

VISIÓN DE
enfermería
ACTUALIZADA

Junio 2019 | AÑO 16 | NÚMERO 58

vea

PÁG **45**

**Educación
en Enfermería: más allá
del afiche y el eslogan**

**Score de
dependencia de pacientes,
una necesidad de todos**

PÁG **25**

**Seguridad alimentaria
y nutricional
del adulto mayor:
un enfoque desde
los derechos humanos**

PÁG **7**

Adecra+Cedim

Baño Fácil

SOAP'N EASY®

Paño jabonoso para la higiene personal

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



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



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



Sumario

- 5 | EDITORIAL
- 7 | INFORME 1
Seguridad alimentaria y nutricional del adulto mayor: un enfoque desde los derechos humanos
Prof. Lic. Cecilia Rossi
- 14 | RINCÓN LITERARIO
Ser Enfermero
Enf. Facundo Tarantino
- 15 | INFORME 2
Enfermería pediátrica: intervenciones ante cuadros de deshidratación
Prof. Lic. Juan Pablo Pérez
- 20 | CURSO DE POSGRADO
Gestión de Jefaturas en áreas de Enfermería
- 21 | INFORME 3
Buenas prácticas de salud: un compromiso con la comunidad
Prof. Lic. Marisa Server
- 25 | INFORME 4
Score de dependencia de pacientes, una necesidad de todos
Lic. Graciela Estela Rojas / Lic. Elida Ferminiana Gamarra / Lic. Daniela Silvana Chagallo
- 33 | FICHA 57
Cuidado de niños y adolescentes con Traqueostomía (TQT) al alta hospitalaria
Lic. Ramón José Esteban Rivas
- 37 | GACETILLA
III Jornada de Enfermería Neonatológica
- 39 | GESTIÓN
Fatiga de alarmas: el canto de las sirenas
Dr. Fabián Vitolo
- 45 | INFORME 5
Educación en Enfermería: más allá del afiche y el eslogan
Lic. Ursula Serdarevich

STAFF

DIRECCIÓN

Lic. Mercedes Sosa

JEFA DE REDACCIÓN

Prof. Lic. Marisa Server

COORDINACIÓN EDITORIAL

Alejandra Fuente

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Prof. Magdalena Villaverde

EDICIÓN

Susana Prieto

Adecra

Montevideo 451 - Piso 10º (C1059ABI)

C.A.B.A. Argentina

Tel: (011) 4374-2526 Fax: 4375-2070

www.adecria.org.ar

www.enfermeria.adecria.org.ar

e-mail: revistavea@adecria.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 16 | Nº 58 | JUNIO 2019

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, AECAP (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

El pasado 12 de mayo se celebró en todo el mundo el Día Internacional de las Enfermeras, en ocasión de un nuevo aniversario del nacimiento de Florence Nightingale, una de las fundadoras de la Enfermería moderna. Desde la Revista VEA queremos compartir con ustedes la propuesta que este año nos hace el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), una federación de más de 130 Asociaciones Nacionales de Enfermeras (ANE) que representa a más de 20 millones de enfermeras en todo el mundo: "Fundado en 1899, el CIE es la primera y más amplia organización internacional para profesionales de la salud del mundo. Operado por enfermeras y enfermeras líderes a nivel internacional, CIE trabaja para garantizar una atención de enfermería de calidad para todos, políticas de salud sólidas a nivel mundial, el avance del conocimiento en enfermería y la presencia en todo el mundo de una profesión de Enfermería respetada y una fuerza laboral de Enfermería competente y satisfecha".

En el marco de esta celebración, el CIE ha elegido como lema de la campaña 2017-2019 *Enfermeras: una voz para dirigir*, para el 2019, *Salud para todos*.

Una voz para liderar se enfoca en la necesidad de que las enfermeras se vuelvan más activas y hagan oír su voz en los distintos ámbitos de desarrollo e implementación de políticas de salud.

Salud para todos significa no sólo garantizar el acceso a los servicios de salud, sino el logro de un estado completo de salud física y mental que permita a las personas llevar una vida social y económicamente productiva.

Al contraponer los objetivos de esta propuesta con las circunstancias actuales de nuestro sistema de salud (las dificultades de todo tipo, la limitación de los recursos disponibles) surge la pregunta y la inquietud acerca de cómo podemos aportar desde este lugar para cumplir tan elevado propósito.

El CIE nos desafía a desarrollar todo nuestro potencial en la búsqueda de soluciones, en el desarrollo de estrategias para acercar las prestaciones de salud a quienes más lo necesitan, a ampliar los límites de atención hacia la comunidad con un enfoque en materia de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Enfermeras y enfermeros somos generadores de cambio y podemos llegar a las personas y a la comunidad, mejorando su calidad de vida a través de los conocimientos de nuestra profesión. Los desafíos son grandes. Animémonos a compartir abiertamente las buenas prácticas de salud con la comunidad y a trabajar por el logro de esa meta: **salud para todos**.

Lic. Mercedes Sosa



Diplomatura para Jefes de Departamento de Enfermería

Directora: Prof. Lic. Isabel Vera
Doctora en Enfermería

Declaratoria de Interés en trámite (87783/18) Facultad de Medicina

Dirigido a: Licenciados en Enfermería que estén ejerciendo el cargo y quienes aspiren a ejercerlo.

Modalidad: Presencial con talleres y dinámicas grupales.



Del 15 de marzo
al
13 de diciembre



Auditorio
Adecra+Cedim
Montevideo 451 10°



Viernes de
8 a 17 hs
(Cada 15 días)

*Se realizan descuentos
por más de una persona
por institución*



\$15.000 (o
10 cuotas de
\$1.500)
Matrícula: \$1.500



Efectivo
Tarjeta de crédito VISA
Transferencia
Cheque

Presentar: Fotocopias de título, DNI y matrícula.

- CUPOS LIMITADOS -

INFORMES E INSCRIPCIÓN

alejandrafuente@adecra.org.ar / (011) 4374-2526

<http://bit.ly/diplomaturaenfermeria>

Seguridad alimentaria y nutricional del adulto mayor: un enfoque desde los derechos humanos

Prof. Lic. Cecilia Rossi*

La aplicación de este enfoque implica que las acciones públicas y las instituciones encargadas de la atención de los adultos mayores deben basarse explícitamente en las normas internacionales sobre derechos humanos.

INTRODUCCIÓN

El aumento creciente de la población adulta mayor de 60 años es una realidad mundial que conduce hacia un nuevo tipo de conformación social de las poblaciones y requiere, por ello, un plan de políticas educativas que se articule con las políticas públicas de Estado para responder a las diferentes necesidades.

Las personas que integran esta franja etaria tienen capacidades por desarrollar e intereses que las motivan para seguir vinculándose al aprendi-

zaje de nuevos conocimientos o profundizando los adquiridos en alguna etapa previa, y de esta manera mejorar su calidad de vida.

El enfoque de derechos constituye el marco conceptual para el proceso de desarrollo humano basado, en su aspecto normativo, en principios y estándares internacionales, y operacionalmente dirigido a garantizar el respeto, la protección y la satisfacción de los mismos. De esta manera, busca integrar la legislación, los programas, planes y proyectos de desarrollo en cada uno de los países¹.

* Escuela de Enfermería-Facultad de Ciencias Médicas-UNR
Coordinadora nacional de la red ESAM Argentina

Los derechos humanos se caracterizan por ser:

- Universales: pertenecen a todo ser humano, independientemente de su país de origen, raza, sexo, creencias, etc.
- Indivisibles: no pueden fraccionarse ni reducirse, deben garantizarse plenamente. La satisfacción parcial de los mismos constituye una violación que debe ser reparada.
- Inalienables: no pueden separarse de las personas sin afectar su dignidad humana. Cada uno de los derechos es indispensable para una adecuada calidad de vida.
- Interdependientes: la realización de cada derecho es indispensable para el pleno goce de los demás derechos.

GARANTIZAR LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

El 1º de enero de 2016 el mundo comenzó a implementar oficialmente la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Este plan de acción para la transformación está basado en diecisiete objetivos de desarrollo sostenible que abordan los urgentes desafíos globales en el curso de los próximos quince años. Dichos objetivos son aplicables para todas las sociedades, ya que incluso en los países más ricos todavía no se ha empoderado completamente a la mujer ni se ha eliminado la discriminación.

El segundo de estos objetivos se refiere a poner fin al hambre y a todas las formas de malnutrición, lograr la seguridad alimentaria, la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible. Se fundamenta en la idea de que todas las personas deberían tener acceso a suficiente alimento nutritivo, lo que requiere la extensa promoción de la agricultura sostenible, duplicar la productividad agrícola, aumentar las inversiones y contar con mercados de alimentos que funcionen adecuadamente².

La Cumbre Mundial de la Alimentación 1996 define la seguridad alimentaria como el acceso de

todas las personas, en todo momento, a alimentos suficientes, seguros y nutritivos, para tener una vida saludable y activa.

La proporción de la población que sufre de hambre disminuyó a nivel mundial del 15% en el período 2000-2002, al 11% en el período 2014-2016. No obstante, casi 800 millones de personas en todo el mundo todavía no cuentan con acceso a alimentos adecuados.

El derecho a la alimentación no sustituye a las iniciativas de desarrollo actuales encaminadas a reducir el hambre: más bien aporta una nueva dimensión y complementa los enfoques tradicionales para luchar contra la inseguridad alimentaria. Para ello, proporciona un marco jurídico y hace hincapié en las nociones de los derechos de las personas y las obligaciones de los Estados. Asimismo, garantiza el establecimiento de mecanismos para aumentar la responsabilidad de la ciudadanía, los gobiernos, los organismos de desarrollo y otras partes interesadas. Al centrarse en las personas más vulnerables, el derecho a la alimentación garantiza que las medidas específicas benefician a los hambrientos sin discriminación. El fomento de la transparencia, la participación y la rendición de cuentas mejora la eficacia de las medidas adoptadas por los gobiernos y las partes interesadas. Por último, el habilitar a las personas pobres garantiza que tengan voz, participen en los procesos de toma de decisiones y reclamen sus derechos.

El logro de los ODS es una meta ambiciosa que requiere del compromiso de los Estados y gobiernos en la implementación de sus políticas y planes a nivel nacional.



LOS DERECHOS DE LOS ADULTOS MAYORES

Existen diversos paradigmas para comprender la vejez y el envejecimiento, ya que ambos procesos aluden a una realidad multifacética atravesada

de derecho, no solamente beneficiarios, y que, por lo tanto, disfrutan de ciertas garantías y tienen determinadas responsabilidades respecto de: sí mismos, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones.



da no sólo por el paso del tiempo, sino también por aspectos fisiológicos, sociales, culturales. Es preciso, por tanto, diferenciar los aspectos cronológicos de definición de vejez de lo que es su construcción social.

El enfoque de los derechos conlleva un cambio paradigmático en este sentido, ya que promueve el empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad. Esto implica que las personas mayores son sujetos

Incorporar el enfoque de derechos a los asuntos de las personas mayores supone que la legislación y las políticas sobre envejecimiento deben promover y proteger los derechos y libertades fundamentales en la vejez.

Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) constituyen un conjunto integrado e indivisible de prioridades mundiales y son el resultado de extensas negociaciones realizadas por los Estados Miembros de las Naciones Unidas.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores:

- Resalta que la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas, y que estos derechos, incluido el de no verse sometida a discriminación fundada en la edad ni a ningún tipo de violencia, emanan de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano.
- Reconoce que la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades.
- Señala la necesidad de abordar los asuntos de la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva de derechos humanos que reconozca las valiosas contribuciones actuales y potenciales de la persona mayor al bienestar común, a la identidad cultural, a la diversidad de sus comunidades, al desarrollo humano, social y económico y a la erradicación de la pobreza.

En razón de esto, insta a:

- Incorporar y dar prioridad al tema del envejecimiento en las políticas públicas, así como a destinar y gestionar los recursos humanos, materiales y financieros para lograr una adecuada implementación y evaluación de las medidas especiales puestas en práctica.
- Reafirmar el valor de la solidaridad y complementariedad de la cooperación internacional y regional para promover los derechos humanos y las libertades fundamentales de la persona mayor.

Convencidos de la importancia de facilitar la formulación y el cumplimiento de leyes y programas de prevención de abuso, abandono, negligencia, maltrato y violencia contra la persona mayor, y la necesidad de contar con mecanismos nacionales que protejan sus derechos humanos y libertades fundamentales.

(Washington DC, junio de 2015)

El tercero de estos objetivos establece que:



Al respecto se señala que “para garantizar el desarrollo sostenible necesitamos conocer cuántas personas habitan en el planeta actualmente y cuántas serán en los próximos años (...) necesitamos conocer la edad que tienen y cómo cambiará la distribución etaria. El crecimiento demográfico, el envejecimiento, la migración y la urbanización afectan todos los objetivos de desarrollo”³. De allí que los países con una alta tasa de envejecimiento poblacional necesiten “respuestas con políticas públicas que apoyen a su población mayor con el fin de eliminar los factores que obstaculizan su plena participación en la sociedad al tiempo de proteger sus derechos y su dignidad”⁴.

El incremento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad conllevan un envejecimiento de la población y nuevas problemáticas para la sociedad moderna y requieren cambios en sus valores, ya que se ha situado a los adultos mayores en una escala de bajo reconocimiento social. De aquí la importancia de hacer un análisis de las condiciones alimentarias y nutricionales en las que se desarrolla este grupo de población para elaborar propuestas que permitan mejorar su calidad de vida y que contribuyan a recuperar su valor social⁵.

Uno de los aspectos importantes es la seguridad alimentaria.

Una buena alimentación es fundamental en cada una de las etapas de la vida. Los aspectos básicos de una dieta son los mismos a lo largo de nuestra vida, pero las necesidades nutricionales individuales cambian a medida que vamos envejeciendo. Además, la correcta absorción de los alimentos puede verse afectada por alguna enfermedad. Este es un aspecto que, paradójicamente, no suele tenerse en cuenta, siendo que el riesgo de sufrir enfermedades derivadas de la alimentación aumenta con la edad.

La conducta de las personas y las familias se ve reflejada en los hábitos de consumo y en los estilos de vida que, de alguna forma, determinan la posibilidad de convertir los alimentos de la canasta básica en alimentación adecuada. Este punto es de importancia porque aún si el problema económico se soluciona, la conducta y los hábitos de las personas pueden generar riesgos de seguridad alimentaria y nutricional. Un mejor conocimiento de los factores que contribuyen a la malnutrición en la tercera edad debería permitir llevar a cabo una labor de prevención adecuada, así como elaborar tratamientos para mejorar la salud de las personas mayores.



La Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor (nacional e internacional) trabaja por el envejecimiento activo y saludable, entendiendo a éste como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

RESPONSABILIDAD DE LOS GOBIERNOS E INSTITUCIONES

El derecho a la alimentación no sustituye a las iniciativas actuales de desarrollo encaminadas a reducir el hambre; más bien, aporta una nueva dimensión y complementa los enfoques tradicionales para luchar contra la inseguridad alimentaria. Este enfoque proporciona un marco jurídico y hace hincapié en las nociones de los derechos de las personas y las obligaciones de los Estados.

El derecho a una alimentación adecuada, en tanto derecho humano básico, fue reconocido por primera vez en la Declaración Universal de Derechos Humanos aprobada en 1948, como parte del acceso a un nivel de vida digno (artículo 25): “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación”⁶.

Para ello se deben planificar y ejecutar programas de educación sanitaria desde edades tempranas, que incluyan formación en nutrición y en estilos de vida, resaltando y potenciando la actividad física, así como programas específicos dirigidos a personas mayores próximas a la jubilación para minimizar el impacto que ésta tiene en su vida. Estos aspectos deberían facilitar el fortalecimiento de hábitos alimentarios adecuados que se traducirían en un consumo óptimo de nutrientes esenciales para su estado nutricional y respuesta metabólica⁷.

El problema en la formulación de políticas que den respuesta a las necesidades radica no solo en fijar la atención en brindar programas con calidad, perti-

nentes y oportunos, sino también en que su alcance sea incluyente y permita llegar a toda la población (familias de diferentes estratos socioeconómicos, territorios rurales y urbanos, niveles educativos diversos).

CONSIDERACIONES FINALES: EL ROL DE LA UNIVERSIDAD

Desde el enfoque de los derechos humanos, el acceso a una alimentación y nutrición apropiadas para las personas mayores requiere la vinculación entre el sistema normativo, el sistema político y la adopción de acuerdos internacionales.

Se trata de una tarea ardua que sólo puede llevarse a cabo mediante la unión de esfuerzos comunes, del trabajo interdisciplinario y la conformación de colectivos que puedan hacer su aporte desde diferentes frentes, para el mejoramiento de la calidad de vida, la situación de salud de los adultos mayores, en conexión con las familias y poblaciones específicas, y el impacto que esto generará en un país o región.

La Universidad, en tanto ámbito de aprendizaje y difusión del conocimiento, desempeña también un rol importante:

- al vincularse con la población de adultos mayores de su radio de influencia a través de una oferta cultural y educativa incluyente, permanente y de calidad;



- al promover transformaciones socio-educativas que contribuyan a la calidad de vida adulta en dicha población.

De esta manera, favorece el acceso de esta población a programas de educación continua, auspiciando la creación de cursos y actividades de extensión con contenidos curriculares diversos, propios de

La experiencia de la UNR

En el año 2011 surgió en la Universidad Nacional de Rosario la iniciativa de diseñar una oferta educativa no formal para la población de adultos mayores basada en este enfoque, ya que el sistema educativo la contempla en muy baja proporción.

El Programa Universidad Abierta para Adultos Mayores (ProUAPAM) promueve como objetivo fundamental considerar la vejez como una etapa de posibilidades y poblada de recursos a desarrollar. Los cursos que allí se desarrollan atienden tanto al interés de la población destinataria como la ponderación de sus necesidades por parte de la institución y sus especialistas. Como parte de estas actividades se realizó un ciclo de conferencias interdisciplinarias sobre derechos y protección del adulto mayor, dentro de las cuales la autora desarrolló el tema que aquí se presenta.

cada unidad académica, así como la formación de educadores especializados en el área.

Porque demasiado a menudo pensamos que hacerse mayor es una complicación y no una oportunidad. Porque olvidamos que cumplir años con salud es acumular conocimientos, experiencias y valores que las nuevas generaciones pueden aprovechar.

Porque mantenerse activo al hacerse mayor es fundamental para abordar el reto del envejecimiento.

Una Universidad para todos fortalecerá los lazos sociales y la interacción generacional desde una nueva perspectiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. CEPAL (2006) "El desarrollo centrado en derechos y el pacto para la protección social", en: La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad.
2. ONU (2016) Informe sobre los objetivos de desarrollo sostenible.
https://unstats.un.org/sdgs/report/2016/the%20sustainable%20development%20goals%20report%202016_spanish.pdf.
3. UN Secretary-General's Video Message to the 27th Annual Conference of the International Union for the Scientific Study of Population, Busnan, 26 August 2013.
4. ONU (2013) "A life of Dignity for all: accelerating progress towards the Millennium Development Goals and advancing the United Nations development agenda beyond 2015".
5. Tocón, R. (1997) "Valoración del anciano en la actualidad actual." Gerokomos; VIII (21): 127-131.
6. ONU. Declaración universal de los derechos humanos.
<http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
7. Bejarano-Roncancio JJ, Ardila-Guzmán LS, Montañó-Rodríguez A. (2014) "Alimentación, nutrición y envejecimiento: un análisis desde el enfoque social de derechos." Rev Fac Med; 62 Supl 1:S73-9.

Ser Enfermero

Enf. Facundo Tarantino
Sanatorio Itoiz

Más de una vez, en cualquier situación donde se menciona a qué nos dedicamos, aparece esta pregunta desde el otro lado... ¿Cómo aguantan?

Cuando en una reunión comentamos "soy enfermero/a", casi automáticamente se escucha: "¡Hay que aguantar, eh!"

Cuando nos acercamos a un paciente para realizar sus controles vitales y se escucha, a lo lejos, a un abuelo desorientado que gritó toda la noche, nos pregunta: "¿Cómo aguantan?"

Cuando vemos llorar a un hijo, a un nieto, a un hermano o a una mamá por que no sabe si su familiar lo escucha o no, vuelve a surgir una y otra vez la pregunta: "¿Cómo aguantan?"

AGUANTAR es definido por la Real Academia Española como "tolerar o llevar con paciencia a alguien o algo molesto o desagradable". Y de esto nos surge una respuesta: "No aguantamos, somos enfermeros".

Nos formamos académicamente para tener herramientas con las cuales poder cuidar en el dolor, pero también nos formamos emocionalmente para acompañar a familiares y pacientes con empatía.

Nos formamos para disfrutar del trabajo en equipo, compartir con alegría el éxito del cuidado, encontrar nuestro confort en el confort del otro y agradecer todos los días el poder vivir de una profesión noble, que nos gusta hacer.

Tenemos la responsabilidad de cuidar no solo a nuestros pacientes, sino también a nuestros pares, demostrar todo lo que tenemos para dar con el respeto y el profesionalismo que nos da nuestra formación.

Por eso, recordemos siempre que "no aguantamos": elegimos, hoy y siempre, ser **ENFERMEROS**.

Enfermería pediátrica: intervenciones ante cuadros de deshidratación

Prof. Lic. Juan Pablo Pérez*

Resumen: La pérdida de líquido corporal puede deberse a diversos factores y derivar en complicaciones leves o severas, especialmente en el caso de lactantes y niños pequeños debido a la inmadurez del organismo y la dificultad para comunicar las necesidades. Conocer cuándo y cómo ha comenzado el cuadro que desencadenó la deshidratación permitirá definir las intervenciones necesarias para reestablecer la salud de estos pacientes.

Palabras clave: Enfermería pediátrica, deshidratación, procesos gastrointestinales.

Abstract: *The loss of body fluid can be due to several factors and develop into mild or severe complications, especially in breastfed infants and young children due to the immaturity of the body and the difficulty to communicate the needs. Knowing when and how the condition that triggered the dehydration will make it possible to define the interventions necessary to restore the health of these patients.*

Keywords: *Pediatric nursing, dehydration, gastrointestinal processes.*

INTRODUCCIÓN

Se entiende por deshidratación al estado clínico resultante de la pérdida de líquidos y solutos en el cuerpo humano; también puede presentarse como pérdida excesiva de agua de los tejidos corporales, dando como resultado un trastorno en el equilibrio de los electrolitos esenciales. Se produce después de fiebre prolongada, diarrea, vómitos, acidosis y en cualquier trastorno que produzca una rápida depleción de los líquidos corporales (cuadro 1); si bien es posible encontrar depleción corporal de agua sin pérdida de solutos, debido a causas diversas, en estos casos no se la considera deshidratación.

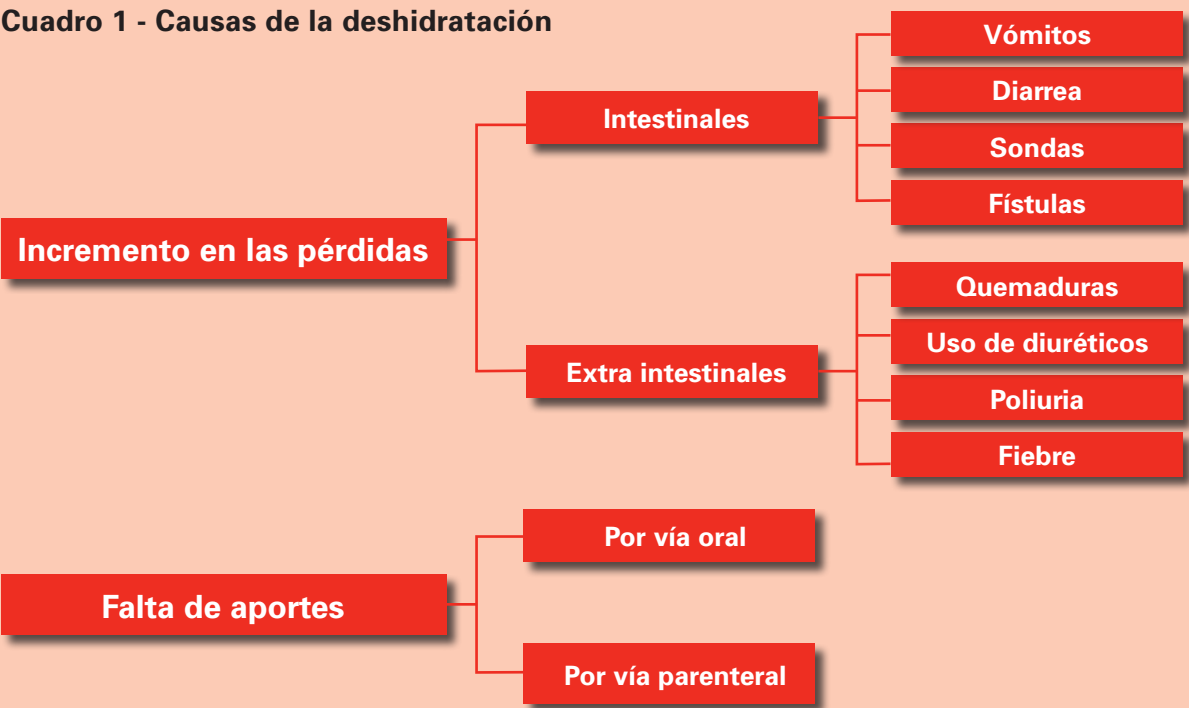
El riesgo de sufrir deshidratación reviste particular importancia en los lactantes y niños pequeños debido a que presentan un mayor porcentaje de agua en la superficie corporal; poseen riñones inmaduros, por lo cual tienen dificultad para concentrar la orina, y no pueden expresar cuándo tienen sed. En pacientes pediátricos, los principales signos de deshidratación son la disminución de la turgencia de la piel (aparece seca y enrojecida), lengua blanquecina, oliguria, irritabilidad y confusión.

Es importante tener en cuenta que la deshidratación es, en la mayor parte de los casos, el resultado de un proceso gastrointestinal precedente; ello sin subestimar otras causas (cuadro 2).

A continuación, se presentan los criterios a tener en cuenta para la correcta determinación de su severidad a fin de desarrollar las intervenciones y cuidados oportunos de Enfermería.

* Enfermería Pediatría Sanatorio Itoiz

Cuadro 1 - Causas de la deshidratación



Cuadro 2 – Gastroenteritis aguda

¿Qué es?	La gastroenteritis aguda se puede definir como un proceso autolimitado que se caracteriza por una inflamación de la mucosa gástrica e intestinal y se manifiesta en el aumento de las deposiciones diarias (más de 3 en 24 horas) y/o disminución de la consistencia (blandas o líquidas) y es de instauración rápida, con una duración habitualmente menor de 7 días y nunca superior a 14.
¿Cuáles son los síntomas?	La gastroenteritis aguda se puede definir como un proceso autolimitado que se caracteriza por una inflamación de la mucosa gástrica e intestinal y se manifiesta en el aumento de las deposiciones diarias (más de 3 en 24 horas) y/o disminución de la consistencia (blandas o líquidas) y es de instauración rápida, con una duración habitualmente menor de 7 días y nunca superior a 14.
¿Cuál es la causa?	La causa más frecuente referente a la gastroenteritis son los agentes de tipo infecciosos que afectan el tracto gastrointestinal pudiendo encontrar su origen en causas bacterianas, virales y/o parasitarias.

FISIOPATOLOGÍA DE LA DESHIDRATACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

La distribución de líquido en el cuerpo está determinada por la edad. En los recién nacidos, el líquido corporal total es de 70–75%, pero va disminuyendo conforme avanza la edad hasta ser del 60% en el adulto.

El líquido corporal total está distribuido, a su vez, en los espacios intracelular y extracelular; este último está conformado por el espacio intersticial y el espacio intravascular. La pérdida de líquidos produce diferentes déficits en los diferentes compartimentos. Por ejemplo: en la deshidratación aguda (menor a 2 días), la mayor parte de la pérdida de líquidos se da a expensas del espacio extracelular, mientras que en la deshidratación pro-

longada la pérdida es aproximadamente la misma en ambos espacios.

En términos generales, el cuerpo absorbe el agua y las sales que necesita el organismo de las bebidas y alimentos; pierde agua y sales en las excretas, el vómito, la orina y el sudor.

Cuando el intestino funciona normalmente, el agua y las sales se reabsorben y pasan a la sangre. Pero cuando existe una alteración en el metabolismo del agua corporal, disminuye el líquido intracelular, acompañado de la pérdida de sustancias disueltas, como potasio, magnesio, y ciertas proteínas que son responsables del cuadro clínico.

Los tipos de deshidratación

El tipo de deshidratación está dado principalmente por la cuantificación sérica de sodio. Su clasificación dependerá, entonces, de la pérdida que predomine al ponderar la relación entre la depleción de líquidos y la de solutos.

