilidad de la enfermera es suministrar a ésta o al individuo información sobre alternativas y sus posibles consecuencias.

Los clientes o usuarios deben intervenir activamente en la selección de opciones y evaluación de resultados, planes y programas.

La mayoría de los educadores de enfermería convienen en que la enfermería comunitaria es un componente esencial de los programas universitarios de la profesión. La enfermera egresada de un programa universitario está preparada para asumir una posición de primer nivel de enfermería en salud comunitaria. Ésta se ofrecerá ininterrumpidamente a través del programa, puesto que es importante en todas las facetas el cuidado de enfermería, preparar necesariamente a las estudiantes para actuar en el futuro con estructuras rápidamente cambiantes del sistema político económico-social, que influyen ciertamente en el sistema de prestación de los servicios y cuidados de salud.

La preparación académica deberá incluir, además del desarrollo de las destrezas, comunicación, relaciones humanas interpersonales, enseñanza-aprendizaje, solución de problemas, toma de decisiones y actualización permanente del contenido de enfermería, entre otros.

La estudiante de enfermería debe primeramente adquirir los conocimientos que la capaciten para realizar las actividades correspondientes al nivel de estudios que cursa.

La programación de las actividades académicas la realiza el equipo de docentes del área correspondiente. Generalmente, la estudiante de primer ingreso,

crece y espera ilusionada que de inmediato pasará a la atención clínica de pacientes, pero debe comprender que la enfermedad es sólo un episodio en la vida de las personas, que los pacientes que ingresan al hospital se alejan de su familia y comunidad, en ocasiones, hasta de su ciudad. Por tal motivo, es lógico ubicarse primeramente en la comunidad, en la familia, es decir, las personas que integran las familias, para conocer el medio del que proceden los pacientes, cómo está constituida y cómo se desarrolla la comunidad.

En febrero de 1984 apareció en el Diario Oficial una disposición que reglamentaba la promoción y la educación para la salud, la cual a la letra dice:

TÍTULO SÉPTIMO

Promoción de la salud

Capítulo I

Disposiciones comunes

Artículo 110. La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar la participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Artículo 111. La promoción de la salud comprende:

- I. Educación para la salud.
- II. Nutrición.
- III. Control de los efectos nocivos del ambiente a la salud.
- IV. Salud ocupacional.

La educación del profesional de enfermería debe ser congruente con el contexto socio-político y con las necesidades de salud, así como con los principios de la educación.

La educación para la salud comprende una serie de actividades que tienen como finalidad la participación activa y consciente de los individuos para propiciar su propio desarrollo, el de su familia y el de la comunidad.

El proceso de enfermería comunitaria requiere del conocimiento de la realidad concreta para comprenderla y transformarla.

La educación para la salud debe lograr que la comunidad sienta la obligación y el derecho de fomentar y cuidar la salud. Que la comunidad tome conciencia y participe en forma activa y responsable en la adquisición de un mayor conocimiento de la realidad social y, el firme compromiso de cambiarla a ser más justa, por lo que es necesario detectar los factores y condiciones económicas, políticas, sociales, culturales y ecológicas en las que se desarrolla la comunidad o grupo, en la cual la estudiante va a realizar acciones de promoción y educación para la salud.

El enfoque del proceso comunitario no sólo es reconocer los problemas de salud y los recursos disponibles para resolverlos, sino también reconocer los valores sociales y culturales de la comunidad durante todas las etapas del proceso.

El proceso de enfermería comunitaria tiene una dinámica constante, la cual influye en el desarrollo de la comunidad y su autocuidado; el primero implica el logro de su desarrollo socio-económico, cuya meta es la autotransformación en función de sus propias necesidades que le impulsan a generar un sentido de responsabilidad en el logro de su bienestar, que le compromete a actuar constantemente en su desarrollo; el segundo, o sea el autocuidado, requiere que la comunidad esté capacitada para tomar decisiones basadas en el conocimiento y comprensión de los factores que afectan su salud y llevar a cabo las acciones adecuadas para manejarlo.

Para lograr los fines educativos de la escuela o facultad, ésta gestionará el acceso a las comunidades seleccionadas para realizar las actividades de educación para la salud, promoción, prevención, etc. en las que las estudiantes aplicarán los conocimientos teórico-prácticos con un doble fin: primero, participar en el desarrollo de la comunidad; y segundo, en su propio desarrollo profesional.

El proceso de enfermería comunitaria

Dicho proceso conlleva:

1. Seleccionar la comunidad, lo cual se realiza con base en los criterios de:
 - Accesibilidad geográfica.
 - Que cuente con centro o casa de salud.
 - Que tenga una población menor de 2500 habitantes.
2. Realizar el estudio de comunidad, el cual incluye:
 - Detección de líderes de la comunidad.
 - Levantamiento topográfico.
 - Recolección de datos demográficos, geográficos, económicos, históricos, políticos, sociales, y otros.
3. Organizar la comunidad a través de:
 - Recursos humanos.
 - Recursos institucionales.
 - Dirigentes comunales.
 - Recursos y potencialidades.
 - Estructura familiar.
 - Estructura social.
 - Organización social, económica, política y religiosa.
4. Establecer relaciones de amistad y confianza con los habitantes de la comunidad.
5. Identificarse con los intereses de la comunidad.

6. Asegurar la participación del mayor número de personas para el trabajo comunitario.
7. Realizar el diagnóstico de salud de la comunidad a través de indagación, observación, evaluación y registro de datos correspondientes.
 - Naturaleza de la comunidad.
 - Observación de la comunidad.
 - Evaluación de la comunidad.
 - Datos demográficos.
 - Características del medio familiar, ambiental.
 - Características económicas.
 - Necesidades sanitarias.
 - Utilización de los servicios de asistencia sanitaria por la población.
 - Identificar los problemas de salud con base en el estudio realizado.
 - Comprender las causas de los problemas para proponer las posibles soluciones conjuntamente en la comunidad.
 - Planear con la comunidad y determinar las actividades apropiadas para la resolución de los problemas.
 - Implantar el plan de acción.
 - Efectuar la evaluación.
8. Elaborar el plan de acción.
 - Elaborar el calendario de actividades, con tiempo y espacio.
 - Realizar las técnicas idóneas a las características de la familia y comunidad.
9. Evaluación.
 - Valoración de los resultados obtenidos.
 - Obstáculos.
 - Propuestas de solución a problemas encontrados.
 - Elaborar un proyecto de continuidad.
 - Establecer un proceso permanente de acción transformadora.

ACTIVIDADES

1. Enunciar los diez factores relacionados con el huésped que pueden determinar la presencia o ausencia de la enfermedad.
2. Enliste las variables de cada uno de los factores del ambiente.
3. Describa en pequeños grupos una enfermedad específica y sus niveles de prevención dentro del esquema de la historia natural de la enfermedad.
4. Discuta en grupos la importancia de la participación del paciente, familia y comunidad con el equipo de salud, en los programas de prevención en sus tres niveles.
5. Subdividirse en grupos e identificar las actividades de la atención primaria.
6. Enlistar las condiciones para satisfacer las necesidades esenciales de salud.
7. Presentar en mesa redonda los beneficios que se obtendrían a través de la aplicación de la atención primaria como estrategia y su interrelación en los diferentes sectores.
8. Realizar, con apoyo de los docentes de las diferentes áreas y nivel de conocimiento:
 - El estudio de una comunidad.
 - Establecer el diagnóstico de salud y darlo a conocer a la comunidad.
 - Elaborar los programas correspondientes a su área.
 - Promoción de la salud y protección específica.
 - Atención materno infantil.
 - Crecimiento y desarrollo del niño en sus diferentes etapas.
 - Atención del adulto con problemas médico-quirúrgicos.
 - Establecer los mecanismos de vigilancia epidemiológica para el control de los problemas de salud identificados.
 - Fijar el sistema de referencia y contrarreferencia de casos.
 - Realizar la evaluación inmediata y/o mediata de los programas aplicados.

PARTE III

EL HOSPITAL, UNA NECESIDAD EN LA VIDA HUMANA

Capítulo 5

El principio de solidaridad consiste en que el hombre debe contribuir con sus semejantes el bien común de la sociedad, a todos los niveles.

ALBERTO VEGA PONCE

EL HOSPITAL

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud define al hospital como "parte integrante de una organización médica y social cuya función es proporcionar a la población atención de salud tanto curativa como preventiva, cuyos servicios externos se irradian hasta el ambiente familiar, es además, centro de información del personal profesional en salud y de investigación biosocial".

La existencia de hospitales ha tenido en la historia una importante repercusión en el desarrollo de los pueblos.

Los hospitales representaban lugares de asilo y ayuda para aquellos que requerían ser internados, principalmente los guerreros heridos en las batallas. No eran excluidos los individuos con trastornos orgánicos o padecimientos fisiológicos que era necesaria su internación.

No siempre las acciones de los hospitales se dirigieron a la atención médica. En un principio, fueron centros de hospedaje de viajeros, también fungieron como escuelas.

El hospital en su evolución ha llegado a representar una necesidad en la vida humana, en la actualidad, desde el punto de vista social, un hospital se proyecta e influye sobre su comunidad de igual forma que el ambiente influye sobre él, es decir, hospital y comunidad están interrelacionados y por ello son o debieran ser interactuantes para influenciarse entre sí.

CLASIFICACIÓN

La forma más común de clasificar a los hospitales es:

Por el número de camas

- Pequeños (hasta de 50 camas).
- Medianos (de 51 a 250 camas).
- Grandes (más de 250 camas).

Por su localización geográfica

- Urbanos.
- Semiurbanos.
- Rurales.

Por el promedio día-estancia

- Agudos.
- Crónicos.

Por su dependencia

- Gubernamentales.
- Privados.

Por el servicio que presta

- Especializados.
- Generales.

Por su construcción

- Verticales.
- Horizontales.
- Mixtos.

Por su zona de influencia

- Concentrados.
- Adscritos.
- Mixtos.

ESTRUCTURA JERÁRQUICA

Es un diseño organizativo que tiende a facilitar la administración mediante la coordinación de las actividades o funciones de asistencia médica. Éstas son:

conservación de la salud, atención médica integral, general o especializada, rehabilitación médico-social, educación y adiestramiento del personal profesional y técnico, investigación médico-social y administrativa.

La dependencia jerárquica correspondiente deberá señalar las medidas para proporcionar una asistencia médica y de enfermería de alta calidad, de acuerdo con sus recursos.

El personal que puede establecer y vigilar el cumplimiento de determinadas disposiciones o criterios en las instituciones hospitalarias son:

- El director de la institución.
- El subdirector médico y administrativo.
- Los jefes de división.
- Los jefes de unidad.
- Los jefes de servicio, de departamento, de oficina y/o área.
- El consejo consultivo y las comisiones.

Uno de los criterios para la elección o designación del director de un hospital debería ser que dentro de su currículo presentara como punto imprescindible, una especialidad de administración en salud y experiencia en atención médica.

Cuerpo de gobierno: La administración de un hospital está encomendada al

Cuerpo de Gobierno.

Formado por un grupo de personas de confianza con conocimientos técnico-médico-administrativos que asesora a la dirección para la toma de decisiones de acuerdo, y en base, a las políticas señaladas por la institución.

Los integrantes del Cuerpo de Gobierno de los hospitales son:

- El director (en el medio hospitalario el director siempre es médico).
- Los subdirectores: médico y administrativo.
- Jefe de enseñanza.
- Jefes de departamento.
- Epidemiólogo.
- Jefe de enfermeras.

Funciones del cuerpo de gobierno:

- Colaborar con la dirección en la identificación de problemas que plantea el hospital a nivel operativo.
- Proponer alternativas de solución.
- Contribuir en la planeación y elaboración de programas.
- Estructurar sistemas de control, supervisión y evaluación.
- Mantener un sistema de información-comunicación con el director.

Para cumplir con estas funciones se deberán programar juntas de gobierno, reuniones periódicas de corta duración con la participación de los integrantes del

cuerpo de gobierno. Éstas son de carácter informativo sobre las últimas novedades, y con base en ellas se toman decisiones que tiendan a un mejor funcionamiento del hospital.

Es importante destacar que como los hospitales difieren tanto en lo que se refiere a control, propietarios y tipo de servicios clínicos que proporcionen, su organización o plan de administración también es variable. Cada hospital tiene su propio plan de organización y todos siguen una pauta estándar: administración.

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

La organización es un proceso que tiende a coordinar las actividades humanas, con los recursos materiales y humanos necesarios, y es capaz de resolver los problemas de la institución, cuyo objetivo es satisfacer las necesidades de salud de la comunidad.

Para la distribución de personal o servicios, el hospital traza diagramas, que se conocen como organigramas. Estos representan la estructura de organización, ofreciendo en forma sintetizada un panorama general del funcionamiento interno de la institución. Establecen niveles jerárquicos, delimitan funciones, relaciones y coordinación entre los diversos puestos.

