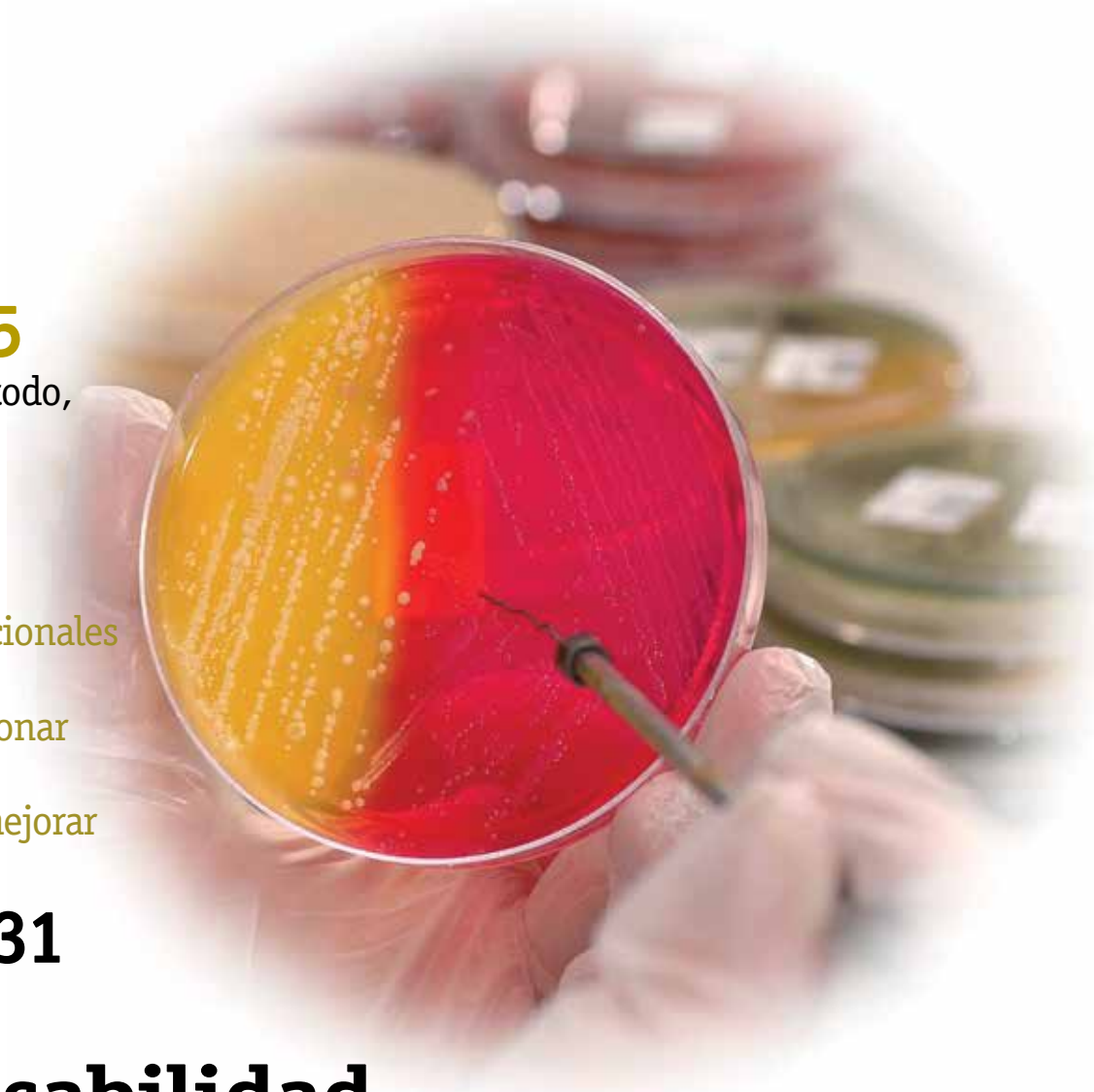
VISIÓN DE
enfermería
ACTUALIZADA
VeA
JUNIO **2018** | AÑO **15** | NÚMERO **54**



Seguridad y Enfermería: ante todo, no hacer daño PÁG **15**

Experiencias emocionales en pacientes con tuberculosis pulmonar y herramientas de Enfermería para mejorar la adherencia al tratamiento PÁG **31**

Responsabilidad profesional, obligaciones y derechos del Enfermero

PÁG **19**

Adecra+Cedim

Baño Fácil

SOAP'N EASY ®

Paño jabonoso para la higiene personal

www.EstrategicaWeb.com.ar

Mejore su calidad de vida

- Limpieza completa, rápida, simple y efectiva
- Mejora la calidad de vida
- Evita derrames de agua
- Suaviza y perfuma sin irritar
- Fácil de usar para la higiene personal o de terceros

NO NECESITA ENJUAGUE

En sólo tres pasos un baño completo. Un paño alcanza para higienizar una persona adulta.

AHORRAR agua es cuidar EL PLANETA

Utilizados en las principales clínicas y sanatorios del país

Distribución directa en Capital y GBA. Distribuidores en el interior

(011) 4641-2046 / 4644-3023 | bfacil@bfacil.com.ar - www.bfacil.com.ar

LABORATORIOS DIRAL SRL

Sumario

5 | EDITORIAL

7 | INFORME 1
El uso de la simulación en la enseñanza de Enfermería
Prof. Licenciada Carla Prudencio

15 | SEGURIDAD
Seguridad y Enfermería: ante todo, no hacer daño
Juan Pablo Pérez

19 | INFORME 2
Responsabilidad profesional, obligaciones y derechos del Enfermero
Lic. Zulma Silva

24 | GACETILLA
El sector prestador de la salud privada se hizo oír

27 | FICHA 53
Manejo de la extravasación de citostáticos
Lic. Prof. Walter Leguizamón

31 | INFORME 3
Experiencias emocionales en pacientes con tuberculosis pulmonar y herramientas de Enfermería para mejorar la adherencia al tratamiento
Lic. Gabriel Joel More

45 | INFORME 4
Creencias y prácticas culturales de autocuidado en el proceso del embarazo de mujeres de la comunidad originaria Río Blanquito
Lic. Valeria del Carmen Carrizo/Hugo Darío Iriarte Sánchez/Catalina Farfán/ Alejandra Bergagna

48 | **Conversaciones con la enfermera**
Noemí Cabrera

49 | INFORME 5
Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB)
Lic. Romina Ledesma

STAFF

DIRECCIÓN
Prof. Lic. Miriam Cañete

COORDINACIÓN EDITORIAL
Alejandra Fuente

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN
Prof. Magdalena Villaverde

JEFA DE REDACCIÓN
Lic. Maria del Valle Correa Rojas

COMITÉ EDITORIAL
Lic. Mercedes Sosa
Lic. Walter Leguizamón

EDICIÓN
Susana Prieto

Adecra
Montevideo 451 - Piso 10º (C1059ABI)
C.A.B.A. Argentina
Tel: (011) 4374-2526 Fax: 4375-2070
www.adecra.org.ar
www.enfermeria.adecra.org.ar
e-mail: revistavea@adecra.org.ar

Esta publicación es propiedad de:
Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina

Autorizada su reproducción mencionando la fuente.

Registro de Propiedad Intelectual Nº 399943
ISSN: 1669-385X
Base de datos de indexación:
CUIDEN - Tipo de indexación: EC-E
EBSCO

Periodicidad trimestral
(marzo, junio, septiembre y diciembre)

AÑO 15 | Nº 54 | JUNIO 2018

CONSULTORES ESPECIALISTAS

Aspectos legales de la profesión: Lic. Elena Perich, Secretaria General de FAE, Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Buenos Aires • Enfermería en Control de Infecciones: Lic. Stella Maimone, Asesora de la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones (AADECI), Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Enfermería en Cuidados Paliativos: Lic. Marta Junín, Coordinadora de Grupo de Trabajo -Cuidados Paliativos- Hospital de Gastroenterología B. Udaondo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Enfermería Laboral: Lic. Sofía Pagliero, AECAF (Asociación de Enfermería de Capital Federal) • Enfermería Médico-Quirúrgica: Mg. Carmen del Pilar Santesteban, Directora del Programa de Educación a Distancia, Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, Provincia de Santa Fe. • Enfermería Oncológica: Lic. Silvina Estrada de Ellis, Jefa del Departamento de Enfermería de FUNDALEU, Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Informática en Enfermería: Lic. Hugo Leoncio, Presidente de la Asociación de Informática en Enfermería de la República Argentina (ADIERA) • APS, Atención primaria y epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación, Lic. Analía Aquino.

CORRESPONSALES EN EL PAÍS: Lic. Maria del Valle Correa Rojas 0387 4397469 - celular 387 4154461 / Lic Javier Rosas 387 4095742 **CATAMARCA (CAPITAL):** Lic. Estrella Tillar. Tel. (03833) 427839 (de 7:00 a 11:00). **CÓRDOBA (CAPITAL):** Lic. Eduardo Giuliani. Tel. (0351) 4616362. **CHACO (RESISTENCIA):** Enf. Lidia Muñiz de López. Tel. (03722) 425050 int. 118. **FORMOSA (CAPITAL):** Lic. Elisa Acosta. Tel. (03717) 433651. **PROVINCIA DE BUENOS AIRES (LA PLATA):** Lic. Juana Lucila Ayala Rosa. Tel. (0221) 4220234 (desde las 18:00). **MENDOZA (GUAYMALLÉN):** Lic. María Rosa Reyes. Tel. (0261) 4215570. **MISIONES (POSADAS):** Lic. Carmen Grittis. Tel. (03752) 428117. **SALTA (CAPITAL):** Lic. María del Valle Correa Rojas. Tel. (0387) 4225426 **CONCORDIA (ENTRE RÍOS):** Lic. Rosana Firpo. Tel. (02966) 15598681/ (02966) 433592. **SANTIAGO DEL ESTERO (CAPITAL):** Lic. Mariano Aníbal Chávez. Tel. (0385) 4509574. San Juan (Capital): Lic. Mabel Lucía Naveda de Torres. Tel. (0264) 4214370. **SAN LUIS (CAPITAL):** Lic. Mónica Soto Verchér. Tel. (802652) 435837. Fax (02652) 431354. **TUCUMÁN (SAN MIGUEL):** Lic. Natividad Díaz de Pacheco. Tel. (0381) 4272728. **COLEGIO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE JUJUY:** Tel. (0388) 4232910 / (0388) 154-387557 - Vicky Argañaraz - Capital Federal -Tel. 4833-4834. Nelly Guerrero (Salta) 0387-4341788. Rubén Siorto - Venado Tuerto (Santa Fe) Tel. 03462-425490 / 03462-15667838. Enfermería de Alto Riesgo. **SALTA CAMPO QUIJANO:** Lic. Rosaria Francisca Gerónimo - 387 5025790

EN EL EXTRANJERO: COLOMBIA (BOGOTÁ): Enf. Sonia Pimiento. Tel. 571-629-0766. **CHILE (SANTIAGO):** Lic. Celsa B. Parrau Tejos. Telefax 6347438. **MÉXICO DF (CAPITAL):** Lic. Claudia Alarcón Morales. Tel. 53-413157. **URUGUAY (MONTEVIDEO):** Lic. Amanda Serrón. Telefax 598023 085866 (de 8:00 a 11:00). **URUGUAY (MONTEVIDEO):** Lic. Teresa Estela Delgado González. Tel. 659-6007.

Editorial

Con el tiempo hemos avanzado como profesionales de la salud. Hoy hablamos de cuidados centrados en la familia, de seguridad de pacientes, de calidad, de enfermería especializada, de intervencionismo, de tecnología, de ecología, de ciencias alternativas, etc. Entendimos que la enfermería cruza transversalmente muchas otras disciplinas y áreas temáticas de las que se nutre, desplegando un conocimiento enriquecido que abre muchas posibilidades de mejora en relación al tratamiento de las personas que requieren cuidados. Entonces, ¿cuál es escenario actual que nos ofrece nuestra profesión, además del trabajo asistencial? ¿qué podemos y cuánto podemos hacer las/os enfermeras/os para inferir en esta realidad cambiante y que avanza a pasos agigantados?

Las enfermedades son expresiones o consecuencias, en muchos casos, del enfoque cultural, social, político y económico de las poblaciones en las distintas regiones del mundo. Los sistemas de abordaje de la salud son tan variados como países y lugares se encuentren, según demuestran constantemente múltiples indicadores. A partir de estos datos, debemos dirigir la mirada hacia objetivos concretos de acciones que promuevan la educación sanitaria, la asistencia eficiente en el sistema de atención, la prevención primaria y comunitaria, las oportunidades de mejora para los lugares en emergencia sanitaria, el tratamiento efectivo para las enfermedades prevalentes en las distintas regiones, entre otros. Aquí es muy importante que las/os profesionales de enfermería integren los equipos de los niveles de decisión, aportando su experiencia, sus opiniones creativas y su conocimiento que ha sido y es integrador en base a la formación multidisciplinar que la caracteriza.

La capacidad que existe en nuestra profesión para poder asumir el liderazgo de los cuidados en todas sus dimensiones es inconmensurable y estamos haciéndolo realidad desde la participación que tenemos en distintos ámbitos posibles. Esta visión de nuestra profesión y sus posibilidades es reveladora en estos tiempos.

Prof. Lic. Miriam Cañete
Directora

CURSOS 2018 Adecra+Cedim

INFORMES E INSCRIPCIÓN: ***(011) 4374-2526 / capacitacion@adecra.org.ar***
alejandrafuente@adecra.org.ar

CURSO DESCRIPCIÓN DE PUESTOS

Jueves 19 de julio de 10 a 13 hs.
Lugar: Auditorio ADECRA - Montevideo 451 10°, CABA.
Arancel para socios ADECRA+CEDIM: $1.800.-
Arancel para no socios: $2.600.-

CAPACITACIÓN PARA TÉCNICOS EN RADIOTERAPIA

MEVATERAPIA CENTRO MÉDICO

Adecra+Cedim

Del 2 de agosto al 24 de noviembre
Jueves de 19 a 21 hs (en Mevaterapia - Perón 3937) y Sábados de 10 a 12.30 hs (en Adecra - Montevideo 451 9° piso)
Arancel: 4 cuotas de $1.200.-
Matrícula: $720.-

CURSO DE LIMPIEZA DE SUPERFICIES

Disertante: Lic. Stella Maimone
Del 9 de agosto al 13 de septiembre
Jueves de 10 a 12 hs
Lugar: Auditorio ADECRA - Montevideo 451 10°, CABA.
Arancel: $2.300.-

CURSO DE ÉTICA Y ASPECTOS LEGALES EN ENFERMERÍA

Docente: Lic. Mario Coria
Del 5 de septiembre al 31 de octubre
Miércoles de 15.30 a 17.30 hs
Lugar: Auditorio ADECRA - Montevideo 451 10°, CABA.
Arancel: $1.500.-

CURSO DE ASSESSMENT CENTER

Técnicas para evaluar recursos y potencial para la gestión

Jueves 27 de septiembre de 10 a 13 hs.
Lugar: Auditorio ADECRA - Montevideo 451 10°, CABA.
Arancel para socios ADECRA+CEDIM: $1.800.-
Arancel para no socios: $2.600.-

El uso de la simulación en la enseñanza de Enfermería

Licenciada Carla Prudencio

Por sus múltiples beneficios, la simulación clínica se presenta como una estrategia educativa adecuada y necesaria para la capacitación y el entrenamiento de los profesionales enfermeros.

INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho universal que requiere de recursos humanos competentes. En un sistema de salud cada vez más complejo y dinámico es necesario garantizar una atención segura y de calidad para las personas. La directora de la OMS, Dra. Margaret Chan (2011) afirma que los profesionales de la salud se enfrentan diariamente al enorme desafío de un entorno sanitario hostil y demandante, en el que lamentablemente ocurren eventos adversos o daños involuntarios en el paciente como consecuencia de errores humanos. Frecuentemente se presentan situaciones de difícil abordaje que requieren de profesionales con una gran capacidad de resolución de problemas y de toma de decisiones de forma inmediata. Se precisa, en definitiva, personas eficientes, reflexivas y capaces de brindar la atención correcta en el momento adecuado.

Por otra parte, las cifras presentadas por el Instituto de Medicina de los EE.UU. en el año 2000 sobre la mortalidad de pacientes asociados a errores médicos entendidos como errores vinculados al cuidado de la salud (Kohn, Corrigan y Donaldson, 2000) han originado la necesidad de mejorar la educación y capacitación de los profesionales sanitarios.

Dado que los profesionales de enfermería representan la fuerza de trabajo de mayor proporción en el sistema de salud, su capacitación y entrenamiento resultan imprescindibles en la búsqueda de la mejor calidad de atención. Actualmente existen numerosas estrategias educativas capaces de favorecer la adquisición de las competencias profesionales

* Coordinadora Educación Continua Enfermería
Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan

específicas y la formación continua de los diferentes recursos humanos en salud, entre las que se encuentra la simulación clínica. Definida como una estrategia capaz de replicar una situación clínica sin poner en riesgo la salud o la vida del paciente, se presenta como una estrategia adecuada para el entrenamiento y la capacitación de los profesionales sanitarios con el fin de favorecer una práctica profesional más segura. Utilizada en otras áreas del saber con muy buenos resultados, la simulación se presenta como una gran oportunidad educativa en el área de la salud en el marco del paradigma global de la seguridad del paciente.

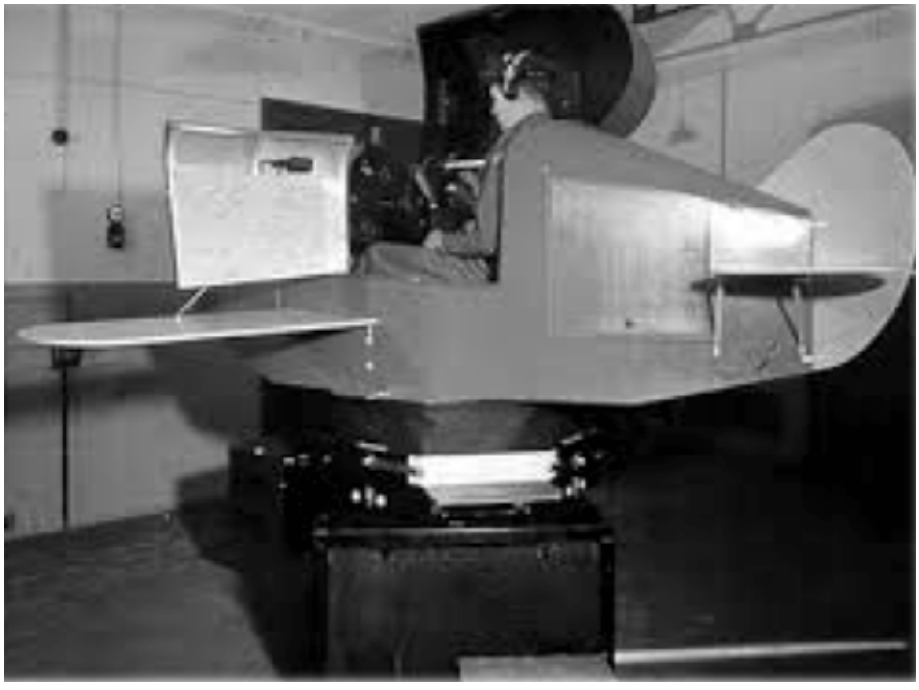
SIMULACIÓN

La simulación, entendida como la "acción de simular, es decir de representar algo fingiendo o imitando lo que no es" (RAE, 2014), ha sido utilizada en diferentes contextos y con propósitos variados a lo largo de los años. Mientras que en el teatro se busca la diversión y el entretenimiento de los espectadores, en áreas como la ingeniería aeronáutica, ingeniería nuclear y las ciencias de la salud, su utilización tiene como objetivo la capacitación, el entrenamiento y la prevención de errores críticos.