- Isotónica (isonatrémica) con Sodio sérico entre 130 – 150 mEq/L
- Hipertónica (hipernatrémica) con Sodio sérico mayor a 150 mEq/L

- Hipotónica (hiponatrémica) con Sodio sérico menor a 130 mEq/L

Determinación del grado de severidad de la deshidratación

La forma más objetiva de establecerlo es mediante el cálculo del peso corporal. Sin embargo, muy frecuentemente no se cuenta con este registro al llegar al centro de salud, por lo cual se utiliza una serie de parámetros clínicos obtenidos mediante la exploración física a fin de determinar la severidad de la deshidratación.

El grado de deshidratación se obtiene fundamentalmente en la clínica, ya que es posible establecer una relación directa entre la disminución del peso corporal y la pérdida aguda de agua. Durante la valoración de un niño deshidratado se debe hacer hincapié en tres aspectos:

- Establecer el grado y la severidad de la deshidratación.
- Establecer el tipo de deshidratación, así como sus complicaciones concomitantes.
- Planear la forma de rehidratación.

En base a ello se establecen tres niveles:

Deshidratación leve (déficit del 5%)	Deshidratación moderada (déficit entre 5 y 10%)	Deshidratación grave (déficit entre 10 y 15%)
Se caracteriza por la pérdida de líquido intersticial. Signos: • Escasa temperatura cutánea. • Fontanelas hundidas. • Ojos hundidos. • Sequedad de mucosa. Estos cambios no reflejan un compromiso hemodinámico importante, sin embargo, cuando hay pérdidas continuas importantes con incapacidad para tomar el líquido adecuado por vía oral, estos signos indican un déficit progresivo y es necesaria la fluidoterapia.	Signos clínicos de déficit intersticial y además signos clínicos de déficit de líquido intravascular: • Letargia • Taquicardia • Hipotensión • Disminución de la diuresis. De ello resulta un compromiso hemodinámico importante.	Se presentan todos los signos de depleción en los espacios intersticial e intravascular, además de: • Palidez • Flaccidez • Pulso rápido y débil • Hipotensión • Oligoanuria De ello resulta colapso intravascular y shock.

ROL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL NIÑO DESHIDRATADO

Se debe poner énfasis en conocer cuándo y cómo ha comenzado el cuadro que desencadenó la deshidratación. Para ello es fundamental realizar un examen físico exhaustivo y recolectar toda información útil.

La exploración física debe estar orientada a la búsqueda de signos que permitan determinar el grado de deshidratación, tales como:

- Elasticidad cutánea disminuida.
- Relleno capilar mayor a dos (2) segundos.
- Deterioro del estado general.
- Ausencia de lágrimas.
- Respiración anormal.
- Mucosas secas.
- Ojos hundidos.
- Pulso radial anormal, taquicardia.
- Diuresis disminuida.

En cuanto a la recolección de datos, debe centrarse en aspectos tales como:

- La epidemiología: época del año, edad, ambiente epidemiológico familiar y del medio, ambiente social, asistencia a jardín de infantes, guardería, viaje previo, antibioticoterapia, contacto con animales domésticos, tipo de alimentación.
- Peso anterior al actual: es fundamental conocer este dato porque es el que dará un panorama respecto al grado de deshidratación.
- Síntomas: fiebre, febrícula, vómitos, síntomas respiratorios.
- Características de las deposiciones: número, volumen, consistencia, presencia de sangre y/o moco.
- Cantidad y calidad de los líquidos ingeridos: lactancia, leche de fórmula.
- Número de micciones realizadas por el niño en las horas anteriores al ingreso y valoración de la diuresis por los padres (normal, escasa, nula).

Intervenciones para la restitución del paciente.

Rehidratación oral

El tratamiento con suero de rehidratación oral (SRO) es sencillo y debe ser siempre la primera opción en los cuadros de deshidratación leve a moderada.

La administración precoz de SRO disminuye de forma significativa las consultas a los servicios de urgencias y la hospitalización, como así también la morbilidad asociada a este cuadro.

Rehidratación intravenosa

Se pone en práctica en caso de deshidratación grave con compromiso hemodinámico, si fracasa la rehidratación oral o si existe un aumento significativo de la diarrea.

La deshidratación grave constituye una emergencia médica que requiere rehidratación intravenosa inmediata. Inicialmente debe administrarse una solución isotónica (Ringer Lactato, solución fisiológica) a 20 ml/kg.

Alimentación precoz

La recomendación actual es la introducción temprana de la alimentación sólida con una dieta apropiada para la edad del paciente y suele iniciarse cuando ha finalizado la rehidratación.

La dieta sin restricciones específicas acorta la duración de la enfermedad, mientras que las dietas "tradicionales" para la diarrea a base de arroz, manzana, etc., aparte de ser innecesarias, suelen ser deficitarias en calorías y principios inmediatos que no se recomiendan.

La carne magra, el yogurt y los carbohidratos complejos están especialmente recomendados por su buena tolerancia.

Si el niño está con lactancia materna, ésta no debe interrumpirse en ningún momento. No se recomienda la dilución de las fórmulas adaptadas estándar ni la utilización de fórmulas sin lactosa.

Intervenciones farmacológicas

- La no utilización de fármacos antidiarreicos encuentra fundamentación en que su actuación se centra en la disminución de la motilidad intestinal, aumentando la absorción o disminuyendo la secreción intestinal.
- La administración de Ondasentron (antiemético) solamente se prescribe en cuadros de deshidratación con riesgo de fallo terapéutico, con sales de rehidratación oral por vómitos persistentes, con el objetivo de reducir la necesidad de rehidratación intravenosa y la hospitalización.
- Muchas guías pediátricas desaconsejan el uso de antieméticos (por ejemplo, Domperidona, Metoclopramida) por los efectos extrapiramidales que pueden presentar, así como el uso de antibióticos en la fase aguda.

CONCLUSIÓN

Los lactantes y niños son un grupo etario vulnerable a padecer cuadros de deshidratación a causa de su inmadurez renal, del elevado porcentaje de agua corporal y de su dificultad de comunicación para expresar la sensación de sed.

El rol de Enfermería en el servicio de Pediatría es fundamental para garantizar el cuidado de estos pacientes, la evaluación y el seguimiento permanentes en busca de signos y síntomas que determinan el grado de deshidratación, e intervenir de manera oportuna a fin de prevenir el progreso de cuadros leves y moderados a graves.

Junto con el equipo de salud, debe establecer las intervenciones más adecuadas y eficaces conforme al grado de deshidratación. Dado que se trata de una causa frecuente de consultas e internaciones, el personal de Enfermería debe contar con la experiencia y el conocimiento necesario para restablecer el equilibrio electrolítico, prestando especial atención a los grupos vulnerables entre estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Testimony. United States Congress. House Committee on Veterans' Affairs. Dr. —Gutiérrez P, Polanco I, Salazar E. (2010) "Manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: un enfoque basado en la evidencia." Guía de práctica clínica Ibero-Latinoamericana. AnPediatr (Barc). 2010; 72(3): 220.e1-220.e20.
- Hernández Merino R. Soluciones de rehidratación oral (v.3.2/2010). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Disponible en <http://www.guia-abe.es>.
- Benito AM. Racecadotril en la gastroenteritis en niños: metaanálisis realizado con datos individuales de pacientes. EvidPediatr. 2013; 9: 35.
- Alcolea A, Díaz V, Polanco I. Diarrea aguda. En: Decisiones en Gastroenterología Pediátrica. Madrid: Ergon. 2013; p. 189-196.
- World Health Organization. The treatment of diarrhoea. Geneva: WHO Press; 2005.
- Universidad Nacional del Callao facultad de ciencias de la salud escuela profesional de Enfermería. LicYeny Mabel Parra Tello informe de experiencia laboral profesional para optar el título de segunda especialidad profesional de Enfermería en emergencias y desastres. Peru 2007.
- Gastroenteritis aguda C. Gavilán Martín, B. García Avilés, R. González Montero, Hospital Clínico Universitario de San Juan. Alicante.
- Consenso Nacional diarrea aguda en la infancia actualización sobre criterios diagnósticos y tratamiento. Adriana Afazani, Daniel Beltramino, Miriam E. Bruno, Héctor Cairolí, Marta Beatriz Caro, José Luis Cervetto, Inés Susana Daniel, Susana De Rosa, Nidia Escobal, Carlos Figueroa Turienzo, Lilia Garibotto, Isabel Giúdice, Elsa Guastavino, Susana Hoxter, Patricio Kenny, Michelle Lapaco, Virginia López Casariego, Carmen S. Mazza, Graciela Muñecas, Guillermo Pangaro, Claudio Pedra, Eva Pérez, Norma Piazza, Lía Marcela Rocca, Raul O. Ruvinsky, María Erlinda Sordó, Hugo Sverdlhoff, María del Carmen Toca, Alicia Totoro, Amanda Varela, Rafael Zlatkes.
- Botas Soto I, Ferreira Marín A, Bertha Soria Garibay B. (2011) "Deshidratación en niños". En: Anales médicos, Vol. 56, n° 3: 146-155

Gestión de Jefaturas en áreas de Enfermería

El Departamento de Enfermería compone una Unidad Funcional Administrativo Asistencial responsable de brindar cuidados progresivos, eficientes y eficaces al paciente y su entorno, como también de promover el desarrollo profesional del personal de enfermería a su cargo.

La gestión eficaz de una Jefatura de Departamento de Enfermería se basa en un gerenciamiento enmarcado en los tiempos actuales, donde las demandas por satisfacción de los usuarios son cada vez más exigentes. Por lo tanto, en este contexto, es importante desarrollar habilidades directivas que impulsen el pensamiento crítico, con competencias que permitan detectar un estilo personal de administración y gestión basados en la realidad y la preocupación biopsicosocial de las personas a su cargo.

El encargado de la Jefatura de un Departamento de Enfermería debe cumplir funciones de planificación, administración, organización, asignación de los recursos materiales y recursos humanos, de docencia en servicio cumpliendo con el programa de capacitación continua y la confección de planillas de estadística de producción de todas las áreas de su de-



pendencia. En este sentido, este curso de posgrado intenta desarrollar competencias y habilidades que permitan enfrentar los problemas del quehacer profesional y las problemáticas que de él derivan en pos del bien del paciente.

El curso está dirigido a Licenciados en Enfermería que estén ejerciendo el cargo de Jefaturas con experiencia de no menos de 5 años en manejos de personal a su cargo.

La metodología del curso es:

- Presencial: 2 veces al mes de marzo a diciembre.
- E-learning
- Presentación del Trabajo de Integración Final, que será confeccionado a lo largo de la cursada.
- Se realizarán talleres de prácticas en situaciones concretas que ocurren en las diferentes Instituciones de Salud.
- Se utilizarán técnicas de exposición interactuando con los participantes, dialogando y analizando casos.

Buenas prácticas de salud: un compromiso con la comunidad

Prof. Lic. Marisa Server*

El 15 de octubre se celebra el Día Mundial del Lavado de Manos, dirigido a incrementar la concientización y comprensión de la importancia de este hábito como un medio efectivo y asequible para prevenir enfermedades y salvar vidas.

La Organización Panamericana de la Salud, en alianza con UNICEF, invita a celebrar el Día Mundial del Lavado de Manos con el fin de generar conciencia sobre un hábito que puede salvar vidas. La iniciativa surgió en 2008 de parte de la Alianza Global entre los Sectores Público y Privado para Promover el Lavado de Manos y está respaldada por varias instituciones gubernamentales e internacionales, organizaciones de la sociedad civil, compañías privadas e individuos de todo el mundo.

En 2018, desde el Comité de Calidad y Seguridad de los Pacientes del Sanatorio Itoiz, se propuso un acercamiento a la comunidad educativa (escuelas de la zona) para promover la importancia de la higiene de manos con agua y jabón como medida sencilla y económica para disminuir la transmisión de enfermedades.

Los niños menores de cinco años sufren diarrea extrema y más de 3,5 millones de ellos mueren cada año en el mundo por causa de diarrea y neumonía. Lavar-se las manos con jabón puede reducir la

incidencia de las tasas de diarrea entre niños menores de cinco años a casi 50% y las infecciones respiratorias a cerca de 25%.

Por esta razón, en consonancia con los lineamientos de la OMS, se eligió apelar a los niños como agentes de cambio; además de estar entre los principales afectados, se los considera permeables porque adquieren rápidamente los nuevos conocimientos que se les ofrecen. Así, llevan a sus hogares y comunidades las buenas prácticas de higiene que aprenden en la escuela.



* Coord. Docente de Enfermería - Sanatorio Itoiz
Docente Titular - Universidad Isalud

Su activa participación y las intervenciones culturalmente sensibles basadas en la comunidad buscan asegurar un cambio de comportamiento sostenido.

Al planificar la iniciativa, el comité consideró llevar la técnica de higiene de manos a las escuelas públicas y privadas, con distintas realidades, contextos y necesidades relacionadas con falta de red de agua potable en sus hogares, falta de supervisión por parte de los padres para inculcar hábitos saludables y de higiene.

La técnica estándar de lavado de manos es algo fácil de aprender, sobre todo porque los niños aprenden a través de lo lúdico: jugando y cantando siempre es más fácil y divertido. Es importante darles ejemplos y recordar que aprenden por imitación, especialmente los hábitos.

Estas medidas se enseñan no sólo a los niños sino también a docentes y personal auxiliar de la escuela, para que puedan transmitirla a sus colegas y familias, siendo ellos los protagonistas de promover la salud en su propio lugar.

Entre los puntos más significativos se recalca la importancia de incluir la higiene rutinaria de manos entre las normas de conducta del colegio. Docentes y todo el personal de los centros educativos pueden y deben enseñar con el ejemplo.

La higiene en general, y la de las manos en particular, debe formar parte de su programa educativo y debe ser enseñado en las aulas. Durante la capacitación se entrega material gráfico con los pasos a seguir y material de higiene (jabones, alcohol en gel). La actividad se programa de la siguiente manera:

- Folleto sobre el correcto lavado de manos.
- Tiempo/Actividad.

¿Cuándo?

- Antes de comer o beber.
- Después de usar el baño.
- Después de sonarse la nariz, toser o estornudar sobre las manos.
- Después de usar un pañuelo descartable.
- Antes y después de tocar o limpiar una herida.
- Después de jugar con juguetes o tocar objetos que se han compartido con otros niños.
- Después de jugar en el suelo, arena, césped u otras superficies que puedan estar sucias.

¿Cómo?

- Se debe usar agua y jabón. El agua sola no elimina los gérmenes. El jabón normal es capaz de eliminar más del 50 % de la flora bacteriana transitoria de nuestras manos.
- La técnica estándar de lavado de manos dura aproximadamente 30 segundos. Hay que frotarse las manos. No hay que olvidar frotar las uñas, el dorso de las manos, las yemas de los dedos y los pulgares. Si los niños y niñas son muy pequeños se les puede decir que canten una canción mientras se lavan, para que estén el tiempo suficiente.
- Después se enjuagan las manos con agua abundante y se secan con una toalla o papel desechable (es lo preferible en los lugares públicos).