FUNCIONES

Sus funciones son: prevención, curación, rehabilitación, docencia e investigación. Función específica: prestar atención de salud de la mejor calidad a su comunidad o zona de influencia.

Prevención. Abarca la detección de enfermedades, el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la protección específica de enfermedades. Incluye programas de control de salud, saneamiento ambiental, nutrición, educación sanitaria, etcétera.

Curación. Comprende básicamente servicios de diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y atención de casos de urgencia, así como proporcionar tratamiento médico y asistencia de enfermería, o bien, del equipo de salud.

Rehabilitación. Busca reintegrar al paciente a su medio familiar y social; limita en lo posible el daño y las secuelas originadas por la enfermedad.

Docencia. El hospital es el medio ideal de confrontación entre la teoría y la práctica en el área de la salud, permite la formación de diferentes profesionales, en la cual se incluye la educación para la salud a pacientes, personal y proyecta las acciones educativas a la comunidad en sus zonas de influencia a través de programas específicos.

Investigación. Favorece el desarrollo de un pensamiento innovador y creativo, teniendo como fundamento la metodología científica que conlleva a incrementar el saber del profesional de la salud en la prestación de un servicio de calidad.

SERVICIOS

Un hospital tiene como finalidad la atención integral al paciente a través de diversos servicios médicos y administrativos, los cuales se agrupan en tres secciones:

1. Sección de servicios médicos.
2. Sección administrativa.
3. Sección de servicios técnicos.

1. Sección de servicios médicos:

- Conservación de la salud.
- Medicina y cirugía general.
- Especialidades médico-quirúrgicas:
 - Gineco-obstetricia.
 - Pediatría.
- Rehabilitación.
- Investigación.
- Educación.

Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

- Auxiliares de diagnóstico.
 - Anatomía patológica y laboratorios.
 - Radiodiagnóstico.
 - Electroencefalografía.
 - Electrocardiografía.
 - Endoscopia.
 - Audiometría.
 - Otros.
- Auxiliares de tratamiento.
 - Isótopos radioactivos.
 - Banco de sangre.
 - Radioterapia.

- Fisioterapia.
- Terapia de rehabilitación.
- Terapia ocupacional.
- Anestesiología.
- Unidad quirúrgica.
- Urgencias médico-quirúrgicas.
- Terapia intensiva.
- Recuperación.
- Otros.

Servicios que apoyan directamente a los servicios médicos:

- Enfermería.
- Técnicas en rehabilitación.
- Trabajo social.
- Nutrición o dietética.
- Farmacia.
- Archivo clínico y bioestadística.
- Admisión.
- Otros.

2. Sección de servicios administrativos:

- Contabilidad.
- Compras y caja.
- Almacén.
- Inventarios.
- Personal (recursos humanos).
- Archivo.

3. Sección de servicios técnicos generales:

a) De mantenimiento.

- Casa de máquinas.
- Talleres:
 - Carpintería.
 - Plomería.
 - Electricidad.
 - Pintura.
 - Albañilería.
 - Mecánica.
 - Electrónica.

b) De personal:

- Intendencia.
- Lavandería y ropería.
- Vigilancia.
- Transportes.

Otros servicios que pueden ser necesarios para la institución son:

- Comités.
- Comisiones.

La asistencia médica y de enfermería que se proporciona a los pacientes dentro de una institución hospitalaria se ofrece a través de la interrelación de los servicios ya mencionados.

El contacto inicial entre el personal de salud y el paciente se establece mediante los servicios de consulta externa, urgencias médicas y hospitalización.

A continuación se describe cada uno de ellos.

Consulta externa: el servicio de consulta externa se otorga a todo paciente o persona que lo solicite. Para tener derecho a la consulta, generalmente se requiere de la documentación necesaria vigente, cubrir la cuota correspondiente, o autorización que le exente del pago.

El médico, de acuerdo con el caso, elabora una historia clínica por paciente. A través de esta consulta general o preconsulta se remite al paciente a la consulta de especialidad para que reciba la atención médica especializada, ya sea para iniciar tratamiento, control subsecuente de su padecimiento o terapia de rehabilitación.

Urgencias médicas: el servicio de urgencias es el encargado de atender casos médicos en que la vida del paciente está de por medio y una falta de atención médica prolongada e indebida puede agravar la enfermedad, dejar secuelas o provocar la muerte.

Este servicio tiene un horario que cubre las 24 horas del día durante todos los días del año.

La admisión del paciente a este servicio implica mantenerlo en observación, con el objeto de que al aplicarle los servicios médicos de diagnóstico y tratamiento mejore su estado de salud y pueda dársele de alta dentro de las siguientes 24 horas para continuar su atención médica en la consulta externa.

Cuando el caso requiere de intervenciones médico-quirúrgicas especializadas, es trasladado a hospitalización o a otra institución por indicación médica o porque el paciente o familiar lo soliciten.

Cuando los pacientes tienen una situación legal y regular, la institución hospitalaria se pondrá de acuerdo con las autoridades correspondientes para que se encarguen de la custodia legal, y la institución de salud proporcione la atención médico-social correspondiente.

Hospitalización: Para el tratamiento de pacientes en el área hospitalaria es necesario cumplir con los requisitos de admisión, trámites administrativos y consentimiento del paciente y/o sus familiares o personas responsables.

En hospitalización se cuenta con un expediente que contiene un estudio clínico del enfermo y funciona como un documento legal que justifica su internamiento. En él se lleva un registro de la evolución del padecimiento y su terapéutica específica.

El paciente será egresado del hospital por diferentes causas, como curación, incurabilidad, mejoría, traslado (voluntario o por necesidad), alta voluntaria (fuga e indisciplina) o defunción.

Los servicios que apoyan estas áreas de atención médica son: admisión y egreso del paciente, trabajo médico-social, trabajo social médico, servicio de personal y departamento de educación, enseñanza, capacitación e investigación.

Admisión y egreso del paciente: se refiere a la aceptación del paciente para otorgarle asistencia médica, ya sea en la consulta externa, urgencias u hospitalización.

El ingreso y egreso de los pacientes al hospital son siempre voluntarios. En el caso de que el paciente esté inconsciente, es necesaria la autorización de los familiares o de las personas responsables del tratamiento médico. En personas de edad avanzada o de menores, el ingreso se efectúa por autorización personal, a juicio de sus familiares o de quienes ejerzan la patria potestad.

En los casos de personas con perturbaciones mentales, el ingreso se llevará a cabo conforme a las disposiciones legales en vigor.

El egreso se refiere al hecho de dar por concluida la hospitalización del paciente interno, con este acto cesa la responsabilidad del hospital en la atención del paciente.

De acuerdo con su capacidad y recursos, el hospital acepta a los pacientes y fija el término de su estancia hospitalaria, de acuerdo con el diagnóstico y las condiciones del hospital.

Trabajo médico-social: el trabajo médico-social es el que desarrolla el médico en el campo de la medicina con proyección social.

Algunos propósitos que constituyen este tipo de trabajo consisten en:

1. Analizar e interpretar científicamente las diversas variables que conforman la situación médica, económica, familiar y social del paciente, para buscar la solución a los problemas que provocaron su desequilibrio físico, mental y social.
2. Planificar, desarrollar y evaluar programas de salud que contribuyan a elevar el nivel de salud y bienestar social del paciente y de la comunidad.
3. Promover la coordinación del equipo interdisciplinario formado por el trabajo social médico y el trabajo médico-social del hospital, cuyas actividades están encaminadas a alcanzar el completo bienestar del paciente.
4. Colaborar en la educación y enseñanza de los pacientes y de la comunidad, para mejorar su nivel de vida.

Trabajo social médico: el trabajo social médico, busca el equilibrio de las relaciones entre los individuos o entre los grupos sociales, en relación con las actividades sociales, económicas y políticas, para alcanzar el bienestar social, individual y colectivo. Proporciona orientación y educación al paciente, familia y público en general.

Como un aspecto esencial de este tipo de trabajo, se le orienta a todo individuo o grupo humano que requiere de ayuda para resolver o disminuir los problemas que genera el desequilibrio entre él y el ambiente.

Dentro de una institución para la salud se estudian los casos de los pacientes, obteniendo información sobre su medio familiar y social para adaptarlo adecuadamente a su grupo humano y favorecer sus relaciones con el ambiente familiar.

Servicio de personal: el servicio de personal, o recursos humanos, constituye un mediador entre los trabajadores y la institución. Es el encargado de dar a conocer y hacer cumplir las normas que rigen la conducta laboral.

De este servicio cabe señalar con claridad los derechos y responsabilidades que legalmente corresponden al puesto que ocupa el trabajador.

El servicio de personal debe vigilar el cumplimiento de las normas reglamentarias establecidas para los trabajadores que laboran en la institución hospitalaria, respetando sus derechos y aplicando, si es necesario sanciones para conservar el orden y cumplimiento del personal.

Para mantener las buenas relaciones entre el trabajador y la institución, ésta última debe ofrecer prestaciones para el trabajador y su familia, servicios médicos y sociales, pensiones, etcétera.

En lo que se refiere a la salud y seguridad en el trabajo, la institución debe desarrollar programas para preservar y conservar la salud de los empleados que les permitan trabajar en buenas condiciones de seguridad.

Departamento de educación, enseñanza, capacitación e investigación: El departamento de educación, enseñanza, capacitación e investigación debe responsabilizarse de incrementar el mejoramiento de la educación multidisciplinaria para el personal del hospital y fuera de él. Para lograr un mejor funcionamiento, debe coordinarse con todas las áreas médicas, sociales, legales y otras no médicas.

En las actividades de enseñanza es importante que este departamento colabore en la formación de profesionales, técnicos y auxiliares en el ámbito de la salud con instituciones docentes de otras dependencias. Asimismo, modificar la planeación de los programas con base en una evaluación previa.

Los cursos sobre relaciones humanas al personal de los diferentes departamentos del hospital deberían ser permanentes. Las buenas relaciones interpersonales entre varios miembros del personal de la institución de salud nos permiten establecer un respeto mutuo, comprender y servir satisfactoriamente a los pacientes.

Para lograr los objetivos del hospital es importante dar a conocer el plan de organización en conjunto, así como la relación recíproca entre éste y el resto del personal del hospital.

La calidad más alta de los servicios o asistencia hospitalaria se logra mediante la coordinación de esfuerzos.

ACTIVIDADES

1. Discutir en grupo cada una de las funciones del hospital.
2. Explicar los aspectos que comprende la administración hospitalaria.
3. Discutir y analizar las responsabilidades del estudiante en una institución hospitalaria.
4. Analizar la importancia de las relaciones humanas dentro de una institución hospitalaria.

Capítulo 6

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente, los unos con los otros. (Artículo 1)

DECLARACIÓN UNIVERSAL
DE LOS DERECHOS HUMANOS

EL PACIENTE COMO PERSONA

Ninguna persona llega al hospital sin experimentar cierto grado de ansiedad. El hospital y todo lo que lo rodea provoca ansiedad en muchas personas que concurren allí por motivos de salud, en calidad de pacientes.

Además de la ansiedad que la persona siente por su propio estado, hay problemas que el paciente lleva consigo al hospital, como la preocupación por lo que puede estar ocurriendo en su hogar, del cual se separó en forma inesperada.

Hay pacientes que se muestran preocupados por el bienestar de sus respectivos cónyuges, en relación con la atención personal de las actividades del hogar, o bien, a negocios y se formulan varios cuestionamientos: ¿Qué haré si quedo incapacitado físicamente para reanudar el trabajo habitual? ¿Qué hará mi familia si quedo incapacitado para trabajar?

Cuando la enfermedad afecta a la persona y con ello interrumpe su trabajo, aunque sea en forma temporal, la reacción psicológica puede tener consecuencias graves, ya que los problemas económicos son en verdad una fuente de inquietud. A pesar de tener seguro médico, sólo las personas que disponen de suficientes recursos económicos se sienten confiadas en hacer frente a una hospitalización más o menos prolongada. En general, la familia se ve obligada a recortar su presupuesto, inclusive para la educación de los hijos, con lo que la persona experimenta una gran ansiedad.

Otro motivo de ansiedad suele ser cuando la persona ha desarrollado independencia de criterio y de acción. Al encontrarse repentinamente en el hospi-

tal, reducido al anonimato, le produce un fuerte choque a su persona, sobre todo cuando descubre que ni siquiera su nombre es conocido por algunos miembros del personal que lo atiende y que se le designa como el ocupante de una cama o habitación, o por el padecimiento patológico o el tratamiento que está recibiendo.

Cuando el paciente es sometido a exámenes y estudios de laboratorio, cuyo propósito no alcanza a comprender, algunos le resultan desconocidos, otros dolorosos y unos más hasta llegan a intimidarlo, pero nadie le explica el significado, ni le informa posteriormente de los resultados obtenidos y esto puede producirle gran incertidumbre.

A todo paciente le gusta encontrar un apoyo en el hospital, que el personal hospitalario lo considere y trate como una persona, que demuestre interés por su problema, que su comunicación sea afectiva, respetuosa y humana, para que su permanencia en el hospital sea más reconfortante.

