

DESAFIOS

ENFERMERÍA Y EDUCACIÓN

Órgano de Difusión Científica de la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina

Año 2018- ISSN 2591-5436

NUMERO
6





Presidente:

Lic. Viviana B. Aguilar

Universidad Nacional del Centro de la Prov. De Buenos Aires UNCPBA

Vice-Presidente I:

Mg. Susana Prysiazniy

Universidad Nacional de Misiones (UNaM)

Vice-Presidente II:

Lic. Mónica D. González

Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdL)

Secretaria:

Lic. Ana S. Leidi

Universidad Nacional del Sur (UNS)

Pro secretaria:

Lic. Rosa Ester Dinardo

Universidad Nacional de Santiago del Estero (UNSE)

Tesorero:

Lic. María Margarita Rabhansl

Universidad Austral (U. Austral)

Pro Tesorera:

Mg. Dolores Latugaye

Universidad Austral (U Austral)

Vocal I:

Lic. Karina Espíndola

Universidad Nacional de Quilmes (UNQ)

Vocal II:

Lic. Juana Sigampa

Universidad Nacional de Córdoba (UNC)

Comisión Revisora de Cuentas integrada por:

Lic. Lucila Monzón Valverde

Universidad Nacional de Rosario (UNR);

Mg. Gladys P. Robledo

Universidad Adventista del Plata (UAP)

Mg. Nieve Chavez

Universidad Nacional de Salta (UNSa)



DESAFÍOS
ISSN 2591-5436

SUMARIO

9	Detección de hiperglucemia y factores de riesgo de diabetes en un Servicio de Emergencias. Detection of hyperglycemia and diabetes risk factors in an Emergency Room Gustavo Sosa, Jorge Olivares, Marina Villarreal	28	La simulación en el proceso de enseñanza/aprendizaje. Vítola Dominga Teresa, Blotta Eduardo, Di Ulvio Susana, Pippino Mónica, Paccioretti Raúl, Cabrera Liliana et al
15	Comité Hospitalario de Bioética. Historia de la creación y consolidación del Comité Hospitalario de Bioética Hospital Público Descenralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan-Argentina . Esp. María José Caño Nappa y Lic. Yesica Valeria Flores Aranda	34	Percepción de los cuidados de enfermería en lactancia materna por parte de las madres con neonatos internados en la Unidad de cuidados intensivos Liliana Fanny Remogna.
19	Historia de la red de Monte Chingolo en relación a la Universidad Nacional de Lanús. Una Experiencia de Integración Universidad-Comunidad en Lanús. Silvia Cárcamo, Daniel Frankel, Ester Armand Ugon, Juan José Aguilá, Julian Govea Basch, Paula Derossi et al.	38	Disminución del tiempo de estadía en hospital oncológico con enfermería capacitada en la administración rápida Rituximar a partir de segunda dosis. Estrada, Silvina, Celano, Constanza, Del Teso, Raul y Allende, Alicia
23	Realidad, crisis y posibilidades de cambios para la Enfermería en el Subsistema de salud público de la provincia de Buenos Aires. Paula Andrea Baruja.	45	En la búsqueda de soluciones para las dificultades en el desarrollo de actividades propias de la enfermería al inicio de la vida profesional. Lorena Cecilia González, Nélica Campos y Adriana Victoria Camio

DESAFIOS

ENFERMERÍA Y EDUCACIÓN
2018

EDITORIAL

En esta oportunidad, tengo el agrado de presentar un nuevo número de la Revista Desafíos, órgano de difusión de la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la Republica Argentina.

La disciplina de enfermería en los últimos 50 años se ha visto en un proceso de continuos cambios y hoy nos encontramos transitando un camino de construcción colectivo con nuevos desafíos, alentados por el trabajo realizado y motivados por los nuevos escenarios que se nos presentan para visibilizar la profesión.

En este marco, se hace necesario mostrar la producción científica de los profesionales que trabajan en las Universidades con el propósito de difundir el corpus de conocimiento científico para que pueda ser consultado por diferentes enfermeros/as que se trabajan desde ámbitos diversos por el cuidado de las personas.

La Asociación de Escuelas Universitarias de la Republica Argentina (AEUERA) tiene como uno de sus propósitos fundantes lograr darle “visibilidad a la enfermería” a partir de mostrar lo construido, conocer el lugar donde hoy estamos y reconocer el camino que continuaremos transitando con el propósito de mejorar cada día mas la calidad en la formación de los que cuidan.

Introducción científica y su divulgación son unas de las bases de la construcción del conocimiento científico que la enfermería tiene como desafíos y la educación es una de las herramientas claves para lograrlo la que no solo nos permitirá contribuir a la formación de profesionales sino visibilizar la enfermería como una profesión comprometida con el cuidado de las personas.

En este número se presentan ocho artículos relacionados con distintas temáticas disciplinares relacionadas con la gestión, la educación y el cuidado específico de enfermería desde enfoques diversos que van desde la presentación de experiencias y reflexiones alrededor sobre la enseñanza y el aprendizaje, sobre las alteraciones crónicas, la lactancia y la salud comunitaria así como también reflexiones sobre la situación de enfermería en el marco del sistema de salud.

Desde la Asociación seguiremos trabajando en pos de lograr una publicación que sea referente en el país y que sea consultada por estudiantes y profesionales de toda la región.

DETECCIÓN DE HIPERGLUCEMIA Y FACTORES DE RIESGO DE DIABETES EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS.

GUSTAVO SOSA

Departamento de Ciencias Naturales. Licenciatura en Enfermería. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, Universidad Nacional de La Pampa (UNLPam), Argentina

JORGE OLIVARES

Departamento Clínico. Servicio de Endocrinología y Diabetes. Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas". Santa Rosa, La Pampa. Argentina.

MARINA VILLARREAL

Departamento de Docencia e Investigación. Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas". Santa Rosa, La Pampa. Argentina.

Contacto:

marvillarreal@cpenet.com.ar

Palabras clave:

diabetes; hiperglucemia; hiperglucemia de estrés, emergencias, factores de riesgo

Resumen

Objetivos: detectar factores de riesgo de diabetes y medir hemoglobina glicosilada para clasificar hiperglucemias en pacientes internados en un servicio de Emergencias. Estudio descriptivo en pacientes internados en el Servicio de Emergencias del Hospital Molas de Santa Rosa (La Pampa) en 2014. Se registraron valores de glucemia, factores de riesgo de diabetes, enfermedades y tratamientos previos, y motivos de consulta. En pacientes con hiperglucemia se realizó nueva glucemia más hemoglobina glicosilada. Se educó y citó para controles posteriores. Resultados: alta frecuencia de factores de riesgo de diabetes, con predominio del sedentarismo. Hiperglucemia en 13/50 internados (26%): 8 diabéticos previos, 1 debut diabético, 4 hiperglucémicos por estrés. Conclusiones: se detectaron frecuentes factores de riesgo de diabetes. La medición de hemoglobina glicosilada permitió jerarquizar las hiperglucemias y diferenciar pacientes con diabetes mellitus de hiperglucémicos por estrés.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constituye una epidemia global, caracterizada por hiperglucemia crónica. Los pacientes diabéticos con o sin diagnóstico tienen alta morbilidad y mortalidad, frecuentemente asociada a factores de riesgo cuya detección precoz podría mejorar el pronóstico^{1,2}. Sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud advierte que el 44 % de los individuos diabéticos en las Américas, no conoce su diagnóstico ni su riesgo³.

Varios estudios describen que con frecuencia se pierden oportunidades diagnósticas y educativas en los servicios de internación, por no darse jerarquía a las hiperglucemias y los factores de riesgo^{4,5,6}. Un estudio muestra que de 45 pacientes hiperglucémicos en un Servicio de Emergencias (SE), sólo 1 fue informado de su hiperglucemia y referido para su posterior control⁷.

La hiperglucemia es un dato de laboratorio muy común en los SE, presente en el 25 al 50 % de los pacientes, y relacionada con peor pronóstico en pacientes hospitalizados^{8,9,10}. Determinar la causa de la hiperglucemia puede representar un desafío en un paciente internado, ya que puede ser consecuencia del estrés del cuadro que motiva la consulta, o del consumo de medicamentos hiperglucemiantes, pero también puede deberse a diabetes aún no diagnosticada^{1,11}. Para diferenciar esas condiciones, además de una completa anamnesis, se recomienda medir hemoglobina glicosilada (HbA1c), que refleja el estado metabólico de las últimas 6 a 9 semanas, y permite clasificar rápidamente al paciente^{12,13}.

Debe considerarse, sin embargo, que aunque se clasifique a un paciente como hiperglucémico por estrés, esta condición no debe considerarse como una simple respuesta adaptativa, ya que implica un riesgo alto de desarrollar diabetes en el futuro^{14,15,16}. Por lo tanto, cuando estos pacientes estén en condiciones de egresar de la internación,

deben hacerlo con instrucciones precisas para concurrir a controles programados de glucemia y de sus factores de riesgo^{5,17}.

Algunos factores de riesgo que pueden controlarse se detectan fácilmente, como el sedentarismo, la hipertensión y la obesidad. Su tratamiento precoz puede disminuir las complicaciones microvasculares, e incluso retrasar o evitar el desarrollo de DM2. Por ello, es importante involucrar a los individuos que los presentan en programas de prevención primaria, en toda ocasión en que contacten con el sistema de salud^{18,19}.

El presente estudio se realizó como prueba piloto para caracterizar mediante medición de hemoglobina glicosilada a los pacientes con hiperglucemia internados en el SE, para detectar sus factores de riesgo de diabetes, y para orientarlos y alentarlos a que concurren a controles posteriores, con el asesoramiento de personal de enfermería.

OBJETIVOS:

Detectar factores de riesgo de diabetes y medir hemoglobina glicosilada para clasificar hiperglucemias en pacientes internados en un servicio de Emergencias.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal en pacientes mayores de 18 años que fueron internados en el SE del Hospital Público "Dr. Lucio Molas" de Santa Rosa, La Pampa, durante el periodo comprendido entre 1 de julio y el 31 de diciembre de 2014. Muestreo consecutivo durante el turno mañana de enfermería, días hábiles.

Criterios de inclusión: pacientes en estado clínico estable en quienes se solicitó glucemia por criterio médico, y que autorizaron la realización de una entrevista y, en caso de

hallarse hiperglucemia, de una determinación HbA1c con el siguiente control de glucemia.

La entrevista fue realizada por un enfermero con formación en Atención Primaria de la Salud, quien recabó datos personales, motivo de consulta a emergencias, uso de medicamentos, factores de riesgo (hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo, obesidad, sedentarismo), antecedentes patológicos y resultados de laboratorio.

Se consideró sedentarismo a la práctica de actividad física por un tiempo inferior a 30 minutos y con una frecuencia inferior a tres veces por semana; y obesidad a un índice de masa corporal (IMC) superior a 30, según recomendación de la Organización Mundial de la Salud²⁰.

Ante la presencia de un primer valor de hiperglucemia (glucemia mayor a 140 mg/dL), se realizó una nueva determinación de glucemia más HbA1c, para diferenciar hiperglucemia aguda de crónica. La técnica utilizada fue inmunoturbidimetría^{20,21}. Según su resultado, se clasificó a los pacientes en alguno de los siguientes diagnósticos:

DM con diagnóstico previo

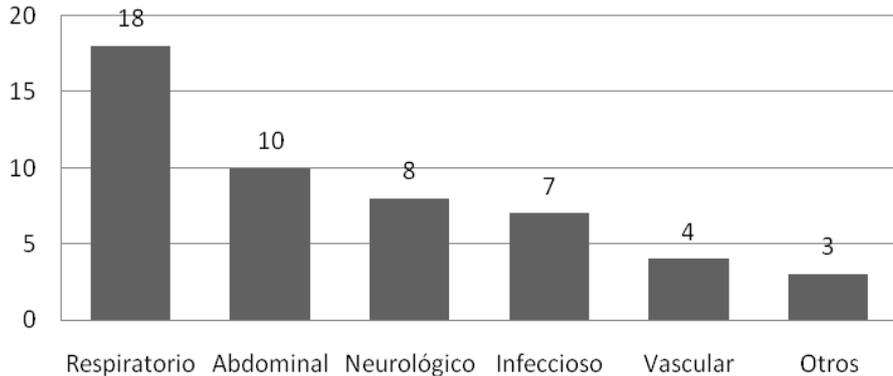
DM sin diagnóstico previo: hiperglucemia en 2 muestras, más HbA1c > 6.5%

Hiperglucemia de estrés: glucemias ≥ 140 mg/dl con HbA1c < 6.5%

Glucemia normal

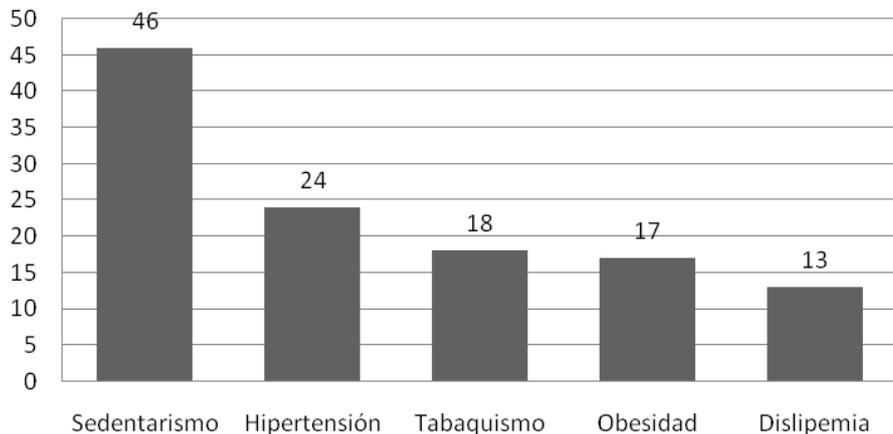
Los datos se registraron, analizaron y graficaron con Excel 2010. Las variables cuantitativas se presentan como promedio y desviación estándar (DS). Las variables categóricas se expresan como proporciones. Los datos se manejaron con confidencialidad. El estudio, aunque considerado de bajo riesgo, fue autorizado por el Comité de Ética del Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas".