El Día Mundial del Lavado de Manos es un llamado para concientizar a la población de que un poco de agua y jabón pueden salvar muchas vidas. Este día se celebra por primera

vez este 15 de octubre en 70 países de los cinco continentes. Es la primera vez en la historia en la que una campaña mundial pide a millones de personas que laven sus manos con agua y jabón.

¿Cuándo? ¿Cómo? Lavado de manos con jabón.

Cinco datos clave según la OMS

1. ¡Lavarse las manos solamente con agua no es suficiente!

Lavarse las manos solamente con agua, una práctica común alrededor del mundo, es significativamente menos efectivo que lavarse las manos con jabón. El lavado apropiado de manos requiere jabón y una pequeña cantidad de agua. Usar jabón facilita la frotación, lo que permite disolver la grasa y eliminar la suciedad que contiene la mayoría de los gérmenes; además, deja un agradable olor en las manos. Si se usan adecuadamente, todos los jabones son igualmente efectivos para remover los gérmenes que causan enfermedades.

2. El lavado de manos con jabón puede evitar enfermedades que matan a millones de niñas y niños cada año.

El lavado de manos con jabón es una de las maneras más efectivas de prevenir enfermedades diarreicas y la neumonía, que juntas son responsables de la mayor parte de las muertes infantiles. Cada año, más de 3,5 millones de niños y niñas no llegan a celebrar su quinto cumpleaños debido a la diarrea y a la neumonía. El lavado de manos también puede prevenir infecciones cutáneas, infecciones a los ojos, parásitos intestinales, SRAS, gripe aviar e influenza H1/N1, y trae beneficios a la salud de las personas que viven con VIH/sida.

La investigación demuestra que el lavado de manos es efectivo para prevenir la transmisión de enfermedades incluso en asentamientos pobres altamente poblados y contaminados.

3. Los momentos críticos para el lavado de manos con jabón son después de usar el baño o de limpiar a un niño y antes de manipular alimentos.

Las manos deben lavarse con jabón después de usar el baño, después de limpiar las heces de un niño o después de cualquier otro contacto con excretas humanas, y antes de manipular alimentos. Las manos son las principales portadoras de gérmenes que causan enfermedades. Es importante asegurar que las personas tengan facilidades para lavarse las manos en esos momentos críticos. Existen soluciones simples, de bajo costo, que están dentro de las posibilidades financieras y tecnológicas de todas las comunidades, aún de las más pobres.

4. El lavado de manos con jabón es la intervención de salud de más costo - efectiva.

La promoción del lavado de manos es más eficaz y costo-efectiva en comparación con el financiamiento que requieren otras intervenciones de salud. Una inversión de 3,35 dólares en el lavado de manos trae los mismos beneficios a la salud que una inversión de 11 dólares en construcción de letrinas, o una inversión de 200 dólares en abastecimiento de agua para las viviendas, o una inversión de miles de dólares en inmunización.

La inversión en la promoción del lavado de manos con jabón también puede maximizar los beneficios a la salud de las inversiones en infraestructura de abastecimiento de agua y saneamiento y reducir los riesgos a la salud cuando las familias no tienen acceso a servicios de saneamiento básico ni de abastecimiento de agua.

5. Los niños pueden ser agentes de cambio.

Cuando se trata de compartir buenas prácticas de higiene, niños y niñas (el segmento de la sociedad que suele ser más energético, entusiasta y abierto a nuevas ideas) pueden actuar como agentes de cambio y transmitir las “lecciones de lavado de manos” que aprenden en la escuela a sus hogares y comunidades. Al estar situados idealmente en la intersección formada por el hogar, la escuela y la comunidad, su participación activa, junto con intervenciones culturalmente sensibles basadas en la comunidad, buscan asegurar el cambio sostenido de conducta. La finalidad del Día Mundial del Lavado de Manos es motivar a niños y niñas para que hagan suyas y compartan las prácticas apropiadas del lavado de manos y hacerlos “embajadores del lavado de manos” en cada una de las iniciativas del país, a nivel nacional y local.

CONCLUSIONES

El lavado de manos con jabón, especialmente en algunos momentos críticos (por ejemplo, después de usar el inodoro y antes de manipular alimentos), es una intervención clave y costo-efectiva que salva vidas.

Un gesto tan simple como lavarse las manos con agua y jabón puede ser clave para la supervivencia de millones de personas, sobre todo de los más pequeños. Los niños y niñas son especialmente vulnerables a los efectos de la diarrea y de las infecciones respiratorias, enfermedades que pueden prevenirse fácilmente y de forma económica.

Este día quiere servir como recordatorio de la importancia de esta práctica. Como equipo de salud,

nuestro compromiso es tanto con el paciente como con la comunidad de la cual formamos parte y de la que somos referentes en la salud. En este sentido, nuestro ejemplo y nuestra labor pueden aportar mucho.

BIBLIOGRAFÍA

- <http://www.palabraenfermera.enfermerianavarra.com/blog/2018/03/06/importancia-ensenar-alumnado-lavado-de-manos/>
- <http://lavadodemanos.org/>
- https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=811:dia-mundial-lavado-manos&Itemid=295
- <https://www.unicef.es/noticia/dia-mundial-del-lavado-de-manos>

Score de dependencia de pacientes, una necesidad de todos

Lic. Graciela Estela Rojas*

Lic. Elida Ferminiana Gamarra**

Lic. Daniela Silvana Chagallo***

INTRODUCCIÓN

A la hora de tomar la guardia y conocer el informe de estado de cada paciente, es usual en los equipos de trabajo la identificación de aquellas personas que requieren de mayor demanda de atención por parte de enfermería. Este momento construye la toma de decisión para la asignación o distribución de pacientes a atender durante la guardia o turno que comienza. Muchas veces, al no contar con un instrumento, se realiza de forma empírica; otras, en la forma tradicional de reparto de camas. En oportunidades, según sectores o también identificando a estos pacientes para ser distribuidos lo más equitativamente entre los miembros del equipo¹.

Los sistemas de clasificación de pacientes posibilitan evaluar el nivel de complejidad de cuidado o carga de trabajo de enfermería requerida por ellos, posibilitando validar y monitorizar las necesidades

de cuidados como el recurso humano que se requiere². Estos métodos de clasificación han tenido impacto en la década del 70 en Canadá, centrándose en un diseño y aplicación como herramienta de la cantidad de enfermeras necesarias para los cuidados. Poniendo énfasis los pacientes críticos, se desarrolla en 1974 por Cullen y su equipo el Índice de Puntuación de Intervenciones Terapéuticas (TISS), mientras que en los '90, Chile implementó métodos de categorización basados en los niveles de dependencia³.

Puede suceder que exista una percepción de mayor demanda asistencial de los pacientes que se encuentran internados que fundamente pedir un refuerzo, pero también en forma empírica. Zeidy y Vargas Bermudez refieren, a partir de una encuesta realizada a enfermeros, que el uso de una

¹ Vigna Cinthia, M. G. (2007) "Utilização de sistema de clasificado de pacientes e métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem". Arq. Cienc Saúde 2007 jan-mar; 14(1), 8-12

² Brito, AP, Guirardello, EB,. "Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de internação" Rev. Latino-Am-Enfermagem sep-oct 2011

³ Loreto Macia Soler, Sistemas de clasificación de pacientes, Gestión y administración de servicios. Curso 2013/2014

escala de grado de dependencia brinda una mejor asistencia: valora la condición clínica y manejo del paciente, involucrando los aspectos físicos y emocionales, y permite reflejar o justificar la cantidad del personal necesario para asistirlo, logrando una mejor calidad de cuidados⁴.

En este sentido, un grupo de profesionales de nuestra institución acercaron la inquietud de poder realizar un instrumento que valide la dotación de enfermeros necesarios que requiere la unidad en forma actualizada. Se propuso, con aceptación de los miembros, llevar a cabo el score propuesto por el Programa Nacional de Calidad de la Atención Médica⁵.

En el año 1995, el Ministerio de Salud argentino aprobó las normas de organización y funcionamiento de servicios de Enfermería en establecimientos de atención médica, como instrumento de aplicación para la organización, planificación, programación y distribución del recurso humano ante las necesidades asistenciales requeridas de los pacientes internados. (Resol 194/1995).

Contar con un sistema de clasificación de pacientes es contar con un instrumento que facilita identificar el grado de dependencia de la persona de acuerdo a sus necesidades asistenciales, que pueden ser observadas clínicamente por la enfermera⁶.

La aplicación diaria de la categorización ministerial de dicha resolución tiene como propósito identificar el grado de dependencia de los pacientes in-

ternados para asignar los enfermeros necesarios para la asistencia. Si bien el Sanatorio de los Arcos contaba con una valoración de ingreso al nosocomio, carecía de seguimiento y categorización en la estadía de internación.

MATERIAL Y MÉTODO

Se definieron las variables a considerar y se llenaron los formularios. El score propuesto por los enfermeros del servicio de internación general clasificaba a los pacientes internados en dos categorías: postrados y no postrados. Conforme a la cantidad de los mismos, validaba el disminuir o reforzar el número de enfermeros para ese sector.

En este sentido, se realizó una capacitación a los enfermeros de la unidad de todos los turnos. Simultáneamente, los mismos pacientes eran categorizados para ambas propuestas y los datos se volcaban en una planilla para su tabulación en Excel. El servicio de elección para el estudio fue el área de internación general clínico quirúrgico de 150 camas, con un promedio de estadía de 3-4 días de internación.

La definición de las variables para el score propuesto fue:

- Paciente que no deambula (postrado): aquel que cuenta con distintos dispositivos en el cuerpo que no le permiten tener autonomía propia, dependiendo de la asistencia total de enfermería.
- Paciente que deambula (no postrado): aquel que tiene autonomía propia y que solo requiere de las acciones planificadas por enfermería.

Estas definiciones propuestas por los enfermeros tuvieron, en la aplicación, algunas controversias.

La definición de las variables propuestas como Categorías, según Resolución Ministerio de Salud y Acción Social N° 194/1995 del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, son basadas en el grado de dependencia de los pacientes, las necesidades individuales, la atención directa e indirecta y las características de la atención hospitalarias en nuestro medio.

⁴ Bermudez Z., Mendez X., Torpe G., Chichilla M., (2013) "Modelos de enfermería para la categorización de pacientes en el Hospital Rafael Angel Calderón Guardia". Rev. Enfermería en Costa Rica pag. 66-73 <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria>

⁵ Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Resolución 194; 1995

⁶ Galvez Porcel AM. "Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados", Tesis doctoral Universidad de Granada, Facultad de Ciencias de la Salud, Granada, pag. 83, Abril 2011

Planilla diaria de enfermería

Piso	Torre	Fecha			
Cantidad de pacientes					
No deambulan	Deambulan	Categoría Según Res. 194/95			
9	5	C1=1	C2=3	C3=3	C4=7

Planilla diaria de supervisión

Piso	Cantidad de pacientes	Baños en cama	Paciente que no deambulan
4to	13	3	11
5to	13	2	3
6to	14	5	7
7mo	14	4	6
8vo	9	0	0
9no	14	0	0
Cantidad de pacientes: 77			

Definición de grado de dependencia:

Categoría 1 - Cuidados mínimos: Control de la alimentación, higiene, movilización y eliminación. Paciente colaborador. Control de signos vitales. Medicación vía oral o parenteral.
Riesgos potenciales: Ninguno. Arreglo de la unidad. Apoyo emocional. Información al paciente. Observación de la evolución y registro de la misma.

Categoría 2- Cuidados moderados: Ayuda en la higiene. Movilización y eliminación. Paciente colaborador. Puede comer solo. Control de signos vitales. Medicación por diferentes vías.
Riesgos potenciales: Escasos. Arreglo de la unidad varias veces por día. Información al paciente. Observación de la evolución de la misma. Puede requerir pruebas especiales.

Categoría 3- Cuidados intermedios: Necesita ayuda para su alimentación. Baño de cama e higiene parcial por turno. Dependencia de la eli-

minación. Dificultad en la movilización. Control de signos vitales. Cuidados en la piel en zonas de presión. Medicación por diferentes vías. Poco colaborador. Cambios importantes en su estado general.

Riesgos potenciales: Caídas, escaras, infección, complicaciones. Arreglo de la unidad varias veces por día. Uso de elementos de compensación de impedimentos funcionales. Apoyo emocional al paciente y a su familia. Observación de la evolución y registro de la misma. Tratamientos específicos que requieren controles especiales. Coordinación con otros profesionales para su atención.

Categoría 4- Cuidados especiales: Alimentación con ayuda o por alimentación asistida. Dificultad para moverse por sí solo. Baño en cama, aseo perineal frecuente. Dependencia para la eliminación. Plan de hidratación. Control de signos vitales según evolución. Control de débito de drenajes. Procedimientos invasivos para diagnósticos. Cura-

ciones complejas, cambios posturales frecuentes. Riesgos potenciales: Caídas, escaras, infección, complicaciones. Requerimiento de oxígeno. Toma de muestras para cultivos. Apoyo permanente de enfermería al paciente y a su familia. Observación de la evolución y registro de la misma. Requerimiento de asistencia kinesiológica y psicológica. Arreglo de la unidad varias veces en el día. Posible aislamiento.

Categoría 5- Cuidados Intensivos: Alimentación asistida, baño en cama, movilización frecuente, paciente no colaborador, puede estar en coma. Más de un acceso por diferentes vías (periférico, central o arterial). Medicación de alto riesgo. Puede requerir aporte de oxígeno intermitente o permanente, asistencia ventilatoria mecánica, control electrocardiográfico diario, monitoreo continuo, medición de distintos parámetros en forma frecuente. Tratamientos especiales como diálisis (hemodiálisis), vigilancia del paciente y registros frecuentes. Balance

horario. Apoyo emocional al paciente y familia. Riesgos potenciales: descompensación renal, neurológica, respiratoria, cardíaca. Infección generalizada. Se menciona que la categoría 5 no fue incluida en el periodo de estudio, puesto que son transferidos a la unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio, hubo controversias a la hora de identificar al paciente según la clasificación propuesta por los enfermeros (Deambulan / No Deambulan), ya que no contemplaban todas las acciones de enfermería requeridas. Los enfermeros concluyeron que la categorización ministerial era más ajustada a las necesidades de los pacientes y de las acciones que ellos ejecutaban, abandonado así la escala inicial propuesta.