Para brindar al paciente el debido respeto y consideración, es imprescindible comprender que el cuerpo, la mente y la emoción constituyen una unidad. Si sólo se trata la enfermedad y se descuida al hombre, puede suceder que no se logre curar la enfermedad, por lo que es necesario rehabilitar al paciente física, mental y emocionalmente.

En ocasiones, el clima hospitalario resulta frío e impersonal. Observaciones realizadas revelan que gran parte del tiempo y de la energía del personal hospitalario está orientado a mantener en funcionamiento un elaborado sistema, en lugar de hacer algo con o para el paciente.

Los criterios que predominan en algunas instituciones se refieren casi exclusivamente a asuntos que conciernen a mejorar el edificio, a las finanzas y a la organización del personal. En las juntas del cuerpo de gobierno se discute el número de camas, en tiempo promedio en que los pacientes deben permanecer en el hospital, muebles, tipos de aparatos para diagnóstico y fines terapéuticos; número de cirugías, abastecimiento central, número de departamentos y servicios; políticas administrativas y presupuestos.

En las reuniones de personal médico, enfermeras y otros miembros del equipo de salud, se analizan temas: la enfermedad y sus tratamientos, los nuevos procedimientos técnicos, las drogas, y sus aplicaciones, los cambios en la organización, la capacitación profesional, etc., pero no se menciona al paciente como persona, con sus expectativas, intereses y problemas psicosociales que se interrelacionan con los problemas físicos.

Para que el cuidado del paciente se extienda más allá del tratamiento de su enfermedad y de la incapacidad física, es necesaria la aplicación de criterios que conlleven a considerar los aspectos psicosociales de los pacientes, en lugar de promedios estadísticos, normas hospitalarias y procedimientos.

En la medida en que los hospitales se hacen más grandes y, a la par, su organización más compleja, tiende a manifestarse el autoritarismo, la inflexibilidad

de acuerdo a la aplicación de normas y reglamentos, y el cuidado se brinda en su mayor parte con base en órdenes impersonales.

El hecho de hablar con los pacientes, de escucharlos y conocer mejor a los enfermos como personas, serviría para estimular el interés en ellos y evitar actitudes duras.

La forma en cómo un paciente es recibido cuando ingresa a un hospital puede tener un profundo efecto sobre su percepción: como a un ser humano o sólo como el portador de una enfermedad a tratar.

En la admisión del paciente no sólo participan los administradores del hospital, sino la trabajadora social, enfermeras, médicos, psicólogo clínico, etc.; todos deben contribuir para reducir la ansiedad que puede sentir el paciente, proporcionándole ayuda psicológica positiva.

Los enfermos que se hospitalizan son diversos en edad, en nivel social y emocional, pero no sólo en esa condición, sino también los afectados o perturbados emocionalmente.

Muchas veces se desconoce hasta el lugar de procedencia. Una pregunta concreta al respecto, al paciente le haría pensar que se tiene interés por él y le proporcionaría seguridad y confianza.

TIPOS DE INGRESO AL HOSPITAL

El ingreso programado es cuando el paciente requiere de asistencia hospitalaria, previo control de su padecimiento en los diferentes niveles.

El ingreso por urgencias es cuando el paciente requiere de asistencia inmediata debido a la aparición brusca de un padecimiento agudo o por un accidente.

Generalmente, el paciente que ingresa al hospital ya ha pasado por los servicios de consulta externa, de diagnóstico y otros; cuenta con un estudio socioeconómico realizado por el departamento de trabajo social y tiene ya una historia clínica o (expediente) al cual se anexan los resultados de laboratorio y diagnóstico.

Verificados los trámites sobre cuotas de recuperación, la trabajadora social conduce al paciente y familiar al servicio correspondiente; allí es recibido en la central de enfermeras por la jefe, la cual le da atenta acogida y lo presenta con la enfermera de sala, dejándolo bajo su cuidado.

A la enfermera de sala corresponde realizar la recepción del paciente o recibimiento, lo cual incluye varias actividades como:

1. Proporcionar al paciente y familiar toda la información pertinente; explicar las normas del hospital, funcionamiento del equipo instalado, cama, barandillas, tomas de aire, de oxígeno, sistema de comunicación, uso de teléfono, televisori; informar sobre los horarios de las comidas, cambios de guardias, visitas de médicos, datos sobre formularios de consentimiento.

- to, etc.; material de uso básico para la atención física y terapéutica conforme la prescripción médica, entre otras.
2. Facilitar al paciente y familiar su adaptación al medio hospitalario, de manera que sientan bienestar y seguridad; debe la enfermera cuidar de los detalles, saber escuchar y observar al paciente, contestar a sus preguntas de manera clara, precisa y sencilla.
 3. Obtener información adecuada acerca del paciente, de esta forma su relación con el enfermo será más efectiva.

RECEPCIÓN DEL PACIENTE

La enfermería como vocación y profesión, exige preparación, deducción y gran calidad humana, traducidas éstas en un servicio, que responda a criterios de calidad y control para su ejercicio.

La función propia de la enfermería consiste en atender al individuo, sano o enfermo, mediante la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a mantener su salud o su restablecimiento y efectuar las que él realizaría por sí mismo, si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios [...]

Virginia Henderson

Siendo el paciente la persona más importante en la atención de enfermería, ya sea en el hogar o en cualquier institución de salud pública o privada, la enfermera, como integrante de un equipo de salud, debe orientar su capacidad de observación, comprensión y enseñanza, hacia la organización de su trabajo diario para atenderlo y dar siempre un servicio seguro y eficiente a quien lo requiera.

Toda persona tiene derechos en el orden físico, moral, cultural, religioso, social y político.

Los derechos de orden físico son:

- Derecho a la vida y a la integridad física.
- Derecho a los medios suficientes e indispensables para un nivel de vida digno: alimentación, vestido, vivienda, descanso, asistencia sanitaria y servicios sociales.
- Derecho a la seguridad en caso de enfermedad, invalidez, vejez, desempleo y en cualquier pérdida de los medios de subsistencia por circunstancias ajenas a su voluntad.

Los de orden moral:

- Derecho al debido respeto de su persona y a la buena reputación.
- Derecho a la libertad para buscar la verdad y defender sus ideas (libertad de expresión).
- Derecho a la información objetiva de los sucesos públicos.

Y el religioso es:

- Libertad religiosa y de la conciencia.

Al ejercicio diario de la enfermería le es inherente el respeto a todos estos derechos, por lo que es imprescindible conocer primeramente al paciente, identificar sus necesidades, clasificarlas según prioridad y así poder planear la atención requerida al paciente, en forma oportuna y eficaz.

La atención al paciente como persona debe respetarse siempre; jamás hay que considerarlo como un caso patológico, ni siquiera como un enfermo interesado, como contribución a la investigación y experiencia clínica, y menos aún como un número.

La relación enfermera-paciente debe estar plena de respeto, aprecio, atención, cortesía y amabilidad.

A todo paciente que ingresa a un centro hospitalario esta situación le parece sorprendente, extraña o alarmante. La asistencia del personal, especialmente la de la enfermera, debe ser de apoyo y confianza, con el fin de reducir la ansiedad, y lograr su colaboración en la información y en el tratamiento.

UNIDAD DEL PACIENTE

Se conoce como el área física equipada para la atención del enfermo, ya sea en el hospital o en el hogar, y brindarle el máximo de seguridad y bienestar todo el tiempo que sea necesario.

El mobiliario está integrado por: cama tipo hospital, colchón, cojín, mesa puerle, buró, silla, cesto para basura; utensilios: jarra, vaso, cómodo, orinal y bandeja riñón; ropa de cama: protector de colchón, sábanas estándar (dos), cobertor, colcha, fundas para cojín, hule clínico opcional, sábana clínica, toalla atipada, manopara y escalerilla; instalaciones: lámpara individual, línea de timbre o señales para llamar, tomas de aire para succión, oxígeno y de agua corriente, rieles o soportes para sueros.

Dado el creciente número de pacientes y la situación económica de algunos hospitales, los utensilios de uso común (cómodo, orinal y riñón) son para varios pacientes, y permanecen en el cuarto séptico para cuando los necesitan.

Corresponde vigilar a la enfermera que la unidad del paciente esté limpia y ordenada; comprobar que el mobiliario esté completo, que las instalaciones funcionen correctamente, lo cual le proporcionará la seguridad que requiere para la asistencia oportuna al paciente. No olvidará manifestar su aprobación y agradecer a la encargada del aseo su esmero en el desempeño de sus tareas. Ésta, como otras personas, comparten diariamente ideas, sentimientos y motivaciones, con espíritu de colaboración.

RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN SU UNIDAD

Acoger al paciente en la unidad en forma comprensiva y amistosa.

Objetivos

- Conservar la individualidad del paciente.
- Observar y valorar el estado del paciente.
- Realizar las medidas diagnósticas primarias.
- Acoger al paciente en el ambiente hospitalario.

Equipo

- Equipo de signos vitales.
- Reloj con segundero.
- Bata de hospital o pijama.
- Bolsa de plástico.
- Carpeta porta expediente y hojas de uso de la enfermera.

Método

- Recibir al paciente y presentarse con él.
- Verificar que el expediente esté completo y comprobar si el paciente está programado para intervención quirúrgica.
- Presentar al paciente con sus compañeros de sala.
- Invitar al paciente a cambiar su ropa por la del hospital (ayudarle si lo requiere).
- Depositar en la bolsa de plástico las pertenencias del paciente y entregarlas al familiar.
- Proporcionar al paciente y familiar toda la información requerida: área física, normas del hospital, horarios, etcétera.
- Solicitar al paciente o familiar los requerimientos de material y objetos para su atención física y terapéutica.
- Instalar al paciente en su cama, si así corresponde.
- Medir signos vitales y hacer el registro de los mismos.
- Avisar al médico de guardia, y al servicio de dietas el ingreso del paciente.
- Colocar tarjetas de identificación del paciente en el lugar determinado.

Si el paciente llega del servicio de urgencias, la enfermera procederá a:

- Solicitar información del estado y necesidades del paciente al servicio de urgencias.
- Preparar la unidad del paciente conforme se requiera.

- Recibir al paciente, dejarlo cómodo en su unidad.
- Verificar los datos del expediente.
- Verificar el estado general del paciente y hacer el registro correspondiente.
- Comprobar funcionamiento de venoclisis, drenajes, etcétera.
- Dar aviso al servicio indicado para hacerse cargo de los valores del paciente si él los portara (si al paciente no lo acompaña un familiar).

EVALUACIÓN

- ¿Di atención a las necesidades físicas del paciente?
- ¿Brindé ayuda a sus necesidades psicosociales?
- ¿Mi actuación fue profesional, basada en el conocimiento científico?
- ¿Efectué completo el reporte escrito sobre el estado del paciente y la atención oportuna brindada, rubricándolo?
- ¿Fue afectiva y efectiva mi relación enfermera-paciente y familiar?

TENDIDOS DE CAMA

Si la enfermera quiere que su trabajo responda a criterios de calidad y control, éste debe responder a principios de lógica, pertinencia, observación de lo real, aun de las tareas que parecen sencillas o menos interesantes. La simplicidad puede hacer noble y atractiva cualquier actividad profesional.

Todo método tiene sus etapas en el proceso, sus objetivos, criterios precisos e instrucciones concretas.

Este describe o indica funciones, actividades y tareas que conllevan a su planificación, organización, dirección y control. Tender una cama de hospital tiene su lógica y pertinencia y contesta a las preguntas: ¿qué?, ¿dónde?, ¿quién?, ¿para qué?, etcétera.

El tendido de cama es la forma de arreglar o cambiar la cama, de acuerdo con el modo requerido.

Los tipos de tendido para cama son: cerrada, abierta, ocupada y posquirúrgica.

Cama cerrada

Es la cama que permanece vacía hasta la admisión de otro enfermo (su arreglo se efectúa después del aseo terminal de la unidad).

Objetivos

- Proteger al colchón y al cojín del polvo.
- Propiciar un ambiente limpio al paciente.

Equipo

Sábana inferior o de esquinas elásticas, hule, sábana clínica, sábana superior, sarape, colcha y funda.