El uso de esta herramienta con fines educativos se remonta a 1920. En la industria aeronáutica, el primer simulador de vuelo fue desarrollado por Edwin A. Link en 1929 y se denominó "Link trainer" (Guerra, 2013; Durá Ros, 2013). Pero es recién luego de la Segunda Guerra Mundial cuando se incrementa la utilización de la simulación en el área de la ingeniería aeronáutica debido a los numerosos accidentes por causas humanas registrados entre 1940 y 1990. Los porcentajes de los accidentes se lograron reducir de 65-70% a 30% en los años 90. Esta importante y notoria disminución se atribuyó a la incorporación de los simuladores de vuelo para el entrenamiento de los pilotos en la toma de decisiones y la resolución de posibles complicaciones durante los años 80 (Rubio-Martínez, 2012). Así, la simulación es utilizada hasta hoy para el entrenamiento de pilotaje y para la capacitación de los profesionales en el manejo de nuevos modelos de aviones (Palés Argullós y Gomar Sancho, 2010).

Por otra parte, en el ámbito de la ingeniería nuclear, la simulación se utiliza para el conocimiento de reactores y sus riesgos potenciales, así como también para el ensayo del comportamiento a seguir en caso de una crisis nuclear.

La simulación en el área de las Ciencias de la Salud, denominada "simulación médica o clínica", es entendida como el proceso que permite reproducir o representar el entorno clínico, en forma parcial o total, con el objetivo de capacitar, entrenar o evaluar a las personas ya sea de forma individual o grupal (Durá Ros, 2013; Rubio-Martínez, 2012). Decker (2012) señala que la simulación consiste en el desarrollo de situaciones similares a las de la vida real a través de diferentes recursos materiales que brindan a quien participa, ya sea estudiante o profesional, la posibilidad de aprender habilidades específicas y/o competencias técnicas, procedimentales y profesionales como el trabajo en equipo, la capacidad de comunicación y argumentación, la toma de decisiones y el pensamiento crítico. Por su parte, Gaba (2004) considera que la simulación es una técnica que permi-



"Link Trainer" (1929)

te ampliar las experiencias que tienen los profesionales con los pacientes reales mediante prácticas guiadas artificialmente que reproducen aspectos sustanciales del mundo real.

El uso de la simulación con fines educativos en las diferentes áreas del saber permite el entrenamiento y la capacitación en seguridad y prevención de errores críticos. Lo que se pretende es que el profesional "practique" en un entorno seguro para sí mismo y para quienes se ven afectados por su desempeño profesional.

Sin duda, los profesionales de la salud tienen la misma necesidad de entrenamiento y capacitación continua que otros profesionales cuyo trabajo supone un riesgo para la vida de las personas. En este sentido, la simulación clínica resulta una estrategia idónea para alcanzar este objetivo y lograr que los profesionales sean capaces de brindar una atención segura y de calidad, disminuyendo al máximo las posibilidades de cualquier evento adverso.

EVOLUCIÓN DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA

La simulación clínica utilizada como estrategia de capacitación y entrenamiento de los profesionales de la salud no es nueva. Nace a comienzos del siglo XX, pero en los últimos veinte años ha cobrado un papel preponderante en la formación básica y continua de estos profesionales como respuesta a la necesidad de disminuir los eventos adversos y los accidentes asociados a la atención de los pacientes. Así, a lo largo de los años se han utilizado diferentes recursos materiales que han evolucionado progresivamente (Rubio-Martínez, 2012). A principios de los años 60 un creador de muñecos de plástico de origen noruego, Asmund Laerdal, diseñó el primer simulador denominado "Resusci-Anne" para la práctica de la respiración boca a boca y las compresiones torácicas, que permitió el entrenamiento de las maniobras básicas de la reanimación cardiopulmonar o RCP (Rubio-Martínez, 2012). Este simulador ha sido el primero de numerosos maniquíes y materiales cada vez más sofisticados de la empresa Laerdal para la simulación clínica que se utilizan en la actualidad.

También alrededor de los años 60, la anestesiología aparece como pionera en el ámbito de la salud en el desarrollo de muñecos. El primer maniquí para el entrenamiento de reanimación cardiopulmonar controlado por una computadora y con ruidos respiratorios y cardíacos llamado "Sim One", fue elaborado en la Universidad del Sur de California por el ingeniero Dr. Stephen Abrahamson y el Dr. Judson Denson. Este maniquí había sido desarrollado con el propósito de facilitar el entrenamiento de residentes en el proceso de inducción anestésica pero debido a diferentes motivos, nunca llegó a comercializarse (Rubio Martínez, 2012).

Resusci Anne (1960) - Laerdal

Sim One (1960)
Dr. Abrahamson- Dr. Denson. Universidad del Sur de California

En el año 1968 aparece "Harvey", un simulador que no sólo tenía ruidos cardíacos normales y patológicos, sino que también permitía el control de la tensión arterial por el método auscultatorio. Recién en el año 1987 se comercializa el primer maniquí denominado C.A.S.E. (Comprehensive Anesthesia Simulation Enviroment) desarrollado por el Dr. Gaba junto a sus colegas de la Universidad de Standford. Este nuevo modelo de maniquí replicaba las características anatómicas y los procesos fisiológicos de una persona, por lo que permitía el estudio y manejo del comportamiento humano durante la anestesia. A partir de la utilización de este maniquí se origina el concepto de "anesthesia crisis resource management (ACRM)" o manejo de recursos en crisis anestésicas, tomado del ámbito de la aviación, que permite el entrenamiento de los profesionales en la toma de decisiones en situaciones de crisis, en este caso en el ámbito de la anestesiología (Rubio-Martínez, 2012). Recién alrededor de los años 90 surgen los maniquíes de origen europeo, también en el campo de la anestesiología (Palés Argullós y Gomar Sancho, 2010).

En el año 1874 Florence Lees, que trabajó para Florence Nightingale en el relevamiento de datos sobre la formación de profesionales de enfermería en Londres, señalaba que toda escuela de enfermería debía contar con un maniquí, modelos de piernas y brazos para la práctica de vendajes y los cuidados básicos del paciente (Nehring, 2010). Pero recién en 1911 aparece el primer maniquí para la enseñanza de enfermería en Connecticut, EE.UU. conocido como "Mrs. Chase" y llamado por los estudiantes como Josephine o Arabella. Dicho maniquí tenía el tamaño de una persona real y fue producido por la empresa de muñecas M. J. Chase. Su producción fue solicitada por la Sra. Lauder Sutherland, quien era la Directora del Hartford Hospital Training School. Esta mujer creía que el muñeco era de gran utilidad para las estudiantes de enfermería ya que podían practicar diferentes habilidades de cuidado sin generar daño en "la paciente". Posteriormente,

Mrs. Chase ha tenido diferentes versiones que ampliaron sus posibilidades didácticas hasta alcanzar incluso modelos pediátricos, de recién nacidos y versiones masculinas (Durá Ros, 2013; Krohn Herrmann, 2008; Nehring y Lashley, 2010). En la década de los años 60, la creación del simulador "Resusci Anne" facilitó el entrenamiento en las maniobras de la reanimación cardiopulmonar (Nehring y Lashley, 2010) y en la década de los años 90, surgen los modelos de partes o "part task trainers" destinados al aprendizaje y entrenamiento de diferentes habilidades básicas asociadas al cuidado.

Actualmente conviven en el mercado diferentes tipos de recursos que permiten implementar la simulación. El Dr. Amitai Ziv, líder mundial en este ámbito, los agrupa en 5 categorías:

Simuladores de partes o "part task trainers"	Son modelos que representan alguna parte del organismo por lo que permiten el aprendizaje y entrenamiento de habilidades psicomotoras básicas y procedimientos de baja complejidad. Ejemplo de este tipo de simuladores son: una cabeza para la intubación orotraqueal, una pelvis para la colocación de una sonda vesical o un brazo para la extracción de sangre venosa o arterial (Durá Ros, 2013; Corvetto et al., 2013; Maran y Glavin, 2003).
Pacientes simulados o estandarizados	Son actores que representan a un paciente, por lo que permiten el entrenamiento en habilidades como anamnesis, comunicación y examen físico (Nehring, 2010). Se utilizan hace muchos años en el campo de las ciencias de la salud, fundamentalmente en la formación básica, ya que pueden replicar adecuadamente la situación de un paciente (Palés Argullós y Gomar Sancho, 2010).
Simuladores virtuales	Son programas informáticos que presentan diferentes situaciones habitualmente relacionadas con la fisiología o con la farmacología, con el objetivo de favorecer el entrenamiento en la toma de decisiones (Maran y Glavin, 2003; Palés Argullós y Gomar Sancho, 2010). Estos programas informáticos también son conocidos como "computer assisted instruction".
Simuladores de tareas complejas	Son modelos electrónicos, informáticos y mecánicos con un gran realismo que mediante una realidad tridimensional permiten el aprendizaje y entrenamiento de habilidades complejas. Son utilizados principalmente en el área de cirugía laparoscópica y endoscopía (Maran y Glavin, 2003). Habitualmente son modelos que ofrecen una realidad virtual y un sistema háptico. Este sistema es capaz de detectar con precisión la presión que se ejerce en cada maniobra (Durá Ros, 2013), como por ejemplo en la simulación táctil.
Simuladores de pacientes completos	Son modelos de tamaño real, que mediante el uso de tecnología replican la anatomía y los procesos fisiológicos de la persona. Pueden reproducir una situación clínica compleja de tal forma de facilitar el aprendizaje de su manejo y el entrenamiento en el trabajo en equipo. Por su realismo o similitud con la persona real, permiten que los profesionales se comporten como lo harían en el ámbito clínico verdadero (Maran y Glavin, 2003; Palés Argullós y Gomar Sancho, 2010).

Ahora bien, para la implementación de la simulación clínica no todo son los simuladores. En la medida en que es entendida por Bradley (2006) como una técnica que imita una situación o un proceso a través de una situación o proceso análogo adecuado, el entorno y los recursos del mismo no pueden ser considerados aspectos menores. Así, la "ambientación" del entorno para que el ámbito en el que se desarrolla la simulación reproduzca el ámbito clínico hospitalario resulta un aspecto importante. Esto supone, por ejemplo, contar con equipos específicos y material descartable de uso habitual en el área que se quiera representar. Es decir que si se pretende desarrollar una situación de emergencia en un quirófano, es necesario contar con una lámpara sialítica, una mesa de cirugía, un monitor multiparamétrico, un respirador, campos estériles, material quirúrgico específico, etc. De lo contrario, se podrá tener un maniquí de gran realismo pero que no logra "situar" al profesional en dicho ámbito y, por lo tanto, reduce el impacto educativo de la estrategia.
El grado de realismo o semejanza con la realidad que puede tener un modelo o experiencia educativa mediante la simulación colabora con lo que se conoce como "fidelidad" (Dávila-Cervantes, 2014; Corvetto et al., 2013). De aquí se desprenden los conceptos de baja y alta fidelidad en simulación:
Debido a que la simulación permite trabajar con una gran variedad de objetivos de capacitación de los profesionales de la salud, resulta fundamental que éstos sean específicos, concretos y adecuados para los diferentes profesionales sanitarios que participen.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA

La evidencia actual señala que la utilización de la simulación clínica posee numerosos beneficios en la capacitación y entrenamiento de los profesionales. Entre otros, ha demostrado ser de utilidad para mejorar el aprendizaje de habilidades específicas, la comunicación y el trabajo multidisciplinario, así como también disminuir el estrés durante algunos procedimientos (Corvetto et al., 2013). Amaya Afanador (2007) considera que ofrece la posibilidad de practicar procedimientos poco frecuentes y equivocarse sin producir daño al paciente, lo que origina sentimientos de confianza y seguridad en quienes participan. Según Ziv et al. (2003) el uso de la simulación permite el aprendizaje de la gestión de los errores y la cultura de la seguridad del paciente. Por ejemplo, un estudio multicéntrico señaló que equipos del servicio de emergencias lograron disminuir las tasas de error clínico del 30,9% al 4,4% al mejorar el trabajo en equipo y el desempeño profesional mediante el entrenamiento por simulación (Morey et al., 2002).
Por otra parte, algunos autores señalan que la simulación clínica también posee algunas limitaciones. Además de que la implementación de esta estrategia supone costos económicos no menores, se considera que no puede reproducir todas las situaciones clínicas posibles como inflamaciones, edemas, alteraciones en la coloración de los piel, entre otras. No obstante, la evidencia muestra que son mucho mayores los beneficios que los perjuicios en

Simulación de baja fidelidad	Se implementa con simuladores de partes principalmente y permite la adquisición de habilidades psicomotoras básicas. Por ejemplo, una simulación de este tipo puede tener como objetivo la adquisición de la habilidad para realizar una intubación orotraqueal sin errores. Para ello sólo es necesario contar con los elementos específicos para una intubación orotraqueal y una cabeza de intubación específica.
Simulación de alta fidelidad	Utiliza maniquíes sofisticados y de gran realismo que permiten trabajar con situaciones específicas y/o de mayor complejidad, por lo que favorecen el entrenamiento de competencias complejas y el manejo de situaciones críticas. Por ejemplo, se podría replicar en el simulador una situación de arritmia que requiera una desfibrilación para entrenar al profesional en los siguientes aspectos: la toma de decisiones vinculada al tratamiento específico, la comunicación efectiva, el liderazgo que asume dentro del equipo de salud, etc.

términos de capacitación y entrenamiento de los profesionales y la búsqueda de la seguridad de los pacientes.

La simulación ofrece la posibilidad de repetir una situación, incluso compleja y poco frecuente, de manera ilimitada en un entorno seguro, lo que multiplica las oportunidades de aprendizaje y entrenamiento de los profesionales.

ASPECTOS CLAVES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA

En primer lugar, para poder implementar la simulación clínica se requiere una política institucional clara y definida en la importancia de la capacitación y entrenamiento continuo de los profesionales para lograr una atención sanitaria segura y de calidad. Además, resulta indispensable tener en cuenta que la simulación clínica no puede reducirse a los recursos materiales disponibles sino que debe ser entendida como una estrategia educativa capaz de facilitar el entrenamiento y la capacitación de los distintos profesionales sanitarios.

Como cualquier otra estrategia educativa, debe ser implementada con objetivos educativos claros, concretos y específicos, de lo contrario se estaría menospreciando todo el potencial pedagógico irremplazable de la simulación a un costo muy elevado.

Por otro lado, se requieren recursos materiales específicos y un entorno adecuado capaz de reproducir o representar de la mejor manera la realidad del entorno clínico. Asimismo para poder implementar la simulación clínica es necesario también contar con una mínima estructura de recursos humanos encargados de velar por el mantenimiento de los equipos, la organización de las actividades de capacitación, el diseño y desarrollo de las mismas, entre otras tareas.

En la medida en que la simulación como estrategia educativa se fundamenta en la teoría del aprendizaje experiencial, entre otras teorías educativas, resulta muy importante proteger un tiempo de reflexión posterior a la experiencia (en la simulación de alta fidelidad) conocido como "debriefing", en el que se proporciona retroalimentación sobre el desempeño de los participantes, se señalan los aspectos positivos y se promueve el pensamiento reflexivo. De esta forma, se identifica el "debriefing" de la simulación con lo que Schön llama "reflexión sobre la acción" o "reflection on action", cuyo propósito es analizar y criticar una situación o evento para descubrir nuevas interpretaciones y poder aplicar el nuevo conocimiento en un futuro.

Este momento de reflexión se comporta como un componente decisivo para la transformación de la experiencia de simulación en una experiencia de aprendizaje y entrenamiento capaz de trasladarse a la vida real.

Para ello, resulta necesario contar con profesionales que sean capaces de guiar esta reflexión y hacer de esta experiencia de entrenamiento una experiencia capaz de modificar o confirmar las conductas de los profesionales participantes con el único propósito de velar por una atención de calidad y la seguridad de los pacientes.

CONCLUSIONES

Probablemente todos coincidimos en que el sistema de salud actual requiere profesionales competentes, capaces de brindar un cuidado seguro y de calidad. En este sentido, la simulación clínica se presenta como una estrategia educativa adecuada y necesaria para la capacitación y el entrenamien-

to de los profesionales de enfermería debido a sus múltiples beneficios.

El aumento en la variedad, complejidad y realismo de los recursos y sus crecientes posibilidades pedagógicas, así como el incremento progresivo de la investigación en simulación, manifiestan la fase de consolidación que atraviesa esta estrategia de enseñanza aplicada a las Ciencias de la Salud (Corvetto et al., 2013). Sin duda, el auge de la simulación clínica de los últimos años se debe a la enorme posibilidad que brinda para el entrenamiento y la capacitación en seguridad y la prevención de errores críticos (Galindo López y Visbal Spirko, 2007; Palés Argullós y Gomar Sancho, 2010).

Aunque la implementación de la simulación clínica requiera la consideración de diferentes aspectos, la vida y la salud de los pacientes justifican sobremanera el uso de esta estrategia. Así como el uso en otras disciplinas, como la ingeniería aeronáutica y/o nuclear, se justifica por el enorme impacto que puede tener un error en el desempeño de dichos profesionales, debería ocurrir lo mismo en el ámbito de la Ciencias de la Salud en general y en la formación de los profesionales de enfermería en particular. Ojalá no se requieran más investigaciones o informes de la cantidad de muertes evitables producidas por errores prevenibles, para que las instituciones de salud se decidan a implementar la mejor evidencia en términos de prevención de los mismos y promoción de la seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

— Amaya Afanador, A. (2007) "Simulación clínica en el contexto de la educación, comunicación y cultura". Consultado en:

http://www.alasic.org/documents/documentos/1256744683ensayo-simulacif3n-educacif3n-comunicaci

— Bradley, P. (2006) "The history of simulation in medical education and possible future directions" [en línea], Medical Education, 40(3), 254-62. Consultado desde: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16483328

— Corvetto, Marcia; Bravo, María Pía; Montaña, Rodrigo; Utili, Franco; Escudero, Eliana; Boza, Camilo; Varas, Julián y Dagnino, Jorge (2013), "Simulación en educación médica: una sinopsis" [en línea], Revista Médica de Chile, 141, 70-79. Consultado desde: http://revmedchile.org/flips/Revista-Medica-de-Chile-Enero-2013/index.html#/74/

— Dávila-Cervantes, Andrea (2014), "Simulación en educación médica" [en línea], Investigación en Educación Médica, 3(10), 100-105. Consultado desde: http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/A3Num10/06_AR_SIMULACION_EN_EDUCACION.PDF

— Decker, Sharon (2012), "Simulations: Education and ethics", en Pamela Jeffries (ed.), Simulation in Nursing Education from conceptualization to evaluation. New York: Laerdal Medical Corporation, pp. 13-23.

— Dieckman, Peter (ed.), (2009), Using simulation for education, training and research. Alemania, Pabst Science Publishers.