Categoría	Pisos Clínicos Qcos Torre 1								Pisos Maternidad			
	4°		5°		6°		7°		8°		9°	
	Ptes	%	Pctes	%	Pctes	%	Pctes	%	Ptes	%	Pctes	%
1	128	4,64	201	7,33	150	5,44	214	7,95	1195	46,34	2101	78,72
2	719	26,04	816	29,75	665	24,14	1165	43,27	1180	45,75	494	18,51
3	1036	37,52	948	34,56	1055	38,3	865	32,12	192	7,45	62	2,33
4	878	31,8	778	28,36	885	32,12	449	16,68	12	0,46	12	0,45
Total	2761	100	2743	100	2755	100	2693	100	2579	100	2669	100

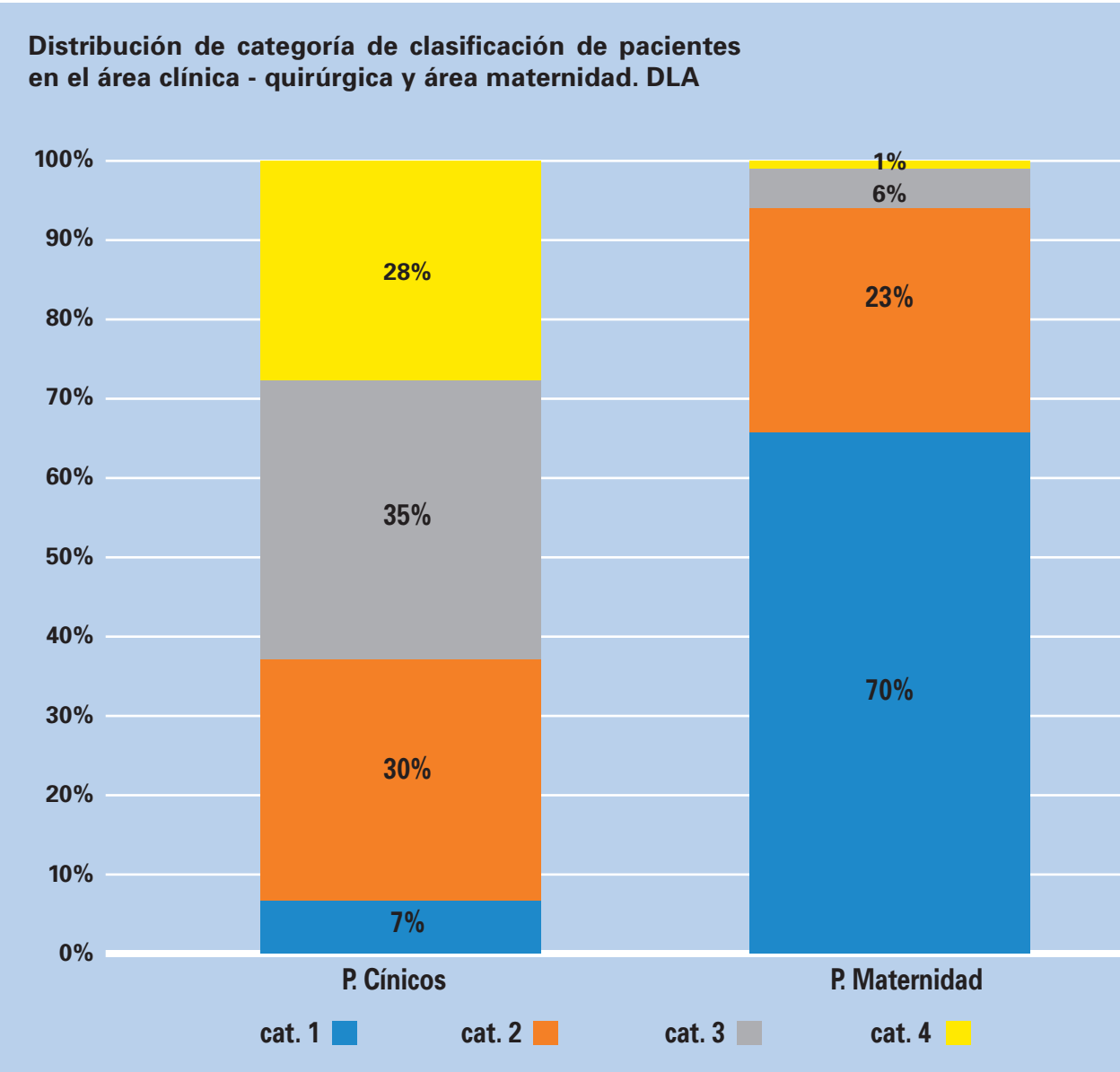
Categoría	Pisos Clínicos Qcos Torre 2								Pisos Maternidad			
	4°		5°		6°		7°		8°		9°	
	Ptes	%	Pctes	%	Pctes	%	Pctes	%	Ptes	%	Pctes	%
1	99	4,58	207	9,7	140	6,57	153	7,11	1124	55,53	1704	84,73
2	562	25,99	551	25,84	791	37,14	617	28,66	656	32,41	283	14,08
3	769	35,57	831	38,96	633	29,72	756	35,11	208	10,28	24	1,19
4	732	33,86	544	25,5	566	26,57	627	29,12	36	1,78	0	0
Total	2162	100	2133	100	2130	100	2153	100	2024	100	2011	100

De 28.813 pacientes internados para las 150 camas del servicio de internación general, según Resol 194/95, predominó la categoría 2, donde la ocupación de cama en el periodo fue del 95% - 100%.

Al analizar y separar el piso de maternidad, se observó que para los pacientes clínicos-quirúrgicos la categoría 3 (35.29%) fue la que predominó (6893/19530 pacientes), luego la categoría 2 (30.13%, 5886/19530 pacientes). La categoría 4 correspondió al 27.95% (5459/19530 pacientes). En el piso de maternidad, predominó la categoría 1 correspondiendo 61.34% (6124/9283 pacientes) y luego la categoría 2.

La cobertura de enfermeros de acuerdo a la categorización en uno de los edificios o Torre 1 fue del 74% al 97%, no pudiendo alcanzar el 100% esperado, que requirió de un enfermero más. En la torre 2 se pudo alcanzar la cobertura requerida de enfermeros según categorización de pacientes.

En el año 2018, se propuso conocer el grado de dependencia de los pacientes alojados en el servicio de internación general adultos en dos instituciones (Sanatorio de los Arcos y Clínica Zabala). Los datos obtenidos fueron a través del sistema informatizado de categorización según Resolución Ministerial 194/95. Los resultados para ambas instituciones fueron similares. En el Sanatorio de los Arcos



Cobertura de Enfermeros, según requerimiento Categorización



Clínica Zabala

Categorías	Pacientes	%
C/1	305	3
C/2	3988	38
C/3	4121	40
C/4	1984	19
Total	10398	100

Sanatorio de Los Arcos

Categorías	Pacientes	%
C/1	413	3
C/2	7274	49
C/3	6407	43
C/4	799	5
Total	14893	100

predominó categoría 2 (7.274 pacientes) y categoría 3 (6.407 pacientes). En la Clínica Zabala predominó la categoría 3 (4.121 pacientes), seguido de la categoría 2 (3.988 pacientes)⁷.

⁷ Gamarra E, Rojas G., Vega C. Herrera A. "Grado de dependencia de pacientes, según Resolución 194/1995 del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica, en servicios Clínicos Quirúrgicos, de dos sanatorios de SMG." XII Jornada de Enfermería, Swiss Medical Group nov. 24 2018, Bs As

CONCLUSIONES

Este sistema de clasificación resultó una herramienta válida para los profesionales de enfermería de todos los turnos al momento de asignar los requerimientos de atención que necesitarán los pacientes. Además, permitió gestionar el recurso humano en forma eficiente y actualizada desde la planificación de enfermeros que puede requerir el sector.

En este sentido, también este sistema sirvió para tener un acceso a estadísticas de complejidad o grado de dependencia de los pacientes, en forma mensual y prospectiva; desplazar enfermeros en forma correcta y válida de un servicio de menor requerimiento a otro de mayor complejidad de atención de enfermería y distribuir la carga de trabajo en forma equilibrada, dinámica y válida.

A partir de marzo 2015, los resultados obtenidos permitieron implementar el uso de la medición por turno a través de la incorporación de la historia clínica informatizada con un diseño ameno, rápido y de fácil lectura como mapa de cama de los pacientes internados (ver gráfico). El mismo se inició en el Sanatorio de los Arcos, dando continuidad de aplicación luego en Sanatorio Agote (2016), Clínica Zabala (2017), Clínica Olivos (2018) y, finalmente, en Clínica y Maternidad Suizo Argentina en el año 2018.

La utilización diaria de la resolución ministerial (194/1995) permitió realizar una mejor asignación

Mapa de Cama, de los pacientes internados y su categorización

C 2 D-701 332718 44a 6m	C 4 D-702 30319 79a 2m	C 1 D-703 13851 66a
C 3 D-704 140278 89a	C 1 D-705 356214 31a 4m	C 3 D-706 240174 85a 4m
C 2 D-707 355810 21a 5m	C 2 D-708 359880 38a 9m	C 3 D-709 18440 50a 7m
C 3 D-710 60555 78a 8m	C 2 D-711 200555 32a 8m	C 3 D-712 345763 77a 8m

de enfermeros y brindar respuesta a las necesidades de los pacientes, basado en la evidencia de los resultados obtenidos. El llenado de las planillas e identificación de necesidades de los pacientes fue objetiva y rápida para la toma de decisión diaria del supervisor, ante la distribución del recurso humano que garantice las necesidades asistenciales de los pacientes internados.

DISCUSIÓN

Se propone conocer si hay otros factores externos a la clasificación de necesidades de los pacientes que intervengan en la distribución de la relación de dependencia del paciente versus enfermeros asignados.

En el presente estudio no se analizaron los tiempos, ni patologías, ni unidades de producción, que será considerado para futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Vigna Cinthia, M. G. (2007) "Utilização de sistema de clasificado de pacientes e métodos de dimensionamiento de pessoal de enfermagem". Arq. Cienc Saúde 2007 jan-mar; 14(1), 8-12
- Brito, AP, Guirardello, EB,. "Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de internação" Rev. Latino-Am- Enfermagem sep-oct 2011
- Loreto Macia Soler, Sistemas de clasificación de pacientes, Gestión y administración de servicios. Curso 2013/2014
- Bermudez Z., Mendez X., Torpe G., Chichilla M., (2013) "Modelos de enfermería para la categorización de pacientes en el Hospital Rafael Angel Calderón Guardia". Rev. Enfermería en Costa Rica pág.. 66-73 <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria>
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Resolución 194; 1995.
- Galvez Porcel AM. "Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados", Tesis doctoral Universidad de Granada, Facultad de Ciencias de la Salud, Granada, pág.. 83, Abril 2011
- Gamarra E, Rojas G., Vega C. Herrera A. "Grado de dependencia de pacientes, según Resolución 194/1995 del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica, en servicios Clínicos Quirúrgicos, de dos sanatorios de SMG". XII Jornada de Enfermería, Swiss Medical Group nov. 24 2018, Bs As



CONGRESO DE SALUD ADECRA+CEDIM 2019

La salud en tiempos de cambio

26 y 27 de junio

Sheraton Pilar

Panamericana Km. 49,5 – Pilar – Buenos Aires

26 DE JUNIO
(en simultáneo)

VII Jornada de **DIRECTORES MÉDICOS**
de la República Argentina

V Jornada de **RECURSOS HUMANOS EN SALUD**
de la República Argentina

27 DE JUNIO

III Jornada **POLÍTICO EMPRESARIA DE SALUD**
de la República Argentina

ENTRADA LIBRE Y GRATUITA

#CongresoAdecraCedim

INSCRIPCIONES:

www.adecracedimcongresosalud.com

Cuidado de niños y adolescentes con Traqueostomía (TQT) al alta hospitalaria

Lic. Ramón José Esteban Rivas
Hospital Garrahan



1) DEFINICIÓN

La traqueostomía es una apertura temporal de la tráquea por debajo del nivel de las cuerdas vocales para tener un acceso directo a las vías respiratorias inferiores. La apertura temporal puede superar el tiempo de internación, por lo cual requiere de cuidados y un seguimiento apropiados.



2) OBJETIVO

Brindar a padres o cuidadores los conocimientos necesarios sobre el cuidado del acceso traqueal y detección de posibles complicaciones al momento del alta hospitalaria.

3) CONSIDERACIONES GENERALES

Algunas de las causas que pueden hacer necesaria este tipo de intervención:

- Síndromes genéticos.
- Estenosis subglótica.
- Parálisis de las cuerdas vocales.
- Angiomas de piel en la zona de cuello.
- Intubación prolongada.

- Enfermedades neurológicas.

El alta hospitalaria es un proceso planificado que permite al personal de Enfermería ser facilitadores del entrenamiento y monitorización de la destreza de los padres y/o cuidadores de niños y adolescentes con TQT para facilitar su inserción familiar, social y escolar, favorecer el desarrollo integral de estos pacientes y permitirles desarrollar una mejor calidad de vida.

Período posquirúrgico

Una vez realizada la traqueostomía el aire entra y sale directamente de los pulmones, con lo cual se suprimen las funciones normales de calentamiento, humidificado y filtración de las vías nasales y de la boca.

Cuidados y complicaciones más frecuentes

El desplazamiento, obstrucción y decanulación accidental son complicaciones graves y potencialmente fatales. Pueden ocurrir en cualquier momento.

Una regla para recordar las complicaciones más comunes es la siguiente:

- D** Desplazamiento.
- O** Obstrucción de la cánula por tapón de moco.
- N** Neumotórax si se daña el parénquima pulmonar.
- E** Equipo en falla (por ejemplo, si hay fuga o desconexión de una fuente de oxígeno).

4) MATERIAL Y PREPARACIÓN DE LA UNIDAD

- Oxigenoterapia central
- Aspiración central
- Bolsa de resucitación
- Cánula de traqueotomía
- Cánula de repuesto preparada
- Sonda de aspiración Catéteres K 30/31/29
- Solución fisiológica (ampollas)
- Gasas
- Tijera punta roma
- Lidocaína jalea
- Hoja de Entrenamiento (1627/F62).