Método

1. Preparar la ropa de cama en orden de uso, llevarla a la unidad y colocarla en la silla sobre el colchón.
2. Separar un poco la cama y el buró de la pared si es necesario.
3. Colocar la sábana inferior con el doblez central a la mitad del colchón, extenderla al borde de la piesera, dejar el dobladillo ancho hacia la cabecera; si la sábana es de bordes elásticos, la esquina superior e inferior quedarán del lado proximal de la enfermera y las colocará sobre las esquinas del colchón.
4. Si es sábana ordinaria, meter el sobrante de ésta bajo la cabecera del colchón, hacer cartera, estirar y fijar el resto de la esquina.
5. Meter la parte lateral de la sábana bajo el colchón con las palmas de las manos hacia abajo.
6. Colocar el hule clínico en el tercio medio de la cama o en la zona que se requiera.
7. Colocar la sábana clínica 10 cm arriba del borde superior del hule, doblarlo hacia dentro y fijar el extremo proximal bajo el colchón; pasar al lado opuesto.
8. Doblar el hule y sábana clínica en acordeón hacia el centro de la cama.
9. Tirar de la sábana inferior, hacer carteras en la cabecera, estirar y meter sobrante bajo el colchón.
10. Meter parte lateral bajo el colchón, estirando bien la sábana.
11. Tirar el hule y sábana clínica y meterlas bajo el colchón para el lado opuesto.
12. Colocar la sábana superior a nivel del borde superior del colchón y extender hacia la piesera.
13. Colocar el sarape un poco debajo del borde superior del colchón y extenderla a la piesera.
14. Doblar el borde superior de la sábana sobre el sarape.
15. Tender la colcha al nivel del borde superior del colchón y extenderla a la piesera.
16. Escribir las tres piezas hacia la piesera, hacer las carteras fijando el sobrante bajo el colchón.
17. Meter los extremos laterales de la ropa bajo el colchón.
18. Doblar la funda hacia afuera, ponerla al colchón, apoyándose sobre la cama y colocarlo en la cabecera con la abertura al lado opuesto de la puerta.
19. Colocar los muebles en su lugar.

Medidas de control y seguridad

- Elevar la cama lo más alto, para evitar que la enfermera se agache innecesariamente.
- La enfermera ahorra tiempo y energía si termina de hacer un lado de la cama, antes de pasar al otro.
- El doblez central, longitudinal de la ropa, deberá colocarse en el centro del colchón.
- La cama de hospital permanecerá cerrada mientras no se ocupe.

Cama abierta

En el arreglo de la cama para recibir al paciente, o para el paciente que deambula.

Objetivo

Proporcionar un medio adecuado para la comodidad y reposo del paciente.

Equipo

Sábana inferior o de esquinas elásticas, hule, sábana clínica, sábana superior, sarape, colcha y funda

Método

1. Preparar la ropa de cama en orden de uso, llevarla a la unidad y colocarla en la silla sobre el colchón.
2. Separar un poco la cama y el buró de la pared si es necesario.
3. Colocar la sábana inferior con el doblez central a la mitad del colchón, extenderla al borde de la piesera, dejar el dobladillo ancho hacia la cabecera, si la sábana es de bordes elásticos, la esquina superior e inferior quedarán del lado proximal de la enfermera y las colocará sobre las esquinas del colchón.
4. Si es sábana ordinaria, meter el sobrante de ésta bajo la cabecera del colchón, hacer cartera, estirar y fijar el resto de la esquina.
5. Meter la parte lateral de la sábana bajo el colchón con las palmas de las manos hacia abajo.
6. Colocar el hule clínico en el tercio medio de la cama o en la zona que se requiera.
7. Colocar la sábana clínica 10 cm arriba del borde superior del hule, doblarlo hacia dentro y fijar el extremo proximal bajo el colchón; pasar al lado opuesto.
8. Doblar el hule y sábana clínica en acordeón hacia el centro de la cama.

9. Tirar de la sábana inferior, hacer carteras en la cabecera, estirar y meter sobrante bajo el colchón.
10. Meter parte lateral bajo el colchón, estirando bien la sábana.
11. Tirar el hule y sábana clínica y meterlas bajo el colchón para el lado opuesto.
12. Colocar la sábana superior a nivel del borde superior del colchón y extender hacia la piesera.
13. Colocar el sarape un poco abajo del borde superior del colchón y extenderla a la piesera.
14. Colocar la colcha al nivel del borde superior del colchón, extenderla hacia la piesera; doblarla hacia dentro del sarape cubriendo su borde superior.
15. Hacer dos dobleces a la sábana; uno sobre sí mismo y el otro para cubrir el sarape y colcha.
16. Hacer las carteras en la piesera.
17. Pasar al lado opuesto de la cama y hacer el arreglo indicado en la cabecera.
18. Tomar sábana, sarape y colcha de la cabecera y llevarla hacia la piesera; luego doblarla hacia la mitad de la cama y tirar del doblez inferior hacia la piesera.
19. Poner funda al cojín y colocarlo en su lugar.
20. Colocar los muebles en su lugar.

Cama ocupada

Es el cambio de ropa de cama, cuando el paciente debe permanecer en ella.

Objetivo

Proporcionar al paciente un ambiente confortable.

Equipo

El mismo equipo, incluyendo la ropa del paciente, tónico o bolsa para ropa sucia, paño de aseó y bolsa de papel para basuritas y lanillas.

Método

1. Colocar la bolsa para ropa sucia en el respaldo de la silla, o bien, el tónico cerca de la cama.
2. Afijar la ropa de cama, comenzando por la cabecera, retirar el cojín si el paciente puede estar sin él.
3. Quitar la funda al cojín y ponerla en la bolsa o tónico; el cojín, en la silla, abajo de la ropa.
4. Doblar la colcha en sobre y depositarla en la bolsa.
5. Doblar el sarape y ponerlo en la silla en orden de uso.

6. Ayudar al paciente a deslizarse hacia el borde de la cama, vigilando que tenga un apoyo de sostén.
7. Doblar en acordeón hacia el centro de la cama: hule, sábana clínica e inferior.
8. Limpiar la parte expuesta del colchón con el paño húmedo, recogiendo los residuos en la bolsa de papel.
9. Colocar la sábana inferior, siguiendo las indicaciones para tendido de cama.
10. Extender el hule y limpiarlo con el paño, o cambiarlo si es necesario.
11. Arreglar la sábana clínica y fijarla bajo el colchón.
12. Cambiar la ropa al paciente.
13. Colocar sábana superior sobre el paciente; si él puede la sostendrá, si no, se le sostiene de los hombros y la sábana sucia se dobla hacia los pies para retirarla, doblarla y depositarla en la bolsa.
14. Pasar al enfermo al lado limpio de la cama.
15. Quitar la ropa sucia, doblando pieza por pieza, depositándolas en la bolsa.
16. Limpiar el colchón, arreglar la sábana inferior, el hule y la clínica, en la forma ya indicada en el punto 7.
17. Acomodar al paciente. Pasar al otro lado de la cama.
18. Colocar el sarape un poco debajo del borde superior de la sábana.
19. Colocar la colcha un poco arriba del sarape y doblarla hacia adentro.
20. Hacer los dobleces a la sábana superior, cubriendo la colcha y sarape.
21. En ambos lados, hacer cartera en la piesera.
22. Poner la funda al cojín y colocarlo en su lugar.
23. Colocar al paciente en la posición adecuada, dejándolo cómodo, cuidando que la ropa de cama no haga presión sobre sus pies.
24. Dejar en orden la unidad y retirar la bolsa de ropa sucia.

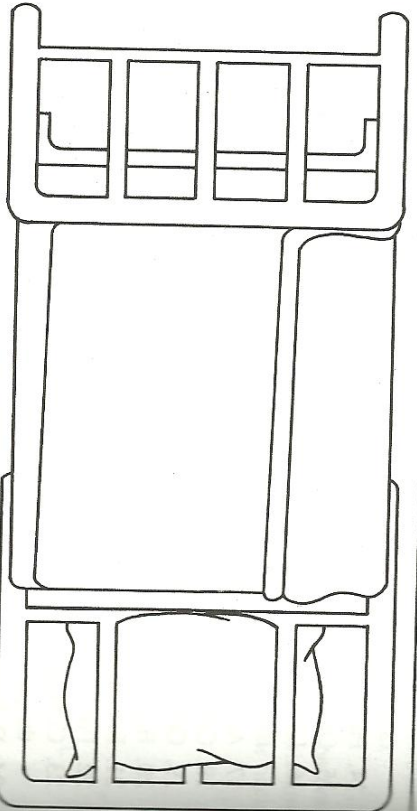
Medidas de control y seguridad

- Si el paciente está incapacitado para colaborar por inconsciencia, debilidad, obesidad, etc., se debe solicitar ayuda para sostenerlo o movilizarlo, con el fin de evitar accidentes o molestia excesiva.
- Seleccionar la ropa más práctica para el paciente.
- Si el camisón es cerrado, meter primero las mangas y luego levantarlo los brazos para facilitar introducir su cabeza en el cuello del camisón.
- Se evita malestar y presión, si las sábanas inferior y clínica se extienden tensas y se fijan bajo el colchón.
- Evitar tensión a los pies haciendo un pliegue de la ropa de cama en la piesera.
- Tomar en cuenta el pudor del paciente al cambiar la ropa personal y de cama.
- Si la enfermera mantiene el dorso recto evitará esfuerzos de los músculos más débiles de esta zona.

- Evitar siempre en todo caso tirar la ropa sucia al suelo.
- Observar el estado de la piel y limitaciones del paciente.

EVALUACIÓN

- ¿El paciente se muestra cómodo y tranquilo?
- ¿Se tomaron las precauciones para impedir contaminaciones cruzadas?
- ¿Se aprovechó el tiempo para tener comunicación adecuada con el paciente y familiar y dar la enseñanza necesaria en su caso?
- ¿Se hizo el registro en el expediente sobre la observación hecha?
- ¿Se utilizó la mecánica corporal correcta?



Cama postquirúrgica.

Cama postquirúrgica

Disposición de la cama para esperar al paciente que ha recibido anestesia general para intervención quirúrgica.

Objetivo

Proporcionar seguridad y bienestar al paciente durante su recuperación de la anestesia. Cabe destacar que no todos los hospitales cuentan con sala de recuperación.

Equipo

Sábana, hule, clínica, plástico, toalla, sarape auxiliar, sábana, sarape, colcha, funda, bolsa para ropa sucia, Anexo: Lámpara de pie o bolsas para agua caliente

con sus cubiertas, pañuelos desechables o papel higiénico, riñón, bolsa de papel, cinta adhesiva, esfigmomanómetro y estetoscopio, termómetro, torundas en alcohol, jeringas de 5 cc, agujas números 20 y 21.

Método

1. Preparar la ropa de cama en orden de uso, llevarla a la unidad y colocarla en la silla sobre el cojín.
2. Separar un poco la cama y el buró de la pared, si es necesario.
3. Colocar la sábana inferior con el doblez central a la mitad del colchón, extenderla al borde de la piesera, dejar el dobladillo ancho hacia la cabecera, si la sábana es de bordes elásticos, la esquina superior e inferior quedarán del lado proximal de la enfermera y las colocará sobre las esquinas del colchón.
4. Si es sábana ordinaria, meter el sobrante de ésta bajo la cabecera del colchón, hacer cartera, estirar y fijar el resto de la esquina.
5. Meter la parte lateral de la sábana bajo el colchón con las palmas de las manos hacia abajo.
6. Colocar el hule clínico en el tercio medio de la cama o en la zona que se requiera.
7. Colocar la sábana clínica 10 cm arriba del borde superior del hule, doblarlo hacia dentro y fijar el extremo proximal bajo el colchón; pasar al lado opuesto.
8. Doblar el hule y sábana clínica en acordeón hacia el centro de la cama.
9. Tirar de la sábana inferior, hacer carteras en la cabecera, estirar y meter sobrante bajo el colchón.
10. Meter parte lateral bajo el colchón, estirando bien la sábana.
11. Tirar el hule y sábana clínica y meterlas bajo el colchón para el lado opuesto.
12. Colocar plástico y colcha en la cabecera.
13. Colocar el sarape auxiliar doblado por mitad sobre la clínica.
14. Colocar la sábana, sarape y colcha en la misma forma que para la cama abierta y hacer doblez sobre la piesera.
15. Pasar al lado opuesto por donde entre la camilla e introducir los bordes laterales de la ropa bajo el colchón. Pasar al lado opuesto nuevamente.
16. Doblar en acordeón toda la ropa hacia el lado fijo.
17. Poner funda al cojín y colocarlo entre el colchón y la cabecera de la cama.
18. Colocar las bolsas con agua caliente bajo el sarape auxiliar o instalar la lámpara de pie, enfocada al centro de la cama.
19. Disponer el material y equipo en forma conveniente para su uso adecuado.

Medidas de control y seguridad

- Recibir al paciente cuando llegue del quirófano y colocarlo en posición adecuada para evitar accidentes.
- Observar coloración de la piel, estado general y de la conciencia.
- Verificar signos vitales, funcionamiento correcto de tubos, sondas y drenes e indicaciones médicas.
- Orientar al familiar sobre los cuidados que él pueda realizar.
- Evitar, con el uso de termóforos, complicaciones como enfriamiento, bronco aspiración de secreciones o vómito.

En la actualidad, en algunos hospitales se han omitido algunos detalles, debido quizá al creciente número de pacientes por atender, a inexistentes recursos o lo que sería lamentable, a negligencia de enfermería.

Es responsabilidad de la jefe de servicio solicitar por escrito al almacén todo el material y equipo que precisa para la buena marcha del servicio y la atención de los pacientes.