— Durá Ros, María Jesús (2013), "La simulación clínica como metodología de aprendizaje y adquisición de competencias en enfermería" (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología) Consultada desde: http://eprints.ucm.es/22989/1/T34787.pdf

— Gaba, David (2000), "Anesthesiology as a model for patient safety in health care" [en línea], British Medical Journal, 320 (7237), 785-788. Consultado en:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117775/

— Gaba, David (2004), "The future vision of simulation in health care" [en línea], Quality & Safety in Health Care, 13(Suppl 1), 2-10. Consultado en:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765792/

— Galindo López, Jaime; Visbal Spirko, Lila (2007), "Simulación, herramienta para la educación médica" [en línea], Salud, Barranquilla, 23(1), 79-95. Consultado en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522007000100009&lng=es

— Guerra, Adrián (2013), "Simulación de vuelo: un poco de historia". Consultado desde: http://www.hispaviacion.es/articulos/adrian1.html

Kohn, Linda; Corrigan, Janet y Donaldson, Molla (eds.) (2000), To err is human: building a safer health system. Washington, National Academy Press.

— Krohn Herrmann, Eleanor (2008), "Remembering Mrs. Chase". Consultado en:

http://www.nsna.org/Portals/0/Skins/NSNA/pdf/Imprint_FebMar08_Feat_MrsChase.pdf

— Maran Nicola, Glavin Ronnie (2003), "Low – to high–fidelity simulation – a continuum of medical education?" [en línea], Medical Education, 37(Suppl 1), 22-28. Consultado en:

http://www.rakos-helsevest.no/doc/medical-educ-2003-37-suppl-1-pp22-28.pdf

— Morey, John; Simon, Robert; Jay, Gregory; Wears, Robert, Salisbury, Mary; Dukes, Kimberly y Berns, Scott (2002), "Error reduction and performance improvement in the Emergency Departament through formal teamwork training: evaluation results of de MedTeams Project" [en línea], HSR Health Services Research, 37(6), 1553-1581. Consultado en:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1464040/pdf/hesr_01104r.pdf

— Nehring, Wendy (2010), "History of simulation in nursing", en Wendy Nehring y Felissa Lashley (eds.), High-fidelity patient simulation in nursing education. Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers, pp. 3-26.

— Nehring, Wendy y Lashley, Felissa (2010), High-fidelity patient simulation in nursing education. Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers.

— Palés Argullós, Jorge y Gomar Sancho, Carmen (2010), "El uso de las simulaciones en Educación Médica", Teoría de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información, 11(2), 147-169. Consultado en:

http://campus.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/revistatesi/article/view/7075/7108

— RAE (2014). Diccionario de la lengua española (22ª. Ed.). Madrid, Espasa. Consultado desde: http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae

— Rubio-Martínez, Rodrigo (2012), "Pasado, presente y futuro de la simulación en anestesiología" [en línea], Revista Mexicana de Anestesiología, 35(3), 186-191. Consultada en: http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2012/cma123d.pdf

— Ziv, Amitai; Wolpe, Paul; Small, Stephen y Glick, Shimon (2003), "Simulation-based medical education: An ethical imperative" [en línea], Academic Medicine, 78(8), 783-788. Consultado en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12915366

Seguridad y Enfermería: ante todo, no hacer daño

Juan Pablo Pérez*

Para brindar cuidados más seguros y de alta calidad es indispensable contar con personal debidamente calificado, con el propósito de que aquellas acciones que están dirigidas a cuidar no representen una amenaza.

INTRODUCCIÓN

En el contexto de la práctica de Enfermería, el error puede conducir a eventos adversos que son definidos como "los daños causados al paciente por un procedimiento cuyo resultado no es atribuible a la enfermedad o condición de salud que originó la búsqueda de atención".

Teniendo en cuenta que 1 de cada 10 pacientes que vive en países industrializados sufre eventos adversos mientras recibe cuidados de salud, la OMS creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente bajo el lema "Ante todo no hacer daño" con el objetivo de reducir la incidencia de enfermedades, traumatismos y muertes asociadas directamente con la atención en salud. Cabe señalar que, para los enfermeros, la seguridad no constituye en sí un nuevo enfoque sino, por el contrario, es concebida como un principio, una responsabilidad per se del cuidado.

A partir de esto, se espera que Enfermería ponga en acción estrategias que garanticen, en primer lugar, las practicas seguras. Se cree usualmente que el tema en cuestión ha generado repercusión de un tiempo a esta parte por la sobreinformación, la creciente industria del juicio a los profesionales y por la mayor autonomía del paciente y su familia. Sin embargo, hacer énfasis solamente en este análisis ligero, sesgado y pobre, significaría estancarse en la imposibilidad de progresar como disciplina, en el temor a cometer errores por el temor mismo y no como un punto de inflexión que nos conduzca al aprendizaje.

Aún hoy el concepto de seguridad del paciente no se ha visto reflejado en la mayoría de los planes de estudio de los futuros enfermeros. Ante esta situación, sería oportuno pensar que parte de la respuesta a esta problemática estaría en incluir contenidos curriculares específicos, apostando a que la

* Enf. Asistencial del Servicio de Pediatria, Sanatorio Itoiz

educación es una estrategia válida a mediano plazo para promover cambios significativos y estables al respecto.
La formación en Enfermería ha avanzado incorporando conocimientos de ciertas áreas conceptuales tales como Salud Pública, Atención Primaria de la Salud, Organización y Gestión, entre otras. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que el aprendizaje de los enfermeros demanda no solo conocimientos técnicos y prácticos concretos sino también del dominio de áreas como las mencionadas y las relacionadas directamente con la calidad de atención.
Por lo dicho, se asume que nos enfrentamos a un desafío que se centra en la seguridad de la práctica. Y para esto es preciso conquistar determinados aspectos apoyándose en la evidencia, sin olvidar los valores en los que se asientan las profesiones humanísticas.

Para ofrecer un sólido cimiento para las generaciones profesionales futuras, es importante poner al alcance de los alumnos, desde el inicio de la carrera, contenidos relacionados a la gestión de calidad que estén destinados a forjar una mirada más sensible de las acciones como parte de la esencia del ser Enfermero.

Se espera así formar colegas que defiendan, promuevan, estimulen y aprehendan la seguridad no como un mero concepto teórico y abstracto, si no como un modo de cuidar.
Es imperioso, por lo tanto, despertar el interés en quienes llevan a cabo la tarea de formar profesionales para que sean ellos los motivadores del cambio, de cara hacia una nueva generación de enfermeros que abracen un modelo centrado en la persona y con el objetivo puesto en prácticas de cuidados seguros.

HISTORIA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Aunque con frecuencia el desarrollo de muchas iniciativas de la Seguridad del Paciente y la mejora de la calidad están vinculadas al informe To Err is Human, otros eventos notables en EEUU, que anteceden al informe, han influido en la evolución de dicho movimiento.

- El caso de Libby Zion es uno de los sucesos que tuvo un profundo impacto en la formación médica y la capacitación del personal.
  Libby Zion fue una estudiante universitaria de 18 años de edad, que en 1984 ingresó en uno de los principales hospitales universitarios de Nueva York con fiebre, agitación y movimientos espasmódicos de las extremidades. Murió en el hospital unas 8 horas después de presentarse en el servicio de urgencias. Es probable que muriera debido a un síndrome serotoninergico, que no fue identificado por el interno ni por el médico residente de segundo año que la atendieron. Su padre, Sidney Zion realizó una feroz campaña para que se efectuaran cambios en la formación médica con el fin de mejorar la seguridad del paciente.
  Este caso fue uno de los primeros en llamar la atención y poner de relieve los errores que ocurren en el ámbito hospitalario. El litigio condujo a la creación de la Comisión Bell, cuyo informe abogaba por la restricción de la jornada laboral de los residentes.

- En 1994, la periodista Betsy Lehman murió después de recibir una sobredosis masiva de Ciclofosfamida mientras seguía un tratamiento contra el cáncer de mama en el Dana – Farber Cancer Institute. El error en el fármaco paso inadvertido para múltiples proveedores y diversos departamentos antes de llegar a la paciente.
  Como resultado de su muerte, en 2004 la Commonwealth of Massachusetts fundó el Betsy Lehman Center for Patient Safety and Medical

Error Reduction, que se centra en mejorar la Seguridad de los Pacientes a través de la educación y la legislación.

- En 2001, Josie King, una niña de 18 meses de edad admitida en el Johns Hopkins Medical Center, murió por una combinación de errores médicos evitables.
  Después de su muerte, la madre de Josie, Sorrel King, creó la Josie King Foundation, que ha fomentado el avance en este aspecto a través de la legislación, la formación de grupos en pro de la Seguridad del Paciente y la colaboración de las instituciones.

MANIFIESTO DEL CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) promueve, desde el 2002, que las asociaciones de sus países miembros pongan en práctica, como parte fundamental del papel que desempeña el personal de enfermería para garantizar seguridad en la práctica, las siguientes acciones:

- Informar a los pacientes y sus familiares de los posibles riesgos.
- Comunicar prontamente a las autoridades competentes los casos adversos.
- Ejercer una activa función de evaluación de la seguridad y calidad de los cuidados.
- Mejorar la comunicación con los pacientes y los demás profesionales de atención de salud.
- Influir para que los niveles de dotación de personal sean adecuados.
- Favorecer las medidas que mejoren la seguridad de los pacientes.
- Promover programas rigurosos de lucha contra las infecciones.
- Influir a favor de políticas y protocolos de tratamientos normalizados que reduzcan al mínimo los errores.
- Relacionarse con los órganos profesionales que representen a los farmacéuticos, a los médicos, etc. para que mejore el embalaje y etiquetado de los medicamentos.
- Colaborar con los sistemas de comunicación para registrar y analizar los acontecimientos adversos y aprender de ellos.
- Desarrollar mecanismos, por ejemplo, mediante la acreditación para que se reconozcan las características de los dispensadores de atención de salud, que constituyen la marca de excelencia en la Seguridad de los Pacientes.

SIMULACIÓN: HERRAMIENTA DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO SEGURA

La simulación es un método educacional que proporciona una oportunidad para aprender y practicar la atención medica compleja sin colocar a ningún paciente en riesgo. Es una herramienta educativa muy recomendada para el área de la salud en el marco del paradigma global de la seguridad del paciente.
Existen numerosas herramientas y técnicas utilizadas en el ámbito de la simulación, incluidos los instructores de tareas, los pacientes estandarizados, maniquís controlados por programas informáticos. Este método puede adaptarse al estado del estudiante, la experiencia del profesional sanitario y las situaciones clínicas que se afrontan.
La simulación puede centrarse en la instrucción y evaluación individual como así también en la instrucción y formación de equipos, exponer a los estudiantes a conocimientos básicos como el uso de las buenas prácticas de lavado de manos y a solicitar ayuda en caso de urgencia.
Los conceptos de la Seguridad de los Pacientes se pueden integrar en todos los niveles de la instrucción por simulación. Por ejemplo: los estudiantes que inician su aprendizaje pueden recibir formación para presentarse cuando conocen a los pacientes. Estos conceptos pueden reforzarse durante la instrucción de profesionales sanitarios más experimentados, a medida que se integran nuevos niveles.

Los componentes básicos de los cuidados pueden tratarse a través de la simulación, incluyendo la ventilación con bolsa y mascarilla, el soporte vital básico, y la práctica de entrevistar pacientes. Mientras los estudiantes avanzan en los temas, la simulación puede centrarse en técnicas más avanzadas como la reanimación cardiopulmonar efectiva, el tratamiento avanzado de la vía aérea y las técnicas de comunicación efectiva.

Se promueven las prácticas de simulación y la instrucción de equipos como estrategias de adopción inmediata para la seguridad de los pacientes.

La simulación se ha utilizado para mejorar la formación de los equipos en el ámbito de los servicios de urgencias y también para evaluar las habilidades no técnicas, la conciencia situacional y la toma de decisiones. También para evaluar las amenazas latentes en equipos que trabajan en nuevas instalaciones de atención sanitaria y en unidades de cuidados intensivos. Esta práctica permite la identificación y la corrección de las amenazas latentes antes de la exposición del paciente.

CONCLUSIÓN

Proporcionar un ambiente seguro para la práctica promueve también la sensación de seguridad percibida por los pacientes y sus familias. La Seguridad del Paciente no debería representar una situación ajena y alejada de la profesionalidad sino, por el contrario, es inevitable reconocer que para brindar cuidados más seguros y de alta calidad es indispensable contar con personal debidamente calificado, con el propósito de que aquellas acciones que están dirigidas a cuidar no representen una amenaza. Afrontar la Seguridad del Paciente a través de la formación puede representar el inicio del camino hacia la cultura de la seguridad en las instituciones de salud, empresa harto compleja, compromiso de todos y en la que Enfermería tiene un rol preponderante.

BIBLIOGRAFÍA

—Resultados de la 55 Asamblea Mundial de la Salud. OMS 18 de Mayo de 2002.

—Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. OMS 2008.

—Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. Articulo María Cruz Martin Delgado, Lluís Cabré Percas. Revista Bioética Y derecho. Numero 15 Enero 2009 páginas 6 – 14.

—Las enfermeras: una fuerza para el cambio. Un recurso vital para la salud. CIE 2014.

—Responsabilidad profesional, entre colegas. Cillo Alicia Beatriz. Edición única. Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires distrito 1, La Plata. Año 2005.

—Manual general de Enfermería, seguridad del paciente. División Enfermería Hospital de Clínicas.

—Revista CONAMED 2008 13 (3) paginas 33 – 38.

—Revista CONAMED volumen 13 Julio – Septiembre 2008 artículo de revisión: el curriculum de Enfermería y la seguridad del paciente. M.D. Zarza Arizmendi, Adela Alsa Leonel, Rey Arturo Salcedo Álvarez.

—Eventos adversos durante la atención de Enfermería en unidad de cuidados intensivos. Diana Carolina Bernal Ruiz, Natalia Garzón Zea. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería. Especialización en cuidado crítico. Bogotá 2008.

—Soluciones para la seguridad del paciente. The Joint Commission, Joint Commission International, World Heald Organization. Mayo 2007.

—Aspectos Médico – Legales y manejo de riesgos en Enfermería. Dr. Fabián Vitolo. Biblioteca virtual Noble. Agosto 2009.

—Prevención de errores de medicación y cultura de la seguridad. Editorial Técnico M.J. Otero. Servicio de Farmacia Hospital Universitario de Salamanca.

—Manual Washington de calidad en la atención y seguridad del paciente Wolters Kluwer. 2016.

Responsabilidad profesional, obligaciones y derechos del Enfermero

Lic. Zulma Silva

Las competencias, las obligaciones y prohibiciones de los enfermeros son derechos que asisten a los usuarios del cuidado de enfermería. Es necesario tenerlos siempre en cuenta en la aplicación de las competencias para realizar un ejercicio autónomo, creativo, responsable y reflexivo.

La Enfermería ha evolucionado a través de la historia del hombre. Según Collière (1993) en su libro "Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería", nos encontramos en la etapa profesional donde se la reconoce como una disciplina con saberes propios y una definida responsabilidad frente a la sociedad.

En general, todos tienen una responsabilidad personal adquirida a través de sus valores morales. Pero la responsabilidad profesional agrega a esas cualidades otras que harán que ofrezca lo mejor de sí mismo en el ejercicio de su profesión.

Antón Almenara (1994) sostiene que la responsabilidad tiene dos componentes. Por un lado, la responsabilidad de conocimiento de las competencias y la capacidad de hacerle frente salvaguardando la seguridad, que supone la integración activa de normas, valores, actitudes, formas de hacer, estructuras de relación, reacciones al medio ambiente. Y en segundo término, la responsabilidad hacia el conocimiento de las formas de toma de decisiones y del contexto en el que se desarrolla la labor, identificando los límites de su responsabilidad tanto personal como de la línea jerárquica.

El sentido de la responsabilidad implica tener pensamiento crítico y prever las consecuencias, tener autocritica y capacidad para

la toma de decisiones. Esta última impregna el ejercicio de la enfermería constantemente: se opta por una u otra intervención o por ninguna. Por ello se dice que se es responsable por lo que se hace o deja de hacer.

La responsabilidad del enfermero surge de las normativas existentes, ya sea las de cumplimiento debido según lo establece en el Código Deontológico donde se encuentran, entre otros aspectos, los valores propios de la profesión o las de cumplimiento obligado como la Constitución Nacional, los Códigos Civil y Penal, Leyes del Ejercicio de la Enfermería y otras leyes relacionadas con el sujeto de atención. De aquí la importancia de entender las normas deontológicas y jurídicas para actuar en consecuencia y en base a los deberes, competencias, obligaciones, prohibiciones y derechos.
Solo a modo de ejemplo, se cita textualmente del Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE); donde se menciona la palabra "responsabilidad" entre otros conceptos referidos al mismo tema:

- "La enfermera y las personas": La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería.
- "La enfermera y la práctica": La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua.

Prosiguiendo con las normas de cumplimiento obligado, cabe destacar la ley 24.004/91 del Ejercicio de la Enfermería donde explícitamente se expresan, entre otros aspectos, las competencias, obligaciones, deberes, prohibiciones y derechos.
Antes de desarrollar los elementos detallados en el párrafo anterior, es importante reconocer la visión progresista que tuvieron las enfermeras que comenzaron a socializar la necesidad de tener una ley propia del ejercicio, como también la ardua labor de la Federación Argentina de Enfermería (FAE) para dar a conocer a todas las asociaciones de enfermería del país y consensuar entre ellas.
Gracias a ellas, se aprobó en 1991 la ley 24.004/91 del Ejercicio de la Enfermería, reglamentada con el Decreto 2497/13. Muchas provincias la han adoptado y adaptado como propia.

La ley protege a quienes están legalmente formados y habilitados para ejercer la enfermería, evitando el intrusismo, y beneficia a los usuarios del sistema de salud asegurándoles resultados de calidad, seguros, competentes y éticos al reconocer solo dos niveles para el ejercicio.

Haciendo una síntesis, la legislación contempla lo siguiente:

- Otorga jurídicamente el carácter de profesión libre o en relación de dependencia.
- Determina las competencias: en colaboración y autónomas, los derechos, obligaciones y prohibiciones.
- Establece las condiciones para ejercer la enfermería, las sanciones e inimputabilidad.
- Norma las condiciones para la especialidad.
- Resguarda a la salud física y psíquica de enfermería.
- Reconoce a empíricos dándole la posibilidad de la "Profesionalización".

A continuación se desarrollarán algunos aspectos de la ley 24.004/91 del Ejercicio de la Enfermería relacionados con la responsabilidad profesional, deberes, obligaciones y prohibiciones.

a- Ejercicio libre o en relación de dependencia y autonomía.

El ejercicio libre es aquel que se realiza sin tener ninguna subordinación, teniendo independencia laboral. Por el contrario, el ejercicio en relación de dependencia se da cuando una persona realiza actos o presta servicio en favor de otra y bajo la dependencia de ésta. (Ley Contrato de Trabajo. Cap. I. Art 21. Relación de trabajo).

En ambas situaciones, se responde legalmente por las funciones autónomas y las que se dan en colaboración dentro de los límites de competencias que derivan de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes.

El término "en colaboración" pertenece a la última definición del CIE (2015): "La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos."