5) PROCEDIMIENTO

Técnica de aspiración de secreciones	• La aspiración de la vía aérea debe realizarse de acuerdo a la necesidad de cada paciente, considerando su capacidad para generar tos efectiva, la cantidad o viscosidad de secreciones traqueales y siempre cuando existan signos de obstrucción de la cánula de TQT. • Los cuidadores del niño deben estar entrenados para asistir en la aspiración de secreciones y deben disponer en todo momento del equipo de aspiración. • La sonda de aspiración a utilizar no puede sobrepasar la longitud de la cánula debido a las lesiones que puede ocasionar en los tejidos circundantes. • Es de suma importancia observar un correcto lavado de manos y uso de manoplas para evitar infecciones. • Al momento de realizar la técnica se debe colocar al niño en posición semisentado, siempre que sea posible, para evitar posibles aspiraciones por vía respiratoria.
Cambio de cánula	• Se debe contar con dos operadores. • Realizar una aspiración de secreciones previa al cambio de cánula. • Posicionar al niño en hiperextensión con ayuda de un realce bajo los hombros para exponer bien la traqueotomía. • Mientras uno de los operadores procede a sujetar la cánula, un segundo operador se ocupa de liberar la sujeción de la cinta o collarín. • Lubricar la cánula con lidocaína. • Retirar la cánula en uso y colocar la nueva con un movimiento de rotación siguiendo la anatomía de la tráquea. • Una vez colocada comprobar el estado del paciente: coloración, entrada de aire. • Fijar la cinta de sujeción de manera tal que entre el cuello y la cinta se pueda introducir el dedo meñique. • Colocar la gasa (recortada en forma de pantalón).

Observaciones – Durante la internación los cambios de cánula se efectúan según el Protocolo de Entrenamiento. Los primeros cinco (5) días hábiles, en el servicio de endoscopia respiratoria y luego cinco (5) días en el servicio de internación bajo la observación y evaluación de la enfermera(o) a cargo del paciente. – En el domicilio los cambios de cánula se realizan una vez por semana y según necesidad.	
Curación del ostoma	Debe realizarse de acuerdo a la necesidad del paciente para prevenir signos de infección. • Limpiar la zona con solución fisiológica y mantener seca. • La cinta (collarín) de sujeción debe estar limpia y seca; podrá cambiarse sin que se cambie la cánula. • Observar el aspecto del ostoma: si presenta aspecto macerado, edematizado, si se observa irritación, olor, sangrado; si causa dolor. • En caso de que el ostoma presente anomalías, informar al médico de guardia para su tratamiento.
Limpieza y desinfección de la cánula de TQT	• Limpiar la cánula introduciendo varias veces en su interior una sonda anudada. Una vez removidas las secreciones adheridas, sumergir la cánula durante 15 minutos en un recipiente con 1ml de detergente enzimático en 100 ml de agua potable. • Luego enjuagar con abundante agua corriente. • Secarla bien y prepararla con cinta hilera o velcro y la gasa (cortada en forma de pantalón) para el próximo recambio. • Una vez limpia, la cánula debe estar en la cabecera de la unidad del niño donde se pueda visualizar ante una emergencia.

6) FINALIZACIÓN. REQUISITOS PARA EL ALTA HOSPITALARIA

1. Hoja de entrenamiento para padres: manejo de la técnica de cambio de cánulas de traqueotomía para alta domiciliaria (1627/F62)

Al cuidador de cada niño o adolescente internado se entregará la Hoja de Entrenamiento (1627/F62), que debe ser presentada cada vez que se concurre al servicio de endoscopia respiratoria para su evaluación por parte del personal de enfermería y médico. Esta hoja se confeccionó para evaluar la destreza y evolución de los padres o cuidadores durante el entrenamiento para el cambio de cánula. Además, sirve para certificar las tareas propias de enfermería pediátrica (carga horaria de la demanda).

Dicha hoja se adjunta a la historia clínica del niño.

2. Evaluación de Enfermería del entrenamiento de padres y/o cuidadores.

La Hoja de Entrenamiento (1627/F62) cuenta con un ítem para la evaluación de la enfermera a cargo del paciente sobre el aprendizaje de los padres durante el período de entrenamiento.

En el reverso de la misma se podrán informar las anomalías, evolución y dificultades en el aprendizaje de los padres y/o cuidadores.

BIBLIOGRAFÍA:

—Botto H., Nieto M., Zanetta A. y Rodríguez H. (2008) "Manejo domiciliario del niño traqueotomizado". Revista *Archivo Argentino de Pediatría*, 106 (4):351-360. Buenos Aires.

—Puerta Ortega, Y. (2011) "Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos". Hospital Universitario Gregorio Marañón, España.

—Cincinnati Children's Hospital. *Cuidado en el hogar. Manual de cuidado para la traqueotomía*. Cincinnati, Ohio. Disponible en: <http://cincinnatichildrens.org>.

	1627F62	Hoja de entrenamiento para padres Manejo de la técnica de cambio de cánulas de tra- queostomía para alta domiciliaria	N° Cánula	N° TET
--	---------	--	------------------	-------------------

Datos del Paciente				
Sticker del Paciente	Diagnostico Endoscópica		APROBADO Curso de RCP	
	Ingreso al CIM Fecha:		Fecha	
	Fecha Colocación Cánula:		Madre	Padre Otro familiar (*)

Seguimiento en el servicio de endoscopia respiratoria							
Endoscopia Respiratoria	Fecha	Valoración del Procedimiento*	Efectuó Técnica*	Estado Ostoma*	Estado del cuello	Insumos**	Firma Enfermería
1° Entrenamiento Plan de Observación		Técnica de Cambio por Enfermería	Enfermera	• Lesionado • Granuloma • Bordes Liso			
2° Entrenamiento		• Rojo • Amarillo • Verde	• Madre • Padre • Otro	• Lesionado • Granuloma • Bordes Liso			
3° Entrenamiento		• Rojo • Amarillo • Verde	• Madre • Padre • Otro	• Lesionado • Granuloma • Bordes Liso			
4° Entrenamiento		• Rojo • Amarillo • Verde	• Madre • Padre • Otro	• Lesionado • Granuloma • Bordes Liso			
5° Entrenamiento		• Rojo • Amarillo • Verde	• Madre • Padre • Otro	• Lesionado • Granuloma • Bordes Liso			
Observaciones Generales							
Solicitud de Insumos para Atención Domiciliaria		Fecha	Intervino Enfermería	Cobertura Social	Finalización del Trámite:		Fecha

Seguimiento en el servicio de cuidado intermedio-moderado							
Cuidado Intermedio Moderado 62	Fecha	Valoración del Procedimiento*	Efectuó Técnica*	Estado Ostoma*	Estado del cuello	Insumos**	Firma Enfermería
1° Entrenamiento		• Rojo • Amarillo • Verde	• Enfermera • Madre • Padre • Otro	• Lesionado • Granuloma • Bordes Liso			
2° Entrenamiento		• Rojo • Amarillo • Verde	• Enfermera • Madre • Padre • Otro	• Lesionado • Granuloma • Bordes Liso			
3° Entrenamiento		• Rojo • Amarillo • Verde	• Enfermera • Madre • Padre • Otro	• Lesionado • Granuloma • Bordes Liso			
Observaciones Generales							
Pre-Alta Médica: Aprobado Entrenamiento / RCP / Materiales Completo para Domicilio. Adjuntar a la historia clínica después del alta					Fecha alta médica		

III Jornada de Enfermería Neonatológica

Profesionales del sector público y privado debatieron sobre la adopción, los distintos tipos de familias, los nuevos paradigmas en torno al binomio madre-hijo y el rol de la Enfermería en la contención de las familias que atraviesan procesos de duelo.

Las jornadas, que se desarrollaron durante el mes de abril en el Salón auditorio del IADT, contaron con la asistencia de más de 200 enfermeros de todo el país. Especialistas y representantes de la Enfermería en centros de salud públicos y privados compartieron sus aportes al eje propuesto para esta edición: **“Aspectos psicoemocionales de la Enfermería neonatal”**.

“La mortalidad infantil ha disminuido un 7% con respecto a 2016, pero el componente neonatal es el que tiene mayor impacto -especialmente la prematuridad- y sobre esto se debe trabajar. A nivel mundial, más del 60% de la mortalidad infantil corresponde a la mortalidad neonatal”, señaló al inicio del primer panel la Lic. Ana Quiroga, en representación del Ministerio de Salud nacional. Brindó un panorama de la situación neonatal en Argentina en base al análisis de tasas, variables (mortalidad infantil y materna, embarazos adolescentes, afecciones perinatales y malformaciones congénitas, entre otros) y estrategias públicas. En este sentido, Quiroga también destacó las “inequidades y diferentes distribuciones” existentes en torno a la mortalidad materna e infantil en las distintas provincias del país: “Todos, a la hora de nacer, deberíamos tener las mismas oportunidades.” Y recalcó la problemática de los embarazos adolescentes: “El 13% de los partos fueron en madres adolescentes.” La Lic. Claudia Carissimo (Clínica y Maternidad Suizo Argentina), psicóloga perinatal, trajo la reflexión sobre el impacto emocional en la Enfermería neonatal





en relación a las familias homoparentales, los distintos tipos de duelo y la adopción. “Tenemos que abstraernos del mundo biológico-animal”, recomendó, en relación a la crianza, y agregó: “Nuestra postura sobre los nuevos tipos de familias debiera ser abierta. A futuro, tendremos más respuestas sobre esto”. Luego de la presentación de la Revista VEA, en el tercer panel se abordó el tema del binomio madre-hijo, de la mano de la Dra. Mónica Savorani (Hospital municipal de Morón), la Lic. Yamila Martín y la Dra. Sandra Coronel (ambas desde la Casa Hospital San Juan de Dios), cuyos aportes fueron tomados de la experiencia de este modelo en sus respectivas instituciones.

“Este binomio, que se desarrolla en nuestro hospital, parte del concepto de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. Nuestra palabra profesional debe ser la respuesta a lo que la familia necesita, acompañando, apoyando y respetando”, explicó Savorani.

“No hay nada más gratificante que ver la satisfacción de las madres con este modelo cuando se van del hospital”, fueron las palabras de Martín, quien también hizo referencia al perfil del *enfermero de binomio*. En este sentido, la Dra. Coronel señaló: “Le dimos al Hospital San Juan de Dios el valor agregado de la Enfermería de enlace, donde el enfermero actúa como nexo entre la institución y la familia, lo cual garantiza la continuidad de atención posterior al alta, evita la fragmentación del cuidado y favorece la detección temprana de complicaciones, entre otros beneficios”.

Por último, la Mag. Alejandra Llarín (Clínica Santa Isabel) y la Lic. Gabriela Dantelo (Sanatorio de los Arcos) se refirieron al rol fundamental de Enfermería en la contención de la familia y resaltaron la importancia de “trabajar la comunicación verbal y no verbal, incluyendo el tono de la voz, la escucha activa, la empatía y la comprensión”. Al cierre, invitaron al público a practicar un ejercicio vivencial emocional.

Fatiga de alarmas: el canto de las sirenas

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Compañía de Seguros

Abrumados por el exceso de alarmas en las unidades de mediana y alta complejidad, muchas veces los médicos y enfermeros terminan desensibilizándose a los sonidos, lo que puede tener consecuencias fatales. Por eso, resulta fundamental que los centros de salud piensen en una política de manejo de alarmas.

El canto de las sirenas mitológicas era una de las amenazas más temidas por los marineros de la antigüedad. Aquellos que escuchaban la seductora melodía de estas criaturas marinas caían en un estado abrumador que les hacía estrellar sus navíos contra los arrecifes y naufragar.

La enorme variedad de dispositivos tecnológicos a nuestro alcance también ejerce cierta seducción. Y muchos de estos equipos también “cantan” (aunque de manera menos melodiosa) a través de sus alarmas.

Tenemos alarmas en monitores multiparamétricos, en bombas de infusión, en respiradores, en ECG,

en tensiómetros, en mesas de anestesia, en estaciones de monitoreo central, en telemetría, etc. Estos equipos son esenciales para brindar a los pacientes una atención segura en distintos ámbitos y, muchas veces, los médicos y enfermeros dependen de estas alarmas para guiar sus decisiones.

Sin embargo, a veces las herramientas que se pensaron para salvar vidas terminan conduciendo, cual canto de sirenas, al desastre. Cualquier profesional que trabaje en una unidad cerrada de mediana a alta complejidad sabe que su ambiente de trabajo bien podría compararse con una sala de casino o un carnaval: una cacofonía de sonidos muy similares cuyo origen y significado suele ser difícil de desentrañar

en el fragor de la lucha diaria contra la enfermedad. El número de señales de alarma por paciente por día puede llegar a varios cientos dependiendo de la unidad del hospital, lo que se traduce en miles en cada unidad y en decenas de miles por día en todo el hospital. Como ejemplo, veamos los datos del Hospital Johns Hopkins antes de implementar su política de manejo de alarmas en 2006:

- En un análisis de las señales en 12 días, el equipo de investigación registró 58.764 condiciones de alarma (350 por paciente por día)
- En su unidad de terapia intensiva pediátrica de 17 camas se registraron 20.158 alarmas auditivas en un período de 8 días.
- En una de sus terapias intensivas se producían, en promedio, 771 alarmas por cama por día.

Se estima que entre el 85% y el 99% de las alarmas que suenan no requieren de ninguna intervención clínica. En el caso del Johns Hopkins, el 90% de las alarmas provenientes de los monitores de apnea se consideraron falsas. Esto ocurre, por ejemplo, como cuando los umbrales de la alarma son configurados en un rango muy estrecho o cuando la configuración predeterminada del equipo no se ajusta al paciente individual o a la población de pacientes. También cuando se despegan los electrodos del ECG o cuando los sensores están mal colocados. A consecuencia de esto, se produce un efecto del tipo “Pedro y el lobo”: los médicos y enfermeros terminan desensibilizándose a los sonidos, abrumados por el exceso de información, lo que se conoce como “fatiga de alarmas”.

El exceso de ruidos (la mayoría de los cuales no tienen mayor relevancia) puede hacer que los profesionales bajen el volumen de las alarmas, las apaguen o las ajusten en niveles que no son seguros ni

apropiados para los pacientes. Esta conducta puede tener consecuencias serias, a veces fatales.

La base de datos de eventos centinela de la Joint Commission incluía, en un corte de casos ocurridos entre 2009 y 2012, 98 eventos serios relacionados con alarmas. 80 de ellos resultaron en muertes, 13 en pérdida de función permanente y 5 en una mayor intensidad de cuidados o mayor tiempo de internación. Las lesiones o muertes vinculadas con las alarmas incluyeron retrasos en el tratamiento, caídas, uso de respiradores y errores de medicación. Todos estos incidentes fueron atribuidos a dificultades con el sistema de alarmas. Se trata de un reconocido problema sub-registrado que puede ocurrir en todos los ámbitos de atención: 94 de los eventos registrados en la base ocurrieron en hospitales (la mayoría de ellos en terapia intensiva, telemetría, sala de internación clínica y departamento de emergencias).