Gráfico 1. Motivos de consulta de pacientes evaluados en Servicio de Emergencias. Hospital Molas, 2014; n=50.



Factores de riesgo: sólo 1 de 50 pacientes no presentaba ningún factor de riesgo. Puede observarse en el gráfico 2 que predominó el sedentarismo. En 27/50 casos (54%), se presentaron dos o más factores de riesgo. En 5/50 (10 %) confluyeron los 5 factores evaluados.

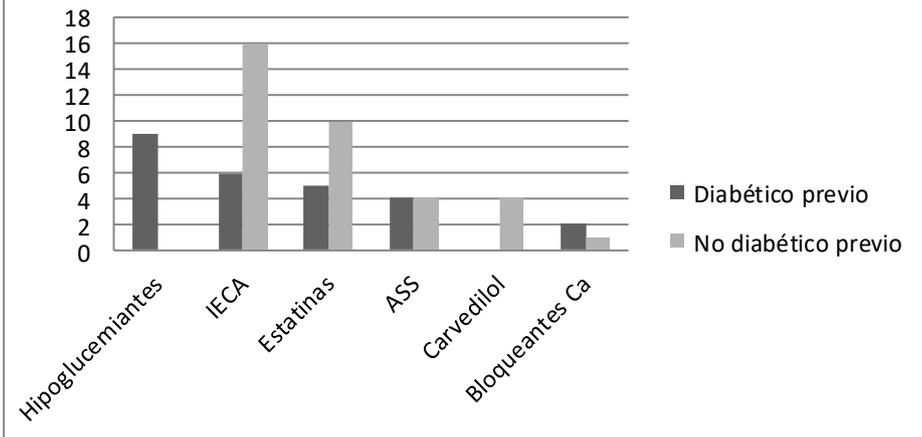
Gráfico 2. Factores de riesgo presentes en pacientes evaluados en Servicio de Emergencias. Hospital Molas 2014; n= 50.



Los pacientes fueron informados sobre su situación de riesgo de diabetes y sus posibilidades de tratamiento.

Tratamiento farmacológico previo: 27/50 pacientes (54 %) consumían ningún medicamento previo a la consulta en emergencias. Puede observarse en el gráfico 3 que entre los fármacos figuran algunos que pueden afectar la medición de HbA1c, como el ácido acetilsalicílico (AAS). Sin embargo, ninguno de los pacientes que lo consumían requirió medición de HbA1c. Predominó el consumo de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), lo cual puede relacionarse con la elevada frecuencia de hipertensos en la muestra. Ningún paciente refirió consumo de corticoides.

Gráfico 3. Fármacos utilizados previo a internación en SE. Hospital Molas 2014; n=27



Valores de glucemia, HbA1c, y clasificación: durante la internación en el Servicio de Emergencias, 13/50 (26 %) de los pacientes evaluados presentaron hiperglucemia. De los 13 pacientes hiperglucémicos, 8 tenían diagnóstico previo de DM2, y consultaban por alguna intercurencia.

En los restantes 5/13 pacientes con hiperglucemia sin diagnóstico previo, se diagnóstico DM2 en un paciente que consultó por síntomas respiratorios. Su glucemia inicial fue de 190 mg%, y la siguiente fue de 260 mg%, con un valor de HbA1c de 9%. Era un hombre de 55 años, en quien confluían los 5 factores de riesgo evalua-

ción y control de su debut diabético.

En los otros 4/13 pacientes, se encontraron valores de HbA1c <6.5%, por lo cual se los clasificó como hiperglucemia de estrés. Estos pacientes egresaron del SE en menos de 48 hs, una vez resuelto el cuadro agudo, con recomendaciones específicas y turno de control en consultorio de endocrinología. 4. Discusión

La DM2 constituye un grave problema sanitario en Latinoamérica y el mundo. Aunque los objetivos principales de un SE son el abordaje y la resolución de la patología aguda que motiva la consulta, generalmente en el menor tiempo posible, el personal de salud debe estar alerta para detectar hiperglucemias y factores de riesgo de diabetes^{1, 5, 6}.

En el presente estudio, fue muy frecuente la presencia de factores de riesgo de DM2. El sedentarismo abarca a casi la totalidad de pacientes. Similares datos arroja un estudio en estudiantes universitarios, siendo el sedentarismo el factor más prevalente, seguido por la obesidad, la hiperglucemia y la hipertensión arterial²². También predomina el sedentarismo en otro estudio referido a profesionales de Enfermería²³.

En nuestra muestra, el 54% de los pacientes presentaron dos o más factores de riesgo. En otro estudio en un SE, se describe que los pacientes con dos factores de riesgo y una glucemia mayor a 155 mg/dl, fueron diagnosticados en el seguimiento en consultorio externo como diabéticos o prediabéticos⁶.

En el presente estudio, 26 % de los pacientes presentaron hiperglucemia, porcentaje similar al 32 % descrito por Bersoux y otros en pacientes internados en

clínica, y al 28% de los internados en unidades de cuidados intensivos, pero menor que el 50 % descrito en otros SE^{5,6,18}. Sin embargo, el punto de corte de glucemia difiere entre estudios, y debe considerarse que esta muestra sólo está compuesta por quienes se encontraban estables y autorizaban el estudio, es decir, por los pacientes con menor gravedad internados en el SE.

En ningún caso los pacientes consultaron por dudas sobre sus glucemias, aunque 8 eran diabéticos previamente diagnosticados. Es llamativo, ya que deberían estar alerta sobre su mayor riesgo de alteración metabólica ante cuadros agudos.

En este estudio, la medición de HbA1c facilitó la clasificación y permitió jerarquizar las hiperglucemias, tanto para cada paciente como para el personal de salud. En un caso, además, permitió la detección temprana de diabetes. En los 4 casos clasificados como hiperglucemia de estrés se estimuló el control posterior, caracterizando a este dato como un riesgo de diabetes en el futuro, como sugieren diversos autores^{5,14,15}. Se propone incorporar esta práctica como rutina en nuestro Hospital en pacientes internados hiperglucémicos a la brevedad, adhiriendo a las recomendaciones de diversas instituciones científicas^{2,19}.

Respecto de las acciones preventivas, surge de este estudio el interrogante de cómo podrán cumplirse. Se sabe que la educación desde el momento de la internación de un paciente en una institución, disminuye hasta 30% las reinternaciones dentro de los 30 días. Sin embargo, se describen frecuentes pérdidas de oportunidades en SE, con reingresos posteriores de

los pacientes con complicaciones de diabetes^{5, 6}. Pero no están claros en la literatura los motivos por el cual esas pérdidas de oportunidades educativas y diagnósticas suceden. Una hipótesis surgida de este trabajo, si bien no era el objetivo del estudio, es que uno de los principales problemas es la falta de tiempo y personal disponible para enfatizar en acciones preventivas. En el presente estudio, se contó con un enfermero con interés en prevención primaria entre el personal estable del SE, principal encargado de realizar la detección, educación y orientación de los pacientes cuando las glucemias estaban alteradas o ante la presencia de factores de riesgo tratables. Pero no resulta tan factible sostener estas actividades a largo plazo, sin considerar la disponibilidad de personal.

Parecen más claros los motivos los cuales los profesionales de enfermería serían los más adecuados para cumplir con esas tareas: su cercanía con los pacientes, ciertas habilidades en la comunicación y comprensión, y su potencialidad terapéutica^{24,25,26}.

Una posibilidad, sería asignar parte de estas tareas al personal en formación presente en nuestro Hospital. En este sentido, se ha evaluado la mejora del autocuidado de pacientes con DM2, con la integración de practicantes de enfermería en equipos de atención primaria^{27,28}.

El desafío para los SE es importante, dada la alta frecuencia de pacientes con factores de riesgo e hiperglucemia que asisten usualmente. La organización y disponibilidad de personal con tiempo asignado a tareas educativas en internación podría contribuir a disminuir las impactantes proyecciones de daño que la diabetes ocasionará a la población en los próximos

años.

Conclusiones

Los factores de riesgo de DM2 son muy frecuentes en pacientes internados en SE, predominando el sedentarismo. Las causas de hiperglucemia pueden clasificarse con rapidez y efectividad utilizando la medición de HbA1c. El SE debe considerar reorganizar el tiempo y personal para enfrentar el desafío de agregar a la resolución de problemas agudos, el abordaje preventivo de las hiperglucemias y factores de riesgo de diabetes.

Referencias

1. Benzadon, M; Forti L, Sinay I. Actualización en el diagnóstico de la diabetes. Medicina (B. Aires)[Internet]. 2014, 74(1). [Consultado 26 Enero 2015], 64-68. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802014000100016&lng=es
2. Organización Panamericana de la Salud. Guías ALAD (Asociación Latinoamericana de Diabetes) sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes mellitus tipo 2 con medicina Basada en la Evidencia. Edición 2013. Washington, D.C.: OPS, [Internet], 2013 [consultado 15 Febr 2014]. Disponible en: https://issuu.com/alad-diabetes/docs/guias_alad_2013
3. Organización Panamericana de la Salud. Acerca de la diabetes. OMS: Centro de prensa [Internet]; 2012 [consultado Mar 2014]; una sola página. Disponible en : www.paho.org/

4. Rouse MD, Shoukry CL. Elevated blood glucose levels in the emergency department: missed opportunities. *J Emerg Nurs.* 2014;40(4):311-6.
5. Hodge C, Malaskovitz J. Addressing Glycemic Targets from Diagnosis to Discharge. *Diabetes Spectrum: A Publication of the American Diabetes Association.* 2014;27(3):169-173.
6. Charfen MA, Ipp E, Kaji AH, Saleh T, et al. Detection of undiagnosed diabetes and prediabetic states in high-risk emergency department patients. *Acad Emerg Med.* 2009;16;2:394-402.
7. Rouse MD, Shoukry CL. Elevated blood glucose levels in the emergency department: missed opportunities. *J Emerg Nurs.* 2014;40(4):311-6.
8. Pasquel FJ, Umpierrez JE. Manejo de la hiperglucemia en el paciente hospitalizado. *Medicina (B Aires)* 2010;70:275-83.
9. Umpierrez GE, Isaacs SD, Bazargan N, et al. Hyperglycemia: an independent marker of in-hospital mortality in patients with undiagnosed diabetes. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87:978-982.
10. Frontera JA, Fernandez A, Claassen J, et al. Hyperglycemia affect SAH: Predictors, associated complications, and impact on outcome. *Stroke* 2006;37:199-203.
11. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2010; 33: S62 -S69.
12. Jornadas Rioplatenses Convergencias, diver-

- gencias, variabilidad, puntos de corte e indicación de la glucemia de ayuno, la hemoglobina glucosilada e insulinemia. Uruguay [Internet], 2010 [consultado 22 Jul 2014]. Disponible en: http://www.diabetes.org.ar/wp-content/uploads/2015/02/jornadas_rioplatenses_trabajo_final.pdf.
13. Roberts WL, Frank EL, Moulton L, et al. Effects of nine hemoglobin variants on five glycosylated hemoglobin methods. *Clin Chem* 2000; 46:569-72.
14. Moradi S, Keshavarzi A, Tabatabaee SM. Is Stress Hyperglycemia a Predicting Factor of Developing Diabetes in Future?. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2015;123(10):614-6.
15. McAllister DA, Hughes KA, Lone N, et al. Stress hyperglycaemia in Hospitalised patients and their 3- year risk of diabetes: a Scottish retrospective cohort study. *PLoS Med* 2014; 11(8) : e1001708. doi:10.1371/journal.pmed.1001708.
16. Capes SE, Hunt D, Malmberg K, et al. Stress hyperglycemia and prognosis of stroke in nondiabetic and diabetic patients: a systematic overview. *Stroke* 2001;32(10):2426-32.
17. Vencer a la diabetes: intensificar la prevención, mejorar la atención y reforzar la vigilancia. Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://www.who.int/diabetes/es/> FUC Diciembre 2015
18. Bersoux S, Cook CB, Kongable GL, et al. Benchmarking glycemic control in u.s. Hospitals. En-