La autonomía es un atributo inherente a quien ejerce una profesión. Es la aplicación del juicio crítico apoyado en los conocimientos disciplinares, la creatividad y el control de los enfermeros sobre la propia práctica. En tanto, la autonomía científica contribuye al empoderamiento del rol porque a través de ella se demuestra la "autoridad" en la disciplina. En la reglamentación del artículo 1; se determina:

- Que el ejercicio libre y autónomo se puede desarrollar en gabinetes, en el domicilio de las personas, en locales, instituciones o establecimientos públicos y privados.
- Que los deberes del profesional a cargo del gabinete son: controlar que quienes se desempeñan en el gabinete estén matriculados y que realicen actividades dentro de lo autorizado en la ley, llevar registros adecuados para la documentación de las prestaciones, denunciar hechos que pudiesen tener carácter delictuoso y velar que los pacientes reciban el más correcto, adecuado y eficaz tratamiento. La resolución 996/98 determina las normas de funcionamiento de los gabinetes.

b- Incumbencias y competencias

Las incumbencias son el marco legal que determinan el ejercicio profesional, indican la capacidad potencial para el ejercicio y se adquieren durante la formación teórico – práctica. Están comprendidas en el alcance del título y el ejercicio de las mismas y pueden comprometer el interés público. Por ello, la enfermería está regulada por el Estado.

En el año 2013, la Resolución 1724 del Ministerio de Educación declara incluido en la nómina del artículo 43 de la Ley de Educación Superior "el título de Licenciado en Enfermería con actividades reservadas", más allá de las que comparta con otros profesionales.

Las competencias del egresado son el conjunto de capacidades cognitivas, técnicas, psicomotoras, interpersonales y gama de atributos y actitudes personales que demuestra la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio para actuar (CIE 1997).

El artículo 3 y su reglamentación reconocen dos niveles para el ejercicio de la enfermería y, al referirse al profesional, sostiene que tiene un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud y enfermedad sometidas al ámbito de su competencia. Además, en la reglamentación declara que es de competencia específica del nivel profesional lo establecido en las incumbencias de los títulos habilitantes de licenciado y enfermero.

Para el ejercicio de la enfermería es imperativo el conocimiento y aplicación de las 18 competencias y sus 21 intervenciones porque en ellas está implícito el "Deber de cuidado".

El deber de cuidado exige una atención experta en todas las situaciones y más específicamente en las de riesgo con el fin de proteger la vida, que es un bien jurídicamente protegido.

A cada conducta le corresponde un deber, por ello es prudente seleccionar los cuidados con razonamiento crítico y poner las intervenciones correspondientes a disposición del paciente, la familia o la comunidad.

La ley del ejercicio prevé acciones por la falta del cumplimiento del deber. El artículo 20 establece sanciones disciplinarias por contravención a esta legislación, negligencia, ineptitud u omisiones graves en el cumplimiento de deberes profesionales. A continuación se transcriben las competencias más significativas del deber de cuidado.

- Plantear, implementar, ejecutar, dirigir, supervisar y evaluar la atención de enfermería en la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Brindar cuidados de enfermería a las personas con problemas de salud de mayor complejidad, asignando al personal a su cargo acciones de enfermería de acuerdo a la situación de las personas y al nivel de preparación y experiencia del personal.
- Realizar la consulta de enfermería y la prescripción de la atención de enfermería.
- Administrar servicios de enfermería en los diferentes niveles del sistema de servicios de salud utilizando criterios tendientes a garantizar una atención de enfermería personalizada y libre de riesgos.

Brindar cuidados personalizados y libres de riesgo implica centrar las intervenciones en la persona teniendo en cuenta las necesidades, hábitos, creencias y valores propios y del entorno. Además, implica reconocer los derechos del usuario a ser informado, a decidir y a participar activamente en un proceso donde el principal protagonista y destinatario es el paciente y su familia.
El conocimiento de otras normas le permite al enfermero abogar por los derechos de los usuarios, como por ejemplo los Derechos del Paciente, Derechos de niñas, niños y adolescentes, Salud Mental, Identidad de Género, Parto Humanizado, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, etc.

c- Obligaciones y prohibiciones.

Las obligaciones son una imposición o exigencia que se debe realizar o, de lo contrario, abstenerse por imposición legal o exigencia moral. A continuación se enuncian y se realizan comentarios sobre las obligaciones de los enfermeros citadas en el artículo 10.

- Respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana, sin distinción de ninguna naturaleza.

Se expresa así el máximo respeto y valor que debe otorgarse al ser humano. Para respetar la dignidad humana se tendrá en cuenta, entre otras cosas, la autonomía del paciente, la seguridad, la igualdad y la libertad, valores fundantes de los derechos humanos. Si se respeta la dignidad del hombre, concepto que se usa y se enseña desde el primer año de la carrera, se aplican todos los otros valores profesionales tales como: respeto, empatía, responsabilidad, cortesía, honestidad, compromiso, veracidad, lealtad, seguridad, respeto a la autonomía, templanza y humildad. Si no se aplican estos valores en la atención al usuario, el enfermero estaría vulnerando la dignidad ética, que es la que hace referencia al obrar.

- Respetar en las personas el derecho a la vida y a su integridad desde la concepción hasta la muerte.

Esta obligación tiene su fundamento en que la vida es un bien protegido jurídicamente y un derecho fundamental que está unido a los valores de libertad y dignidad. Comprende además el derecho a la salud, la integridad psicofísica y a conservar y proteger la vida.
Este derecho está contemplado en la Constitución Nacional, en la Convención de Derechos Humanos, en las Leyes de Derechos de los Pacientes, Parto humanizado, etc.

- Mantener el secreto profesional con sujeción a lo establecido por la legislación vigente en la materia.

La intimidad del ser humano es uno de los bienes más preciados. La confidencialidad de toda la información es un derecho del usuario y una obligación de exigencia legal y moral del enfermero. También el Código Penal establece sanciones a quien revele sin justa causa, un secreto que pueda causar daño con su divulgación, y del que se tuviera noticia por su estado, oficio, profesión. Las excepciones para revelarlo son el riesgo de la persona, su familia o la sociedad.

- Ejercer dentro de los límites de las competencias.
- Mantener la idoneidad profesional mediante actualización permanente.
- Prestar colaboración en epidemias, desastres y emergencias

La actualización permanente avala el conocimiento para la resolución de problemas de salud y otras situaciones complejas que los enfermeros enfrentan

día a día. Es una garantía para el usuario que el proceso formativo no finalice, que sea continuo y permanente. Estas últimas tres obligaciones se corresponden con las competencias y se relacionan directamente con el deber de cuidado.
Por su parte, también se establecen prohibiciones en el artículo 11, que se enuncian a continuación con un comentario aclaratorio.

- Someter a las personas a procedimientos o técnicas que impliquen peligro para la salud. Se refiere a conductas, procedimientos o técnicas que con solo causar peligro pueden ser consideradas figuras delictuosas. Ejemplo: exceso o defecto en el obrar, descuido, desatención, falta de preocupación, realizar actividades o funciones no previstas dentro de los límites de competencia según los niveles de formación.

- Delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad.

- Publicar anuncios que induzcan al engaño del público.
  En ambas prohibiciones se estaría violando el deber de cuidado y dando lugar a inobservancia de los deberes a cargo.

- Realizar, propiciar, inducir o colaborar directa o indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo de la dignidad humana

Si se participa en forma directa o indirecta de estas prácticas, no se respeta la dignidad, se comete una falta por realizar una práctica innecesaria o de medidas desproporcionadas, por dejar al paciente sin la atención necesaria. Por ejemplo: no realizar prevención de riesgos, no movilizar, no informar, etc.
Se debe tener en cuenta el respeto y el acompañamiento en las decisiones del paciente o familiar. La ley de Derechos del Paciente sostiene los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia y orienta a la limitación del esfuerzo terapéutico.

CONSIDERACIONES FINALES

Cabe destacar que las obligaciones y prohibiciones citadas en la ley 24004 también están comprendidas en el Código Deontológico de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN).

Para finalizar, es necesario reafirmar que las competencias, las obligaciones y prohibiciones de los enfermeros son derechos que asisten a los usuarios del cuidado de enfermería. Una forma de demostrar autoridad en la disciplina es la aplicación de las competencias con un ejercicio autónomo, creativo, responsable y reflexivo que permite un ejercicio propio del Ser Enfermero.

BIBLIOGRAFÍA

—Alvarez, A. Competencias profesionales. Análisis conceptual y aplicación Profesional. Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Universidad de Barcelona. 2003.

—Antón Almenara (1994). Enfermería ética y legislación. Ediciones científicas y técnicas, S. A. Masson— Salvat Enfermería. España.

—AEUERA. "Lineamientos para la Acreditación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina" Posadas. 2011

—Camargo B. I— Caro C. El papel autónomo de enfermería en las consultas. Avances en Enfermería .Volumen 28, Número 1, p. 143—150, 2010. ISSN electrónico 2346—0261. ISSN impreso 0121—4500. Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá). Facultad de Enfermería. 2009.

—CIE. Ámbito de aplicación de la práctica. Declaración de posición del 2013.

CIE. Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista Informe del proceso de elaboración y de las consultas. 2003

—CIE. Código deontológico para la profesión de enfermería. Revisado en 2012.

—CIE. La reglamentación de la enfermería. Declaración de posición. 2013.

—CIE. La reglamentación de la enfermería. Declaración de posición. 2012.

—Código de Ética. Federación Panamericana de profesionales de enfermería. FEPPEN. 1984.

—Decreto 256/94. Perfil, alcances, incumbencias y validez nacional de los títulos universitarios

—Documentos de la Dirección Nacional de Gestión universitaria (dngu) Docus n° 2: Los alcances en un plan de estudios. Ministerio de Educación. 2014.

—Ley 24004/91 del Ejercicio de la Enfermería. Decreto reglamentario 2497/93

—Ley 24.521/95. Educación Superior.

—Ley 26529/09 modificad a por la ley 26742/12 Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e Instituciones de salud.

—Navarro Fallas, R. El ejercicio profesional y la responsabilidad penal, civil, administrativa y ético disciplinaria derivada de su ejercicio. Gestión Vol. 14 N° 1 Primer Semestre 2006/ 11.

—Resolución 1724/2013 Ministerio de Educación. Licenciatura enfermería. Interés

Público

—Resolución Ministerial 2721/ 15. Contenidos Curriculares. Formación Universitaria deEnfermería.

—Resolución 996/98. Normas mínimas de Funcionamiento de los Gabinetes.

—Romero de San Pio,E. la ética de la responsabilidad en los cuidados de enfermería. Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá). Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá). Revista de Seapa 2013; XI 31—35.

Más de 700 personas en el II Congreso de Salud Adecra+Cedim 2018

El sector prestador de la salud privada se hizo oír

"Inflación de hasta el 30 por ciento o más a lo largo de diez años, aumentos en las tarifas de servicios públicos, devaluación del peso, retraso en aranceles, y delay, entre la facturación y la cobranza, que llega a los 120 días", fue la síntesis que usó el presidente de Adecra, Jorge Cherro, para reflejar la realidad del sector prestador. Fue en la segunda edición del Congreso de Salud –realizado el 6 y 7 de junio, por Adecra+Cedim-, que se enfocó desde tres jornadas: Directores Médicos, Recursos Humanos y Representantes Políticos, Financiadores y Prestadores. Participaron oradores nacionales, provinciales e internacionales y se transmitió en vivo a todo el país.

"La visión de Adecra+Cedim se puede resumir en una sola palabra: incertidumbre, y nos inquieta saber hacia dónde vamos", sentenció Cherro en su discurso de apertura de la jornada "política", en un Congreso que tuvo un auditorio de más de 700 personas, otras tantas siguiendo la transmisión vía streaming y la participación de 40 oradores, entre funcionarios nacionales y provinciales –ministeriales y del PAMI-, autoridades de obras sociales y cámaras de la salud privada, directores Médicos, periodistas del sector y otros referentes del ámbito. El lema fue: "¿Hacia dónde va la salud privada en la Argentina?".

"Mi discurso no es optimista sino realista, y lo mejor que podemos hacer es ser conscientes de dónde estamos parados", reconoció el titular de Adecra y agregó: "Los verdaderos financiadores de la salud privada somos los prestadores, que tenemos que hacer frente a las prestaciones con escasos recursos".

Por su parte, el vicepresidente de Cedim, Marcelo Kaufman, afirmó que "esto es lo que tenemos que hacer: trazar políticas transversales en salud, trabajando en conjunto", y anunció que el Congreso de Salud se realizará nuevamente en 2019: "Lo convertiremos en un evento anual".

DÍA 1: VI JORNADA DE DIRECTORES MÉDICOS Y IV JORNADA DE RECURSOS HUMANOS

Durante el primer encuentro, se trabajó sobre el uso eficiente de los recursos -para promover la calidad y "reducción de desperdicios"- y la importancia de generar planes de carreras médicas. Allí, el coordinador de la Comisión de Directores Médicos, Gerardo Bozovich, presentó el curso universitario "Dirección de Establecimientos Sanitarios" que dictan Adecra+Cedim y la UCA. En este panel, se destacaron los disertantes de las cámaras de salud privada de Chile, Colombia, Brasil y México que integran, junto a Adecra+Cedim, la Liga Iberoamericana de Salud (LILAS).

En Recursos Humanos, las paritarias, las reformas Laboral y Previsional, la evolución de los puestos de trabajo, la revolución digital y su impacto en la cultura del trabajo, fueron algunos de los ejes que ocuparon a los referentes del sector, destacándose el aporte del subsecretario de Articulación Federal y Sectorial, Guillermo Acosta, quien presentó el Programa de Transformación Productiva y el Programa Empalme.

DÍA 2: II JORNADA DE REPRESENTANTES POLÍTICOS, FINANCIADORES Y PRESTADORES

En la segunda parte del evento, los expositores desarrollaron las "claves para entender las problemáticas del sector prestador", desde una lectura política. En cuanto a la "seguridad social", hicieron su aporte Kato Mastai –PAMI-, Alfredo Stern –OSPSA- y Federico Díaz Mathé –CIMARA-, bajo la coordinación de Jorge Colina –Adecra+Cedim-.

Luego, Luis Gimenez -Ministerio de Salud de la Nación-, Leonardo Busso –Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires-, Osvaldo Giordano -Ministerio de Finanzas de la provincia de Córdoba- y Emiliano Melero -Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe- debatieron sobre la Cobertura Universal de Salud, las políticas de medicamentos y los problemáticas financieras y programas sanitarios de las provincias. "Necesitamos achicar gastos y optimizar recursos y servicios, trabajando en estándares", resumió el coordinador de la mesa, Guillermo Lorenzo.

A la tarde, el panel de periodistas planteó un debate, que encendió la participación del auditorio, sobre el lugar que ocupa la salud en la agenda mediática, con la mirada de Silvia Stang –La Nación-, Daniela Blanco –Infobae-, Eliana Scialabba –economista y docente de la UCA- y la coordinación del periodista Adrián Pignatelli: "¿Es noticia la crisis de la salud privada?", "¿Por qué tiene mayor visibilidad el aumento de las prepagas frente a las problemáticas del sector prestador?", "¿Cómo ir ganando lugar en los medios?".

"Sí importa la crisis de la salud y yo veo un momento de oportunidad informativa: hay que comunicar más y con temas que a la sociedad le interesen", recalcó Blanco. En este sentido, Eliana Scialabba dijo que los medios "siempre están trabajando los temas de financiamiento público y privado" y que es clave que el sector prestador ofrezca más información "para que se vaya instalando gradualmente en la agenda mediática".

Silvia Stang recomendó: "Es importante la continuidad de un tema para que sea tenido en cuenta en los medios. Los datos, en Economía, son fundamentales".

Al cierre, el reconocido analista político Rosendo Fraga interpretó la realidad político-económica actual del país para luego referirse a la salud. "La comunicación en este ámbito se construye con datos bien aplicados en los títulos, y entendiendo que los funcionarios perciben a la salud como un costo político", señaló, en línea con los aportes de los periodistas.

"Creo que este es un sector con mucha potencialidad, que importa cada vez más, pero que debe ser manejado con cuidado políticamente", finalizó.

Manejo de la extravasación de citostáticos

FICHA 53

Lic. Prof. Walter Leguizamón
Sanatorio Anchorena

1) DEFINICIÓN

Se entiende como extravasación de citostáticos a la salida no intencionada de un fármaco citostático durante su administración intravenosa hacia el espacio perivascular y subcutáneo. Sus consecuencias clínicas van desde el dolor local hasta la necrosis que, incluso, puede llegar a causar pérdida de la función del miembro afectado, debiéndose por lo tanto tratar cada caso como una urgencia médica.

Los citostáticos se clasifican según su capacidad potencial de agresión del tejido extravasado en vesicantes, irritante y no agresivo. Los agentes vesicantes son aquellos capaces de causar necrosis de los tejidos; los irritantes, los que provocan solamente irritación local sin progresar a necrosis y los no agresivos, aquellos que no causan problemas de importancia significativa cuando se extravasan.

Se deberá tener en cuenta que la gravedad y extensión del daño producido depende además de la cantidad de citostático extravasado y de las características de sus excipientes.

2) OBJETIVOS:

- Establecer los requerimientos necesarios para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la extravasación de citostáticos.

3) CONSIDERACIONES GENERALES:

Recomendaciones para la selección del acceso venoso

- Para seleccionar el acceso vascular se deberá tener en cuenta: el tipo de tratamiento, el volumen a infundir, el tiempo de infusión, los efectos adversos del tratamiento y la posible medicación asociada.
- Se evitará colocar accesos en miembros inferiores, sitio isolateral a mastectomía, zona de flebitis, hematomas o edemas.

- Las venas se seleccionarán desde distal a proximal evitando mano y zonas articulares, por ser más propensas a desplazamientos.

- Tratar en lo posible de alternar los brazos cuando se requiera una nueva punción.

- Siempre que no se requiera de infundir grandes volúmenes, utilizar catéteres pequeños (Nº22/20).

- Si el acceso periférico no fuera viable o el requerimiento del tratamiento superase las 6 semanas, evaluar colocación de acceso central.

Recomendaciones una vez instalado el acceso vascular

- Verificar el retorno venoso antes de administrar el citostático.

- Evaluar la utilización de bomba de infusión continua en función de la toxicidad del fármaco, el sitio de inserción del catéter y el grado de autonomía del paciente. De optar por infundir con BIC, tener presente que la misma se encuentre en la modalidad "baja presión".

- Inspeccionar sistemáticamente el sitio de inserción del catéter para identificar precozmente signos de extravasación.

- Si se administrara más de un fármaco, deberá comenzar con la infusión de los NO vesicantes a los más irritantes.

- Ante la mínima sospecha de flebitis y/o extravasación, recambiar la vía.

Recomendaciones para la educación del paciente

- Instruir al paciente sobre lo signos y síntomas sugestivos de extravasación como dolor, prurito, quemazón, eritema, edema, tumoración, piel fría o caliente, disminución de la velocidad de goteo.

- Instruir al paciente para que informe oportuna y rápidamente ante cualquier signo o síntoma relacionado con el sitio del catéter venoso.

- Instruir al paciente que se encuentre infundiendo por BIC acerca de cómo detener la infusión ante cualquier malestar relacionado con el sitio del catéter.

4) PROCEDIMIENTO:

Protocolo de actuación ante la extravasación de citostáticos

- Detener inmediatamente la administracion del agente citostático sin retirar el catéter y avisar al medico.

- Aspirar cuanto sea posible a través del catéter, sangre y parte del contenido extravasado.