La seriedad del problema determinó que, en 2011, la Joint Commission convocara a un grupo de expertos, fabricantes de equipos médicos, responsables de seguridad de instituciones de salud y otros actores para identificar prioridades relacionadas con la seguridad y efectividad de los sistemas de alarma. Como resultado de esta y otras iniciativas, la reducción del daño asociado a los sistemas de alarmas clínicas es, desde el año 2013, uno de los Objetivos Nacionales de Seguridad del Paciente establecidos por dicha entidad. Todas las instituciones acreditadas deben establecer normas y procedimientos para el manejo seguro de alarmas clínicas.

La Joint Commission no es la única institución preocupada por el problema. Desde 2007, ECRI Institute, una organización sin fines de lucro abocada al estudio de tecnologías sanitarias y seguridad del paciente, viene alertando sobre este peligro e incluyéndolo, generalmente, al tope de su listado anual de “Los 10 principales riesgos tecnológicos para el sector salud”. Los factores que suelen determinar la inclusión de un asunto en esta lista incluyen la prevalencia del problema, su seriedad, su “alto perfil” y la existencia de soluciones disponibles para me-

jorar. Los peligros vinculados a las alarmas califican muy alto en cada una de estas categorías. Por otra parte, el sistema de vigilancia tecnológica de la Food and Drug Administration (FDA) recibió, entre enero de 2005 y junio de 2010, reportes de 556 muertes relacionadas con alarmas, un número que los expertos de la industria consideran que no representa la cantidad real de incidentes ocurridos. La mayoría de las muertes estuvieron vinculadas a las alarmas de monitoreo fisiológico, seguidas por las alarmas de respiradores y de bombas de infusión.

LA FATIGA NO ES EL ÚNICO RIESGO

La fatiga de alarmas descrita no es el único riesgo asociado con el uso de alarmas, si bien es el principal. También se producen lesionados y muertos por cortocircuitos en la comunicación, falta de capacitación y fallas de equipos. La respuesta a las alarmas puede a veces retrasarse porque no queda claro quién es la persona responsable de responder a las mismas. En algunos casos, la orden es que todos los enfermeros deban responder a todas las alarmas, por lo cual se espera que asista la persona que esté más cerca. Sin embargo, si el enfermero más cercano está ocupado en ese momento, puede asumir que alguien más responderá, lo que puede llevar a retrasos significativos.

A menudo, los problemas de comunicación ocurren cuando los pacientes son trasladados desde sus unidades hacia otras áreas del hospital para realizarse estudios. Es frecuente que luego de realizado el estudio, quienes transportaron avisen a quienes reciben en la entrada de la unidad que las alarmas están desconectadas. Si esta información no llega pronto a la enfermera a cargo, la falta de control puede ocasionar daños irreparables. Este quiebre de comunicación también puede darse entre el personal del traslado y el del servicio de rayos, determinando que el paciente no esté adecuadamente monitoreado mientras se realiza el estudio. Algunas de las fallas se producen por un inadecuado entrenamiento del personal en el uso apropiado del equipo. Los sistemas de monitoreo fisiológico son, a menudo, dispositivos complejos. A veces los hospitales no brindan a su personal la capacitación que necesitan para utilizar apropiadamente estos equipos, para configurar de manera adecuada los límites de las alarmas o, incluso, para seguir los protocolos del hospital relativos a los sistemas de monitoreo. Otro de los problemas es la falla de equipos. En un caso, una unidad de telemetría, con el objetivo de conservar batería de manera automática, estaba configurada de tal forma que se apagaba luego de 10 minutos de formas de ondas no utilizables. Para que la unidad pudiera funcionar adecuadamente, la batería tuvo que ser reemplazada.

Tabla 1. Factores contribuyentes en los eventos adversos vinculados a alarmas

- Fatiga de alarmas (el factor contribuyente más común).
- Umbrales de alarma muy estrechos, resultando en falsos positivos.
- Configuración de la alarma no adaptada al paciente individual o a la población de pacientes.
- Falta de personal suficiente para responder a las alarmas.
- Insuficiente entrenamiento del personal en el adecuado uso y funcionamiento de los equipos (entrenamiento de trabajo en equipo inconsistente, respuesta, interpretación de las señales de alarma).
- Señales de alarma no audibles en todas las áreas. Puertas de habitaciones cerradas.
- Condiciones de alarma y configuraciones no integradas con otros equipos.
- Mal funcionamiento y fallas de equipos.

RECOMENDACIONES

A pesar del desafío que representa enfrentarse a este problema, numerosas organizaciones han desarrollado mejores prácticas para manejar las alarmas y otros aspectos del monitoreo fisiológico. Algunas de las estrategias que su institución puede adoptar para mejorar la seguridad de los pacientes son las siguientes:

Convoque a un equipo multidisciplinario para revisar tendencias y desarrollar protocolos

Este equipo debería incluir a los actores clave, como los enfermeros, médicos, supervisores de enfermería, bioingenieros, sistemas y proveedores de equipos.

Tabla 2. Joint Commission. National Patient Safety Goals (2017)

Objetivo 6: Reducir el daño asociado a las alarmas clínicas

NPSG. 06.01.01. Mejorar la seguridad de los sistemas de alarmas clínicas

Elementos de Performance (EP)

1 Los líderes establecen que la seguridad de los sistemas de alarma sea una prioridad del hospital.

2 Se identifican las señales de alarma más importantes a manejar basándose en lo siguiente:

- Input del personal médico y de los departamentos clínicos.
- Riesgo para los pacientes en caso de que la alarma no sea atendida o funcione mal.
- Si ciertas alarmas realmente se necesitan o si contribuyen innecesariamente a generar más ruido y fatiga de alarmas.
- Potencial de daño a los pacientes en base a la historia de incidentes internos.
- Mejores prácticas y guías publicadas al respecto..

(Para más información sobre el manejo de riesgos de equipos médicos, refiérase al estándar EC.02.04.01).

3 Se establecen normas y procedimientos para manejar las alarmas identificadas en el punto anterior (EP 2) que, como mínimo, abordan lo siguiente:

- Configuraciones clínicas apropiadas para las señales de alarmas.
- Cuándo las alarmas pueden ser desactivadas.
- Cuándo pueden modificarse los parámetros de la alarma.
- Quién en la organización tiene la autoridad para establecer los parámetros de alarma.
- Quién en la organización tiene la autoridad para modificar los parámetros de alarma.
- Quién en la organización tiene la autoridad para desactivar los parámetros de alarma.
- Monitoreo y respuesta a las señales de alarma.
- Chequeo individual de las señales de alarma (configuración adecuada, funcionamiento correcto y detectabilidad).

(Para más información, refiérase al Estándar EC 02.04.03) .

4 Se capacita al personal (propio y contratado) acerca del propósito y la correcta operación de los sistemas de alarma de los cuales son responsables.

Como cada hospital y área de atención tienen distintas vulnerabilidades, el equipo deberá acercarse a las distintas unidades, observar los procesos y obtener la opinión del personal, incluyendo los problemas que puedan tener con las alarmas. En esta etapa resulta útil identificar un indicador clave como, por ejemplo, el número promedio de condiciones de alarma por cama por día. Es importante que las autoridades reconozcan el problema y lo asuman como una prioridad institucional.

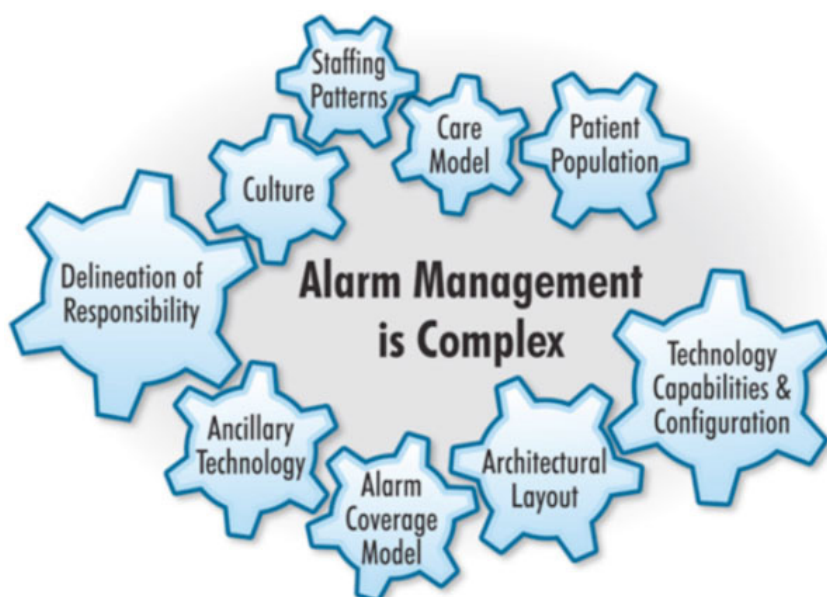
ADOpte MEDIDAS PARA REDUCIR AL MÁXIMO EL NÚMERO DE FALSAS ALARMAS

Entre las causas subyacentes de las falsas alarmas se encuentran las configuraciones que no están ajustadas a las características particulares del paciente, la pobre preparación de la piel para la colocación de electrodos y la falta de interés para abordar el problema de las alarmas frecuentes y sin mayor sentido. Deben adoptarse medidas para que el personal sólo esté expuesto a alarmas clínicamente significativas y que requieren acción. Por ejemplo, el límite de alarma inferior en los equipos que monitorean el ritmo cardíaco suele estar establecido por default en 60. Si en esa cama se interna un joven maratonista que tiene un ritmo cardíaco mucho más bajo, podría ser apropiado reconfigurar el límite en 50, de forma tal que suene sólo cuando la bradicardia sea significativa para ese paciente. La adecuada preparación de la piel y la verificación de la colocación de los electrodos cuando se acondiciona al paciente para el monitoreo, junto con el reemplazo rutinario de los mismos cada 24 hs., puede reducir mucho los artefactos que hacen muchas veces sonar las alarmas. Debe generarse una priorización. Una de las formas más fáciles de descartar las alarmas menos importantes consiste en preguntarle al personal qué es

lo que hace cuando suena la alarma. Si la respuesta es “nada”, entonces debería considerarse en apagar para siempre el sonido de esa alarma y pasar, en todo caso, a mensajes visuales. Por ejemplo, una máquina de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), debería ser calificada como de alta prioridad pero de bajo riesgo, porque siempre hay un prestador en la habitación con el dispositivo. Por otra parte, un respirador debería ser calificado como de alta prioridad y alto riesgo, siendo necesario disponer de sistemas de notificación secundarios de backup.

CLARIFIQUE QUIÉN ES RESPONSABLE DE NOTIFICAR Y RESPONDER A LA ALARMA

Deben desarrollarse protocolos que definan claramente quiénes son los responsables de responder a las alarmas. En caso de que se determine que será la enfermera encargada de la cama o sector, deberán establecerse el/los responsables de cubrirla si está ocupada con otro paciente y no pueda asistir de manera inmediata. En la etapa de análisis es importante preguntarles a los enfermeros si tienen o no forma de escuchar la alarma cuando suena. Muchas veces son los familiares los que advierten que está sonando una alarma (ej: bombas de infusión).



DESARROLLE PROTOCOLOS PARA LA COMUNICACIÓN DEL MONITOREO FISIOLÓGICO DURANTE LOS TRASLADOS

Cuando un paciente abandona la unidad donde está siendo monitorizado, ya sea porque se lo transfiere a otra unidad o porque se lo traslada para realizarle un estudio, debe garantizarse que el monitoreo continúe. Debe existir, como en toda transición asistencial, una comunicación efectiva entre quien lleva y quien recibe al paciente. Es útil la utilización de técnicas de transferencia de información de manera estructurada, como la técnica SBAR (Situación-Antecedentes-Evaluación-Recomendación).

CAPACITE ADECUADAMENTE

Todos los enfermeros deberían recibir una capacitación periódica sobre los protocolos de manejo de alarmas, concientizándolos sobre la importancia de estas normas para la seguridad de los pacientes. Deberían también ser entrenados en el uso apropiado de los sistemas de monitoreo (ej: cómo configurar los límites de las alarmas). Los bioingenieros deberían ser parte del plantel docente, ya que suelen ser lo más familiarizados con los detalles de funcionamiento de estos monitores.

MANTÉNGASE ALERTA A LOS REPORTES Y ALERTAS DE LOS FABRICANTES

Los equipos médicos pueden presentar todo tipo de problemas, desde algunos con muy baja prioridad hasta otros potencialmente fatales. Estos problemas pueden dar origen a advertencias o alertas de seguridad por parte de los fabricantes o de organizaciones como la FDA o ECRI Institute. Las mismas buscan alertar a las instituciones sobre problemas identificados antes de que ocurran nuevos incidentes. El fabricante o la organización que emite una alerta puede dirigir la misma a un departamento específico, a un médico en particular u a otros.

Por eso, todas las partes deberán estar capacitadas sobre el proceso de dirigir las alertas a la persona o departamento correcto.

Las instituciones deberían revisar su proceso de notificación de alertas de seguridad y advertencias sobre productos médicos, haciendo que las recomendaciones lleguen al personal correspondiente, documentando las medidas correctivas tomadas.

FOMENTE UNA CULTURA DE SEGURIDAD

Para mejorar la seguridad de los pacientes resulta esencial que todo el personal, incluyendo las autoridades, otorgue a la seguridad la mayor prioridad. Los temas vinculados al monitoreo fisiológico deberían incluirse en el programa de gestión de riesgos de la institución. Muchas organizaciones no prestan atención a este tema hasta que sufren un evento centinela y esto ocurre, muchas veces, porque ni el personal de enfermería ni las autoridades tienen acabada conciencia de la importancia que tiene la gestión de alarmas para la seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

—Joint Commission.

—Sound the Alarm: Managing Physiologic Monitoring Systems. The Joint Commission Perspectives on Patient Safety, December 2011. Volume 11. Issue 12. <http://www.jointcommissioninternational.org/sound-the-alarm-managing-physiologic-monitoring-systems/>

—Medical device alarm safety in hospitals. The Joint Commission Sentinel Event Alert Issue 50, April 8, 2013. http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_50_alarms_4_5_13_FINAL1.PDF

—2017 Hospital National Patient Safety Goals. Goal 6. Reduce the harm associated with clinical alarms. https://www.jointcommission.org/assets/1/6/2017_NPSG_HAP_ER.pdf

—AAMI Foundation Healthcare Technology Safety Institute. Using Data to Drive Alarm System Improvement Efforts. The Johns Hopkins Hospital Experience. Safety Innovations, 2012. <http://www.premiersafetyinstitute.org/wp-content/uploads/Johns-Hopkins-White-Paper.pdf>

—Swiger S. Silencing, not sounding, the alarm. Dome, January 2013. Johns Hopkins Medicine (online) http://www.hopkinsmedicine.org/news/Publications/dome/dome_january_2013/silencing_not_sounding_the_alarm

—Mac Donald I. Hospitals rank alarm fatigue as top patient safety concern. Fierce Healthcare (online). Jan 22, 2014. <http://www.fiercehealthcare.com/healthcare/hospitals-rank-alarm-fatigue-as-top-patient-safety-concern>

—Welch J. Alarm fatigue hazards: the sirens are calling. PSQH Patient Safety and Quality Healthcare (online). June 4, 2012 <https://www.psqh.com/analysis/alarm-fatigue-hazards-the-sirens-are-calling/>

Educación en Enfermería: más allá del afiche y el eslogan

Lic. Ursula Serdarevich*

Resumen: La labor de cuidado y educación para la salud que realiza Enfermería se dirige a los diferentes actores sociales y cumple una función de enlace entre las instituciones de salud y la comunidad. Ser conscientes de este rol implica asumir responsabilidad por la calidad de la formación profesional y también reconocer las necesidades propias de cada etapa de la vida y de cada comunidad, respetando sus características culturales y sus saberes.