CAMBIO DE COLCHÓN, CON EL PACIENTE EN CAMA

En la actualidad este procedimiento es menos frecuente, debido a la corta estancia del paciente hospitalizado. No obstante, hay pacientes que deben guardar reposo prolongado en cama, o mantener determinada posición como parte de su tratamiento, lo que implica extremar los cuidados para evitar presión en la piel y puntos de apoyo. Ocasionalmente es necesario cambiar o voltear el colchón.

Objetivo

- Mantener la comodidad del paciente con el máximo de seguridad.
- Impedir las complicaciones por reposo duradero en cama.

Equipo

- Colchón y tres sarapes.

Método

1. Comentar al paciente lo que se va a hacer y solicitar su cooperación.
2. Llevar el equipo a la unidad.
3. Aflojar la ropa de cama.
4. Quitar el cojín y colocarlo en la silla.
5. Doblar y quitar colcha, sarape y sábana superior.
6. Enrollar la clínica, hule y sábana inferior hacia los lados del paciente y tirar del colchón hacia fuera del tambor por mitad.

7. Acercar al paciente a la orilla del colchón.
8. Colocar los sarapes doblados longitudinalmente sobre el tambor y pasar al paciente.
9. Voltear el colchón de la cabecera a los pies o cambiarlo apoyándolo en el tambor.
10. Pasar al paciente al colchón, ayudándose con la ropa enrollada.
11. Quitar los sarapes, doblarlos y ponerlos sobre la silla.
12. Colocar bien el colchón sobre la cama y dejar cómodo al paciente.
13. Hacer el tendido de cama.

Medidas de control y seguridad

- Solicitar ayuda si es necesario.
- Puede usarse la camilla para el paciente mientras se arregla el colchón.
- Si el paciente sufre lesión raquídea, deberá poner rígido el tronco y pelvis.
- Puede moverse el cuerpo del paciente hacia el borde de la cama o colchón según proceda, conservando rígida la columna, colocarse los brazos sobre el pecho y girarlo.

EVALUACIÓN

- ¿Observé reacciones de ansiedad en el paciente?
- ¿Hice el cambio de la manera más segura para paciente y enfermera?
- ¿Mantuve al paciente en la posición física adecuada?

TRANSFERENCIA DEL PACIENTE A LA CAMILLA

Es la acción de desplazar al paciente de su cama a la camilla para llevarlo a otro sitio.

Objetivos

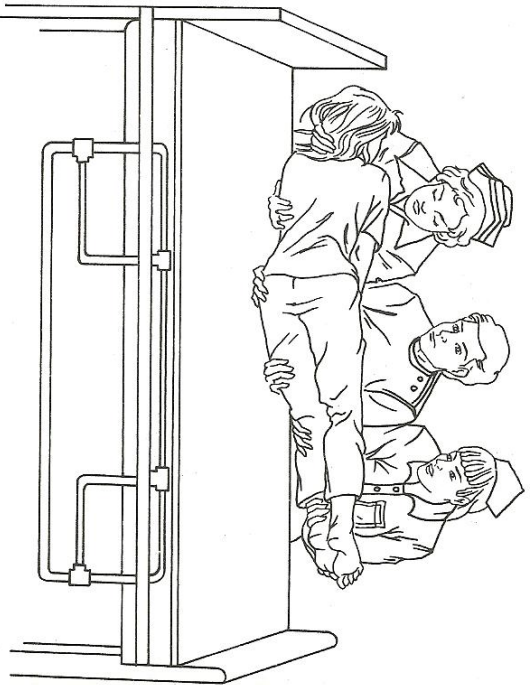
- Facilitar la transferencia del paciente en forma segura.
- Brindar al paciente la máxima comodidad posible.

Equipo

Camilla vestida y con los aditamentos de seguridad (barandales, sujetadores y soporte porta frascos)

Método

1. Llevar la camilla a la unidad.
2. Explicar al paciente lo que se va a hacer y solicitar su cooperación.



Traslado del paciente a la camilla.

3. Colocar al paciente en decúbito dorsal.
4. Retirar la colcha, cobertor y sábana hacia la piesera.
5. Doblar la ropa de la camilla y colocarla en la silla.
6. Colocar la camilla paralela junto a la cama y frenarla.
7. Coordinar acciones con las personas que realizan el traslado.
8. Pasar el frasco de la venoclisis a la varilla (si es el caso), y dar atención a otros tubos.
9. Aflojar la sábana clínica, enrollarla a los lados y ayudarse de ella para deslizar al paciente a la camilla.
10. Retirar la clínica al paciente.
11. Cubrir al paciente con las ropas de la camilla.
12. Colocar los barandales y quitar los frenos a la camilla.
13. Trasladar al paciente despacio y con cuidado.

Medidas de control y seguridad

- Si el enfermo es muy pesado, se necesitan cuatro personas para moverlo: una se coloca en la cabecera de la camilla para sostener cabeza y hombros, otro se coloca a los pies para sostener piernas, las otras a uno y otro lado de la camilla y de la cama.
- Si procede, fijar la camilla en ángulo recto con la cama, todas las personas se colocarán en el mismo lado; meter los brazos debajo del enfermo para soste-

- ner cabeza, hombros, tórax, cadera y piernas; en forma sincrónica llevar al paciente al pecho y pasarlo a la camilla.
- Aplicar la mecánica corporal para evitar lesiones.
- Si un objeto se conserva cercano a su centro de gravedad el esfuerzo para moverlo es menor.
- Evitar golpear la camilla contra puertas o paredes.
- Levantar las ruedas en caso de salientes del piso o ascensor.
- Poner cojín si es necesario o si el paciente lo desea.

EVALUACIÓN

- ¿Me aseguré que la camilla y barandales estuvieran en buenas condiciones?
- ¿Evité molestias al paciente durante el traslado?
- ¿Mantuve la vigilancia del paciente mientras permaneció en la camilla bajo la responsabilidad de enfermería?

Uso de silla de ruedas

Bon diversas las condiciones por las que el paciente hospitalizado hace uso de una silla de ruedas: para descansar de la posición de la cama, para desplazarse de un lugar a otro dentro del hospital, etcétera. Hay servicios de maternidad que tienen como norma conducir en la silla a la madre y su bebé hasta la puerta del hospital al abandonar éste. En cualquier situación el objetivo es el mismo.

Objetivo

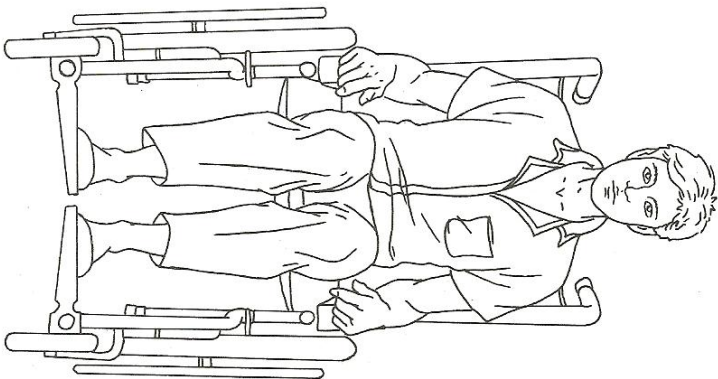
Proporcionar comodidad y seguridad al paciente que debe desplazarse en silla de ruedas.

Equipo

Silla de ruedas, cojín, dos sabanillas o sarapes auxiliares, bata y sandalias.

Método

1. Invitar al paciente a dejar la cama.
2. Llevar el equipo a la unidad.
3. Instalar la silla, paralela a la cama con el respaldo hacia la piesera, ponerle el freno para que no se deslice.
4. Acoplar la silla, si es necesario.
5. Doblar el descanso para los pies.



El paciente debe apoyarse en el respaldo,
para evitar que la silla se incline hacia adelante

6. Colocar una sabanilla doblada a la mitad sobre el asiento de la silla, echar la mitad hacia el respaldo.
7. Colocar la otra sabanilla doblada a la mitad sobre el respaldo.
8. Ayudar al paciente a sentarse en la cama; observar el pulso, respiración, coloración, mareas, estado de ánimo.
9. Poner al paciente bata y sandalias.
10. Ayudar al paciente a bajar de la cama, colocándose frente a él, sosteniéndolo por las axilas.
11. Hacer girar al paciente hacia la silla, de manera que la parte posterior de las piernas quede cerca de la silla.
12. Sostener firmemente al paciente mientras se sienta.
13. Arreglar los descansos de los pies y conducirlos para que se apoyen.
14. Cubrir las piernas con la sabanilla inferior y el resto del cuerpo con la superior.
15. Conducir al paciente al sitio indicado.

Medidas de control y seguridad

- Invite al paciente a apoyarse en el respaldo, para evitar que la silla se incline hacia adelante.
- Si la temperatura ambiental es cálida, suprimir las sabanillas o cobertores, bastará la ropa usual del paciente.
- Si el paciente puede valerse por sí mismo, el paso de la cama a la silla lo hará él, la enfermera sujetará firmemente la silla por el respaldo.
- Solicitar ayuda de otra persona siempre que sea necesario. Otra persona puede ayudar sujetando al paciente bajo las axilas, por la espalda, una más coloca los brazos debajo de las caderas y piernas, levantándolo para pasarlo más cómodamente a la silla.
- El esfuerzo es menor cuanto más cerca debe llevarse el peso.

EVALUACIÓN

- ¿Di orientación al paciente sobre cómo colaborar?
- ¿Hice el registro oportuno y completo sobre las observaciones hechas al paciente?
- ¿Apliqué las normas sobre uso de la mecánica del cuerpo?

ACTIVIDADES

1. Indagar las horas de ingreso del paciente a las instituciones hospitalarias, número de ingresos por turno.
2. Programar visitas de observación a diferentes hospitales con el fin de verificar las necesidades físicas y psicológicas del paciente a su ingreso.
3. Explicar por escrito cómo valora ella la recepción del paciente en la unidad en relación a una buena acogida y comodidad.
4. Buscar, por iniciativa propia, el tiempo para practicar los tendidos de cama en el laboratorio de enfermería y así desarrollar la destreza requerida.

PARTE IV

VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE

Capítulo 7

*No tengo ningún deseo de ser libre. Sólo
quiero compartir lo que he encontrado, y
mostrar esos nuevos horizontes que nos están
esperando.*

JUAN SALVADOR GAVIOTA
RICHARD BACH

VALORACIÓN DEL PACIENTE

OBSERVACIÓN

Hacer la valoración del estado de salud del paciente se refiere a la observación de los hallazgos de todos los sentidos sobre lo que se ve, escucha, siente al tacto y huele.

Generalmente por observación, se aprecian los síntomas; éstos se dividen en subjetivos y objetivos. Los primeros son los que experimenta el paciente; los segundos, todos aquellos que pueden verse, sentirse o palparse, oírse u olerse, como la mancha, el edema, la tos y el aliento fétido.

La enfermera es la persona que pasa más tiempo con el paciente y por esta razón sus observaciones e informes verbales y escritos adquieren mayor importancia.

La estudiante de enfermería adquirirá en forma gradual la capacidad de observación para ir descubriendo los cambios en el estado físico y emocional de un paciente; la habilidad de discernir entre un hecho significativo y otro sin importancia. Asimismo, irá adquiriendo la habilidad de escribir los informes en forma veraz y concisa. Al principio, requerirá de la guía directa de sus maestras y del personal con experiencia de la institución de salud.

La estudiante aumenta su capacidad de observación por los conocimientos teórico-prácticos y por su interés personal en la atención y comprensión del paciente.

Si la enfermera es capaz de distinguir y descubrir la conducta normal y anormal del paciente a su cuidado, tanto en lo físico como emocional y mental, su contribución al diagnóstico médico es siempre reconocida como positiva.

La enfermera al servicio de la comunidad, necesita de un conocimiento específico de la normalidad en todas las edades con el fin de reconocer las desviaciones que presente cada miembro de la familia que atiende; debe observar y conocer las condiciones ambientales perjudiciales para la salud, para participar en la solución de estos problemas.

La investigación médica y de enfermería se basa en observaciones hechas y registradas cuidadosamente en el expediente.

La enfermera, observa al paciente en cada aspecto de su personalidad, el estado general físico, emocional y mental; aprecia la normalidad de las funciones del individuo, en su actividad al trabajar, jugar, respirar, comer, excretar; al moverse, al mantener la postura normal y el tono muscular, al descansar y dormir, al aprender y comprender; también es importante reconocer los signos que muestran anomalías de las funciones.

La valoración general de un individuo principia por la observación de su constitución física, el tono muscular, la postura, la marcha, etc., que contribuyen a dar una impresión general de la personalidad y del estado de salud.

La observación del temperamento incluye los diversos estados de ánimo, reacciones emocionales frente a la vida, si el individuo es comunicativo y se interesa por los demás habitualmente, se dice que puede ser de temperamento extrovertido; si, por el contrario, el individuo se concentra en sí mismo, es de temperamento introvertido. Una situación de estrés puede acentuar ambos temperamentos.