- doctr Pract. 2014 Sep;20(9):876-83.
19. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2013. *Diabetes Care*. 2013;36(Suppl 1):S11-S66. doi:10.2337/dc13-S011.
 20. World Health Organization. Defining the problem of overweight and obesity. In: World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a Who Consultation*. Geneva; 2000. (WHO technical report series, 894).
 21. Hu Y1, Liu W, Chen Y, et al. Combined use of fasting plasma glucose and glycated hemoglobin A1c in the screening of diabetes and impaired glucose tolerance. *Acta Diabetol*. 2010;47(3):231-6. doi: 10.1007/s00592-009-0143-2. Epub 2009 Sep 17.
 22. Lima Adman CS, Araújo Márcio FM, Freitas Roberto WJ, et al. Factores de riesgo para Diabetes Mellitus Tipo 2 en universitarios: asociación con variables sociodemográficas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2014 June [cited 19 Mayo 2015]; 22(3):484-490. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300484&lng=en
 23. Báez Hernández FJ, Flores Merlo M, Bautista Barranco PE, et al. Factores de Riesgo para la Diabetes Mellitus en el Profesional de Enfermería. *Revista Enfermería Universitaria* 2011; 8 (2): 6-11.
 24. Ramírez P y Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria* 2015;12(3):134-143.
 25. Sanchez-Zaldivar P, Aguirre Gas H, Córdoba Avila M, et al. La calidad de la comunicación enfermera-paciente en los centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Benito Juárez en MéxicoD.F. *Rev CONAMED*. 2009;14 Supl. 1:20-8.
 26. Pool-Góngora RA, Moreno-Pérez NE, Ojedavargas MG, et al. Labor tanatológica de enfermería en el nivel de frustración de personas con diabetes mellitus tipo. *Enfermería Universitaria* 2015;12(4):188-196.
 27. Macdonald L, Stubbe M, Tester R, et al. Nurse-patient communication in primary care diabetes management: An exploratory study. *BMC Nursing*. 2013;12(20):2-10.
 28. Richardson GC, Derouin AL, Vorderstrasse A, et al. Nurse practitioner management of type 2 diabetes. *Perm J*. 2014 Spring;18(2):e134-40. doi: 10.7812/TPP/13-108.

COMITÉ HOSPITALARIO DE BIOÉTICA HISTORIA DE LA CREACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL COMITÉ HOSPITALARIO DE BIOÉTICA

ESP. MARÍA JOSÉ CAÑO NAPPA

Licenciada en Enfermería. Especialista en Enseñanza de la Educación Superior. Especialista en Salud Social y Comunitaria. Especialista en Metodología de la Investigación Científica y maestranda en Metodología de la Investigación Científica.

Profesora Titular Cátedra de Epistemología – Universidad Católica de Cuyo. Profesora Titular Cátedra de Investigación en Enfermería - Universidad Nacional de San Juan. Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. Miembro Titular del Comité Hospitalario de Bioética. Hospital Público. San Juan – Argentina.

LIC. YESICA VALERIA FLORES ARANDA

Licenciada en Enfermería. Profesora Titular Cátedra de Enfermería Pediátrica - Universidad Nacional de San Juan. Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. Servicio de Pediatría. San Juan – Argentina.

Palabras clave:

Enfermería, Bioética, Comité hospitalario de bioética, Historia.

Resumen

La Necesidad de crear un ámbito consultivo y deliberativo para la resolución de conflictos bioéticos relacionados con el campo de la atención de la salud y la investigación biomédica, nos introduce en el área de la llamada Bioética Institucional.

Las entidades institucionales encargadas de abordar la problemática biótica que en ellas se presentan, son los Comité Hospitalarios de Bioética (CHB). Estos se definen como un espacio pluralista, transcultural, global y deliberativo que tiene por objetivo tratar las diversas posibilidades de acción/acciones médicas con un paciente determinado, desde el punto de vista ético, en aquellas condiciones clínicas en que surjan dilemas o conflictos en el campo de la salud que no permitan consensuar decisiones.

En la Provincia de San Juan a partir del año 2000 se llevaron a cabo varios intentos por conformar los comités hospitalarios de bioética, en el ámbito de la Salud Pública. Recién en el 2011 el Directorio del Hospital Público descentralizado Dr. Guillermo Rawson (HPDGR) creó el Comité Hospitalario de Bioética. El mismo desarrolla actividades en los ámbitos de consulta de casos por un lado e investigación con seres humanos, por otro.

El propósito de este trabajo es describir el proceso de conformación y posterior consolidación del Comité Hospitalario del Centro de Salud Dr. Guillermo Rawson de la Provincia de San Juan –Argentina.

INTRODUCCIÓN

El comité hospitalario de bioética, concebido como un espacio pluralista, transcultural y global, de reflexión, consulta, apoyo y deliberación para la resolución de dilemas éticos presentes en el área de la atención de la salud y la investigación biomédica, constituye una herramienta de inclusión social fundamental para la bioética.

A partir de la década de los años 70, con la institución de la bioética como disciplina académica, comienzan a desarrollarse instancias institucionales que serían las precursoras de los actuales comités de bioética. Estados Unidos, Canadá y posteriormente Europa fueron los primeros en impulsar este tipo de comisiones, mientras que en América Latina el progreso de las mismas tardó unas décadas más.

En Argentina la evolución institucional de la bioética, sienta sus bases con la fundación José Mainetti en el año 1970, en la década de los 80 se crea el Centro de Referencia Nacional en Bioética y finalmente en los años 90 se instaura en la ciudad de La Plata, la escuela Latinoamericana de Bioética.

De acuerdo a lo que expresa Susana Vidal, los CHB son una "...alternativa para la resolución de los conflictos éticos emergentes de la atención de casos particulares... y fundamentalmente en lo que respecta... a la defensa de los derechos de los pacientes..."

Los CHB o comité praxiológicos sientan sus bases con el caso de Karen Quinlan en el 1976, otro caso que, también, contribuyo a la constitución de los actuales CHB es el del bebé Jane Doe. Desde que estos eventos tomaron estado público, los hospitales de EEUU, comenzaron a conformar los comités de bioética.

En los países de América Latina estas estructuras interdisciplinarias comenzaron a conformarse posteriormente. En la Argentina, en el año 1989, la fundación Mainetti organizó

la primera capacitación formal para coordinadores de CHB. Los hospitales argentinos pioneros en implementar los CHB fueron el Hospital de Clínicas y el Hospital Italiano ambos de la ciudad de Buenos Aires, y el Hospital Emilio Civit de Mendoza, actualmente llamado Hospital Humberto Notti. Esto motivó a otros centros de salud del interior del país y provincia de Buenos Aires a incorporar a los comités de bioética a la dinámica institucional.

En la Provincia de San Juan - Argentina a partir del año 2000 se llevaron a cabo varios intentos por conformar los comités hospitalarios de bioética, en el ámbito de la Salud Pública. Recién en el 2011 el Directorio del Hospital Público descentralizado Dr. Guillermo Rawson creó una Comisión Especial encargada de elaborar un proyecto para la creación de un Comité Hospitalario de Bioética. En Octubre del mismo año el Directorio aprobó lo presentado por la Comisión y dejó formalmente constituido el Comité Hospitalario de Bioética.

El presente escrito está organizado en cinco ejes. El recorrido a través de estos le permite al lector conocer los eventos que posibilitaron la creación del comité, las características que presente este comité en particular. Además, el recorrido describe sucintamente la constitución y consolidación del CHB del hospital Rawson.

LOS ORÍGENES DEL COMITÉ

En San Juan a partir del año 2000, en cumplimiento de la Ley Nacional N° 24742 "Comités Hospitalarios de Ética", la Ley Provincial 7573 "Programa de descentralización de centros de atención de la salud de gestión pública" y el Decreto Reglamentario 1743 – artículo 6°, inciso L, se llevaron a cabo varios intentos por conformar los comités hospitalarios de bioética en el ámbito de la Salud Pública. Recién en Abril de 2011 el Directorio del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson (HPGR) decidió

crear el Comité de Ética Médica en nuestro Hospital

En el marco general para el estudio de la creación e integración del Comité de Ética Médica, el directorio, del hospital, convocó a una reunión extraordinaria, conformada por 27 fejes de servicios y el representante de la gerencia médica del hospital.

Posteriormente a esta reunión, el 3 de Junio de 2011, mediante el expediente 802-0907/11 y la resolución 0447/11, el directorio constituyó la "Comisión Especial para el estudio de la creación del Comité Hospitalario de Ética y elaboración del anteproyecto correspondiente".

Dicha comisión coordinada por Daniel Arias estuvo constituida por los siguientes integrantes:

Amanda Andino, Pablo Atencio, Stella Ávila, Marta Bustos, María José Caño Nappa, Eugenia Ensabella, Jorge Mira Blanc, Fernando Monllor, Graciela Oviedo, Mario Plana, Miguel Quiroga Barragán, Fabricio Rampulla, Mónica Roque, Sara Sigal y Marta Torrado.

La comisión en un plazo de 90 días debió estudiar la creación del Comité Hospitalario de Ética, redactar el marco general de su funcionamiento, postular los posibles integrantes y redactar el anteproyecto correspondiente.

LA CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ

Finalmente el 6 de Septiembre de 2011, la comisión especial llevo a cabo el acto eleccionario para elegir los miembros titulares que conformarían el comité. A través de una votación secreta, conformada por 15 votantes habilitados, se eligieron 7 miembros entre 10 posibles.

Designados los miembros del futuro comité el 8 de Septiembre de 2011 se entrega el Anteproyecto de creación del comité, denominado: Comité Hospitalario de Bioética, al Directorio. El cual el 25 de Octubre de ese año a través

del expediente 802-0907/11 y resolución 0919 aprueba la creación del CHB del Hospital Dr. Guillermo Rawson. Quedando conformado por los miembros que a continuación se detallan:

Amanda Andino, Pablo Atencio, Analía Ponce, Daniel Arias, Stella Ávila, Marta Bustos, María José Caño Nappa, Eugenia Ensabella, Jorge Mira Blanc, Miguel Quiroga Barragán, Mónica Roque y Sara Sigal.

Más el miembro de la comunidad hasta ese momento no designado.

El comité ya constituido y en funcionamiento redactó el reglamento el cual fue elevado al directorio del hospital para su aprobación.

A partir del primer año de la creación del comité se dio, hasta la fecha, finales del 2014, un importante movimiento entre la conformación de sus miembros. Produciéndose una baja, una licencia y la incorporación de tres miembros más.

CARACTERÍSTICAS DEL COMITÉ

El CHB del Hospital Dr. Guillermo Rawson es un espacio transcultural, global y deliberativo. Además de Pluralista garantizando, así, el disenso en materia moral. Las características de la constitución del CHB refleja tres aspectos esenciales: la multidisciplinariedad, la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad.

El CHB tiene por objetivo tratar las diversas posibilidades de acción/acciones médicas con un paciente determinado, desde el punto de vista ético, en aquellas condiciones clínicas en que surjan dilemas o conflictos en el campo de la salud que no permitan consensuar decisiones.

La consulta puede ser efectuada por cualquier agente del Hospital, el propio paciente o sus familiares o cualquier

persona relacionada directamente al caso a analizar. Asimismo el CHB estará abierto a todo tipo de expresión, creencia o sentimiento religioso, espiritual, cultural o de cualquier otra índole.

Es importante destacar que no es tarea del CHB la revisión de conductas profesionales, ni será sustituto de revisiones legales o judiciales, ni tampoco tomará decisiones en problemas ético-biomédicos.

Su actividad en los casos ético-clínicos analizados será la de establecer recomendaciones, sugerencias y asesoramiento desde la dimensión ética. Estas recomendaciones no son de carácter vinculantes.

El CHB del Hospital Dr. Guillermo Rawson quedó conformado por 13 miembros de carácter permanente los cuales son representativos de los siguientes saberes, conocimientos y disciplinas:

Medicina y saberes conexos. Enfermería. Sociología. Antropología. Filosofía. Derecho. Bioética y un representante de la comunidad.