Palabras clave: formación profesional, educación, capacitación, diversidad.

Abstract: *The care work and health education that are performed by Nursing are addressed to the different social actors and fulfil a function as a link between health institutions and the community. Being aware of this role means taking responsibility for the quality of professional training and also recognising the needs proper to each part of their life and each community, respecting their cultural characteristics and their knowledge.*

Keywords: *professional training, education, training, diversity.*

INTRODUCCIÓN

La Ley Nacional 24004 que regula el ejercicio de la profesión establece, en su artículo 2°, que *"el ejercicio de la Enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes"*.

Esta perspectiva trasciende el rol tradicional asignado a la "cura" adscribiendo las funciones de promoción, recuperación, rehabilitación y prevención, vinculadas con el ejercicio del derecho a la salud y a la mejora de la calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002), y fortalece al enfermero/a como profesional responsable de la toma de decisiones en el área de su incumbencia. En este sentido, la formación y capacitación asumen un papel crucial para el desarrollo de competencias destinadas a la acción educativa de estos profesionales. Los avances del conocimiento y la tecnología en el área de la salud obligan a una actualización permanente de los sectores involucrados.

* Dra. en Salud Pública
Lic. Enfermería
Universidad Isalud
Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM)
Escuela Superior de Enfermería "Cecilia Grierson"

CONTRIBUCIONES TEÓRICAS DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

El término prevención (del latín *praeventio*) hace referencia a la labor anticipada para minimizar un riesgo con el objeto de que un perjuicio eventual no se concrete. Algunos ejemplos de acciones preventivas son: inmunizaciones, descacharramiento, planificación familiar, higiene alimentaria. Estas actividades deben ir acompañadas por prácticas concretas que permitan un aprovechamiento del recurso pedagógico para la población y se traduzcan en acciones efectivas.

La tecnificación (Ferrer, 2011) de la atención en salud circunscribe la labor al “síntoma”, descuidando una visión global que otorgue significado a aspectos simbólicos, sociales y culturales del cuidado. Superar las dificultades de la enfermedad es insuficiente si no incorpora la realidad vivencial del sujeto que, luego de su paso por el sistema de salud, retorna al ambiente de vida. Piénsese en tratamientos de los trastornos alimentarios, control de adicciones, enfermedades psíquicas, víctimas de violación o violencia familiar. Estas situaciones demandan el diseño de un ambiente acorde con las necesidades y expectativas existentes.

El logro de la autonomía (Bruner, 1997) alude tanto a la labor del/a enfermero/a como a la del usuario o destinatario de las campañas educativas y se refleja en actitudes de respeto y reconocimiento de la persona y el entorno en una atmósfera horizontal basada en la interacción y el intercambio. A la enumeración de responsabilidades subyace la concepción de la salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades ligeras, fuertes o graves” (OMS, 1946).

Las acciones educativas destinadas a la promoción de la salud consisten en iniciativas que tienen lugar en diferentes ámbitos, desde los hospitalarios a los comunitarios. El uso de la terminología adecuada implica la traducción del lenguaje científico-técnico al destinatario y al empleo respetuoso desde una perspectiva de derechos. Términos que pueden parecer amistosos (“abuelito”, “mamita”, “gordita”) suelen provocar reacciones negativas, dificultando el intercambio de significados.

Trasmitir información basada en la evidencia fortalece el vínculo de la atención en salud y promueve

expectativas realistas, generando un clima de confianza y acuerdo.

La recuperación y la rehabilitación pueden concebirse como una cuestión de grado dispuestas en un continuo, superando las dicotomías sano–enfermo, recuperado–no recuperado, rehabilitado–no rehabilitado. Las tareas educativas derivadas consisten en brindar información para la concientización y la puesta en juego de estrategias de afrontamiento, la revalorización de actitudes positivas y la superación de esquemas centrados en la patología.

Así, la promoción de la salud se convierte en una meta educativa y social, recupera el saber y la experiencia de vida de las personas y el contexto, estimula el diálogo sobre la prescripción, aspira a la mejora y transformación de la realidad existente, reivindica el poder educativo en la atención, reclama el enfoque integral, la articulación y armonización de las medidas a adoptar.

El papel mediador (Vigotsky, 1972) del enfermero se dirige a la facilitación y acceso al conocimiento, base de la acción posterior, y a la superación de creencias inadecuadas o equivocadas sobre la naturaleza y alcances de las dificultades. La idea de andamiaje (Bruner, 1997) alude al proceso por el cual una o varias personas apoyan el aprendizaje mediante el habla y la acción. Consiste en un modo de ayuda para posibilitar el progreso de las personas hacia objetivos previamente especificados. Como sugiere la representación del término, el andamio sustenta el edificio, en este caso tutorial, y la estructura se va modificando a medida que se producen los cambios deseados: se elimina o modifica según lo observado.

MEDIACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA COMUNIDAD

La educación en la salud (Leonello & Campos Oliveira, 2008) toma al lenguaje como un instrumento cultural para comprender y compartir la experiencia de manera colectiva y conjunta. Se traduce en la adecuación a diferentes tipos de discurso según la diversidad de la audiencia en edad, escolarización, género, subcultura. Comunicar requiere un diálogo entre personas que intercambian significados (Freire, 1998) y, en este caso, implica convertir el lengua-

je técnico de una forma útil y comprensible para el destinatario utilizando sinónimos, paráfrasis, ejemplos, aprovechamiento de hábitos, dichos y costumbres. Aprovechar los aprendizajes y disponibilidades de la vida cotidiana de las personas debe ser tenida en cuenta a la hora de planificar actividades de promoción y prevención en salud. La distribución desigual y la carestía de insumos obligan al profesional a planificar e implementar acciones que permitan el reemplazo de los recursos por otros de más fácil acceso en el programa de intervención.

La labor formativa de enfermeras y enfermeros se dirige a los diferentes actores y colectivos sociales, de allí la importancia de su función de enlace entre las instituciones de salud y la comunidad. Ser conscientes de este rol implica asumir responsabilidad por la calidad de formación profesional en estrecho vínculo con la vocación de servicio.

El concepto de resiliencia (Melillo y otros, 2002) se ha incorporado al acervo educativo y sanitario. Se entiende como la capacidad de recuperarse, sobreponerse y adaptarse con efectividad a circunstancias adversas a través del desarrollo de competencias personales y sociales. En el campo de la educación popular interesa, además de la persona, la promoción de resiliencia en el grupo. Organizaciones destinadas a la protección y ayuda como asociaciones de padres de niños autistas, con enfermedad de lupus, neurofibromatosis, esclerosis múltiple ilustran este concepto. Estos grupos desempeñan variadas funciones: informar, capacitar, velar por el cumplimiento de responsabilidades y derechos, compartir

vivencias, desarrollar alternativas de afrontamiento. Además, amplían la perspectiva de considerar las cuestiones de salud como un problema individual o familiar hacia una mirada comunitaria. El modelo de educación centrada en la persona (Brown et al, 2007) propone una tríada con relaciones recíprocas entre el individuo, el contexto y la tarea. Remite a la consideración de las necesidades, expectativas, intereses y disponibilidades existentes. Las tareas pueden ser de diferente nivel de complejidad y de naturaleza circunstancial o continua.

Tabla I. Interrelación entre procesos cognitivos y cuidados enfermeros

Cuidados Enfermeros	Procesos cognitivos implicados
Explicar una técnica	Lenguaje (verbal / no verbal)
Adecuar el vocabulario al destinatario	Mediación
Compartir con el paciente acciones terapéuticas	Aprendizaje colaborativo
Contener al sujeto durante prácticas invasivas	Afrontamiento
Progresar hacia la realización autónoma de un procedimiento	Andamiaje
Utilizar conceptos organizadores de la experiencia	Significación

La educación en el área de la salud procura el fortalecimiento de los sectores involucrados, el reconocimiento del valor y las peculiaridades de la cultura, así como de las potencialidades humanas para el desarrollo y la mejora de la calidad de vida. Los programas exitosos (Werner y Bower, 1984) comparten una evolución gradual según las necesidades de las comunidades, enfatizando la participación de la gente local en cada una de sus fases.

Además, adoptan un enfoque basado en el proceso de aprendizaje de todos los sectores implicados que favorece la formación, permite la discusión y el cambio acorde con las prioridades detectadas, a la vez que incorpora líderes comprometidos con los valores perseguidos y el convencimiento de que los requerimientos de salud están estrechamente ligados al desarrollo social.

Los cuidados de Enfermería en el área de la salud pueden encuadrarse dentro de la educación popular en razón de que:

- Se dirigen al sujeto, la familia y el entorno de vida.
- Incluyen el diálogo con los miembros del equipo interdisciplinario para determinar prioridades.
- Recuperan la historia personal y familiar con el objeto de identificar percepciones, grado de realismo y concientización de la enfermedad, creencias erróneas, temores y supersticiones sobre su naturaleza, apoyos y disponibilidades físicas y humanas.
- Orientan a la persona y al entorno sobre la base del intercambio de experiencias.
- Procuran la mejora de la calidad de vida y la participación activa de los destinatarios.
- Involucran y responsabilizan a la comunidad en el cuidado de la salud.

La labor formativa del enfermero se dirige a los diferentes actores y colectivos sociales. Esta responsabilidad se ve reflejada:

- En la interacción con médicos y otros profesionales toda vez que transmite información acerca de los cuidados brindados y la evolución del sujeto.
- En la aproximación a los familiares, considerando la atención en salud de manera holística (Maslow, 1943) y respetando la diversidad.
- En la labor coordinada con las instituciones sociales (hospitales, escuelas, ONG's, entidades deportivas) para iniciativas de promoción y prevención.
- Al participar en actividades de voluntariado que tienen como foco poblaciones vulnerables.

CONCLUSIÓN

Esta perspectiva permite incorporar hábitos de cuidado en las diferentes etapas de la atención sanitaria con el objetivo de generar conductas saludables, incorporando a las personas como protagonistas y sujetos de derechos.

Asegurar la efectividad de los cuidados de Enfermería supone traducir en metas tangibles las "buenas intenciones" que, de otro modo, se convierten en enunciados vacíos.

BIBLIOGRAFÍA

- Brown, I. et al (2007). Person, Centered and Family, Centered Support. En: Brown & Percy. A Comprehensive Guide to Intellectual & Developmental Disabilities. Part III. Ch. 22, pp. 351–362. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Bruner, J. (1997) La educación, puerta de la cultura. Madrid: Visor.
- Ferrer, C (2011) El Entramado. El apuntalamiento Técnico del Mundo. Buenos Aires: Godot.
- Freire, P. (1998) ¿Extensión o Comunicación?: La concientización en el Medio Rural. Siglo XXI Editores.
- Instituto de Educación y Capacitación Continua (ICC). Universidad del Salvador. Vicerrectorado Académico (2011). Jornada de Reflexión sobre la Praxis de la Educación Popular.
- Leonello, VM. y Capos Oliveira, MA. (2008) "Competencias para la acción educativa de la enfermera." Rev. Latinoamericana de Enfermería. Marzo – abril. Vol. 16, n°2. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_02.pdf
- Melillo, A. & Suárez Ojeda, E. (Comps. 2002). Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de: <http://www.who.int/es/>
- Tomey, A.M & Alligood, M.R (2003). Modelos y Teorías en Enfermería (Quinta Edición). Madrid: Mosby.
- Régimen legal del ejercicio de la Enfermería (Ley Nacional 24004). Buenos Aires, 26 de septiembre de 1991. Boletín Oficial, 28 de octubre de 1991. Decreto Nacional 2.497/93.
- Sancho, M.M. (2007) "La mediación: ¿Una actividad enfermera?". Ágora de Enfermería. N°12, vol.11.4. Recuperado de: <http://www.agoradenfermeria.eu/CAST/num012/formacioc.html>
- Shallock, R.L. y Verdugo Alonso, M.A. (2002). Calidad de vida. Manual para profesionales de la Educación, Salud y Servicios Sociales. Madrid: Alianza Editorial.
- Vigotsky, L. (1972). Pensamiento y lenguaje. Buenos Aires: La Pléyade.
- Werner, D. & Bower, B. (1984). Aprendiendo a promover la salud. México: CEE.

I Simposio de **Informática** **en Enfermería 2019**

"Humanizando el cuidado a través de las tecnologías de información en salud"

Jueves 28 de noviembre de 2019

De 9:00 a 18:00 hs. - Palais Rouge, Jerónimo Salguero 1443, CABA.

Objetivos:

- Difundir la ciencia que integra la enfermería con la gestión de la información y el conocimiento.
- Fomentar el uso de las TIC para promover la salud de las comunidades, los individuos y las familias.
- Promover el intercambio de experiencias entre educadores, enfermeras, expertos en gestión de la información, investigadores y técnicos.
- Proporcionar un espacio interdisciplinario para la presentación de nuevos avances y resultados de investigación en los campos de la informática y la tecnología de enfermería.

El evento contará con la presencia de destacados invitados internacionales

Contacto

- ☎ 54 11 4959 0200 internos 9657- 8622- 9723
- ✉ comunicacion.informatica@hospitalitaliano.org.ar
- 🐦 @InformaticaHIBA
- 📘 InformaticaHIBA.
- 🌐 www.hospitalitaliano.org.ar / Infomed
- 📷 @InformaticaHiba

#JornadasInfoSalud

Escaneá el código para
más información



Instituto Universitario
Hospital Italiano

HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Departamento de Informática
en Salud



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](https://www.facebook.com/LaboratoriosRivero)

lab@rivero.com.ar | depcient@rivero.com.ar

Consultas - sugerencias 0800.222.7291

PLANTA MODELO JUNIN

Habilitada por ANMAT Legajo N° 0022

**Investigación, desarrollo y producción de
Materiales Biomédicos Originales Rivero**

Autorizados por ANMAT PM 0022