Para tener más elementos sobre el temperamento de un individuo es necesario conocer su relación con la familia, amigos, conocidos y extraños.

Otro punto que no debe soslayarse es el grado de orientación del paciente. Cuando una persona está despierta, pero no conoce a los que le rodean, ni sabe donde está, ni qué hora es, se dice que está desorientada en relación con las personas, lugar y el tiempo. La profundidad y duración de los estados de inconsciencia deben registrarse en el expediente.

El paciente que presenta dificultad al hablar, oír, ver, mantener su equilibrio o interpretar sensaciones táctiles, necesita ayuda especial inmediata, más aún cuando hay pérdida de la memoria en el paciente ambulante.

Cuando hay disminución de la función motora, molestia o dificultad, puede ser evidente alguna rigidez o tensión de todo el cuerpo o sólo de alguna parte de él, como lo es en las parálisis.

Se debe observar el movimiento de una extremidad, ojos, párpados, o la dificultad para hablar, deglutar, respirar, excretar u orinar. Asimismo, los movimientos rítmicos, automáticos, el temblor, convulsiones y flexibilidad excesiva son síntomas motores.

Cualquier circunstancia que altere la respiración, el apetito o la eliminación, debe observarse y anotarse si hay dolor o malestar al efectuarse estos actos.

En general, la enfermera debe observar el funcionamiento anormal del organismo.

FORMAS DE REGISTRO

Las instituciones para la salud generalmente utilizan diferentes formas para registrar e informar de sus actividades en relación con la atención a pacientes.

En los hospitales se lleva un expediente o registro del paciente, el cual se formula de los hechos esenciales, para conformar una historia continua en un período determinado. Un informe es la comunicación oral o escrita de datos a una persona o grupo interesado en conocer esos hechos.

Hay dos tipos de expedientes: el tradicional y el expediente médico orientado a problemas (EMOP). Hay gran similitud entre ambos; el propósito es el mismo: obtener y mantener una relación escrita de los antecedentes y problemas de salud, medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas utilizadas para ayudar a satisfacer las necesidades de salud del paciente, así como su respuesta a las mismas. Este registro informa los acontecimientos ocurridos durante el período en que el paciente recibió cuidados en un hospital tanto de enfermería como de otros miembros del grupo de salud.

Los datos del expediente constituyen la base para que el médico formule su diagnóstico y planee los regímenes terapéuticos para el paciente y, por su parte, la enfermera planea los cuidados de su incumbencia.

El expediente es además un documento legal. La importancia que se ha concedido a los derechos de los pacientes manifiestan que el enfermo tiene derecho a la información contenida en él.

El EMOP es muy útil para que todos los miembros del grupo de salud registren no sólo los cuidados que ha recibido el paciente, sino la razón que los fundamenta, ésta es una forma de comprobar la calidad de los cuidados que ha recibido. La evolución del paciente se va anotando sistemáticamente, de tal forma que es fácil comprobar todos los cuidados realizados.

Los expedientes, además de ser un valioso material para investigación, son un instrumento muy útil en la educación de estudiantes de las disciplinas de salud, ya que muestran un cuadro completo del paciente, de sus problemas y el plan de asistencia.

Los estudiantes del área de salud utilizan los expedientes como material de consulta, lo que les permite experimentar la aplicación de conocimientos teóricos a situaciones prácticas.

El expediente médico se integra de cuatro partes:

1. Datos básicos con la información necesaria para el desarrollo de un plan completo de cuidados para el paciente.

2. Lista de problemas.
3. Planes e indicaciones iniciales.
4. Notas sobre el progreso.

Datos básicos: suelen incluir la razón de su ingreso a la institución de salud y principales molestias del paciente:

- Estado de salud actual y revisión de sistemas.
- Antecedentes médicos y familiares del paciente.
- Perfil del paciente.
- Datos del examen físico inicial.
- Datos básicos de laboratorio y estudios radiológicos.
- Datos socio-económicos y familiares que pueden ser importantes para su atención y rehabilitación.

Lista de problemas: el médico es responsable de elaborar la lista de problemas identificados y establecer la prioridad. La enfermera y otros miembros del grupo contribuirán a ello.

Se define como problema cualquier situación por la que el paciente requiere ayuda, incluidos los problemas psicosociales, económicos, demográficos y físicos.

Planes o indicaciones iniciales: los planes para los cuidados del paciente se establecen en relación con cada problema. Este sistema ayuda a la enfermera y al grupo a comprender la razón que apoya el diagnóstico del médico y el régimen terapéutico para el paciente, tratamiento y medicamento.

Notas sobre el progreso: todas las anotaciones hechas por el médico, la enfermera y otros miembros del grupo, los informes de laboratorio y radiológicos, el registro de la intervención quirúrgica y otras medidas diagnósticas y terapéuticas, forman parte de las notas del progreso.

Cada enfermera debe conocer los reglamentos y normas de la institución donde trabaja, anotar los hechos con veracidad y precisión, inmediatamente después de suministrar los tratamientos y medicamentos y registrar las observaciones específicas y características; ejemplo: si hay dolor, registrar tipo, localización, duración, causa, signos y síntomas que le acompañan.

Se deben hacer los registros en el expediente con letra clara, de molde o manuscrita, y rubricando el reporte con su firma, inicial y apellido.

EL EXPEDIENTE DEL PACIENTE

Es un documento legal que contiene la historia clínica del paciente.

Objetivo

Concentrar los datos más importantes acerca del paciente, la evolución y tratamiento del padecimiento, para la mejor realización del plan de cuidados.

A grosso modo el expediente del paciente tiene tres maneras tradicionales de llenar y describir sus datos y tiene seis puntos.

1. Hoja de ingreso.
2. Hoja frontal.
3. Hoja de órdenes médicas.
4. Hoja de historia clínica.
5. Notas de las enfermeras.
6. Otros informes y registros, como los de laboratorio, radiológicos, anestésicos, preoperatorios, quirúrgicos y los resultados de otras medidas diagnósticas y terapéuticas en el paciente.

La hoja de ingreso contiene información precisa, esta hoja es confidencial. Tienen acceso a ella los profesionales de la salud.

La hoja de ingreso incluye un número que se utiliza para identificar al paciente y como base para catalogar los expedientes.

La información de la hoja de ingreso incluye datos de identificación:

1. Nombre completo del paciente.
2. Domicilio.
3. Fecha de nacimiento.
4. Sexo y estado civil.
5. Nacionalidad, raza, religión.
6. Ocupación empleo.
7. Número de clasificación.
8. Unidad-fecha de ingreso.
9. Nombre del médico.
10. Diagnóstico.
11. Familiares cercanos.
12. Responsabilidad financiera.
13. Ingresos anteriores.

La hoja frontal, tiene diversos usos, notas sobre alergias que se anotan al ingreso del paciente, también se registran los datos al darse de alta, esta hoja, generalmente, la maneja el médico.

La hoja de órdenes médicas, contiene las instrucciones del médico para el tratamiento del paciente.

Estas hojas, la enfermera las revisa regularmente para verificar instrucciones. Si el médico da por teléfono una orden, para ser ejecutada por enfermería, la enfermera lo anota así en la hoja de órdenes, incluye el nombre del médico, hora en que dio indicaciones y la firma, posteriormente el médico firma sus órdenes telefónicas en el transcurso de 24 horas.

La historia clínica contiene el registro de antecedentes personales y médicos del paciente; la llena el médico que lo atiende.

Con frecuencia el médico indica el régimen terapéutico para el enfermo y anota su progreso después de cada visita.

La enfermera planea los cuidados de enfermería considerando esta referencia.

Las notas de las enfermeras sirven como registro de la conducta observada en el paciente que la enfermera considera importante para sus problemas de salud o que constituyen un problema en sí. Incluyen la acción del cuerpo, tono emocional, comunicación verbal y las reacciones fisiológicas.

Las notas pueden tener seis tipos de información:

- Medidas terapéuticas realizadas por miembros del grupo de salud.
- Órdenes médicas realizadas por enfermería.
- Medidas realizadas por enfermería para satisfacer las necesidades específicas de un paciente, no ordenadas por el médico.
- Observaciones de la conducta del paciente y otras importantes para su salud.
- Respuestas específicas del paciente a la terapéutica y los cuidados de enfermería.
- Enseñanza dada al paciente.

Dentro de las notas de la enfermera está una hoja de enfermería que se maneja en la institución que contiene varios apartados, entre ellos la gráfica de signos vitales.

Otros informes y registros, como laboratorio, radiológicos, anestésicos, preoperatorios, quirúrgicos y los resultados de otras medidas diagnósticas y terapéuticas en el paciente: éstas son de gran utilidad como fuentes de información para la intervención médica a los diagnósticos y tratamientos al paciente.

De esta manera es obvio que debe existir una declaración o documento firmado por el paciente o familiares dando su consentimiento para los tratamientos requeridos.

Este documento es un medio de protección legal tanto para el personal médico como para la institución hospitalaria.

USO DEL CÁRDEX

Es un sistema de control seccional, útil en el registro del cuidado de enfermería del paciente.

Objetivo

Anotar las órdenes médicas, para evitar consultar continuamente el expediente. Este sistema ayuda a lograr eficiencia y economía al percibirse de las necesidades del paciente inmediatamente.

El *cárdex* es indispensable en un servicio de enfermería, ya que se emplea en quirófanos, salas de tratamientos, departamentos de abastecimiento, servicio de consulta externa, etcétera.

El *cárdex* es dinámico y ágil, económico; mantiene los expedientes ordenados y limpios y ayuda a prestar un servicio de enfermería completo si se usa como plan de cuidados; muestra gráficamente las actividades que realizará la enfermera, organizada por horas y por días.

Cada tarjeta personal contiene las órdenes regulares para tratamientos, medicaciones, dietas y cuidados de enfermería, basándose en las necesidades físicas, psicológicas y sociales del paciente.

Manejo de la tarjeta del *cárdex*

1. Pasar diariamente las órdenes médicas del expediente a la tarjeta del *cárdex*. El *cárdex* debe compararse con el expediente y las tarjetas de medicación, para tener la seguridad que se mantienen al día.
2. Registrar las prescripciones de medicamentos en la sección correspondiente.
3. Anotar la dosis indicada, la frecuencia con que debe administrarse y la guía que se va a utilizar.
4. Anotar los datos que exigen realización inmediata.
5. Describir en la sección de *cuidados especiales* el cuidado específico que requiere el paciente.
6. Registrar en la sección de *observaciones* alguna indicación o contraindicación en el control del paciente.
7. Marcar con un signo convencional delante de la indicación si ésta fue efectuada, rechazada o suspendida.
8. Registrar:
 - El número de sala y cama en que se encuentra el paciente.
 - Apellido paterno, materno y nombre del paciente.
 - Número de registro del expediente.

Medidas de control y seguridad

- Hacer las anotaciones con lápiz para facilitar borrarlas y seguir utilizando la tarjeta durante más tiempo.
- Hacer las notas con letra legible o de molde.

SIGNOS VITALES

El plan de estudios de cada escuela de enfermería se estructura con base en determinados criterios, entre ellos, las necesidades de enfermería como profesión, avances socioculturales, tendencias en la prestación de servicios de salud, pu-

diendo ser éste la atención primaria y participación de la comunidad, la cual requiere de una atención integral al individuo, a la familia y a la comunidad.

Si la salud es un derecho social y precisa de la protección de la misma por igual a todo ser humano, las instituciones educativas adquieren un compromiso con la sociedad en la formación de enfermeras capaces de asumir las responsabilidades de la profesión y participar, a través de sus funciones específicas, en el bienestar y progreso individual, familiar y comunitario.

La enfermera, dentro de sus funciones de asistencia, desarrollará sus habilidades en los tres niveles de atención; en su actuación diaria le corresponde, en forma prioritaria, la valoración clínica del paciente hospitalizado y del hogar. La valoración demanda el reconocimiento de los factores que son importantes, como el ambiente físico y social, conducta, estado general del paciente y saber reconocer y diferenciar lo normal de lo anormal, con el fin de ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades básicas y adquiridas.

La valoración de los signos vitales ha sido un índice de la capacidad funcional del paciente. Éstos incluyen: temperatura, pulso, respiración y presión arterial.

Temperatura

Es ineludible que la enfermera conozca y comprenda la fisiología de la regulación del calor, pues no basta saber tomar la temperatura, sino conocer cuándo ésta rebasa los límites normales, qué medidas tomar para evitar una mayor elevación si ha subido, o cómo puede subirla si es subnormal.

La temperatura normal del organismo es el resultado de un equilibrio entre el calor producido y el perdido.

La temperatura corporal varía de acuerdo con las condiciones del clima, la ropa que cubre y estructura de los tejidos del cuerpo; el promedio normal de estas variaciones se ha considerado entre 36 y 38°C.

La temperatura oral de más de 38°C o menos de 36°C suele indicar presencia de alguna enfermedad. Las temperaturas superiores a la normal se llaman febriles; las que están por debajo de lo normal se denominan subnormales. Una temperatura alta y prolongada es siempre un índice de gravedad.