LA CONSOLIDACIÓN DEL COMITÉ

La consolidación interna del comité se diseñó mediante una serie de etapas: La primera etapa de trabajo comprendió el período de autoformación, la cual se concretó a través de un proceso formal de aprendizaje de conocimientos en Bioética. Para ello sus miembros realizaron, en un primer momento un curso sobre formación en bioética clínica y en segundo momento una capacitación formal en ética de la investigación en seres humanos.

La segunda etapa, ejecutada conjuntamente con la primera, consistió en una sucesión de actividades, fundamentadas en el aprendizaje basado en problemas, En esta etapa se realizó el análisis, discusión y reflexión de casos

de dilemas éticos con recomendaciones y dictámenes jurídicos en el área de la bioética.

El desarrollo de estas dos etapas facultaron a los integrantes del comité para recibir y analizar casos de problemas y dilemas bioéticos surgidos en la comunidad hospitalaria del Centro de Salud Dr. Guillermo Rawson. Desde la creación del comité hasta la fecha, noviembre de 2014, de han recepcionado, analizado, discutido y recomendados quince Casos.

A finales de 2014, debido al ingreso de nuevos integrantes al comité, se han retomado las tareas de enseñanza - aprendizajes informales desarrollados en el interior el CHB.

Finalmente la tercera etapa comprendería la fase normativa del comité, en la cual se elaborarían guías y eventuales protocolos para abordar los casos de problemas y dilemas en materia bioética.

DIFUSIÓN DEL COMITÉ

Desde su creación de han implementado una serie de acciones para desarrollar un plan de difusión del CHB a toda la comunidad, pacientes y familiares y a la comunidad en general.

Para ello desde el año 2013 se implementó el Programa de Educación Continua en Servicio del Comité Hospitalario de Bioética, cuyo propósito es: Reconocer al Comité Hospitalario de Bioética del Hospital Dr. Guillermo Rawson, como un espacio destinado a la participación plural y horizontal de toda la comunidad hospitalaria.

El programa inicialmente destinado a la comunidad hospitalaria, se implementó mediante la modalidad de talleres teóricos prácticos, con evaluación final en la mayoría de los encuentros. Todos los talleres, dictados por miem-

bros del comité, se llevaron a cabo en el Salón de Usos Múltiples del Hospital Dr. Guillermo Rawson.

El primer taller dictado en Agosto de 2013, estuvo destinado al Departamento de Enfermería de Hospital Dr. Guillermo Rawson, el segundo curso teórico – práctico desarrollado en Mayo de 2014. Se dictó para la comunidad hospitalaria en general.

Otras actividades del plan de difusión se concretaron a través de la participación de los miembros del comité en diversas actividades de orden académico, las cuales se pueden resumir en:

Mayo 2012: Participación del CHB en las actividades conmemorativas del Aniversario del día Internacional de la Enfermería. Hospital Dr. Guillermo Rawson. San Juan – Argentina.

Agosto de 2012: El CHB organizó las 1 Jornadas de Bioética, San Juan – Argentina.

Agosto de 2013 y Agosto de 2014: Participación del CHB en la cátedra de Deontología, Carrera de Tecnicatura de Enfermería perteneciente a la Facultad de Ciencias Exactas Físicas y Naturales de la Universidad Nacional. San Juan – Argentina.

Mayo 2013: Participación del CHB en las 2ª Jornadas de Terapia Intensiva Pediátrica, Kinesiología y Enfermería Pediátrica. San Juan – Argentina.

Mayo 2014: Participación del CHB en el Encuentro Nacional de Bioética de las Investigaciones Biomédicas, organizado por el Comité de Ética y Programa de Bioética del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires y la Comisión de Bioética de la Fundación FEMEBA. Buenos Aires – Argentina.

Noviembre de 2014: Participación del CHB en el XXII Congreso Argentino de Enfermería. Córdoba – Argentina.

Noviembre de 2014: Participación del CHB en el Quinto Curso Anual de Clínica Médica. Servicio de Clínica Médica. Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan – Argentina.

Noviembre de 2014: Participación del CHB en las Jornadas de Enfermería Integral del Neonato, del Niño y del Adulto. San Juan – Argentina.

Diciembre de 2014: Participación del CHB en el V Congreso Latinoamericano y del Caribe de la Red bioética UNESCO. Bioética y Vulnerabilidad en ALC. Lima – Perú.

REFERENCIAS

1. Brussino S., "Introducción a una fundamentación de la bioética basada en los derechos humanos". Programa de Educación Permanente en Bioética. Introducción a la Bioética Clínica y Social. Modulo I. 2012. <http://www.redbioetica-edu.com.ar>
2. Donda C. S., "Introducción a la bioética aplicada". Programa de Educación Permanente en Bioética. Introducción a la Bioética Clínica y Social. Modulo I. 2012. <http://www.redbioetica-edu.com.ar>
3. Ley 25.326. Protección de los datos personales. 2000
4. Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 2009
5. Ley 26.742. Modificación de la Ley N° 26.529. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. 2012
6. Ley Nacional N° 24742. Comités hospitalarios de ética. 1996
7. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la

Nación. InfoLEG. Información legislativa. <http://infoleg.mecon.gov.ar/>

8. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. <http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/es/portada.html>
9. UNESCO, "Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos". 2005
10. UNESCO, "Programa de base de estudios sobre bioética", Oficina Regional de Ciencia de la UNESCO para América Latina y el Caribe. Programa de Bioética y Ética de la Ciencia. 2008. <http://www.redbioetica-edu.com.ar>
11. Vidal S.M., "Introducción general y antecedentes". Programa de Educación Permanente en Bioética. Introducción a la Bioética Clínica y Social. 2012. <http://www.redbioetica-edu.com.ar>
12. Vidal S.M., "Instrumento para el seguimiento del proceso educativo de Comités Hospitalarios de Bioética". Programa de Educación Permanente en Bioética. Introducción a la Bioética Clínica y Social. 2012. <http://www.redbioetica-edu.com.ar>
13. Diccionario Latinoamericano de Bioética – UNESCO 2008.
14. Vidal S.M., "Introducción a la Bioética Institucional: Los Comités Hospitalarios de Bioética" en Garay, Oscar E. (coord.) Bioética en Medicina. Buenos Aires – Argentina. Editorial Ad-Hoc. 2008.

HISTORIA DE LA RED DE MONTE CHINGOLO EN RELACIÓN CON LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS UNA EXPERIENCIA DE INTEGRACIÓN UNIVERSIDAD-COMUNIDAD EN LANÚS

SILVIA CÁRCAMO, DANIEL FRANKEL, ESTER ARMAND UGON, JUAN JOSÉ AGUILÁ, JULIAN GOVEA BASCH, PAULA DEROSI et al.
Red de Monte Chingolo (representante de salud Christian Loray)

CONTACTO:
Silvia Noemí Cárcamo:
scarcamo0409@gmail.com

Palabras clave:

Enfermería- Universidad- Comunidad- intervención comunitaria

Resumen

El siguiente informe, muestra de forma sintética, una recorrida desde la creación de la Red de Monte Chingolo (Municipio de Lanús, Pcia. de Buenos Aires), año 2008, a instancias de un grupo de estudiantes de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa), hasta la actualidad, pasando por el inicio de la participación de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la misma universidad, en el año 2011. Mostramos como en este proceso de integración, los estudiantes universitarios participan activamente en el diagnóstico de los problemas de salud de la comunidad y se involucran en sus soluciones.

La Red de Chingolo surge a partir de la inquietud de un grupo de estudiantes, que realizaban su Seminario de Micro Planificación, para la carrera de Licenciatura de Trabajo Social, de la Universidad Nacional de Lanús en el año 2008. En el trabajo de campo de estos estudiantes, que en ese momento se centraba en la Secundaria N° 51 y la Primaria N° 46, se decidió trabajar con la problemática de la violencia y las adicciones.



En su proyecto, los estudiantes, estimaron, con muy buen criterio, que para trabajar ciertas problemáticas era necesario un compromiso Escuela-Comunidad. Buscaron recursos en la zona haciendo una tarea de campo muy completa, también lograron los primeros contactos con otros actores que luego fueron formando parte de lo que hoy es la Red de Monte Chingolo.

Una vez conformada la Red, se logró interactuar horizontalmente, como era deseable, Fueron entrando y a la vez, por momentos, saliendo instituciones. Algunas de las reuniones llegaron a ser muy numerosas, en las que participaban representantes de educación, salud, municipalidad y organizaciones barriales como por ejemplo, el ballet folklórico del barrio, la

murga, el circo, etc.

Este modelo de trabajo se sostuvo con el ingreso de otros estudiantes de la UNLa en el año 2011, esta vez, de la Carrera de Licenciatura en Enfermería. La Red trabajó con los mismos criterios, logrando un punto de encuentro con la Universidad, a partir de las fortalezas que esta podía aportar, y del trabajo con la comunidad sostenido por la red barrial.

En cuanto a las actividades conjuntas con la Carrera de Licenciatura en Enfermería, Taller de Prácticas e Investigación Comunitaria, de la UNLa, la Red propone tener en cuenta las problemáticas que surjan del diagnóstico comunitario, considerando la necesidad de contar con la existencia de espacios de intercambio comunitario. De esta manera se avanza para dar respuestas en forma integral y participativa en un marco de corresponsabilidad entre las instituciones que conforman la red y la UNLa.

Las respuestas promovidas en acciones conjuntas, se apoyan en las propuestas de la Convención Internacional de los Derechos del niño, la ley 13298 sobre promoción y protección de los derechos del niño, Ley 26150 de Educación Sexual Integral, llevando adelante un dispositivo funcional a lo detallado.

Así están recorriendo, la red y la universidad, con los estudiantes de Trabajo Social primero y de enfermería después, un camino de aprendizaje mutuo.

TALLER DE PRÁCTICAS E INVESTIGACIÓN EN SALUD COMUNITARIA

La asignatura desde la que participan los estudiantes de enfermería, como dijimos, es el Taller de Prácticas e Investigación en Salud Comunitaria. Es el primer taller integrador del Ciclo de Licenciatura, dirigido a Enfermeros egresados de carreras terciarias o universidades. Este Taller obra como dispositivo generador de proyectos de investigación-acción participativa, desde el rol del enfermero en el equipo de salud, abordando los problemas de la comunidad, con la estrategia de Atención Primaria. Se desarrollan contenidos de enfermería comunitaria con los fundamentos que aportan la salud pública, epidemiología, investigación en salud, educación popular, ética y aspectos legales.

Los estudiantes en articulación con la comunidad realizan un proceso de intervención comunitaria, que se diseña y ejecuta en grupo. Cada grupo decide autónomamente su composición, se les solicita y se les asesora para lograr los siguientes productos:

1. Diseño de un proyecto de diagnóstico socio-sanitario, donde se incluyen principios de participación comunitaria integral, concepción del rol del enfermero como miem-

bro de un equipo de salud en la comunidad, conceptos de salud-enfermedad, metodología de investigación con indicadores de evaluación.

2. Ejecución del proyecto, con aplicación de ajustes, en función de una evaluación a lo largo del proceso.
3. Informe diagnóstico socio-sanitario con los criterios enunciados en el ítem 1, con evaluación de acuerdo a los indicadores planteados en el proyecto y ajustado a las normas institucionales para la presentación de trabajos escritos.
4. Diseño de planificación estratégica para la intervención comunitaria en función de los problemas diagnosticados y del problema priorizado, aplicando los criterios señalados en el ítem 1 y respetando los criterios para la presentación del proyecto que incluyen indicadores de evaluación.
5. Ejecución del proyecto de intervención comunitaria con aplicación de los principios de participación comunitaria integral y con evaluación en función de los indicadores planteados en el proyecto.



Durante el proceso de trabajo, que dura un año lectivo, participan docentes, estudiantes y representantes de la red, en actividades de evaluación y planificación tanto en el barrio como en la universidad. Al finalizar el año lectivo, se realiza una actividad conjunta de evaluación F.O.D.A. en la universidad. Al incluir este momento, también el cierre de una actividad que logra motivar a todas las personas involucradas, se viven momentos de intensa emoción.

Durante varios años, este taller, ha contado con el apoyo económico que brinda el Programa del Voluntariado Universitario del Ministerio de Educación de Presidencia de la Nación. Este apoyo ha permitido subvencionar la movilización de los estudiantes y de la comunidad, contar con insumos para preparar material didáctico y para organizar encuentros donde se brinde la posibilidad de invitar a los participantes con una merienda. Se valora positivamente esta oportunidad que permite mejorar sustancialmente la calidad del trabajo realizado.