- Si fuese posible administrar de 5 a 10ml de solución salina para diluir el citostático.

- Antes de retirar el catéter, inyectar el antídoto si el citostático lo tuviese.

- Retirar el catéter.

- Elevar el miembro para evitar el edema

- Aplicar frio o calor según corresponda

- Valorar, documentar y registrar signos y síntomas del paciente así como cantidad extravasada e intervenciones realizadas controlando la zona a las 24hs, 48hs y a la semana del evento.

- Considerar la interconsulta con cirugía plástica para la valoración y evaluación de lesiones profundas.

- En caso de extravasación dolorosa evaluar analgesia local o sistémica.

Antídotos específicos	
Dimetilsulfóxido (DMSO) al 99%	• Indicaciones: se realizan compresas con 2ml de DMSO en la zona extravasada cada 6 horas durante 14 días. No vendar, dejar secar al aire. • Colocar hielo local 3 veces por día los primeros 2 días. • Este antídoto es para las siguientes drogas: amsacrina; dactinomicina; daunorrubicina; daunoblastina; doxorrubicina; adriamicina; idarrubicina; epirrubicina; mitoxantrone; mitomicina.
Hialuronidasa (Unidasa 500 UI)	• Se disuelve en 3ml de solución fisiológica y se administra por via subcutánea alrededor de la zona dañada en abones de 0,5ml aplicando 6 punciones junto con calor seco. • Este antídoto es para las siguientes drogas: vincristina; vinblastina; vindesina; vinerolbine; etoposido; tenipósido.
Tiosulfato sódico 1/6 M de 2-5ml intravenosa, por vía SC	• Se utilizan 2 ampollas o viales de 5ml. Al tratarse de un preparado magistral, en caso de no disponer de esta presentación se prepara a partir de Tiosulfato Na 10% 4ml + 6ml de agua destilada y se administra en forma endovenosa cuando se extravase Cisplatino en dosis mayor a 20mg. • Para la extravasación de Mecloretamina se administrara 2ml de antídoto por miligramo de droga extravasada. • El Tiosulfato Sódico también puede administrarse por vía SC en caso de no haber acceso venoso en forma de abones de 0.4ml.

Importante:

- **Frío**: se aplicarán bolsas o compresas de frío seco, si es posible flexibles y sin congelar, evitando presionar la zona.
- **Calor**: se emplearán bolsa o compresas de calor seco, nunca calor húmedo que podría macerar la zona, teniendo la precaución de NO presionar.

Aplicación de compresas		
Frías	• Carboplatino • Cisplatino • Ciclofosfamida • Ifosfamida • Doxorrubicina • Doxorrubicina Liposomal • Epirrubicina	• Dactinomicina • Mitozantrona • Dacrbazina • Mitomicina • Melfalan • Topotecan • Irinotecan • Fluoracilo
Calientes	• Vincristina • Vinblastina • Vinorelbine • Taxanos • Etopósido • Tenipósido • Oxaliplatino	

Ante la extravasación de un agente citostáticos no agresivo o bien de un citostáticos del cual no se dispusiera información, obrar de acuerdo al protocolo de actuación obviando los pasos de administracion de antídoto y administracion de fio/calor.

BOTIQUÍN DE EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS

El botiquín de extravasación de citostáticos se centralizará en el servicio de farmacia, el cual deberá contar con:

Dimetilsulfoxido 99%, Tiosulfato de Sodio 10% ampolla de 20ml, Hialuronidasa 150/500, Hidrocortizona de 100mg, Hidrocortizona pomada 1%.

BIBLIOGRAFÍA:

—Mader,P. Furst-Weger,R.M. Mader,E.I. Semenitz,R. Terkola,S. Wassertheurer (2009) Extravasation of cytotoxic agents. Compendium for prevention and management. 2° edition, Springer.

—A. Alfaro-Rubio,O. Sanmartin,C. Requena,B. Llombart,R. Botella-Estrada,E. Nagore

Extravasación de agentes citostáticos: una complicación grave del tratamiento oncológico

—Actas Dermosifiliogr, 97 (2006), pp. 169-176

—J. Mateu,J. Masso-Muniesa,A. Clopes,E. Odena,M. Trullàs (1997). Consideraciones en el manejo de la extravasación de citostáticos. Farm Hosp, 21 (1997), pp. 187-194

—A. Saini,A. Berruti,P. Sperone,R. Bitossi,M. Tampellini,L. Dogliotti (2006) Recall inflammatory skin reaction after use of pegylated liposomal doxorubicin in site of previous drug extravasation Lancet Oncol, 7 (2006), pp. 186-187.

—R. Barcelo,A. Viteri,A. Munoz,S. Carrera,I. Rubio,G. Lopez-Vivanco (2006) Extravasation of docetaxel: a red hand síndrome Arch Dermatol, 141 (2005), pp. 1326-1327.

Experiencias emocionales en pacientes con tuberculosis pulmonar y herramientas de Enfermería para mejorar la adherencia al tratamiento

Lic. Gabriel Joel More*
Hospital "Intendente Carrasco"

El hecho de que se trate de una enfermedad altamente contagiosa no debería obstaculizar el recurso a las herramientas necesarias para disminuir las experiencias emocionales negativas que cursan estos pacientes durante el tratamiento.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa de la cual todavía se reportan casos positivos en los programas de control de salud de todo el mundo. Se transmite cuando la persona enferma habla, tose o estornuda, esparciendo las gotitas de Fluggë, las cuales contienen el mycobacterium, bacteria que se aloja generalmente en los pulmones, el medio más propicio por ser aeróbica.

La persona que padece tuberculosis pulmonar puede no presentar síntomas (denominada latente), pero al expulsar las micobacterias puede causar infección activa en aquella personas que tienen comprometido el sistema inmunológico (como son las personas con HIV o pacientes con tratamiento con corticoides, diabéticos, entre otros). Cabe destacar que la tuberculosis se relaciona fuertemente con factores de riesgo como la pobreza, el hacinamiento, el analfabetismo y la falta de acceso a la salud, poblaciones en las que se registra el mayor impacto. El síntoma principal es la tos persistente, con o sin expectoración, por más de 15 días, pudiendo estar acompañada por fiebre, sudoración por la noche, pérdida de peso, cansancio permanente, falta de apetito, entre otros. **Esta infección pulmonar**

* Licenciado en enfermería.

tiene un plan de tratamiento que se realiza en dos fases, bajo el control periódico de profesionales de la salud, teniendo en cuenta la voluntad y la información que el paciente necesita para realizarlo. Al no cumplir en forma completa con el tratamiento aumenta la probabilidad de resistencia a los medicamentos antituberculosos y esto determina una baja o nula probabilidad de recuperación de la salud. **Por ello es importante no sólo detectar la enfermedad, sino iniciar y lograr con éxito la finalización del tratamiento**.

De acuerdo a datos de la OMS, la tuberculosis es la segunda causa de mortalidad en el mundo. Es por ello que el 24 de marzo de 2014 (declarado día mundial de lucha contra la tuberculosis) se aprobó una estrategia a 20 años (2016-2036) para poner fin a esta epidemia mundial.

Los esfuerzos que se realizan en la actualidad para identificar, tratar y curar a todos los enfermos son insuficientes. De los nueve millones de personas que contraen la tuberculosis cada año, una tercera parte queda "desatendida" por los sistemas de salud. La mayor parte de los afectados pertenece a las comunidades más pobres y vulnerables, o marginadas (los inmigrantes, refugiados y desplazados internos; los reclusos, los pueblos indígenas, las minorías étnicas o los consumidores de drogas) .

La sala de internación de la tuberculosis debe estar preparada para el paciente que necesita estar aislado, contar con las medidas obligatorias de bioseguridad correspondientes y requiere el trabajo con un circuito de atención al paciente (ya sea sospechoso o confirmado) consensuado con el equipo de salud interdisciplinario, el cual hace una revisación con frecuencia para optimizar y garantizar la atención a estos pacientes.

En Rosario, el Hospital "Intendente Carrasco" (llamado inicialmente "Casa de aislamiento") tiene una larga trayectoria asistencial de enfermedades infectocontagiosas, que marca un óptimo resguardo para que los pacientes puedan llevar a cabo dicho tratamiento. Actualmente el número de pacientes hospitalizados y con diagnóstico positivo de tuberculosis es menor al número de pacientes con sospecha de infección, la cual se descarta a través de basiloscopias, según datos estadísticos del año 2015 (ver cuadro 1).

OBJETIVOS

- Analizar las problemáticas existentes en la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar, en particular las vinculadas a factores emocionales.
- Relevar bibliografía actualizada sobre experiencias y herramientas de Enfermería aplicadas para mejorar la adherencia de estos pacientes al tratamiento.

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo surge como resultado de las observaciones realizadas en la sala de internación de pacientes diagnosticados con tuberculosis. Aislados del resto de las personas, se muestran reacios a tomar la medicación, poco colaboradores e incluso agresivos frente a las medidas de bioseguridad; el distanciamiento en el trato con su familia y con los profesionales de la salud, así como las reiteradas internaciones en el corto plazo debido a que no cumplen con el tratamiento, contribuyen al deterioro de su condición sanitaria y emocional, lo cual en algunos casos ha llevado a intentos de suicidio en las habitaciones.

Cuadro 1 – Pacientes con tuberculosis confirmada y bajo sospecha (junio – septiembre de 2015).

Mes/Casos	Junio/2015	Julio/2015	Agosto/2015	Septiembre 2015
Confirmados	8	2	4	3
Sospechosos	15	21	17	17

En estas actitudes subyace en cierta medida el tecnicismo todavía vigente en la función de Enfermería (entrega de medicación, pedido de colaboración para las medidas de bioseguridad en forma reiterada, acondicionamiento de la unidad, etc.), ya que el paciente no logra modificar estas actitudes en forma completa.

El cuidado de estos pacientes requiere una especial comprensión de parte del equipo de salud, para que, una vez diagnosticados, inicien el tratamiento y lo sostengan, evitando así la propagación de la infección entre la población más vulnerable.

Desde la mirada enfermera, es fundamental ser capaces de reconocer las experiencias emocionales del paciente, más allá del tratamiento biológico, ya que las mismas determinan su adhesión o no al tratamiento.

IMPORTANCIA DE CONSIDERAR LAS EMOCIONES

Las emociones están estrechamente ligadas a todas las dimensiones de la persona. La manera en la que un individuo expresa o ignora sus sentimientos y cómo maneja la tensión emocional tiene consecuencias importantes para él.

- Las emociones son el estado funcional interno del organismo e implican reacciones fisiológicas, conducta expresiva específica y una experiencia subjetiva (pensamientos y sentimientos).
- El sentimiento es la experiencia subjetiva que acompaña a una emoción.
- El afecto es la tonalidad emotiva dominante de un individuo y se relaciona particularmente con el reconocimiento de los sentimientos de los otros.

En cuanto a sus características, las emociones no pueden observarse, surgen de modo repentino y son difíciles de controlar; varían en intensidad y existen en polaridad. El ser humano es susceptible de vivir multitud de emociones, incluso contrarias; de allí su complejidad y la importancia de atender a este aspecto.

Componentes de la emoción	
Fisiológico	El sistema nervioso central funciona excitando, regulando e integrando las respuestas originadas por la emoción. Frente a esa estimulación, el sistema reticular y el hipotálamo envían impulsos simultáneos a la corteza cerebral y del cerebro a las vísceras; de estos impulsos resultan los distintos cambios fisiológicos.
Cognitivo	El individuo valora una situación y la cataloga como irrelevante, positiva o estresante atendiendo a dos aspectos: el análisis de la atribución causal y la evaluación de las repercusiones y consecuencias que el individuo valora que puede tener dicha situación, y su significado.
Conductual	Interacción con el entorno. Las manifestaciones verbales y no verbales (expresiones faciales, gestos y acciones) indican cómo la pesona percibe y la importancia que concede a la situación vivida.
Funciones de las emociones	
Adaptativa	Se refiere a la preparación corporal para generar respuestas apropiadas (protección, destrucción, reproducción, reintegración, afiliación, rechazo, exploración, orientación) frente a exigencias concretas.
Social	Facilitan la adaptación del individuo al entorno social; regulan la manera en que interactuamos con los demás.

METODOLOGÍA

- A partir de la elección del tema "tuberculosis pulmonar" se realizó una búsqueda de información sobre las prácticas enfermeras y las experiencias emocionales de estos pacientes, para definir conceptos clave vinculados a las mismas, y realizar lectura crítica de los materiales bibliográficos.
- Las bases de datos utilizadas fueron Scielo, Pub Med (MeSH), Journal of nursing UFPE y Journal of nursing UERJ.
- Fueron descartadas aquellas publicaciones en las que no se encontraron artículos pertinentes para la revisión y aquellas que no son de libre acceso.
- La muestra final se compone de 15 artículos bibliográficos referidos a las experiencias emocionales de los pacientes con tuberculosis y las herramientas que se utilizan desde la práctica enfermera para hacer efectiva la adherencia al tratamiento.
- Los artículos seleccionados fueron analizados con los criterios de la estructura P.I.C.O.

Fichaje de artículos

- N° de identificación
- Autores
- Filiación institucional
- Título
- Año de publicación
- Fuente – Revista
- País en el que se realizó el estudio
- Perspectivas que incluye
  - Enfermeras/os
  - Médicos
  - Farmacéuticos
  - Especialistas u otros profesionales
  - Pacientes
  - Otros (especificar)
- Contexto de estudio
  - Enfermeras/os
  - Médicos
  - Farmacéuticos
  - Especialistas u otros profesionales
  - Pacientes
  - Otros (especificar)
- Contexto
  - Rural
  - Urbano
- Aprobación Comité de ética
- Consentimiento informado de los participantes

Objetivos del estudio

- Objetivo
- Pregunta de investigación
- Premisas –hipótesis iniciales
- Marco teórico

Metodología

- Técnicas utilizadas
- N° de participantes
- Características de la muestra o informantes clave seleccionados
- Delimitacion espacial del estudio
- Delimitación poblacional
  - Universo-unidades de estudio
  - Informantes-muestra
- Perfil de los informantes
- Método de muestreo
- Método de participación (reclutamiento de participantes)
- Recogida de los datos
- Método de análisis de datos

MATERIAL Y MÉTODO

- Tipo de estudio: revisión bibliográfica.
- Búsqueda y selección del material.
- Muestra: 15 artículos bibliográficos.

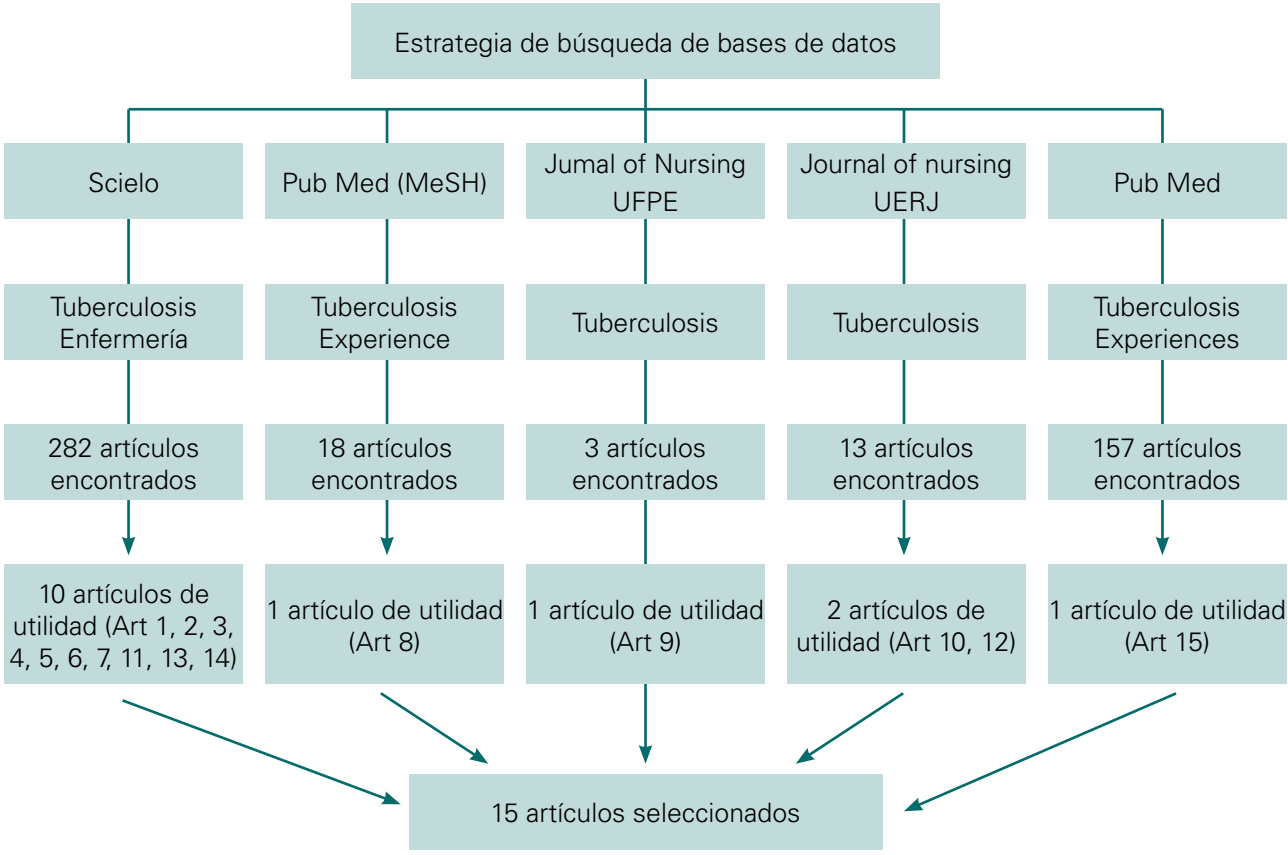
De Scielo fueron seleccionados 8 artículos, de España (3 artículos), Brasil (3 artículos), Colombia (1 artículo) y México (1 artículo)

Del portal Pub Med, aplicando el filtro "Text availability: free text full" (permite acceso al artículo completo), se encontró 1 solo artículo pertinente para la revisión.

Del Journal of Nursing UFPE (Universidad Federal de Pernambuco, Brasil), 1 artículo.

De Journal of Nursing UERJ (Universidad del Estado de Rio de Janeiro, Brasil) 2 artículos.

- Los 15 artículos seleccionados fueron analizados en forma crítica con el siguiente instrumento:



Discusión: Artículos incluídos en la revisión bibliográfica

Referencia / contexto (autor, país, año, doi)	Participantes / muestra	Abordaje teórico / metodológico	Técnica de recogida de datos utilizada	Principales resultados
1) "Proceso salud - enfermedad construido en torno a la tuberculosis: un caso en Bogotá (Colombia)." Alba Idaly Muñoz Sánchez, Yurian Lida Rubiano Mesa. 2011	10 personas (5 varones, 5 mujeres) que fueron portadores de tuberculosis y finalizaron con éxito el tratamiento.	Estudio cualitativo hermenéutico. Muestreo intensional y determinado mediante el criterio de saturación de la información.	Entrevistas semiestructuradas grabadas.	–El estudio evidencia cómo el proceso salud-enfermedad se convierte en un aspecto que puede favorecer o limitar la adherencia al tratamiento antituberculoso. –El estudio destaca el estigma social, familiar y de los mismos portadores como un factor limitante para la búsqueda oportuna de atención médica y para el desarrollo de las acciones definidas en la estrategia supervisada para el control de la tuberculosis. –La discriminación por parte de los trabajadores hospitalarios profesionales y no profesionales se configura como una barrera importante para la adherencia al tratamiento; y un factor que causa dolor en el transcurso del padecimiento.