Las temperaturas subnormales pueden ser causadas por eliminación excesiva de calor, por sudoración profusa y pérdida de líquidos corporales; por disminución de la producción de calor, debido a inanición o a reducción de la vitalidad; depresión extrema del sistema nervioso en choque o colapso y exposición prolongada al frío.

Medición de la temperatura oral

Objetivo

Observar, comprobar y registrar en forma precisa las variaciones de la temperatura del paciente, para tener un índice de su estado de salud y proporcionar el cuidado de enfermería adecuado.

Equipo

Equipo Pasteur o charola foto con vaso con solución antiséptica y termómetros (ental, vaso con agua, torundas húmedas, bolsa de papel para desecho torundas usadas, hoja y lápiz o pluma para anotaciones.

Método

1. Llevar a la unidad el equipo y pedir al paciente su colaboración.
2. Sacar el termómetro de la solución y limpiarlo del bulbo hacia la punta con una torunda.

Principio. Las soluciones químicas irritan la membrana mucosa.

3. Verificar que la columna de mercurio esté a 35°C.

4. Indicar al paciente que abra la boca y colocar el termómetro en la región sublingual descansándolo en la comisura labial, indicando al paciente que cierre los labios durante dos o tres minutos.

Principio. Al mantener el bulbo contra los vasos sanguíneos bajo la lengua con labio cerrado, se obtiene una medida fiel de la temperatura del cuerpo.

5. Retirar el termómetro, limpiarlo de la punta hacia el bulbo con una torunda; depositar ésta en la bolsa.

Principio. La mucosidad en el termómetro dificulta la lectura exacta.

6. Leer el termómetro, sacudirlo hasta que marque 35°C y depositarlo en el vaso con agua.

7. Anotar en la hoja de la enfermera, la hora en que se tomó la temperatura, grados y observaciones hechas.

Principio. El registro que hace la enfermera proporciona un índice de la salud del paciente.

8. Lavar los termómetros con jabón y agua corriente dejando el equipo arreglado para la siguiente toma.

Medidas de control y seguridad

Para tomar la temperatura, dejar pasar quince minutos después que el paciente haya tomado alimentos o líquidos fríos o calientes.

Cuidar de no tomar la temperatura oral a pacientes inconscientes, alineados o a niños y pacientes que tengan un padecimiento de nariz o boca.

*Medición de la temperatura axilar o inguinal***Método**

1. Llevar a la unidad el equipo y pedir al paciente su colaboración.
2. Sacar el termómetro de la solución y limpiarlo del bulbo hacia la punta con una torunda.

Principio. Las soluciones químicas irritan la membrana mucosa.

3. Verificar que la columna de mercurio esté a 35°C.
 4. Secar la región axilar o inguinal.
 5. Colocar el termómetro en la región elegida y sostener el brazo o pierna del paciente durante tres minutos.
 6. Retirar el termómetro, limpiarlo y hacer la lectura, manteniéndolo horizontalmente al nivel de los ojos.
- Principio. Sostener el termómetro al nivel de los ojos facilita la lectura.
7. Bajar el mercurio hasta que marque 35°C y depositarlo en el vaso con agua.
 8. Realizar los pasos 7 y 8 del método de temperatura oral.

*Medición de la temperatura rectal***Equipo**

Charola con vaso con solución antiséptica y termómetros rectales, vaso con agua jabonosa, torundas húmedas, bolsa de papel, tubo con vaselina sólida, cuadros de papel, hoja y lápiz o pluma para anotaciones.

Método

1. Llevar el equipo a la unidad.
2. Sacar el termómetro de la solución y limpiarlo del bulbo hacia la punta, con torunda húmeda.
3. Leer el termómetro horizontalmente, al nivel de los ojos.
4. Verificar que la columna de mercurio marque 35°C.
5. Poner vaselina en un cuadro de papel, lubricar el bulbo del termómetro dos centímetros.

Principio. Lubricar una superficie reduce la fricción.

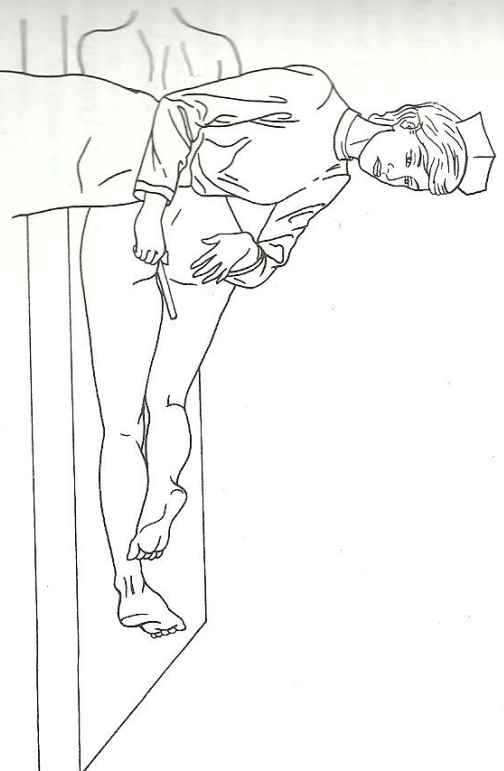
6. Colocar al paciente en posición de Sims y al lactante en decúbito dorsal, tomándolo de los tobillos, flexionándole las piernas.
 7. Descubrir la región anal e introducir el termómetro dos centímetros, aproximadamente, en el esfínter.
 8. Sostener el termómetro durante dos minutos.
 9. Retirar y limpiar el termómetro de la punta al bulbo, y con un cuadro de papel. Hacer la lectura.
- Principio. La fricción ayuda a desprender el material extraído de una superficie.

10. Hacer la lectura y bajar el mercurio a 35°C. Asecar el termómetro con torunda húmeda y depositarlo en el vaso con agua.
11. Informar en la hoja de la enfermera la hora de la toma y grado de la temperatura, así como las observaciones hechas.
12. Dejar el equipo, limpio y ordenado en su lugar.

Medidas de control y seguridad

En casos de diarrea o de padecimientos del recto, tomar la temperatura, por otra vía.

Debe destacarse que la temperatura axilar ha caído en desuso, ya que en la actualidad es más frecuente el uso de aparatos electrónicos en algunas instituciones de salud.



Temperatura rectal.

Registro de temperatura y otros

1. Escribir el nombre del paciente, números de sala, cama, y de registro, la fecha y hora.
2. Indicar el día de admisión como el primer día de hospital.
3. Indicar el primer día de postoperatorio y los siguientes (en el servicio de cirugía).
4. Registrar la temperatura, pulso y respiración en el espacio correspondiente a la hora en que fueron tomados.
5. Marcar primero la temperatura; si el número de respiraciones o pulsaciones coincide con la temperatura, hacer un círculo alrededor del punto que indica la temperatura.
6. Registrar otras temperaturas fuera de la oral: temperatura rectal (R); temperatura axilar (AX).
7. Observar y registrar en la hoja de la enfermera si la piel está seca, caliente, roja, fría o pegajosa.
8. Informar la frecuencia de escalofrío o de cualquiera otra sensación de la que el paciente se queje.
9. Observar y registrar signos de deshidratación que acompañen a la fiebre: sequedad de nariz y boca, labios resacos y agrietados, lengua saburral y de colorada que dificulta la deglución.
10. Registrar las reacciones del paciente al control de la temperatura por medios físicos.
11. Anotar la presión arterial en el espacio indicado.
12. Usar otra hoja cuando la presión deba tomarse con frecuencia.
13. Registrar el peso y la talla en el espacio indicado.
14. Anotar el número de evacuaciones y de micciones de cada turno en el espacio correspondiente (según código de evacuaciones) y características.
15. Anotar todos los exámenes y tratamientos especiales: venoclisis, transfusiones, etcétera.
16. Anotar todas las medicaciones y la vía de administración en el espacio indicado para ello.
17. Reportar si la dieta fue aceptada o no, y cuánto ingirió.

EVALUACIÓN

- ¿Comprendí los métodos para medir la temperatura?
- ¿Observé al paciente y detecté alguna alteración en el ánimo salud?
- ¿Mi comunicación con el paciente fue efectiva, hacia sus necesidades?
- ¿Tomé y registré en forma precisa la temperatura?

Pulso

Al contrarse el ventrículo izquierdo, la sangre pasa a través de las arterias de todo el cuerpo. Esta onda de sangre es el pulso, y el latido de la arteria se siente por palpación de ésta sobre una saliente ósea.

Al tomar el pulso la enfermera debe observar sus características: la frecuencia, el ritmo, el tamaño o volumen y tensión.

La frecuencia es el número de latidos por minuto; varía según la edad, talla y actividad física o emocional; en el adulto suele considerarse normal una frecuencia entre 60 a 80 latidos por minuto.

Cuando la frecuencia es de 100 latidos por minuto, el trastorno se llama taquicardia y si el pulso es muy lento, menor de 60 latidos por minuto, se denomina bradicardia.

El ritmo del pulso se refiere al tiempo que transcurre entre cada latido. Si es esencialmente igual, se dice que el pulso es regular; cuando los latidos se presentan a intervalos irregulares, se dice que el pulso es precisamente irregular o intermitente.

El tamaño o volumen es determinado por la amplitud de una onda del pulso y refleja el volumen de sangre que se impulsa contra la pared arterial durante la contracción ventricular. Normalmente, cada ventrículo bombea 70 ml de sangre en cada contracción, a pesar de que se presentan grandes variaciones del volumen. Si el volumen sanguíneo es normal, el pulso será lleno o amplio. Si éste disminuye, será pequeño, débil, filiforme o vacilante.

La tensión del pulso suele clasificarse en alta o baja. Un pulso muy tenso es duro al tacto y la arteria es difícil de comprimir. Un pulso poco tenso es blando al tacto y la arteria es comprimida con facilidad.

Esto ocurre porque las arterias tienden a perder su elasticidad y a endurecerse; así es más difícil obliterarlas por la presión de los dedos al tomar el pulso.

La presión necesaria para obliterarlas dependerá de la presión que ejerza la fuerza de la sangre y la resistencia ofrecida por la pared arterial.

El pulso se valora por palpación en varios sitios del cuerpo por donde pasa la arteria, haciendo una ligera presión contra una base firme ósea, con los dedos índice y medio.

Para tomar el pulso, los sitios que suele elegir la enfermera son: arteria radial (en la cara palmar de la muñeca, encima de la arteria radial), arteria temporal (arriba y por fuera del ángulo externo del ojo), arteria pedía (en el dorso del pie), arteria carótida (a cada lado del cuello, enfrente del lóbulo de la oreja) y la arteria femoral (en la ingle) (véase **cuadro 7.1**).

La enfermera utiliza con mayor frecuencia la arteria radial por ser un sitio accesible y conveniente tanto para ella como para el paciente.

Cuadro 7.1. Forma de registro para datos de pulso.

Nombre de la institución

Nombre _____ Sala _____ Cama _____ Núm. Registro _____

Fecha Días en el H.																
Resp.	Pulso	Temp.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.
60	160	41°														
50	140	40°														
40	120	39°														
30	100	38°														
20	80	37°														
10	60	36°														
0	40	35°														

Valoración del estado de salud del enfermo

Valoración del paciente

Observación del pulso

Maniobras que se realizan para percibir la frecuencia, el ritmo, volumen y tensión de los latidos del corazón.

Objetivo

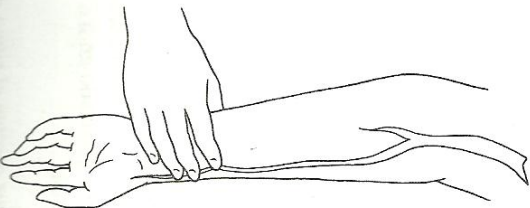
Reconocer con rapidez cualquier cambio de ritmo y la calidad del pulso para valorar el estado general del paciente y darle la ayuda que necesite.

Equipo

Reloj con segundero, hoja de registro, lápiz o pluma.

Método

1. Colocar al paciente con el brazo apoyado sobre una superficie fija, con la mano extendida y la palma hacia abajo.
 2. Colocar las yemas de los dedos índice y medio sobre la arteria radial, haciendo ligera presión para percibir el pulso.
 3. Contar el número de pulsaciones durante un minuto completo.
- Principio. La presión moderada a la arteria permite sentir su contracción y dilatación en cada latido del corazón.



El pulso se percibe en la cara interna de la muñeca y en la parte superior del pie.

4. Percibir ritmo, amplitud y tensión durante un minuto más.

5. Registrar en la hoja de la enfermera la hora en que se tomó el pulso y características: frecuencia, ritmo, volumen y tensión.

Medidas de control y seguridad

Si el pulso tiene que medirse varias veces, debe dársele la explicación pertinente al paciente, para evitarle ansiedad.

EVALUACIÓN

- ¿El/leí adecuadamente el sitio para medir el pulso?
- ¿Reconocí algún cambio en el pulso al tomarlo?
- ¿Di apoyo firme al brazo del paciente para tomar el pulso?
- ¿Hice el registro correcto y oportuno?