DIAGNÓSTICO Y RESULTADOS

Desde los diversos espacios de la red se observaron distintas problemáticas importantes para intervenir, por ejemplo: niños con bajo peso, niños que presentan problemas de dentición, calendarios de vacunación incompletos, falta de hábitos de higiene, violencia, víctimas de abuso, embarazo adolescente, entre otras. Por esta razón se pensó sobre la importancia de que los niños conozcan y cuiden su propio cuerpo, y que puedan defender sus derechos y la posibilidad que tienen de poder elegir y decidir sobre el mismo.

Muchas familias habían perdido el hábito de elaborar y compartir sus alimentos en sus casas por la existencia de comedores escolares y barriales que cubren esta necesidad de un modo asistencial. Algunas características de la población de los barrios que conforman la red son: problemas sanitarios, ambientales, casas precarias, hacinamiento familiar y otras como desocupación e indigencia, adolescentes sin contención familiar, falta de prevención de enfermedades, etc.

A partir del diagnóstico realizado, los proyectos se integran por acciones tendientes a la promoción y prevención en lo relacionado con la salud sexual reproductiva y nutricional de los niños/as, adolescentes y familias de Monte Chingolo, fundamentalmente, mediante talleres.

El objetivo principal de estos talleres es profundizar el conocimiento y desarrollo de hábitos saludables evitando conductas de riesgo.

Los/as enfermeros/as organizan los talleres teniendo en cuenta ejes curriculares del plan de

estudios y toman también para organizar el trabajo otros cuatro ejes fundamentales: Necesidades, Proceso de Salud-Enfermedad, Proceso de Investigación-Acción Participativa, Rol profesional en los cuidados sanitarios de la comunidad.



La continuidad de este trabajo iniciado para la Carrera de Licenciatura en Enfermería, en el año 2011, nos dará seguramente más adelante, la posibilidad de evaluar resultados a largo plazo, por ahora podemos afirmar que, la actividad es intensa, la participación entusiasta, y se comprueban modificaciones inmediatas en la información disponible en los participantes.

REFERENCIAS

1. Berlinguer G. Ética de la Salud. Buenos Aires: Lugar; 2000.
2. Breilh J. Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar; 2003.
3. Cárcamo S., Álvarez R. Enfermería familiar y Comunitaria: conceptos, métodos y casos. Lanús: Edunla; 2013.
4. Frankel D. Medicalización de la vida: salud pública y eugenesia social. Lanús: Edun-

la; 2011.

5. Levav I. Temas de salud mental en la comunidad. Washington D.C.: OPS; 1992.
6. OPS. Materiales de enseñanza sobre el uso de la epidemiología en los Servicios Locales de Salud. Washington, D.C.: OPS; 1994.
7. Samaja J. Epistemología de la salud: Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar; 2004.
8. Spinelli H. Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires, Argentina: Lugar; 2004.
9. Testa M. Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar; 2004.

REALIDAD, CRISIS Y POSIBILIDADES DE CAMBIOS PARA LA ENFERMERÍA EN EL SUBSISTEMA DE SALUD PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

PAULA ANDREA BARUJA.

Docente Colegio Militar de la Nación, Enfermera del Servicio de Urgencias del H.I.G.A Eva Perón"

Palabras clave:

gestión, calidad de atención, enfermería, recurso humano, satisfacción, estrategias

Resumen

La creciente demanda en el subsistema público de salud, deja expuestas carencias tanto de recursos humanos como material. Enfermería, principal fuerza de trabajo hospitalaria, no ha quedado ajena a esta realidad. La escasez numérica de enfermeros, convierte al hospital público como una meta no deseada para el desarrollo profesional. Retener al recurso humano, muchas veces formado por la propia institución, se convierte en un desafío urgente que, de no poder efectivizarse, conllevará a agravar la calidad de atención del usuario, así como a un deterioro adelantado del personal que se desempeña en este ámbito. Reflexionar sobre las posibilidades es el primer e ineludible paso para generar el cambio necesario.

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud de la Argentina, por pertenencia el de la provincia de Buenos Aires, ha participado en las transformaciones relacionadas con la actualización de la demanda, la innovación tecnológica y la realidad profesional de enfermería.

La institución de los servicios de enfermería dentro de la estructura hospitalaria, es parte de los cambios acontecidos y responde a un crecimiento en su del carácter de profesión en nuestro país; crecimiento que se ha dado de manera rápida pero atravesada por tangentes tradicionales e históricas.

Esto no lo hace ajeno a circunstancias tales como la escasez del recurso humano, la carencia de definiciones ciertas a las acciones inherentes y diferenciales de otras profesiones de salud, la migración de profesionales formados al sector privado, el desgano, la falta de productividad, los deterioros ambientales y la falta de entornos saludables de trabajo.

La gestión de los servicios de enfermería se ha visto enmarcada en una organización hospitalaria concebida desde la tradición médica, y del concepto que este modelo conlleva del proceso salud-enfermedad, donde la estructuración se centra en la patología y no en la satisfacción del paciente como cliente o usuario de los servicios.

Es en este contexto histórico organizacional, los cuidados no son referenciados como partes del proceso atencional y enfermería ocupa un lugar poco relevante en la estructura existente.

En esta plena transformación en la que el hospital tradicional se ve inmerso, se abordan las nuevas teorías y modelos tanto organizacionales como atencionales, dando un

nuevo hábito a la particularidad de acción del hospital público.

Principalmente los problemas que debe enfrentar el servicio de enfermería son:

- Escaso número de personal de enfermería en actividad asistencial
- Escasa productividad
- Falta de definición de acciones propias de enfermería
- Ambiente laboral no saludable
- Ausencia de incentivos financieros y no financieros
- Desgano profesional
- Ausentismo elevado en determinados sectores y turnos
- Abocamiento de la mayor tiempo de atención al paciente en tareas administrativas y de cadetería
- Extensas jornadas laborales
- Ausencia de espacios propios adecuados (offices, vestuarios, sanitarios, comedor, etc.)
- Baja accesibilidad a situaciones de perfeccionamiento profesional
- Carencia de recursos materiales adecuados
- Aumento de la complejidad de los pacientes internados
- Herramientas y canales de comunicación ausentes o no consensuados
- Delineamiento de funciones de supervisión y jefaturas de sala confusos y particulares

- Disímiles situaciones contractuales y horarias
- Ausencia de estandarizaciones de acciones de enfermería generales y específicas de los diferentes servicios

Es una realidad en Latinoamérica, que el personal de enfermería no puede definirse como profesión de manera diferencial con otras profesiones de salud y por causa de características comunes en la región la mayor cantidad del tiempo enfermería lo dedica a tareas administrativas y se aleja del cuidado directo (Guevara y Mendias, 2001). Además ha otorgado a los profesionales enfermeros la particularidad única de la gestión, abriendo una brecha entre el cuidado y la teorización del cuidado.

Grispun (1997) señala, que en aquellos hospitales donde los cuidados de enfermería son brindados por mayor número de profesionales la mortalidad se redujo en un 5%, y la misma autora menciona el error de no contratar enfermeros profesionales como modalidad de reducción presupuestaria ya que es una medida errónea y con un alto costo en el largo plazo.

En la Argentina existen 5.9 enfermeras cada 2000 habitantes siendo un 67% auxiliares de enfermería y 33 profesionales¹, de los cuales a partir de la década del 90, derivando de las políticas neoliberales, gran número se emplea en el sector privado, satisfaciendo así las necesidades de menos del 50% de la población usuaria del sistema. La migración del recurso humano en cuestión se debe a factores económicos y de empleo más favorables, haciendo que el hospital se empobrezca de manera irreversible.

“El futuro del cuidado de la salud para la gente de América Latina y el Caribe dependen del rol fundamental que jueguen la enfermería y las enfermeras. Sin enfermeras y enfermería, y sin importar cuantos médicos existan, es imposible el cuidado de la salud adecuado en cantidad y calidad. Sin enfermeras los sistemas se tornan desorga-

1- Organización Mundial de la Salud: Resultados estadísticos foro de monitorización de América latina y el Caribe. (2009)

nizados, espasmódicos e inaccesibles para la mayoría de la gente. Las enfermeras son la goma que mantiene pegadas las piezas del sistema, de manera que la prestación le sirva a la gente” (Grace, H, 2000)

La migración, en este caso, al sistema de salud privado tiene su origen en la insatisfacción que el recurso de enfermería padece dentro del ámbito laboral de manera continua. Estas insatisfacciones se traducen de diversas maneras y no espontáneamente, el abanico fluye desde el desgano, los accidentes laborales, las somatizaciones y el ausentismo.

Según estudios realizados por Carrasco A y Espejo de Viñas, durante el año 2000 para la OPS en la Argentina, existen relaciones de patrón entre los turnos y los accidentes laborales, también se demuestra que los enfermeros que atienden más de 30 pacientes en número o su equivalente en unidad de producción, aumenta el riesgo de sufrir accidentes y enfermedades laborales relacionadas al estrés y la repetitividad. Otros aspectos que desfavorecen a la salud del enfermero son la edad mayor a 50 años (y en atención directa asistencial), más de 20 años de servicio y el doble empleo.

El hospital posee la característica de la multiprofesionalidad y la interrelación constantes de diferentes disciplinas. En este marco la enfermería no encuentra una acertada definición de sus acciones inherentes, dispersándose el tiempo presuntamente disponible para el cuidado del usuario, en acciones administrativas, de cadetería y hasta de seguridad. Esta situación provoca un deslineamiento del quehacer específico, desenfocando la prioridad y razón de ser del servicio.

Es entonces que las actividades se vuelven rutinarias y mecánicas, incapaces de flexibilidad y creatividad, así es como se divide o se organiza el trabajo en los servicios por tareas, alimentando esta agónica rutina el malestar, la des-

atención, la fatiga y en niveles éticos, la baja proyección social del enfermero (que se convierte en un preparador de medicación) generando una baja autoestima profesional y falaz autopercepción de las capacidades adquiridas y conocimientos aprehendidos.

Se desdibuja en el entorno laboral desfavorable, carente de canales de comunicación y crecimiento profesional y personal la esencia en sí de la profesión. Lo noble se vuelve burdo, se hace lo que se puede, se quebranta el espíritu de cuerpo, el sentido de pertenencia torna en odioso individualismo, todos factores que amenazan al calidad atencional, la imagen social institucional, y al enfermero en sí mismo como persona.

Es escuetamente una descripción del problema que se intenta abordar en este proyecto de gestión del servicio de enfermería, que apunta a la calidad total, pero centrada en el recurso humano como un bien invaluable e insustituible para la institución.

En este marco, el sistema de gestión tradicional de los servicios, debe ser reformado como secuela del reformulamiento de los objetivos perseguidos por el servicio, definición del proceso y configuración de los destinatarios, eliminando de esta forma actividades improductivas, reduciendo costos y aumentando la eficiencia en busca de la excelencia de servicio.

PROGRAMA DE INCENTIVOS PARA EL RECURSO HUMANO DE ENFERMERÍA:

Tiene como objetivo crear ambientes favorables para el desarrollo profesional, teniendo en cuenta al recurso humano de enfermería como un bien invaluable e insustituible dentro de la organización, rico en cultura y referente inmediato de la imagen social de la institución.

Es importante reconocer que todos los aspectos de la di-

rección de las organizaciones y sectores tienen repercusiones en el personal. Y esto es cierto cuando la dirección se refiere a los recursos humanos y a otros aspectos del funcionamiento tales como los modelos funcionales, la sostenibilidad financiera, el acceso a los recursos, y la planificación corporativa y organizativa. Los planes de incentivos no pueden considerarse al margen de otros sectores del ejercicio profesional. Como señalan Mathauer e Imhoff (2006), “las medidas de Gestión de los recursos humanos y de la Gestión de la calidad deben formar parte de un buen programa de gobierno interno”.

Ya que los incentivos financieros son difíciles de implementar en el ambiente público, la gestión se orientará a planificar actividades tangibles, posibles, reales y equitativas de incentivos no financieros.

Este programa articula con el anterior y sustenta la intención de motivar y crear una identificación con la institución que le permita al recurso humano de enfermería, proyectarse a sí mismo dentro del ambiente hospitalario, deseando brindar diferentes capacidades y habilidades.

Las teorías administrativas contemporáneas, se centran especialmente en estas actividades, sabiendo que son el engranaje que más hay que pulir dentro del organismo del proceso de gestión.

Los incentivos son medios importantes que las organizaciones pueden utilizar para atraer, retener, motivar y dar satisfacción a su personal y mejorar los resultados de éste. El empleo de los incentivos es generalizado en las organizaciones del sector público y del sector privado en todos los contextos laborales. Pueden aplicarse a las personas, a grupos de trabajadores, a equipos o a las organizaciones y pueden variar en función del tipo de empleador (por ejemplo, según se trate de una organización no gubernamental, o de una organización pública o privada).