Referencia / contexto (autor, país, año, doi)	Participantes / muestra	Abordaje teórico / metodológico	Técnica de recogida de datos utilizada	Principales resultados
2) "Integralidad en el cuidado; estudio de la calidad de vida de los clientes con tuberculosis." Sheila Nascimento Pereira; Celia Regina da Silva; Elizabete Pimienta; Alexandrina de Jesus, Liane Ghelman 2013.	102 pacientes con tuberculosis tratados.	Estudio transversal, descriptivo y correlacional con un diseño cuantitativo.	Entrevista con cuestionario.	–En la relación que existe entre la calidad de vida y el carácter integral, las acciones de salud necesitan ser implementadas y consolidadas a través de un acuerdo entre el paciente, el profesional y la familia. –Los cuidados de Enfermería deben responder a las necesidades de salud de cada individuo singular, ya sean implícitas o explícitas; es importante valorar la subjetividad y la individualidad de cada sujeto, lo que justifica la importancia de evaluar lo que esa persona hace de su vida y la salud. Esto es un aspecto fundamental cuando se considera la reducción del daño y la vulnerabilidad social con miras a un proceso terapéutico exitoso y el logro de una mejor calidad de vida.
3) "Adherencia al tratamiento antituberculoso: Voces de los implicados." Alba Idaly Muñoz Sánchez, Yurian Lida Rubiano Mesa, Celmira Laza Vásquez. 2011	Recopilación bibliográfica	Recopilación bibliográfica científica. Selección de estudios de corte cualitativo a nivel mundial.	Análisis de la adherencia de portadores y profesionales que trabajan en programas de control de tuberculosis.	–Tanto para profesionales como portadores existe una mutua preocupación por la adherencia al tratamiento y la curación de la enfermedad. Sin embargo, asume diferentes condiciones: para los primeros, desde el conocimiento científico y con las ventajas que brinda la tecnología, se adjudica al tratamiento el camino válido para el control de la enfermedad. Para los portadores, el tratamiento representa la anhelada "curación", pero a la vez implica un cambio drástico en sus vidas que muchas veces no les permite elegir y los lleva al abandono. A lo anterior se suma la discriminación social e institucional que implica el estigma de las personas "marcados" como tuberculosos. –La tuberculosis y la adhesión al tratamiento implican visualizar este problema de salud más a allá de lo biológico e individual, como un complejo que implica un cambio en la atención desde la perspectiva del modelo biomédico hegemónico.
4) "Alteraciones de patrones funcionales en personas con Tuberculosis pulmonar, Villavicencio, Colombia". Luz Helena Aponte Garzón, Ruth Fabiola Hernández PáeZ. 2011	Personas diagnosticadas con tuberculosis.	El estudio de enfoque cualitativo, de tipo descriptivo. Utiliza la técnica de análisis de contenido, implicando de manera inicial la obtención de datos por valoración de patrones funcionales de salud.	Entrevista estructurada y por examen físico.	–El cuidado de las personas con tuberculosis pulmonar demanda una respuesta integral de los cuidadores formales e informales. Las alteraciones crean una alta vulnerabilidad física, psicológica y social, por lo que es necesario que los profesionales de enfermería consideren, además de las intervenciones enmarcadas por la norma, todas las que desde una visión de integralidad y de cuidado humanizado mejoren la calidad de vida de las personas afectadas y la de sus familias. –El temor y la ansiedad secundarios asociados a la enfermedad señalan la importancia de la relación transpersonal, en la que la enfermera, consciente de la complejidad del cuidado, detecta los elementos negativos y actúa conforme a lo que se requiere. –Es preciso que en las instituciones de salud se generen ambientes de mayor interacción y confianza que fomenten el cuidado de Enfermería oportuno, integral, humanizado y sensible a la difícil condición de salud que viven estas personas y sus familias.

Referencia / contexto (autor, país, año, doi)	Participantes / muestra	Abordaje teórico / metodológico	Técnica de recogida de datos utilizada	Principales resultados
5) "Trabajadores de la salud y sus significados en torno a la adherencia al tratamiento de la tuberculosis." Muñoz Sánchez, Alba Idaly; Cruz Martínez, Óscar Andrés y Rubiano Mesa, Yurian Lida. 2013.	18 participantes trabajadores de la salud que prestaron atención directa a pacientes con tuberculosis.	Estudio cualitativo de alcance descriptivo. Perspectiva hermenéutica-dialéctica.	Entrevistas semiestructuradas	–Se constata en este estudio que la no adherencia al tratamiento está asociada a barreras sociales, culturales y demográficas, así como a aquellas relacionadas con el proceso de producción de servicios de salud y los problemas con los medicamentos. –El estudio aislado de estos factores puede contribuir a fortalecer el estigma de la tuberculosis, de allí la necesidad de realizar estudios que permitan ver la totalidad de los aspectos implicados en la adherencia de la tuberculosis, en un contexto histórico social específico. –El vínculo que se crea entre el profesional de salud y el paciente es determinante en el seguimiento del tratamiento, en su abandono o culminación, dado que su función dentro del proceso no sólo se debe encaminar a verificar la toma del medicamento (por medio de estrategias como el tratamiento supervisado perteneciente al DOTS), sino también incluir espacios de escucha, orientación y entendimiento con el paciente.
6) "Necesidades en salud según percepciones de personas con tuberculosis pulmonar." Hino Paula; Maria Rita Bertolozzill; Renata Ferreira Takahashilll; Emiko Yoshikawa Egry. 2012.	11 participantes.	Estudio exploratorio, descriptivo, con un enfoque cualitativo con respecto a las necesidades de salud de las personas con tuberculosis.	Entrevista semiestructurada.	–Importancia promover debates dentro de los equipos de salud que trabajan en el área de la salud colectiva y hacer frente a las necesidades sanitarias teniendo en cuenta los problemas individuales y colectivos. –Las necesidades individuales específicas se refieren al lugar del portador de tuberculosis en la sociedad, las dificultades únicas que esto provoca, así como las necesidades dentro del ámbito de lo colectivo deben ser identificados y abordados. –El papel del profesional de la salud es estar abiertos a identificar y comprender las necesidades de las personas con tuberculosis, a pesar de los límites existentes representados por el proceso de producción de los servicios de salud. –Es importante que este tema se incorpore en la educación de los profesionales de la salud para que estén alerta y aprendan a hacer frente a las necesidades de salud de la población en la vida diaria. Aprender a escuchar y responder a las necesidades de salud.
7) "Estigma y percepciones de la tuberculosis en la frontera mexicano - estadounidense." Eva M Moya; Mark W Lusk, EdD, LMSW. 2013	30 adultos que reciben tratamiento para la tuberculosis.	Investigación de corte transversal; incluye métodos cuantitativos y cualitativos.	Entrevista semiestructurada con cada uno de los participantes.	–El foco de la investigación está puesto en el estigma en torno a los aspectos sociales y cognitivos de la enfermedad. –El resultado ha sido proponer acciones para superar el estigma y los cambios necesarios a nivel individual a través del análisis de los factores en los que viven los individuos estigmatizados. –Este enfoque reconoce que el estigma no es de origen natural, sino algo creado por la gente y, como tal, puede ser revertido.

Referencia / contexto (autor, país, año, doi)	Participantes / muestra	Abordaje teórico / metodológico	Técnica de recogida de datos utilizada	Principales resultados
8) "Las experiencias de vida de los pacientes que han completado el tratamiento de la tuberculosis: una investigación cualitativa en el sureste de Brasil." Ana Angelica; Daniela Oliveira; Egberto Tbiato; Rosery Figueiredo. 2013.	26 pacientes que han finalizado el tratamiento de la tuberculosis.	Estudio de carácter clínico-cualitativo.	Entrevista individualizada.	–Los trabajadores de la salud deben estar al tanto de que el tratamiento de la tuberculosis afecta a la vida psicosocial de los pacientes, y desarrollar estrategias para mitigar estos efectos, proporcionar oportunidades para que puedan compartir su ansiedad, sufrimiento, y los cambios biopsicosociales. –Los profesionales de la salud deben tratar de educar y capacitar a los pacientes de tuberculosis y sus familias con respecto a esta enfermedad con el fin de romper el círculo vicioso existente de desinformación y los prejuicios.
9) "Enfoque estructural de las representaciones sociales de la tuberculosis pulmonar". Whashinton da Silva; Zunilda Sales; Jules Ferreira; Ramon Moreira. Brasil. 2013.	26 pacientes con tuberculosis de 3 centros de salud de Bahía, Brasil.	Estudio descriptivo cualitativo apoyado por la teoría de las representaciones sociales.	Entrevista individualizada.	–Las representaciones sociales de la tuberculosis pulmonar tienen incidencia como factores de desgaste, la enfermedad y el sufrimiento. –Las actitudes negativa favorecen el estigma contra la enfermedad. Por lo tanto, es cada vez más urgente para los profesionales de la salud promover una reorientación de la práctica de la educación para la salud con el fin de luchar contra la estigmatización de las personas que sufren de tuberculosis, elevando conciencia a través de la interacción social precisa y estrategias de educación continua.
10) "Discursos sobre la tuberculosis: el estigma y las consecuencias para el enfermo." Káren Mendes Jorge de Souza, Lenilde Duarte de Sá, Filomena Elaine Paiva Assolini, Rodrigo Pinheiro Fernandes Queiroga, Pedro Fredemir Palha. 2015.	16 pacientes con tuberculosis.	Enfoque cualitativo.	Entrevista individual.	–Analiza los sentimientos de la persona socialmente desacreditada debido al estigma, como un sujeto enfermo y contagioso. A partir de esto se identifica la necesidad de los profesionales de la salud, especialmente de Enfermería, como gestores de la atención en tratamiento directamente observado (TDO), adoptando una postura atenta y crítica en relación con las prácticas institucionales e ideológicamente fundamentadas en los discursos estigmatizantes. –Contribuir al análisis y revisión del TDO, entre otras estrategias de organización de las acciones de salud dirigidas a la atención de los pacientes de tuberculosis, en particular los de mayor vulnerabilidad.

Referencia / contexto (autor, país, año, doi)	Participantes / muestra	Abordaje teórico / metodológico	Técnica de recogida de datos utilizada	Principales resultados
11) "Conocimiento del equipo de Salud de la Familia acerca de las necesidades de salud de las personas con tuberculosis." Paula Hinol; Renata Ferreira Takahashill; Maria Rita Bertolozzilll; Tereza Cristina Scatena VillaIV; Emiko Yoshikawa Egry. 2012	16 trabajadores de la salud.	Estudio exploratorio, de abordaje cualitativo.	Entrevista semiestructurada con preguntas cerradas.	–La calidad de la asistencia en el control de la tuberculosis requiere de los profesionales de salud una práctica libre de prejuicios, con aceptación de la persona con tuberculosis y disposición de actuar, comprendiendo la problemática social presente en concurrencia con las manifestaciones de esta enfermedad en determinadas personas. –Esta práctica exige la construcción de un nuevo proceso de trabajo entre los profesionales del equipo y personas con tuberculosis, con el objetivo de establecer la escucha activa, la corresponsabilidad entre equipo y usuarios y una relación de diálogo para captar las necesidades de los enfermos.
12) "La tuberculosis en el contexto de la familia: la experiencia de los miembros de la familia y los pacientes afectados por la enfermedad." Juliane Almeida Crispim, Regina Celia Fiorati, Ana Angélica Rêgo de Queiroz, Ione Carvalho Pinto, Pedro Fredemir paja, Ricardo Alexandre Arcêncio 2013	4 participantes.	Estudio descriptivo con un enfoque cualitativo.	Técnica de grupo focal con una guía elaborada con preguntas orientadoras.	–La tuberculosis afecta no sólo a la persona enferma sino también su dinámica familiar entera. –Se observa que los pacientes experimentan un impacto emocional, marcada por el aislamiento en sus relaciones sociales, y que las familias experimentan la ambivalencia entre el cuidado de ellos y el estigma existente. –Es imperativo reflexionar acerca de la importancia de la familia en el curso de la vida de los pacientes con tuberculosis como una institución social y la necesidad de reconocer como un apoyo y una red de intervención en la definición de políticas dirigidas a la lucha contra la tuberculosis.
13) "El cuidado de los pacientes con Tuberculosis en la Estrategia de Salud de la Familia: percepciones de las enfermeras." Lenilde Duarte de Sá; Virginio Annelissa de Oliveira Andrade; Ana Luiza Castro Gomes; Jordana de Almeida Nogueira; Tereza Cristina Scatena Villa; Neusa Collet. 2012	13 enfermeras de 28 equipos de salud.	Investigación exploratoria-descriptiva, de base cualitativa.	Técnica de grupos focales con guías.	–Un proyecto terapéutico basado en la integralidad que se centra en la creación de archivos conjuntos y la rendición de cuentas, y en la escucha activa y el diálogo, se considera una herramienta indispensable para proporcionar una atención satisfactoria –Los elementos que debilitan las acciones de cuidado hacia los pacientes con tuberculosis identificados por las enfermeras deberían reflejarse en forma conjunta por los profesionales, pacientes y educadores, de tal manera que el proceso de cuidado pueda ser redefinido en el campo práctico con el fin de consolidar los cuidados y generar corresponsabilidad bajo la perspectiva del trabajo en equipo basado en la integralidad.

Referencia / contexto (autor, país, año, doi)	Participantes / muestra	Abordaje teórico / metodológico	Técnica de recogida de datos utilizada	Principales resultados
14) "Las necesidades de Salud y vulnerabilidad de las personas con tuberculosis según las dimensiones de acceso, vínculo y adhesión." Paula Himno; Renata Ferreira Takahashi; Maria Rita Bertolozzi; Emiko Yoshikawa Egry. 2011	19 personas con tuberculosis.	Estudio cualitativo.	Entrevistas.	–El estudio muestra que la adherencia al tratamiento tiene varias limitaciones y deja claro que el acceso al diagnóstico y la medicación no es suficiente para la adhesión efectiva. Es esencial comprender el proceso salud-enfermedad como un fenómeno social y contemplar las necesidades de salud emergentes en todo el proceso de afrontamiento de la vulnerabilidad a sufrir tuberculosis. –Los resultados de esta investigación buscan orientar las acciones para promover una atención de calidad, firme y humana, y por lo tanto contribuir a la reorganización de los servicios de salud que prestan asistencia a las personas con tuberculosis en un área determinada mediante el conocimiento de sus necesidades y vulnerabilidades.
15) "Los sentimientos y las experiencias de los pacientes con tuberculosis en el Distrito Metropolitano de Sekondi-Takoradi: implicaciones para los esfuerzos de control de la tuberculosis." Dr. Emmanuel Atsu Dodor. 2012	34 pacientes con tuberculosis.	Investigación cualitativa.	Entrevistas individuales y grupos focales.	–La mayoría de los pacientes con tuberculosis no pudieron reconocer sus síntomas debido al estigma asociado a la enfermedad en la sociedad. La forma en que la gente trata a las personas con tuberculosis, especialmente sus contactos más próximos, es también una fuente de preocupación para los pacientes. –Esto puede conducir a un retraso en la presentación de informes en el hospital y en consecuencia aumentar la mortalidad de la enfermedad. También puede hacer que sea difícil para los pacientes que cumplan con la larga duración del tratamiento de la tuberculosis.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la totalidad de los artículos analizados se pudo constatar que las experiencias emocionales de estos pacientes son mayoritariamente negativas y constituyen una barrera para su adherencia al tratamiento.

Estas experiencias emocionales se relacionan con el estigma social todavía vigente sobre la tuberculosis, lo que genera en estos pacientes sufrimiento, dolor, temor, ansiedad, aislamiento y vulnerabilidad (física, psicológica y social). La discriminación no se limita al entorno inmediato (por ser "personas marcadas") sino que se refuerza de parte de los trabajadores hospitalarios, ya sea por escasa información o preparación profesional.

Los trabajadores sanitarios deben estar al tanto de que el tratamiento antituberculoso afecta a la vida psicosocial de los pacientes y deben desarrollar estrategias para reducir estos efectos, proporcionar oportunidades para que puedan compartir su ansiedad y sufrimiento fente a los cambios biopsicosociales que deben afrontar. Los profesionales deben tratar de educar y capacitar tanto a los pacientes como a sus familias con respecto a esta enfermedad, con el fin de romper el círculo vicioso que generan la desinformación y los prejuicios.

Como puede observarse, la familia funciona como apoyo y experimenta la ambivalencia entre el cuidado y el estigma que marca al paciente (Art 8, 9 y 12). Es por ello que los profesionales deben saber identificar y comprender las necesidades subjetivas de

los pacientes, fomentar la escucha activa, el diálogo, para responder a esta necesidad de una mayor interacción y confianza. Se trata, pues, de fomentar un cambio desde el cuidado oportuno de Enfermería, un cuidado integral, humanizado (con la ausencia de prejuicios) y sensible a la difícil condición de salud que viven estas personas y sus familias. (Art 4, 6, 11,13). Al generar una relación interpersonal con el paciente es posible detectar estos elementos negativos y actuar sobre ellos, ya que esa relación que se establece resulta crucial para la continuidad del tratamiento y su culminación (Art 2,3,4,5,14).

Las experiencias emocionales por las que cursan los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar ponen en evidencia la vigencia del estigma social sobre esta enfermedad y la manera en que incide negativamente en la adherencia al tratamiento, poniendo en riesgo la salud del paciente, la de su entorno y de la población en general.

El rol de acompañamiento de Enfermería es fundamental para lograr la curación de la enfermedad, no sólo para el control del tratamiento y para brindar la información necesaria, sino para reestablecer el vínculo de confianza con el paciente y su familia.

Recuperar la concepción del ser humano como un ser biopsicosocial y espiritual implica dejar de lado los prejuicios, capacitarse y utilizar todas las medidas de bioseguridad correspondientes para ofrecer un cuidado integral, oportuno y óptimo, acorde a las necesidades de cada paciente en su dimensión holística.