Respiración

La respiración es una característica de todos los seres vivos. Consiste en el intercambio de gases que se efectúa por medio de los sistemas respiratorio y circulatorio.

El hombre toma el aire atmosférico mediante la inspiración y lo expulsa, modificado por la expiración.

La inspiración introduce el oxígeno necesario y la expiración elimina el bióxido de carbono, vapor de agua y materia orgánica; ambos movimientos tienen como resultado la transformación de la sangre venosa en sangre arterial, es decir, se produce la hematosis. A estos actos contribuyen los pulmones, nariz, laringe, tráquea, vías respiratorias en general y órganos auxiliares, músculos internos de la pared del tórax y el diafragma.

La respiración está regulada por el centro respiratorio y las fibras nerviosas del sistema nervioso autónomo y la composición química de la sangre.

El centro respiratorio está situado en el bulbo raquídeo, el cual envía nervios motores que promueven la contracción de los músculos respiratorios.

El volumen de aire que ingresa en cada inspiración es de 500 cm³ y hasta 1500 cm³ en la inspiración forzada; el volumen de aire eliminado en cada expiración es menor, quedando en los pulmones una cantidad de aire residual equivalente a 1600 cm³.

Factores que afectan el ritmo de la respiración:

1. Cualquier situación que interfiera con un aporte de oxígeno adecuado.

2. La alteración de la presión atmosférica aumenta el ritmo respiratorio.

3. Cualquier circunstancia que aumente la tasa metabólica.

4. Cualquier esfuerzo aumenta el ritmo metabólico y estimula la respiración.

5. La exposición al frío aumenta la necesidad de oxígeno.

6. La fiebre aumenta el metabolismo, por lo tanto, el ritmo respiratorio.

7. Las drogas aumentan el ritmo y la profundidad de la respiración

8. El proceso digestivo aumenta el metabolismo, necesidad de oxígeno, por lo tanto, el ritmo respiratorio.

9. Las emociones y el júbilo aumentan el metabolismo y las necesidades de oxígeno.

10. La mayoría de las enfermedades aumentan el ritmo respiratorio.

Disminuyen el ritmo y profundidad de la respiración: la atmósfera rica en oxígeno, el descanso, el sueño, la disminución del ritmo metabólico, un ambiente cálido no exagerado, las drogas depresoras de la respiración y la tranquilidad de ánimo.

La enfermera debe observar si aparecen signos de disnea (dificultad para respirar) o apnea (ausencia o cese completo de la respiración), que pueden afectar la inspiración y expiración, o ambas.

La disnea generalmente va acompañada de cianosis generalizada, la cual se aprecia primero en labios. En casos graves, puede observarse en las extremidades, debajo de las uñas y, finalmente, en todo el cuerpo.

Durante la permanencia del paciente en el hospital o bajo la vigilancia de la enfermera en el hogar, los signos vitales se toman por lo menos dos veces al día; pero en situaciones críticas el pulso y la respiración se vigilan constantemente.

Obtención y valoración de la respiración

Son las maniobras que se realizan para percibir la frecuencia, ritmo y amplitud de las respiraciones.

Objetivo

Obtener características de la respiración que indiquen el estado general del paciente, con el fin de brindarle la atención indicada.

Equipo

Reloj con segundero, hoja de registro, pluma o lápiz.

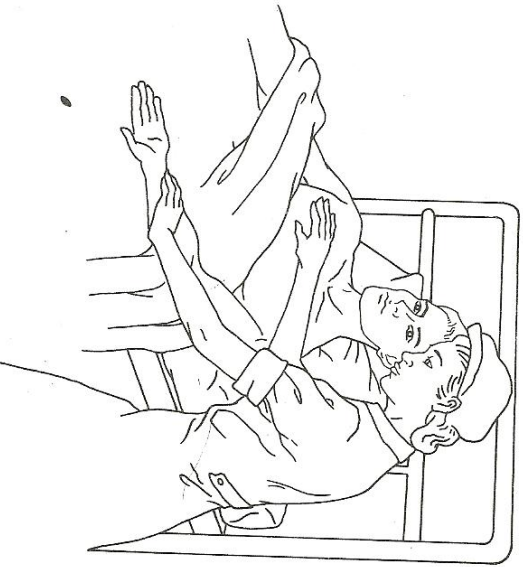
Método

1. Mantener al paciente en reposo total.
2. Sostenerle la muñeca como si se fuese a tomar el pulso.

3. Contar el número de inspiraciones a cada elevación del tórax.
4. Anotar en la hoja de la enfermera la hora, número de respiraciones por minuto y el tipo de respiración.

El número de respiraciones dentro de lo normal de acuerdo con la edad es:

- Recién nacido: 40 a 60 por minuto.
- Preescolar: 30 a 35 por minuto.
- Escolar: 25 por minuto.
- Adulto: 16 a 20 por minuto.



Respiración.

Medidas de control y seguridad

- Tomar pulso y respiración mientras el termómetro marca la temperatura.
- Retener en la memoria los resultados del pulso y respiración mientras se re-
tira y lee el termómetro.
- Hacer inmediatamente el registro de los signos vitales de cada paciente pa-
ra evitar equivocaciones u olvidos.
- Dar aviso al médico, si el número de respiraciones están fuera de los lími-
tes normales.

EVALUACIÓN

- ¿Observé las características de la respiración, la expansión del pecho y abdomen?
- ¿Verifiqué la coloración del paciente?
- ¿Informé de alguna alteración de la respiración presentada por el paciente?
- ¿Hice el registro correspondiente?

Presión arterial

La salud depende de la conservación de la presión dentro de los límites normales, en cualquier punto del sistema vascular.

La presión arterial depende de la fuerza de las contracciones ventriculares, del volumen de la sangre que expulsa el corazón en cada contracción ventricular, de la elasticidad o tono de las paredes musculares de los vasos sanguíneos y del volumen total de sangre circulante y viscosidad de la misma, que a su vez depende del número de glóbulos rojos y la cantidad de proteínas en el plasma. Otro factor es la resistencia de los vasos periféricos; la formación de depósitos en el recubrimiento interno de los vasos sanguíneos disminuye su diámetro, aumentando la resistencia y, en consecuencia, la presión arterial.

La presión arterial es la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos, a medida que pasa por ellos.

La presión sistólica es la presión máxima ejercida por la sangre contra las paredes arteriales, a medida que se contrae el ventrículo izquierdo e impulsa la sangre desde él hacia la aorta; de ahí llega a las grandes arterias, pasa a las más pequeñas: las arteriolas y los vasos capilares. La medida normal es de 120 mm de mercurio en un adulto joven.

La presión diastólica es la presión mínima o el punto en que ésta disminuye cuando el corazón se encuentra en fase de reposo, inmediatamente antes de la contracción del ventrículo izquierdo; normalmente es de 80 a 90 mm de mercurio.

En estado de salud, la presión arterial baja durante los periodos de reposo físico y cuando el individuo está libre de problemas emocionales. Varía con el sexo y con la edad, la posición, de un brazo a otro, de una hora a otra y de un día a otro, baja durante el sueño y aumenta cuando el individuo es afectado por el temor o el enojo, además de con el ejercicio.

Cualquier enfermedad que afecte alguna parte del sistema circulatorio, cualquier estado patológico de las glándulas endocrinas, las drogas, etc., puede ser la causa de una presión arterial anormal.

Cuando la presión arterial es excesivamente alta, siempre existe peligro de una hemorragia por ruptura vascular, puesto que en la cavidad craneal hay menos lugar para que los vasos se dilaten, y es común que se presenten abla-

La hipotensión o presión baja puede ser habitual, temperamental o primaria: se observa en la enfermedad de Addison, en la desnutrición avanzada y como consecuencia de una infección aguda crónica.

Cualquier desviación marcada en la presión debe ser reportada inmediatamente al médico.

Principio. Reconocer a tiempo los cambios en la presión arterial puede salvar una vida.

Medición de la presión arterial

Acto que se realiza para percibir la fuerza con la que el corazón impulsa la sangre sobre las paredes de las arterias.

Objetivo

Verificar la medición de la presión arterial, tomando en cuenta los factores que pueden determinarla y ayudar así al diagnóstico y tratamiento.

Equipo

Esfigmomanómetro y estetoscopio, hoja de registro, lápiz o pluma.

Método

1. Explicar al paciente el procedimiento.
Principio. La reacción emocional, por desconocer el procedimiento, puede elevar la presión y no permitir una lectura precisa.
2. Colocar al paciente en posición cómoda (sentado o acostado), con el brazo apoyado en una superficie firme con la palma de la mano hacia arriba.
Principio. La presión arterial es menor cuando la persona está acostada.
3. Colocar el esfigmomanómetro en posición tal que el nivel del mercurio pueda leerse.
Principio. Colocar el esfigmomanómetro de manera visible asegura la correcta lectura.
4. Colocar el brazalete del esfigmomanómetro alrededor del brazo, tres cm arriba del codo.
Principio. De la correcta posición del brazalete depende la presión que ejerza sobre la arteria humeral.
5. Localizar el pulso humeral con los dedos índice y medio.
Principio. Identificar el sitio de la pulsación más intensa facilitará la lectura de la presión sanguínea.
6. Colocar la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral donde se advirtió el pulso.

Principio. La transmisión del sonido a través del estetoscopio se produce en virtud de que las ondas sonoras pasan por vidrio, líquidos y sólidos.

7. Cerrar la válvula de la pera insufladora y bombear el bulbo del esfigmomanómetro hasta que el mercurio suba aproximadamente 20 mm más del punto donde se anticipa que se obtendrá la presión sistólica.

Principio. La presión que ejerce el brazalete, evita que la sangre fluya a través de la arteria.

8. Aflojar el tornillo del bulbo para dejar salir lentamente el aire, observando el descenso del mercurio; leer el punto en que se escucha el primer ruido correspondiente a la presión sistólica o máxima.

Principio. La presión sistólica es el momento en que la sangre es capaz de abrirse paso a través de la arteria humeral.

9. Continuar con la salida gradual del aire y leer en el esfigmomanómetro cuando se deja de escuchar el último ruido cardíaco, que corresponde a la presión diastólica o mínima; retener las cifras en la mente.

Principio. La presión diastólica es el momento en que la sangre fluye libremente en la arteria.

10. Permitir la salida del aire que quedó en el brazalete.
11. Retirar el estetoscopio y el brazalete, enrollarlo y guardarlo en su estuche.
12. Registrar en la hoja de la enfermera la presión arterial.

Medidas de control y seguridad

- Evitar que la cápsula del estetoscopio toque el brazalete.
- Repetir el método en caso de duda después de dos minutos.
- Tomar la presión arterial en el brazo izquierdo y en el derecho y hacer la comparación.

EVALUACIÓN

- ¿Explicué al paciente en qué consistía el método de tomar la presión arterial?
- ¿Disminuí la tensión emocional del paciente antes de tomarle la presión arterial?
- ¿Hice la lectura precisa de la presión arterial?
- ¿Notifiqué las alteraciones identificadas en las formas de registro clínico?

Cuadro 7.2. Forma de registro para datos de presión arterial.

P. arterial	Sist.						
	Diast.						
Líquidos en 24 hrs.							
Total Orina							
Vómito							
Evacuaciones							
Cuid. grales.							
Actividad							
Dieta							
Peso							
Medicamentos.							
Evolución del paciente							

INFORME DE LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Objetivos

- Identificar las necesidades físicas, sociales, mentales y espirituales del paciente, para darle la atención requerida.
- Registrar diariamente en el expediente el tratamiento dietético, medicamentoso y quirúrgico, llevado a cabo durante la permanencia del paciente en el hospital.

Las anotaciones sobre la evolución de la enfermedad (hechas por el médico tratante y por la enfermera), dan una idea general de los cambios que presentan diariamente el estado de salud del paciente.

El personal de enfermería registra en el expediente los servicios impartidos conforme al plan de cuidados. Es importante que las anotaciones sean significativas y útiles.

Normas para elaborar el informe de Enfermería:

1. Anotar la fecha al empezar el día.
2. Hacer las anotaciones en forma precisa, concreta y clara.
3. Usar la tinta correspondiente para cada turno según lo establecido por la institución de salud.
4. Evitar el uso de símbolos químicos.
5. Usar las abreviaturas y los símbolos aceptados.
6. Usar el nombre genérico de los medicamentos.
7. Observar y reportar reacciones, signos y síntomas del paciente.
8. Poner un signo de interrogación (?) después de una observación dudosa.
9. Llenar el encabezado de todas las hojas al abrir el expediente y cuando se termine una hoja, para seguir con otra.
10. En caso de cometer un error, cruzar la errata con una línea y seguir adelante (no borrar).
11. Es preciso anotar fecha y hora en que se da un tratamiento o medicamento.
12. Firmar las anotaciones con la inicial del nombre y el apellido completo en el margen correspondiente.