Los incentivos pueden ser positivos o negativos, financie-

cieros o no financieros, tangibles o intangibles. Los incentivos financieros son “pagos monetarios directos del empleador al empleado”, (Kingma, 2003 pág. 3) por ejemplo, los salarios, las bonificaciones y los préstamos. Los incentivos no financieros incluyen la concesión de autonomía en el trabajo, la flexibilidad de los horarios laborales y el reconocimiento del trabajo realizado. (Zurn et al. 2005; Hongoro y Normand 2006; Kingma 2003; Caldwell y Kingma 2007).

La Organización Mundial de la Salud da la siguiente definición de los incentivos: “...toda recompensa o castigo que puede aplicarse a los dispensadores en relación con las organizaciones en que trabajan, las instituciones en que operan y las intervenciones concretas que dispensan”. (OMS 2000 pág. 61). Mathauer e Imhoff (2006) definen el incentivo como “un medio disponible que se aplica con la intención de influir en la disposición de los médicos y de las enfermeras a ejercer y mantener un esfuerzo para lograr las metas de la organización”. Definido con más precisión, “...un incentivo es una recompensa financiera o no financiera, explícita o implícita, por realizar un acto determinado” (Saltman citado en Zurn et al. 2005 pág. 14). Puede considerarse también que los incentivos son los factores o condiciones de los entornos laborales de los profesionales de salud, que permiten, alientan y motivan a éstos a permanecer en sus puestos de trabajo, en su profesión y en sus países. Los diversos tipos de incentivos disponibles.

TIPOS DE INCENTIVOS ²

Financieros

Los términos y condiciones de empleo:

- Salario/sueldo

- Pensión
- Seguros (por ejemplo, de enfermedad)
- Primas (por ejemplo, de vivienda, para vestido, para el cuidado de los niños, de transporte, aparcamiento)
- Permiso pagado

Primas por resultados:

- Consecución de los objetivos de resultados
- Años de servicio
- Ubicación o tipo del trabajo (por ejemplo, lugares alejados)

Otras ayudas financieras

- Becas
- Préstamos: aprobación, devolución.

No financieros:

Entorno de trabajo favorable:

- Autonomía en el trabajo y claridad de las funciones y responsabilidades
- Recursos suficientes
- Reconocimiento del trabajo y de los objetivos conseguidos
- Dirección favorable y estructuras de iguales
- Carga de trabajo adecuada y gestión eficaz de ésta
- Gestión eficaz de los riesgos para la salud y la seguridad laboral, y un lugar de trabajo seguro y limpio
- Eficaz representación de los empleados y comunicación con ellos

- Política obligatoria de igualdad de oportunidades
- Permiso de maternidad/paternidad
- Empleo sostenible.

Flexibilidad en los contratos de empleo:

- Horarios de trabajo flexibles
- Interrupciones de la carrera profesional planificadas.

Apoyo al desarrollo profesional:

- Supervisión eficaz
- Estructuras de instructores y de mentores
- Acceso/apoyo a la formación y capacitación
- Permiso sabático y de estudios.

Acceso a servicios tales como los de:

- Salud
- Cuidado de niños y escuelas
- Instalaciones de recreo
- Vivienda
- Transporte.

Recompensas intrínsecas:

- Satisfacción en el trabajo
- Realización personal
- Compromiso con valores compartidos
- Respeto de los compañeros y de la comunidad
- Ser miembro del equipo, pertenencia.

Fuente: Adaptado de Buchan et al. (citado en Adams e Hicks 2001); Caldwell y Kingma 2007; Dambisya 2007

2- OMS. Directrices para el incentivo de profesionales de atención de salud. 2008

CONCLUSIONES:

La búsqueda de soluciones, debería centrarse en el mejoramiento de la calidad laboral del recurso humano existente, con el fin de motivarlo, retenerlo y así disminuir por ejemplo, la migración y los altos porcentajes de ausentismo.

Para ello, sería positivo abandonar los viejos modelos de gestión verticalistas y aumentar la capacidad de comunicación horizontal, resignificando los sujetos "beneficiarios" y considerando al recurso humano como parte de la reorientación generada en el acto de gestionar.

La motivación es posible, mas aun de lo que creemos y no depende tan solo de las posibilidades financieras. Generar pertenencia, seguridad, confort laboral, perspectivas de desarrollo personal y profesional, dependen tan solo de la voluntad de desarrollar concienzudamente una gestión basada en los ambientes favorables de trabajo y el recurso humano.

Quizá implique la necesidad de un cambio de paradigma, que no es para nada imposible para una profesión como enfermería, que evoluciona positiva y constantemente. Si cuidamos de otros, cuidemos de nosotros.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud: Resultados estadísticos foro de monitorización de América latina y el Caribe. (2009)
2. Rovere. Planificación estratégica de los recursos humanos en salud. OMS/OPS, 1998
3. Kahn, J. Gestión de la calidad en los centros sanitarios. Ed. Barcelona, 1990
4. Bernillon y Cerruti, Implementar y gestionar Calidad .Ediciones 2000. Barcelona, 1993

5. Muñoz y Adeanez. Métodos creativos para organizaciones. Eudema, Madrid, 1994
6. Ortega y Suarez. Manual para la evaluación de la calidad en enfermería. Interamericana, México. 2010
7. OMS. Directrices para el incentivo de profesionales de atención de salud. 2008
8. OPS. Panorama de la fuerza de trabajo de enfermería en América Latina.2005

LA SIMULACIÓN EN EL PROCESO ENSEÑANZA/APRENDIZAJE

VÍTOLA DOMINGA TERESA, BLOTTA EDUARDO, DI FULVIO SUSANA, PIPINO MÓNICA, PACCIORETTI RAÚL, CABRERA LILIANA et al

Palabras clave:

Simulación – enseñanza – aprendizaje

Resumen

Se trata de un estudio exploratorio que intentará conocer las capacidades adquiridas por los estudiantes de la cátedra Enfermería en la Atención del Adulto y Anciano I de la Carrera de la Licenciatura en Enfermería en el Laboratorio de habilidades. Para ello se utilizará una estrategia metodológica con técnicas cualitativas y cuantitativas a los efectos de efectuar una triangulación metodológica. Las técnicas utilizadas serán la observación, encuesta y grupo focal, tomando como referente empírico a los estudiantes mencionados.

INTRODUCCIÓN

El uso de las simulaciones en diferentes contextos no es nuevo. De hecho las simulaciones vienen utilizándose desde hace tiempo en distintos campos. El caso de la educación médica no es diferente, en este sentido debemos referirnos al informe del Institute of Medicine de Estados Unidos de 1999 que con el título "Err is Human" (Kohn L.T. et al 2000) en el que planteaba ya entonces la necesidad de evitar errores médicos mediante una mejora en la formación de estos profesionales. Como dice A. Ziv "el uso de las simulaciones puede por un lado disminuir las muertes de sujetos por errores médicos y por el otro lado adecuar la formación de dichos profesionales (Ziv. A. Et al., 2003)

Partiendo de la exigencia de garantizar la seguridad de las personas que tiene sus raíces más antiguas en el aforismo o regla de oro de la medicina "Primum non nocere", en los últimos tiempos se han dado una serie de factores que han impulsado todavía más el uso de las simulaciones en la educación en salud y a los que nos referiremos a continuación. De acuerdo con varios autores (Ziv, A. y Berkesntad, H 2008; Vázquez-Mata y Guillamet Lloveras, 2009; Mazarro, Palés y Gomar (2009) podríamos citar las siguientes:

1. Los programas para la seguridad y los derechos de las personas promovidas entre otros, por la OMS.
2. Las demandas de responsabilidad médico legal que dificultan el modelo tradicional de aprender sobre las personas.
3. Los cambios en el modelo asistencial sanitario que imposibilita que un sujeto ingresado pueda ser sometido en forma repetida a exploraciones y procedimientos con objeto de entrenar a nuestros estudiantes, ya que esto supone molestias para los sujetos, posibles peligros para la seguridad al ser realizados por manos inexpertas y enlentecimiento de los procesos.

4. Las evidencias de que las actuaciones de los profesionales en situaciones críticas poco frecuentes y la incoordinación de las actuaciones de los equipos asistenciales ante ellas solo puede adquirirse por simulación.
5. La importancia de asegurar la adquisición de habilidades clínicas y de la capacidad del razonamiento clínico al mismo nivel que los conocimientos y en la necesidad de fomentar el aprendizaje autónomo de los estudiantes.

Se ha podido demostrar que el uso de las simulaciones acorta el tiempo necesario para el aprendizaje de habilidades, especialmente porque se puede repetir la ejecución tantas veces sea necesario hasta adquirir las habilidades requeridas y en un menor tiempo. Además las curvas de aprendizaje basadas en la simulación son mejores que las adquiridas en el entrenamiento clásico. Por otra parte el entrenamiento basado en la simulación permite el error que se puede llevar hasta las últimas consecuencias sin repercusiones reales. El estudiante se puede enfrentar a situaciones desafiantes en un ambiente seguro, donde el error está permitido y aprender de los errores sin dañar al sujeto. Los errores son experiencias de aprendizaje y ofrecen grandes oportunidades de mejorar a través del aprendizaje mismo. (Ziv A. y Berkenstad, H 2008)

Otro aspecto a tener en cuenta es que el entrenamiento basado en las simulaciones permite corregir la falta de experiencia clínica y las fallas en la coordinación de los profesionales. Es una formación orientada hacia el que aprende, teniendo en cuenta sus necesidades y su ritmo individual. También permite trabajar en distintos tipos de entornos, desde los más simples a los más complejos, desde los más habituales a los poco comunes. Además permite la evaluación de tipo formativo a la sumativa finalmente las habilidades logradas pueden ser transferibles a la realidad. (Ziv. A. 2007)

En los últimos veinte años se han ido introduciendo en forma incesante diversos maniqués para tareas o técnicas concretas o para simular el ambiente complejo de una situación clínica.

Los simuladores de baja tecnología son simuladores sencillos mecánicos, de plástico o sintéticos (modelos o maniqués) para practicar habilidades clínicas o procedimientos básicos como las punciones venosas, cateterismo vesical, suturas y otros, incluyendo los modelos sencillos para aprender intubación endotraqueal o reanimación cardiopulmonar.

Los enfermos simulados o estandarizados o "pacientes actores" vienen utilizándose desde hace más de 30 años, siendo una práctica habitual en muchas facultades de todo el mundo.

Existen simuladores de alta tecnología, basado en el uso de ordenadores, utilizando hardware y software con el fin de aumentar el realismo en la simulación. Otro de los simuladores son los sujetos complejos interactivos-realísticos y de alta tecnología, modelos fuertemente robotizados ligados a sistemas informáticos que aumentan enormemente las posibilidades de aprendizaje al permitir trabajar en múltiples situaciones fisiológicas y patológicas, y manejar situaciones complejas en condiciones similares a la vida real.

Sin embargo es de considerar que la sola existencia de los simuladores no garantizan una enseñanza completa, se necesita de la pericia del profesor para aproximar al estudiante a la realidad y conectarlo con la práctica clínica que son las claves para obtener el máximo provecho.

OBJETIVOS

Objetivo General: Conocer las capacidades adquiridas por los estudiantes la cátedra Enfermería en la Atención del

Adulto y Anciano I de la Carrera de Licenciatura en Enfermería en el Laboratorio de Habilidades.

Objetivos específicos

- Identificar las capacidades de los estudiantes en instancias previas al Laboratorio de Habilidades.
- Reconocer la adquisición de capacidades de los estudiantes en el Laboratorio de Habilidades.
- Relacionar la apropiación de capacidades de los estudiantes logradas en el Laboratorio de Habilidades con las obtenidas en el ámbito de la práctica.

METODOLOGIA

Se trata de una investigación exploratoria, con abordaje cualicuantitativo y posterior triangulación metodológica. Se utilizarán como técnicas de investigación la encuesta, la observación y el grupo focal. La población está compuesta por todos los estudiantes la cátedra Enfermería en la Atención del Adulto y Anciano I de la Carrera Licenciatura en Enfermería, tomándose una muestra intencional.

Siguiendo esta línea de pensamiento es que consideramos que utilizar técnicas cualitativas y cuantitativas, implica aportar hacia el interior del análisis, el entrecruzamiento entre lo objetivo y lo subjetivo, entre actores sociales e investigadores, entre hechos y significados, entre estructura y representaciones.

RESULTADOS

La primera actividad en terreno consistió en la observación de una serie de procedimientos cotejados con una lista de control.