BIBLIOGRAFÍA

—OMS (2015) Tuberculosis. URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/

—OMS (2015) Día mundial de la tuberculosis: atender a los 3 millones. URL: http://www.who.int/campaigns/tb—day/2014/es/

—Enfermería psicosocial. "La adaptación y el afrontamiento a la enfermedad". URL: www.academia.edu /7202042/Temario4_Enfermer%C3%ADa_Psicosocial

—Ministerio de Salud de la Nación (2015) "Argentina superó los objetivos del milenio en la lucha contra la tuberculosis, según informe de OPS." URL: http://temp.msal.gov.ar/prensa/index.php/articulos/lista-de-slide-de-destacados/2606-argentina-supero-los-objetivos-del-milenio-en-la-lucha-contra-la-tuberculosis-segun-informe-de-ops

—Aponte Garzón, Luz Helena and Hernández Páez, Ruth Fabiola Alteraciones de patrones funcionales en personas con Tuberculosis pulmonar, Villavicencio, Colombia. av.enferm., Jul 2011, vol.29, no.1, p.42—54. ISSN 0121—4500. URL http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121—45002011000100005&lng=es&nrm=iso

—Cunha Garcia, MA et al (2013) "E nfoque estructural de las respresentaciones sociales de la tuberculosis pulmonar." Vol.7, n°10 URL

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4777/pdf_3582

—Dessunti, EM et al (2013) Tuberculose no contexto das famílias: as vivências de familiares e pacientes acometidos pela doença [Tuberculosis in the family context: experience of family members and patients affected by the disease]. URL: http://www.e—publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10034/8084

—Dias AA, de Oliveira DM, Turato ER, de Figueiredo RM. BMC Public Health. 2013 Jun 19;13:595. doi: 10.1186/1471—2458—13—595. Life experiences of patients who have completed tuberculosis treatment: a qualitative investigation in southeast Brazil. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23782670

—Dodor EA. Ghana Med J. 2012 Dec;46(4):211—8 The feelings and experiences of patients with tuberculosis in the Sekondi—Takoradi Metropolitan district: implications for TB control efforts. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3645176/

—Farias, S. et al. (2013) "Integralidade no cuidado: estudo da qualidade de vida dos usuários com tuberculose." Esc Anna Nery; vol.17, n°4, pp. 749—754. ISSN 1414—8145. URL http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S14148—14520130004007 49&lng=es&nrm=iso&tlng=es12962011000100014&lng=es&nrm=iso

—Hino, Paula et al. (2011) As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. Rev. esc. Enferm; vol.45, n°2, pp. 1656—1660. ISSN 0080—6234. URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080—62342011000800003&lng=es&nrm=iso

—Hino, Paula et al. (2012) Necessidades em saúde segundo percepções de pessoas com tuberculose pulmonar. Rev. esc. enferm. USP, Dez 2012, vol.46, no.6, p.1438—1445. ISSN 0080—6234. URL http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080—62342012000600022&lng=es&nrm=iso&tlng=es

—Hino, Paula et al. (2012) Family health team knowledge concerning the health needs of people with tuberculosis. Rev. Latino—Am. Enfermagem, Feb 2012, vol.20, no.1, p.44—51. ISSN 0104—1169. URL http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010411692012000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

—Moya, Eva M and Lusk, Mark W Tuberculosis stigma and perceptions in the US—Mexico border. Salud pública Méx, 2013, vol.55, suppl.4, p.s498—s507. ISSN 00363634 URL http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036—36342013001100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

—Muñoz Sánchez, A. y otros (2011) "Proceso salud—enfermedad construido en torno a la tuberculosis: un caso en Bogotá (Colombia)". Index Enferm; vol.20, n°4, pp.229—232. ISSN 1132—1296. URL http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132—12962011000300004&lng=es&nrm=iso

—Muñoz Sánchez, A. y otros (2011) "Adherencia al tratamiento antituberculoso: Voces de los implicados." Index Enferm; vol.20, n°1—2, pp.66—70. ISSN 1132—1296. URL http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132—

—Muñoz Sánchez, A y otros (2013) "Trabajadores de la salud y sus significados en torno a la adherencia al tratamiento de la tuberculosis." Enferm. Glob; vol.12, no.31, p.86—108. ISSN 1695—6141. URL http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695—61412013000300006&lng=es&nrm=iso

—Sá, Lenilde Duarte de et al. (2012) Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. Rev. esc. Enferm; vol.46, no.2, pp. 356—363. ISSN 0080—6234. URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080—62342012000200013&lng=es&nrm=iso

—Sá, Lenilde Duarte de et al. (2015) Discursos sobre a tuberculose: estigmas e consequências para o sujeito adoecido. URL: http://www.e—publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/16106/14

Creencias y prácticas culturales de autocuidado en el proceso del embarazo de mujeres de la comunidad originaria Río Blanquito

Valeria del Carmen Carrizo
Hugo Darío Iriarte Sánchez
Catalina Farfán
Alejandra Bergagna
Universidad Nacional de Salta. Facultad de Ciencias de la Salud

La etnoenfermería presenta un rico potencial para el desarrollo de la profesión si se conoce y aprende de la heterogeneidad cultural de la población y de la necesidad de encontrar nuevos caminos que contribuyan desde la academia y la práctica de Enfermería a conocer, reconocer y revalorizar el autocuidado desde la cosmovisión andina.

INTRODUCCION

El presente estudio permitió conocer las creencias y prácticas del embarazo de la comunidad Kolla de Rio Blanquito, ubicada al Oeste del departamento de Orán, provincia de Salta, perteneciente a la región de las Yungas. La finalidad de este trabajo es que sus resultados sirvan de referente a las prácticas profesionales para comenzar a pensar la atención en los servicios de salud con un enfoque de interculturalidad que otorgue mayor satisfacción a la mujer, familia y comunidad, alcanzando una mejor accesibilidad a los servicios. Esta propuesta parte del principio de que las mujeres son las protagonistas en el autocuidado de su cuerpo, sin eludir el hecho de que la forma de entender la salud y el proceso de atención varía según cada persona y cultura.

OBJETIVO

Identificar y analizar las creencias y prácticas culturales de autocuidado en el proceso del embarazo de mujeres de la comunidad originaria Río Blanquito, Orán, Salta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para el presente estudio etnográfico se utilizó la metodología cualitativa. De él participaron 17 mujeres (entre madres, gestantes y puérperas pertenecientes a la comunidad originaria Río Blanquito, integrada por la etnia Kolla, que habían vivenciado el proceso de embarazo) y un partero, quienes reunían los criterios de inclusión y permitieron conocer las creencias y prácticas culturales de autocuidado y sus representaciones desde la perspectiva de los protagonistas, para interpretar los procesos relativos a la salud a partir de sus propias percepciones en el marco del contexto de significación cultural.

Se obtuvo el consentimiento informado verbal de cada participante al momento de las entrevistas, los datos fueron grabados y trascriptos literalmente para su análisis. Los instrumentos utilizados en la recolección de la información fueron una grabadora y un cuestionario con preguntas abiertas que pudieran reformularse de acuerdo a cómo se desarrollaba la investigación, utilizando las entrevistas en profundidad con el propósito de permitir conversaciones profundas.

RESULTADOS

El embarazo (Warmi Usuri)

Comúnmente, en la cultura andina la fertilización se considera como la mezcla de dos clases de sangre: roja y blanca, pues el semen (muju) del hombre se considera una forma complementaria de sangre, que se combina con la sangre (wila) menstrual de la mujer en el momento de la concepción.

La primera señal del embarazo es la interrupción de la menstruación, a lo que sobrevienen náuseas, vómitos y desgano, para posteriormente confirmar con el crecimiento del vientre. El autocuidado durante el embarazo, desde la cosmovisión andina, está íntimamente relacionado por ser parte de la vida de la mujer en la comunidad.

Factores que influyen en el embarazo

En esta etapa se reconoce un "entorno mágico religioso". Las mamás consideran que cuando una mujer embarazada es víctima de un embrujo, éste afecta también al feto intrauterinamente y, al nacer, tendrá alguna lesión o podría afectarle en su vida futura. De esta manera, se considera que en caso de embrujo o hechizo, el más receptivo sería el bebé. Extrañamente, se cree que por esta vía el niño en el vientre puede tener facultades para limpiar estos conjuros, pero bajo la intervención de un curandero. Si éste no interviene, el mal puede afectar a la madre y al hijo. Por otra parte, existe la creencia de que la mujer embarazada atrae a los rayos, por tal motivo se teme mucho a las tormentas y como medida precautoria no salen de sus casas. Si una mujer embarazada fuera atrapada por un rayo, se tiene la seguridad de que el bebé adquirirá una malformación congénita o la madre podría cursar un embarazo gemelar, pues se cree que el rayo parte en dos al bebé.

Además, cuando la mujer embarazada se encuentra con los vientos o lugares malignos, se asusta, se sale su ajayu y es necesario que se cure llamando a su ánimo. Esta intervención debe ser realizada por un curandero porque, de lo contrario, puede traer consecuencias para su hijo quien podría presentar manifestaciones de persona asustada: llora mucho, no puede dormir, no quiere lactar y se le tiene que llamar su ánimo para que pasen las manifestaciones.

También el arcoíris es identificado como una especie de vapor maligno que si es visto por la mujer embarazada, entra en su cuerpo y puede traer consecuencias. Para prevenirlo, se debe evitar verlo. Otro problema muy temido por esta comunidad es que la mujer gestante vaya a un velorio o cementerio, donde también se percibe un aliento invisible pero negativo que entra en el bebé a través de la nariz de la madre. Este aliento irá secando al niño de a poco dentro del vientre, en un proceso de adelgazamiento que se alarga hasta después del nacimiento, incluso hasta la muerte. No existe la posibilidad de cura para el niño durante el embarazo, pero sí cuando nace: se le debe introducir desnudo, haciendo un orificio, al estómago de una vaca en 3 oportunidades. Esto da cuenta del simbolismo del número tres en ritos de tipo curativo.

Esta percepción muestra que las mujeres no sólo identifican los aspectos tangibles, como los alimentos o las bebidas que son transmitidos de la madre al niño, sino también los intangibles como los alientos emitidos en los velorios y/o cementerios, emanaciones, vapores, el olor que produce el lavado de la panza de oveja y otros. Aquí existe la percepción de que el "mal olor" no dejaría al niño/a "comer bien" dentro de la mamá y, por lo tanto, adelgazaría. Estos "olores" llegarían al bebé a través de la respiración de la mujer embarazada, que debe tomar medidas para evitarlos.

Dentro de la biomedicina se consideran signos y síntomas de riesgo obstétrico ginecorragias, convulsiones, HTA, hipertermia, cefalea, edema generalizado, disnea, pero desde de la cosmovisión andina se plantea otra lógica de identificación de riesgos o problemas durante el embarazo como ver un rayo, tejer o hilar, asustarse, exponerse al sol o el antojo, visibilizando la existencia de una epidemiología sociocultural.

Por su parte, el sangrado o "mal parto" es reconocido por las mujeres como peligroso en el embarazo, pero dependiendo de la cantidad de sangrado, si es escaso no le dan importancia y la causalidad que le dan es variada: por tocar agua fría, comer oca, alzar cargas pesadas, antojos, peleas, problemas emocionales. En el "edema", las causas están relacionadas con el caminar mucho o poco, o bien, por haber entrado en contacto con lugares malignos, que el viento les haya soplado muy fuerte, haber estado en lugares donde haya caído un rayo, etc. Por lo tanto, como la mamá se hincha, el bebé también y tal vez podría tener dificultad al nacer. De esta manera, las mujeres identifican la relación: hinchazón- lugar maligno, viento, rayo, etc., pero, por el contrario, no reconocen la relación hinchazón-hipertensión arterial. Por su parte, el "dolor de cabeza" es identificado como un problema durante el embarazo pero es directamente asociado a que la persona se enoje o esté triste y no así a la hipertensión arterial, como reconoce el personal de salud biomédico. Las mujeres andinas tienen la concepción de que esa tristeza o el acto de enojarse también "le pasa" al bebé. También las "convulsiones" son identificadas como posibilidad durante el embarazo y en cuanto a las causas se relacionan a peleas o a la mala alimentación.

Las mujeres que tienen hijos son identificadas desde la cosmovisión andina como sanas a diferencia de las que no han sido madre aun. Se cree que al embarazarse y dar a luz al niño se elimina "sangre mala" con enfermedades y con todo los malos sentimientos de la persona. Mientras más hijos se tenga, más sana estará la mujer. Lo anteriormente expresado es totalmente opuesto a la biomedicina, donde se toma a la multiparidad como riesgo obstétrico: el debilitamiento de la mujer es mayor a medida que tiene más hijos.

En cuanto a la edad, no existen parámetros delimitados para embarazarse y que esto sea considerado problemático: se asume con normalidad el embarazo tanto en una mujer de 15 años como en aquella que esté en su menopausia; es decir, cuando sucede el embarazo lo asumen como tal y no existe el conflicto de pensar si será o no un problema en el futuro. En cambio, desde el punto de vista médico se marca como riesgoso un embarazo en mujeres menores de 18 años y mayores de 35 años.

En tanto, el "antojo" no satisfecho se relaciona directamente con amenaza de aborto, que está relacionado a aspectos estructurales tales como la carencia de recursos económicos que impide satisfacer sus necesidades y deseos, especialmente de alimentos que no se consumen habitualmente (asados, chicharrón, torta y otros). Vale decir que el antojo puede ser más visible y manifiesto con aquellos alimentos que se comen fuera del orden

social cotidiano. Existe un aspecto curativo construido culturalmente para evitar el aborto producido por antojo, el cual consiste en lamer azúcar en la palma de la mano y en forma de cruz tres veces. Se puede notar en esa medida preventiva la injerencia del cristianismo, pues contiene elementos como la cruz y el realizarlo tres veces, en alusión a la Santísima Trinidad. En términos fisiológicos, la presencia del azúcar puede ayudar a disminuir la salivación y secreción gástrica que produce cualquier antojo.

En cuanto al trabajo y los quehaceres, las mujeres continúan realizando sus labores domésticas, evitando realizar trabajos que requieran permanecer en una sola posición por tiempo prolongado; por ejemplo, lavar ropa o tejer sentada pueden provocar el aplastamiento del bebé e, incluso, su muerte. Por ello, las mujeres se cuidan de todo aquello que podría estimular un parto prematuro como "alzar pesados", "viajar por caminos accidentados", "no bañarse en aguas termales", "no tener relaciones sexuales" u otras que podrían "aplastar" al bebé en el vientre materno. Tejer durante el embarazo es considerado como una actividad sumamente peligrosa en la que se asocia el hilo del tejido con el cordón umbilical. Así, el acto de tejer induciría a que el cordón se enrolle en el cuello del bebé. Por otro lado, sembrar y cosechar son procesos considerados "livianos". Cuando la mujer está embarazada se suspenden las actividades sexuales coitales porque se cree que el bebé podría sufrir lesiones o malformaciones. Esta abstinencia se aplica desde los primeros meses de embarazo.

Estos juicios y temores que las mujeres expresan podrían entenderse como parte del control y la censura social, pues un cuerpo embarazado debe ser respetado como algo sagrado.

El "solearse la espalda" es considerado muy peligroso ya que la acción del sol sobre la espalda de la embarazada haría que la placenta se "pegue mucho más" a la matriz, lo que dificultaría su expulsión en el momento del alumbramiento. Otra de las causas de retención placentaria está relacionada con el apego no precoz del bebé al seno materno, pero esta constatación biomédica entra en contradicción con la lógica de sobrevivencia familiar y comunitaria, pues se cree que las wawas que toman leche desde el primer momento, después serán "comeloncitos", poniendo en riesgo la estabilidad alimentaria de los otros miembros de la familia. Las mujeres identifican como un serio problema al hecho de "sufrir agresiones físicas y verbales" durante el embarazo por parte de su marido. Por la agresión, el embarazo podría terminar en aborto o en un posterior daño de la "cabeza" del bebé y tener secuelas en el aspecto psicológico en el futuro: ser niños nerviosos, donde es posible que hasta de jóvenes sigan "asustados" y con pensamientos que les lleven a la locura.

Salud – Enfermedad

Estos conocimientos, creencias, prácticas culturales diferentes respecto a la salud y enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, lo social y relacional permite pensar en la interculturalidad en salud. Según la concepción andina, el hombre se compone de tres elementos vitales que son: el alma, el ánimo y el cuerpo material, donde se hallan encarnados los dos anteriores. El cuerpo es la sustancia o materia que compone a la persona, es una entidad abierta a energías externas, existiendo una semejanza entre el hombre y la naturaleza. El alma, o soplo divino, es lo que da la vida y se trasmite a través de las facultades del pensamiento, de la sensibilidad, del movimiento. Si éste sale del cuerpo, sobreviene la muerte. El ánimo, ajayu o espíritu, es el fluido que da consistencia al cuerpo, sin causar la vida ni la muerte, pero es un complemento encargado del control del cuerpo. Sin él, la persona no puede vivir con normalidad, pues si éste sufre un estado anormal, genera caos y desorden, y sobreviene la enfermedad. Al ser el ajayu el elemento aglutinador del cuerpo, cuando la persona se asusta sobreviene la pérdida de ánimo que es causa de enfermedad.

Una situación de desorden en cualquiera de los ámbitos de la cultura se manifiesta en el cuerpo a través de enfermedad, desorden, calamidades y el tratamiento consiste en recomponer el equilibrio con todo lo que rodea al enfermo. Salud y enfermedad, en el mundo andino, son en sí una dualidad, pareja de opuestos y complementarios en la cual se define la vida de los individuos.

Entre los tipos de enfermedades se encontraron las míticas, naturales, frías y calientes. Las enfermedades naturales pueden definirse como un daño en las zonas periféricas del cuerpo, sin afectar al ajayu y que es causada por un agente exterior y que, por lo tanto, se queda afuera del enfermo. Las enfermedades frías y calientes se diagnostican por haber roto la lógica del equilibrio de la teoría de los extremos que se identifican por la forma en que se manifiestan en el cuerpo.

En el embarazo se habla de un cuerpo en estado de absoluto calor. La mujer lo diagnostica por la interrupción de la menstruación o los movimientos del niño ante embarazos entrelazados. El embarazo se reconoce también por la elevación del calor en la mujer, que se asocia algunas veces con síntomas específicos: lo caliente de la criatura da el vómito.

La embarazada y las mujeres de la familia cumplen un papel central en el control y vigilancia del embarazo, ellas procuran que éstas no se expongan al frío, el aire, las envidias; vigilando la alimentación y el desarrollo adecuado de las actividades cotidianas.

CONCLUSIONES

El embarazo es concebido como producto de una relación sexual entre un hombre y una mujer, durante este período la mujer mantiene su ritmo de trabajo habitual, el que sólo disminuye en esfuerzo al acercarse la fecha del parto, ello tanto por razones propias de su condición física, como para evitar un parto complicado.

Aun cuando el embarazo es una condición que no afecta profundamente las labores cotidianas de la mujer, existe un modelo de cuidado cultural específico para la embarazada que denota su grado de fragilidad física y espiritual. Un conjunto de normas sociales y culturales definen lo que es y no es permitido para la embarazada, entre las que destacan cuidados en la alimentación, prohibición de participar en algunos eventos que puedan dañar a la embarazada o al feto, tales como el contacto con moribundos, presenciar sufrimiento, ingerir u observar alimentos gemelares o deformes.

BIBLIOGRAFÍA

—Alarcón M, A.; Astudillo D, P.; Barrios C, S.; Rivas R, E. "Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile". Revista Médica de Chile. 2004, vol.132, n.9 [citado 2012-11-04], p.p. 1109-1114. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000900013&lng=es&nrm=iso>.

—Alarcón, A. y Nahuelcheo S., Y. "Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas." Revista de Antropología Chilena, Volumen 40, Nº 2, 2008. p.p 193-202

—Ballen M., F. Novoa R., L. Otalora P., G. Rodríguez T., V. Sanabria C., V. Sánchez R., R. "Descripción de las practicas y creencias relacionadas con los tres periodos del nacimiento y puerperio en mujeres de la comunidad Arhuaca desde la perspectiva de los Mamos." Tesis Licenciatura en Enfermería. Bogotá, Universidad del Bosque.2008.

—Campos Navarro, R. "La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: Del indigenismo culturalista del Siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI". Simposio: Interculturalidad en Salud. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública N° 27. p.p. 114-122. 2010.

Conversaciones con la enfermera

La importancia de recuperar el sentido de la palabra "servicio" en el trabajo de Enfermería para aportar a la recuperación de la persona enferma.