Esta observación arrojó los siguientes datos:

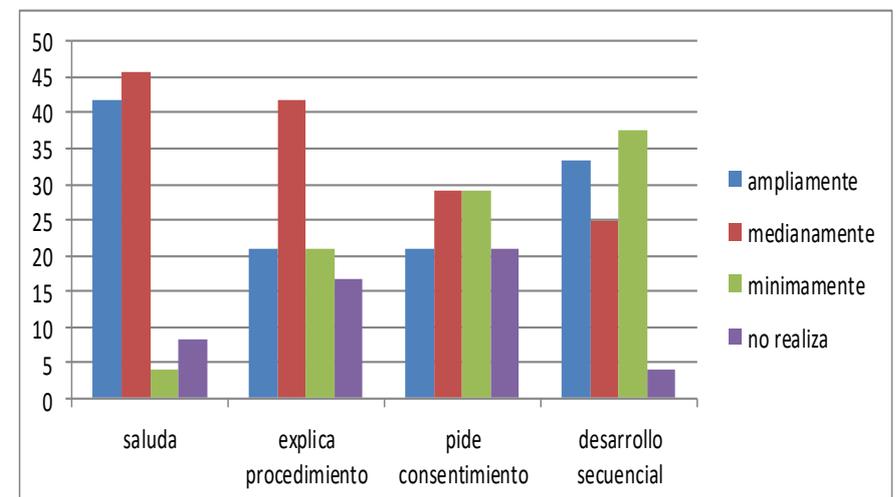
- En relación a la preparación del equipo antes de realizar el procedimiento se pudo observar que el mayor número de estudiantes prepara el equipo medianamente.



	prepara el equipo
ampliamente	29,16
medianamente	58,33
mínimamente	12,5
no realiza	0

- Respecto al establecimiento de una relación efectiva con el sujeto de atención, el mayor número lo logró medianamente.

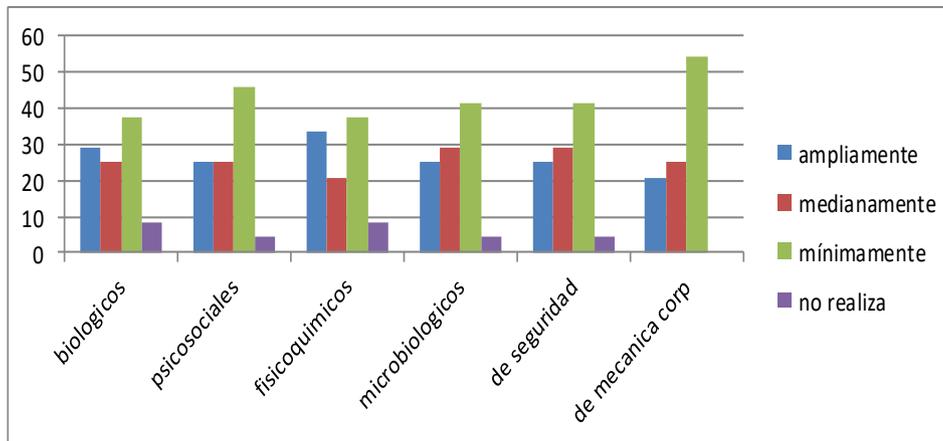
ESTABLECE UNA RELACION EFECTIVA CON EL SUJETO DE ATENCION



	ampliamente	medianamente	mínimamente	no realiza
saluda	41,66	45,83	4,16	8,33
explica procedimiento	20,83	41,66	20,83	16,66
pide consentimiento	20,83	29,16	29,16	20,83
desarrollo secuencial	33,33	25	37,5	4,16

- En cuanto al respeto de los principios científicos se identificó que el mayor porcentaje los respetaba mínimamente.

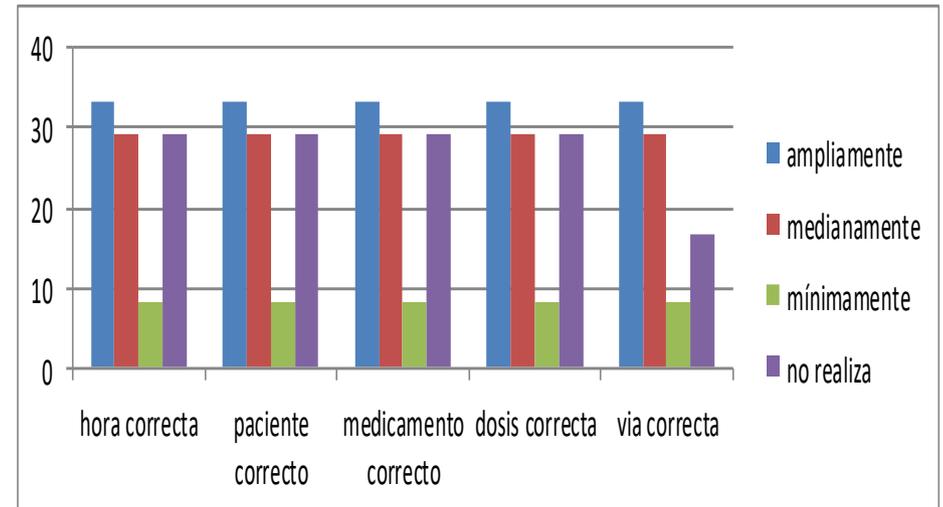
DEMUESTRA RESPETAR LOS PRINCIPIOS CIENTIFICOS EN CADA UNO DE LOS PASOS REALIZADOS



	ampliamente	medianamente	mínimamente	no realiza
biológicos	29,16	25	37,5	8,33
psicosociales	25	25	45,83	4,16
fisicoquímicos	33,33	20,83	37,5	8,33
microbiológicos	25	29,16	41,66	4,16
de seguridad	25	29,16	41,66	4,16
de mecánica corporal	20,83	25	54,16	-

- En lo que se refiere a la dosificación en la administración de los medicamentos, el mayor número de estudiantes lo logró ampliamente.

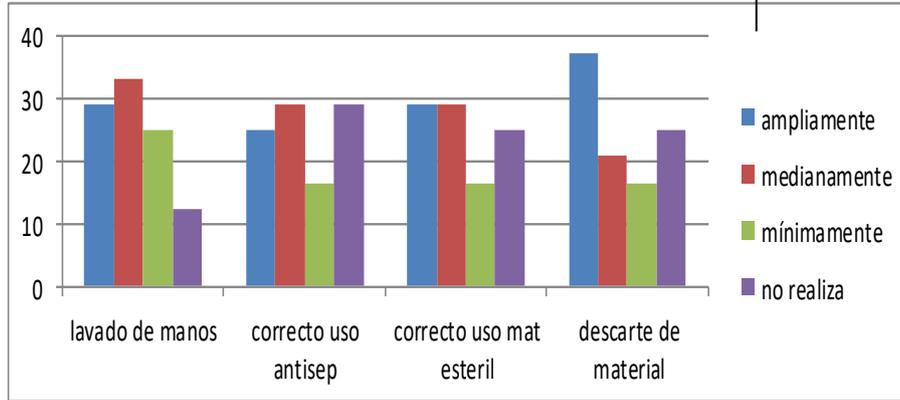
EFFECTUA CON CLARIDAD LA DOSIFICACION EN LA ADMINISTRACION DE LOS MEDICAMENTOS



	ampliamente	medianamente	mínimamente	no realiza
hora correcta	33,33	29,16	8,33	29,16
paciente correcto	33,33	29,16	8,33	29,16
medicamento correcto	33,33	29,16	8,33	29,16
dosis correcta	33,33	29,16	8,33	29,16
vía correcta	33,33	29,16	8,33	16,66

- En relación a las normas de seguridad se puede observar que son respetadas me-

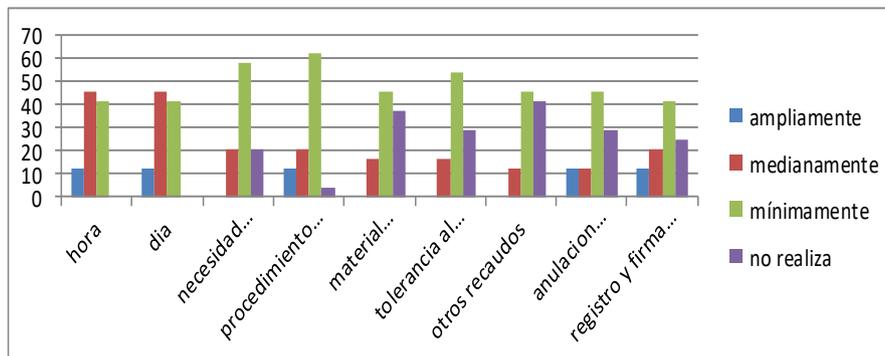
RESPETA LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD



	ampliamente	medianamente	mínimamente	no realiza
lavado de manos	29,16	33,33	25	12,5
Correcto uso de anti-séptico	25	29,16	16,66	29,16
correcto uso material esteril	29,16	29,16	16,66	25
descarte de material	37,5	20,83	16,66	25

Respecto a los registros, los estudiantes lo realizan en forma completa medianamente.

REALIZA EN FORMA COMPLETA LOS REGISTROS CORRESPONDIENTES A CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS



	ampliamente	medianamente	mínimamente	no realiza
hora	12,5	45,83	41,66	0
dia	12,5	45,83	41,66	0
necesidad básica a satisfacer	0	20,83	58,33	20,83
procedimiento efectuado	12,5	20,83	62,5	4,16
material utilizado	0	16,66	45,83	37,5
Tolerancia al procedimiento	0	16,66	54,16	29,16
otros recaudos	0	12,5	45,83	41,66
anulación espacios en blanco	12,5	12,5	45,83	29,16
registro y firma legible	12,5	20,83	41,66	25

CONCLUSIONES

Este primer abordaje del tema nos permite mencionar algunas capacidades que se deberán fortalecer tales como el establecimiento de una relación efectiva con el sujeto, la preparación del equipo de cada técnica y la realización de los registros.

Implicando no solo lo relativo al hacer sino al pensar y sentir, permitiéndole al estudiante un acercamiento gradual al abordaje del sujeto en experiencia clínica y un reforzamiento de la misma.

BIBLIOGRAFIA

1. Cantril, M. (2009). Simulated And Standardized Patients, En Dent, J. Y Harden, R.M.(eds.) A Practical Guide for Medical Teachers, Edinburgh, 224-227
2. Chpra, V., Engbers, Fhm., Geerts, Mj Et Al. (1994). The Leiden Anaesthesia Simulator. Br J. Anaesth 73, 287-292.
3. Chhristensen, Uj., Andersen, Sf. Jacobsen, J. (1997). The SOPHUS anaesthesiasimulator v. 2.0 A Windows 95 control-centre of a full scale simulator. Int J ClinMonit Comput 14: 11-16
4. Mazarro, A., Palés, J. Gomar, C. (2009). Implementación de un laboratorio de habilidades centralizado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Cuatro años de experiencia. Educación Médica 12(4) en prensa.
5. Rettedal, A, Freyer, S., Kleppa, R. Larsen, P. (1996). PatSim- simulator for practicing anesthesia and intensive care. Int J Clin Monit Comput 14, 11-16 The Israel Centre For Medical Simulation. <http://www.msr.org.il> (consultado en enero 2010).
6. Vázquez-Mata, G, Modelos, estrategias y tendencias en España de la simulación en Medicina. Educación Médica 10(3): 147-148.
7. Vázquez-Mata, G., Guillamer Lloveras, A. (2009). El entrenamiento basado en la simulación como innovación imprescindible en la formación médica. Educación Médica 12(3), 149-145
8. Ziv, A., Wolpe, P., Small, S., Glick, S. (2003). Simulation-based medical education- unethical imperative. Academic Medicine, 78, 783-788.
- 9.
10. Ziv, A. (2007). Simulation-Based Medical Education –From Vision to Reality. Educación Médica. 10 (3):147-148.
11. Ziv, A, Berkenstad, H (2008). La educación médica basada en simulaciones. JANO, 1701 42-45.
12. Ziv, A. (2009). Simulators and simulation-based medical education.

PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LACTANCIA MATERNA POR PARTE DE LAS MADRES CON NEONATOS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

LILIANA FANNY REMOGNA.

Licenciatura en Enfermería. Lugar de trabajo: Maternidad A.G./Avellaneda. Argentina. Año 2015. (TESINA DE GRADO)

CONTACTO

liliremogna@hotmail.com

Palabras clave:

Percepción, Lactancia materna, Recién nacido prematuro, Recién nacido enfermo, Cuidados de enfermería.