Noemí Cabrera*

¿Qué estamos haciendo con nuestra profesión?
La idea de escribir este texto surgió luego de una guardia complicada. Pensé entonces: ¿qué estoy haciendo con mi profesión de Enfermería? ¿Es esto lo que había soñado cuando comencé mis estudios? ¿Logré llegar a las metas e ideales que tenía en ese entonces? Dediqué muchos años a servir al prójimo con la mayor dedicación posible, pero: ¿qué piensa la gente de lo que significa un/a enfermero/a? ¿Pudo mi esfuerzo y vocación lograr que tengan una mirada optimista hacia este sector?
"Dedicación", "esfuerzo", "voluntad", "únicos", "necesarios", "compañía", "silencio" y hasta "mal remunerados" son palabras que se suelen utilizar para describir a un/a enfermero/a. Pero la que resalta, principalmente, es SERVICIO.

Servir es la actitud propia de esta profesión, aunque muchas veces se cree que es sólo cumplir con nuestro deber y nos olvidamos que es un acto de amor por el otro. Nuestro trabajo en particular está dirigido hacia personas carentes de buena salud que sienten nuestra dedicación y amor hacia lo que hacemos.

Somos profesionales que aportan en la construcción de la recuperación de la persona enferma y cuando digo que "se construye", es porque somos una pieza fundamental dentro de un gran equipo de salud. Esto nos lleva a analizar: ¿Cómo estoy sirviendo? ¿Estoy dando lo mejor posible de mí? ¿Cómo estoy viviendo mi profesión en el día a día? ¿Es rutinario? ¿Me produce satisfacción? ¿Qué vivo con mis pares al ocupar el lugar que se ocupa? ¿Comparto con ellos lo que me pasa en cuanto al servicio? ¿Qué tan bien estamos sirviendo en equipo? Pensemos un instante: ¿qué pasaría si todos aplicaran este concepto de SERVICIO en lo que elige hacer? ¿Cómo estaríamos como sociedad? ¿Es esto una utopía o puede volverse realidad?
Una de las frases célebres de Albert Einstein es: "Solamente una vida vivida para otros es una vida que vale la pena". Jesucristo dijo: "No vine para ser servido, sino para servir y para dar vida en rescate de muchos". Albert Schweitzer refirió: "No sé cuál será tu destino, pero una cosa sé: los únicos entre vosotros que encontrarán la felicidad, serán aquellos que han buscado y encontrado cómo servir".
Busca en tu interior, piensa en aquel aprendiz que fuiste, que soñaba con ciertos ideales de Enfermería, ponte delante de él y afirma que ya estás completa/o. Y si aún no logras verte de ese modo, pide ayuda, habla con tus jefes, con tus compañeros. El estar completos en lo que hacemos y con la profesión que elegimos, nos acerca a la felicidad completa.

* coordinadora de Enfermería de Neo/Pediatría, Sanatorio Itoiz.

Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB)

Lic. Romina Ledesma
Servicio de Guardia Sanatorio Profesor Itoiz

La bronquiolitis es una de las enfermedades de mayor incidencia en las estaciones de otoño e invierno. Los estudios demuestran que mediante la enseñanza de nuevas prácticas y la modificación de hábitos desde la promoción del cuidado se ha logrado disminuir considerablemente las complicaciones y atenuar el agravamiento de las IRAB

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del sistema respiratorio en la población infantil son las prevalentes en esta época del año (estaciones otoño-invierno) representando el 70% de las consultas ambulatorias y, con el incremento de las bajas temperaturas, el 50% de las internaciones en el invierno. Son también una de las principales causas de Mortalidad Infantil (población infantil de 0 a 5 años) de nuestro país, reducida considerablemente en los últimos años con un planeamiento estratégico de medidas preventivas.

En este apartado, nos abocaremos a las IRA Bajas (IRAB) ya que la mayoría de los casos presentados son episodios agudos de Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO). Y dentro de las distintas afecciones daremos mayor relevancia a la bronquiolitis, siendo ésta una de las más importantes por su impacto en la morbimortalidad infantil junto a la neumonía.

¿QUÉ ES EL SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO?

El SBO es un cuadro clínico caracterizado por tos, sibilancias y espiración prolongada de intensidad variable, provocado por un conjunto de causas exógenas y endógenas. Abarca los siguientes cuadros:

- Bronquiolitis (primer episodio de fiebre, tos y sibilancias en el menor de 2 años)
- Lactante sibilante (tos y sibilancias en el menor de 2 años)
- Niño sibilante recurrente (de 2 a 5 años)

¿QUÉ ES LA BRONQUIOLITIS?

Primer (o segundo) episodio de obstrucción bronquial a razón de una infección viral en un niño menor de 2 años. Es una inflamación difusa y aguda de las vías aéreas inferiores, expresada clínicamente con sibilancias por la obstrucción de la vía aérea más pequeña.

Agentes causantes: virus Sincicial Respiratorio (VRS) (70% de los casos, más frecuente en invierno); Influenza (más frecuente en otoño); Parainfluenza, Adenovirus y Rinovirus.
Cuadro clínico:

- Síntomas de infección respiratoria alta de 1 a 3 días previos (rinorrea, tos y, eventualmente, fiebre de escasa magnitud)
- Síntomas de obstrucción bronquial periférica (tos, taquipnea, retracción intercostal, espiración prolongada, sibilancias, rales) de 5 o 6 días de duración.
- Apnea, ocasionalmente, más frecuente en cuanto menor es el paciente.
- Hipoxia debido a la alteración de las fases de ventilación alveolar y/o difusión alvéolocapilar de la respiración.

La enfermedad es de resolución espontánea tomando de 7 a 10 días de evolución. La recuperación clínica completa puede demorar dos o tres semanas (tiempo de regeneración del epitelio ciliado).

La adecuada evaluación y valoración de los signos de IRA y la identificación de factores de riesgos asociados es fundamental. La demora en la identificación de signos y síntomas conduce a un riesgo de agravamiento del cuadro, ya que se demoraría en la administración del tratamiento oportuno, pudiendo requerir la derivación a un servicio de salud de mayor complejidad para su diagnóstico y tratamiento.

Factores de riesgo para contraer una IRAB

Del huésped	• Falta de lactancia materna • Vacunación incompleta • Prematurez/bajo peso al nacer • Desnutrición
Del medio	• Hacinamiento • Época invernal • Asistencia a guardería • Madre analfabeta funcional • Contaminación ambiental • Contaminación domiciliaria (tabaco o braseros)

Factores de riesgo de agravamiento de IRAB

- Edad menor a 3 meses
- Inmunodeficiencias
- Cardiopatías congénitas
- Enfermedades pulmonares crónicas
- Prematurez/bajo peso al nacer
- Desnutrición
- Alteraciones del neurodesarrollo (parálisis cerebral, enfermedades neuromusculares)

CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD

Se determinan según el grado de incapacidad ventilatoria observado. La valoración a través del puntaje de la escala clínica modificada de TAL ha resultado la más práctica en estas situaciones y permite establecer categorías de gravedad que se correlacionan con la saturación de O2 por oximetría de pulso (spO2) del paciente que respira aire ambiental.
En la primera evaluación del niño, si se encuentra con fiebre es necesario descender la temperatura corporal a 37,5°C, teniendo presente que la hipertermia modifica los valores, aumentando la frecuencia cardiaca y en menor medida la frecuencia respiratoria. Puede lograrse con el antitérmico disponible y medios físicos. Si éstos irritan más al niño se prefiere no aplicarlos.
Luego de bajar la temperatura se procede a tomar los signos vitales. En este momento el niño debe estar lo más en calma posible para que nuestros datos sean más precisos.

La detección de los signos y rápida intervención es trascendental porque acorta el tiempo de hipoxia del paciente, que es lo que representa riesgo de vida.

Puntaje de TAL modificada con frecuencia cardíaca

Puntos	Frecuencia Respiratoria		Sibilancias	Frecuencia cardíaca	Músculos accesorios
	Menor 6m	Mayor 6m			
0	≤ 40	≤ 30	No (1)	Menos de 120	No
1	41 – 55	31 - 45	Fin de espiración con estetoscopio	120 – 140	Tiraje Subcostal
2	56 – 70	46 – 60	Inspiración y espiración con estetoscopio	141 – 160	Tiraje subcostal e intercostal
3	>70	>60	Audibles sin estetoscopio	Más de 160	Tiraje universal (2)

Es necesario también considerar factores de riesgo de enfermar gravemente ya que esto indicaría posiblemente la necesidad de mayor complejidad para la resolución de su enfermedad.

- Si no hay sibilancia por insuficiente entrada de aire debe anotarse 3 puntos.
- Universal o generalizado = Tiraje subcostal + intercostal + aleteo nasal.

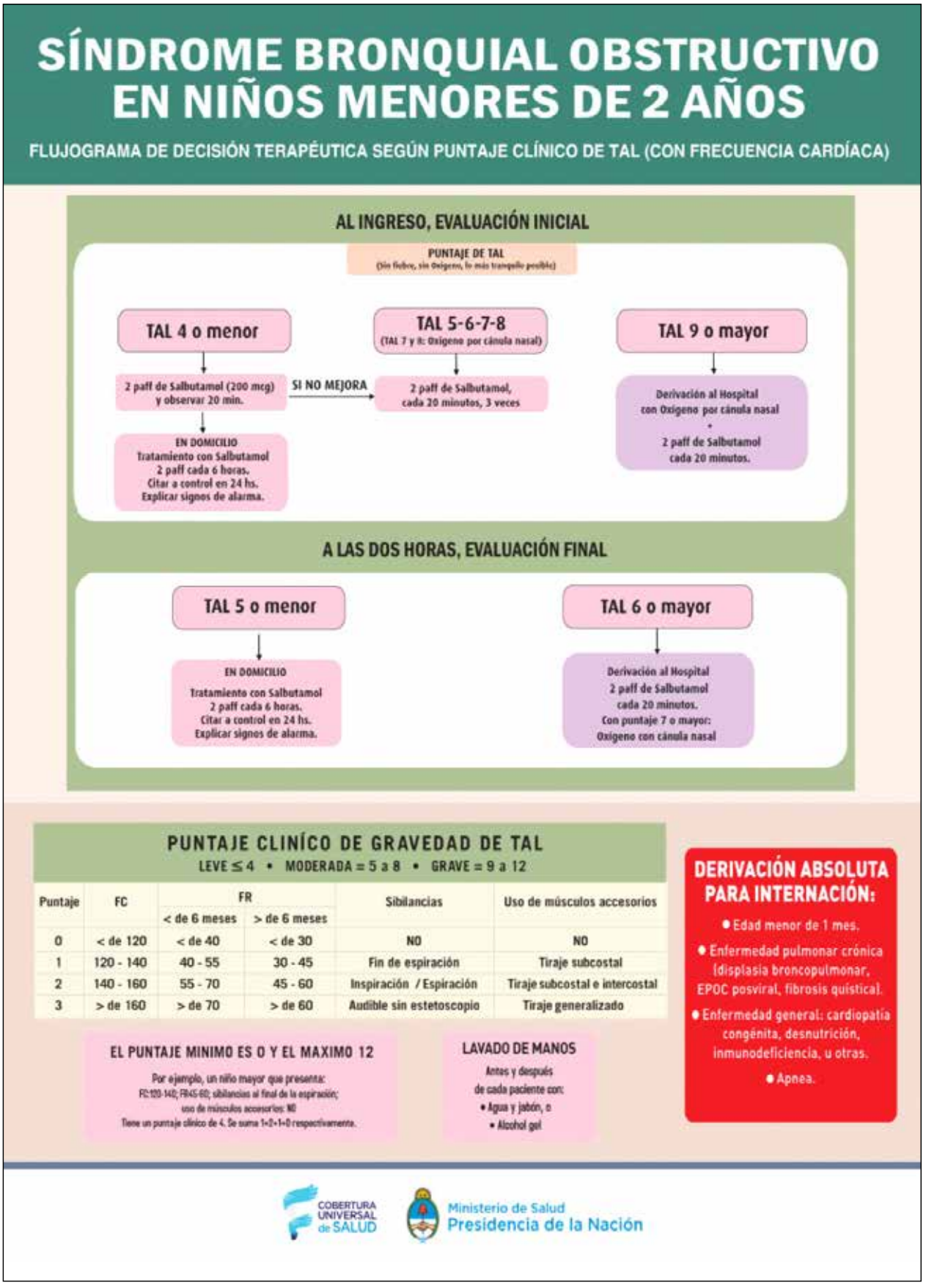
Recordar que la frecuencia cardíaca es un parámetro influenciado por diferentes factores, que no siempre implica mayor gravedad del cuadro clínico (fiebre, uso de broncodilatadores, estrés).
Existe un algoritmo de acción, otorgado por el Ministerio de Salud de la Nación dentro del "Programa IRAB", donde se indica la intervención según el resultado del puntaje de Tal. De cada institución depende su puesta en marcha.

PUNTAJE DE TAL

- Leve: 4 puntos o menos (spO2 ≥ 98%)
- Moderada: de 5 a 8 puntos (spO2 93% - 97%)
- Grave: 9 puntos o más (spO2 ≤ 92%)

PREVENCIÓN DE LAS IRAB

- Desde los **agentes de salud** surge de reconocer factores de riesgo para IRAB y tratar de eliminarlos o disminuir su impacto. También el detectar pacientes con riesgo para IRAB grave y darles prioridad en atención.
- **Intrainstitucional** el manejo adecuado de los aislamientos correspondientes al caso, con el fin de evitar la transmisión tanto entre pacientes como en el personal y familiares o visitas. Se debe tener en cuenta que el agente causal del mayor número de internaciones es el VRS y, en menor medida, el parainfluenza. Ambos se transmiten por contacto tanto directo de persona a persona, indirecto a través de objeto contaminado y transmisión respiratoria por gotitas de Plügge al hablar, toser y estornudar sin medidas adecuadas.
- Recomendaciones a **la comunidad** desde los agentes de salud y las instituciones, independientemente del nivel de atención, enseñando a reconocer los signos de alarma, estimulando la consulta precoz y disminuir riesgos de padecer enfermedad IRAB:



Algoritmo de acción otorgado por el Ministerio de Salud de la Nación dentro del "Programa IRAB"

Prevenir desde la comunidad	
Signos de alarma	• Taquipnea • tos • tiraje • fiebre • dificultad para alimentarse • somnolencia excesiva
Conductas	• Bajar fiebre • ofrecer líquidos (no suspender lactancia) • no dar medicación por cuenta propia • consultar inmediatamente

Estimular a la población para adoptar prácticas que **disminuyan el riesgo** de infecciones respiratorias:

- **No fumar**, especialmente en el interior de las viviendas. El principal contaminante ambiental y factor de riesgo directo para el desarrollo de sibilancias recurrentes en el lactante es el humo de cigarrillo.
- **Evitar la contaminación domiciliaria** ocasionada por el humo de braseros o cocinas a leña y ventilar frecuentemente la vivienda. Cuando esto se utilice, encender y apagar los braseros fuera del hogar.
- **Evitar el hacinamiento**: ventilar el ambiente por lo menos una vez al día, protegiendo al niño de las corrientes frías de aire.
- **La lactancia materna** exclusiva es sugerida durante los primeros 6 meses de vida y su continuación durante los primeros 2 años. La leche materna protege a los niños contra las infecciones gastrointestinales, respiratorias y otitis. Además contiene anticuerpos maternos y ayuda a inhibir el desarrollo de bacterias nocivas en el intestino del niño. También contiene nutrientes como el zinc y los ácidos grasos poli saturados de cadena larga que contribuyen al desarrollo de las respuestas inmunológicas del niño, con una mejor respuesta a las vacunas y una mayor capacidad de reacción frente a las enfermedades.
- **Embarazo controlado**: permite disminuir y detección precoz de factores de agravamiento y de contraer IRA.
- **Vacunas completas**: ayuda a proteger de algunos de los causantes de IRA. Las vacunas antigripal y antineumococo son herramientas efectivas para reducir el riesgo de Influenza, neumonías y sus complicaciones en la población de riesgo.
- **Anticuerpo monoclonal (Palivizumab)**: para el VRS no hay vacuna, pero la aplicación de este anticuerpo en niños prematuros, con enfermedades respiratorias de base o con cardiopatías (población más vulnerable), ha demostrado eficacia para disminuir el riesgo de internación y de morbilidad secundaria a la enfermedad.
- **Lavado de manos**: lavado frecuente de manos con agua y jabón, para reducir la transmisión de los gérmenes que ocasionan las infecciones respiratorias agudas y que se diseminan al toser y estornudar sin protección.

Es importante promover, en nuestra práctica diaria como profesionales de la salud, los signos y síntomas de alarma para prevenir y disminuir el riesgo de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFIA:

—"Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años". Sociedad Argentina de Pediatria. 2014

—"Consenso sobre Infecciones respiratorias agudas bajas enn menores de 2 años". SAP/Unicef. 1996

—"Infecciones Respiratorias Bajas. Modulo de capacitación para el personal de enfermería". Ministerio de Salud de la Nación. 2012

—"Recomendaciones sobre el uso de palivizumab. Actualización 2015". Sociedad Argentina de Pediatria. 2015/2016

—"Aplicación de palivizumab para la prevención de iRAB en población vulnerable". Ministerio de Salud de la Nación. 2017

—"Abordaje integral de las Infecciones Respiratorias Agudas". Dirección de Epidemiología - Ministerio de Salud de la Nación. 2016

—"Programa Nacional de Infecciones Respiratorias". Dirección Nacional de Maternidad e infancia – Ministerio de Salud de la Nación. COFESA 2008

—"Infección respiratoria aguda baja". Comité Nacional de Medicina Interna, SAP. 2000

—"Prevención de la infección respiratoria aguda grave por virus sincicial respiratorio en pediatría: Anticuerpo monoclonal específico (palivizumab). Lineamientos técnicos". Ministerio de Salud de la Nación. 2014

—"Salud Materno Infanto Juvenil en cifras 2017". SAP/Unicef. 2017

—"Análisis de la Mortalidad Materno Infantil. República Argentina 2003-2012". Dirección Nacional de Maternidad e infancia – Ministerio de Salud de la Nación.

—"Anatomía y fisiología humana". Elaine N. Marieb. Ed. Pearson Educación S.A. 2008

—www.respiratoriasbebe.org

LaboratoriosRIVERO

Rivero Junto a la enfermería especializada

MATERIALES BIOMEDICOS ORIGINALES RIVERO

Estériles, atóxicos, libres de pirógenos y látex natural

- Equipos para terapia parenteral
- Sondas de alimentación enteral
- Sondas de drenaje torácico
- Productos quirúrgicos especiales
- Bolsas colectoras de orina
- Equipo para medir presión venosa central

LaboratoriosRIVERO

Avenida Boyacá 419 - C1406BHG - CABA
Director Técnico: Dr. Pedro Luis Rivero
Bioquímico y Farmacéutico
Tel.: 4633.8666 Lineas Rotativas | Fax 4631.5634 4633.4754
www.rivero.com.ar | www.Facebook.com/LaboratoriosRivero
lab@rivero.com.ar | depcient@rivero.com.ar
Consultas - sugerencias 0800.222.7291

PLANTA MODELO JUNIN
Habilitada por ANMAT Legajo Nº 0022

Investigación, desarrollo y producción de Materiales Biomédicos Originales Rivero
Autorizados por ANMAT PM 0022