Resumen

Numerosas investigaciones han demostrado que un niño recién nacido que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), y en especial el niño prematuro, que ha sido alimentado con leche materna, obtiene significativos beneficios en los aspectos nutricionales, psicológicos y vinculares; siendo parte de los cuidados del personal de enfermería educar a las madres en relación al mantenimiento de la lactancia materna. Por lo tanto, el Objetivo de la investigación fue identificar la percepción de los cuidados de enfermería por parte de las madres de niños internados en la UCIN en relación al mantenimiento de la lactancia materna. El instrumento de recolección de datos fue una encuesta administrada. Los datos obtenidos fueron interpretados y analizados considerando las 5 (cinco) dimensiones de la variable establecidas: Apoyo Psicológico Materno, Vinculo madre hijo, Estímulo y Extracción, Manejo y Conservación de la leche, Administración de la leche, Períodos de contacto con el personal. Fue posible comprobar la Hipótesis planteada: "La percepción de los cuidados de enfermería por parte de las madres de recién nacidos internados en la UCIN está relacionada con el mantenimiento de la lactancia materna".

INTRODUCCIÓN

En la actualidad establecer y mantener la lactancia materna son objetivos fundamentales de todos los organismos nacionales e internacionales que se dedican al estudio y al cuidado de los niños prematuros. Uno de los factores más importantes en el cuidado exitoso de estos recién nacidos es la nutrición adecuada, con el fin de reducir su morbilidad, contribuir al desarrollo de sus órganos vitales y su pronta alta hospitalaria.

Uno de los factores importantes que intervienen disminuyendo la morbilidad está dado por las propiedades de la leche materna que favorecen el desarrollo de la flora comensal y el sistema inmunitario intestinal. Muchas son las ventajas que se pueden enumerar: ventajas de valor nutricional, ventajas para el desarrollo y protección del sistema gastrointestinal y renal y el aporte de factores inmunológicos: Bifidobacterias: que inhiben el crecimiento de gérmenes patógenos entéricos, Inhibidores del metabolismo patógeno de los microbios como la lactoferrina, Lisozimas, peroxidasa con actividad bacteriostática e Inmunoglobulinas: fundamentalmente la Ig A secretora con mayor concentración en el calostro que en la leche definitiva.¹

Además resulta relevante marcar que estos beneficios no solo son para los recién nacidos prematuros, sino para los recién nacidos de término que transitan un estado de enfermedad, ya que para su recuperación necesitarán un sistema inmunitario eficaz y el aporte nutricional y energético que todo proceso requiere.

1- Díaz V., Ramírez A. Lactancia Materna: evolución nutricional en el Recién Nacido”, Revista Cubana de Enfermería, Ciudad de la Habana. (2005),”

2- Larguia A. M., Gonzales M. A., Solana C., Basualdo M. N., Di Pietrantonio E., Bianculli P., Ortiz Z, Cuyul A., Esandi M. Maternidad segura y centrada en la familia con enfoque intercultural, P.17, 19, 38, 41, 87, UNICEF, Buenos Aires. (2012),

3- San Martin A. M. (2012), “Educación Sanitaria para promover la Lactancia Materna en niños menores de 1500 gramos”. Reduca, Serie Trabajos de Fin de Máster. 4 (3): 1-40, 2012. ISSN: 1989-5305. Madrid, España.

Es importante destacar, el impacto que representa el mantenimiento de la lactancia materna, al favorecer una mejor relación madre-infante temprana a través del contacto precoz, contribuyendo así a la estimulación del desarrollo psicomotor del niño como lo detalla el Dr. Larguia “El contacto temprano y prolongado entre 15 y 30 minutos entre la madre y su hijo favorece aún más la interacción y formación de un temprano vínculo afectivo.² Contribuir al establecimiento del vínculo madre e hijo aporta a la construcción de una personalidad y ambiente resiliente.

En los casos de los recién nacidos prematuros o recién nacidos de término enfermo no podrán tener un contacto de inmediato con la madre por las dificultades que sufren como así tampoco alimentarse de la leche materna. Teniendo en cuenta esto, pero también la necesidad del estímulo visual y de contacto precoz para la producción de la leche humana, será útil realizar los cuidados que favorezcan el ingreso de la madre en la medida que su estado clínico lo permita.

Durante la estadía de este niño en la UCIN, uno de los objetivos en el cuidado de enfermería es brindar los cuidados necesarios para promover su salud, prevenir la enfermedad y asistir a este recién nacido y su familia en la consecución de la satisfacción de sus necesidades.

El análisis de los datos recogidos nos permitió describir como perciben, comprenden, aprehenden y participan las madres, en los cuidados relacionados con el mantenimiento de la producción de leche para sus hijos.

A lo largo del desarrollo de esta investigación, el objetivo general fue guiar la observación de los cuidados de enfermería que contribuyan al mantenimiento de la lactancia materna durante la internación, cómo y en qué momentos es propicio brindar la información, teniendo en cuenta el estado emocional de la madre. Dentro de los cuidados de enfermería está brindar no solo el conocimiento sino tam-

bién una actitud, por parte de este personal de salud, comprensiva, respetuosa, positiva y objetiva basada en conocimientos científicos.

Una investigación que presenta puntos en común con lo antes dicho es la que se realizó en mayo del 2011 en la maternidad del Hospital Clínico San Carlos. Luego de brindar educación a las madres que eran objeto del estudio se observó un aumento en el mantenimiento de la lactancia materna, San Martin A. M. (2012).³

La observación y la obtención de los datos, en relación a la percepción de las madres de los cuidados de enfermería para el mantenimiento de la lactancia materna, fue guiado mediante los indicadores que se establecieron para responder a las cinco dimensiones de la variable: Apoyo Psicológico Materno, Vínculo madre hijo, Estímulo y Extracción, Manejo y Conservación de la leche, Administración de la leche, Periodos de contacto con el personal.

La descripción de la percepción por parte de las madres de los cuidados necesarios para mantener la producción de leche, espera ser un aporte para organizar los cuidados de enfermería y así aumentar la posibilidad de que todos los neonatos internados en la UCIN puedan recibir la leche de sus madres.

RESULTADOS:

Luego de la interpretación y análisis de los datos obtenidos podemos destacar como resultados que, dentro del indicador: percepción por parte de las madres de los cuidados de enfermería relacionados con la administración de la leche humana, el 95% (Tabla 3, Pág.6) de ellas expresaron que el personal de enfermería favoreció el contacto con su hijo; pero también se obtuvo como resultado de las encuestas que la dimensión de la variable Apoyo Psicológico Materno fue inadecuada, ya que el 94.5% (Tabla 2, Pág.7) de las

madres contestaron no haber recibido información en relación al cuidado de la lactancia materna que permite establecer una relación directa con que el 50% de las ellas no lograron mantener la producción de leche materna suficiente para satisfacer los requerimientos de sus hijos.

Tabla N°3

N=18

Vínculo Madre e Hijo	FA	FR	ADECUADO	INADECUADO
Tiempo que demoró en ver a su bebe	Unas horas	16	89%	
	D. de un día	1	5,50%	
	Más de dos días	1	5,50%	
Como fue el contacto con su bebe en ese primer momento	Lo miró a través de la incubadora/ servocuna/ cuna	2	11%	
	Introdujo sus manos para tocarlo	10	56%	
	Lo tomo en sus brazos	6	33%	
Enfermería lo acompañó	Si	15	83%	
	No	3	17%	
El personal de enfermería favoreció el contacto con su hijo	Si	1	6%	
	No	17	95%	
Alguien te acompañó a ver a tu bebe	Si	14	78%	
	No	4	22%	
TOTAL	INADECUADO		3	4

Fuente: Encuesta realizada por la autora, estudiante del C. C. C. de la Lic. en Enfermería de la UNDAV

Tabla N°2

N: 18

Apoyo Psicológico Materno	FA	FR	ADECUADO	INADECUADO
El personal de enfermería le brindo información	Si	1	5,50%	
	No	17	94,50%	
El personal de enfermería escuchó y respondió sus preguntas	Si	5	28%	
	No	13	72%	
Información de procedimiento a realizar por enfermería	Si	13	72%	
	No	1	6%	
	A veces	2	11%	
	Después	2	11%	
Recibió inf. Sobre importancia de la LH	Si	15	83%	
	No	3	17%	
Recibió inf. Sobre cuidado de las mamas	Si	9	50%	
	No	9	50%	
Recibió inf. Sobre como estimular producción	Si	11	61%	
	No	7	39%	
Respondió enfermería sus inquietudes	Si	16	89%	
	No	0	0%	
	Algunas Enf.	2	11%	
Sintió no poder sostener la lactancia	Si	10	56%	
	No	8	44%	
	Algunas Veces	0	0%	
En ese momento estuvo acompañada por personal de Enf.	Si	6	33%	
	No	0	0%	
	Algunas enf.	1	6%	
	Recibió apoyo de otras personas	3	17%	
	No hizo falta	8	44%	
TOTAL	INADECUADO		3	6

Fuente: Encuesta realizada por la autora, estudiante del C. C. C. de la Lic. en Enfermería de la UNDAV

CONCLUSION

Conclusión: podemos afirmar que los cuidados por parte del personal de enfermería en relación al apoyo psicológico materno y vínculo Madre e hijo adecuados, buenos cuidados de enfermería en relación al Estímulo, Extracción, Manejo y Conservación de la LH, conjuntamente con cuidados maternos, en la Administración de LH, adecuados y un suficiente Contacto con el Personal de Enfermería, favorecen el mantenimiento de la lactancia materna.

Bibliografía

1. Díaz V., Ramírez A. "Lactancia Materna: evolución nutricional en el Recién Nacido", Revista Cubana de Enfermería, Ciudad de la Habana. (2005),
2. Larguia A. M., Gonzales M. A., Solana C., Basualdo M. N., Di Pietrantonio E., Bianculli P., Ortiz Z, Cuyul A., Esandi M. "Maternidad segura y centrada en la familia con enfoque intercultural", P.17, 19, 38, 41, 87, UNICEF, Buenos Aires. (2012),
3. San Martin A. M. "Educación Sanitaria para promover la Lactancia Materna en niños menores de 1500 gramos", Reduca, Madrid, España. (2012).

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESTADIA EN HOSPITAL ONCOLOGICO CON ENFERMERIA CAPACITADA EN LA ADMINISTRACIÓN RÁPIDA RITUXIMAB A PARTIR DE SEGUNDA DOSIS

ESTRADA, SILVINA

Licenciada en Enfermería (UBA). Magister en Gestión y Administración de los Servicios de Salud (UFBA). Sub directora de la Especialidad de Enfermería Oncológica (Universidad Austral).

CELANO, CONSTANZA

Licenciada en Enfermería (U.Favaloro). Secretaria Académica de la Especialidad en Enfermería Oncológica (Universidad Austral);

DEL TESO, RAUL

Enfermero (Hospital Británico). Enfermero de Hospital de día Oncológico Fundaleu

ALLENDE, ALICIA

Enfermera (Hospital Británico). Enfermera de Hospital de día Oncológico Fundaleu

CONTACTO

silvinaestrada1@gmail.com

mccelano@yahoo.com

Resumen

Los anticuerpos monoclonales han cambiado los pronósticos sobrevida en el tratamiento de diversas enfermedades oncohematológicas. Aunque en general son bien tolerados pueden presentar efectos adversos, por ello, en el caso del Rituximab, se interna al paciente para la primer dosis y se infunde entre 4-5 hs con monitoreo continuo, con un protocolo de desensibilización. A partir de la segunda dosis, si toleró bien la primera, el paciente puede recibirlo en forma ambulatoria en 90' con enfermería capacitada, facilitando así la disponibilidad de camas de internación y disminuyendo las horas de ocupación del hospital de día oncológico.

Palabras clave:

Bioterapia oncológica - efectos adverso de bioterapia - infusión terapias dirigidas

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han desarrollado un grupo de nuevos medicamentos para tratar el cáncer llamados terapias dirigidas, terapias blanco, bioterapia, cuyo objetivo es actuar de manera específica sobre las células oncológicas de determinados tipos de cáncer. Al ser específicos provocan menos efectos secundarios que los medicamentos tradicionales de quimioterapia, y se utilizan en combinación con los protocolos actuales de citostáticos. Este tipo de tratamientos pueden ofrecer otra opción para diferentes tipos de cáncer y mejora los pronósticos de algunas enfermedades oncológicas. La administración de las mismas requiere de enfermería capacitada que pueda detectar y prevenir los posibles efectos adversos para revertirlos tempranamente. ¹

El propósito principal de este trabajo consiste en optimizar el tiempo en la administración de Rituximab implementando la infusión rápida en 90 minutos a partir de la segunda dosis, en concentraciones menores a 4mg/ml, con enfermería capacitada que detecte los eventos adversos.

MARCO TEORICO

La Bioterapia como tratamiento del cáncer actúa mediante la estimulación de los mecanismos de defensa del paciente o mediante la administración de sustancias naturales, producidas por seres vivos. Junto con la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia constituye la cuarta modalidad del tratamiento del cáncer. ²

Dentro de la bioterapia distinguiremos entre la inmunoterapia, que se entiende como un tratamiento antitumoral directo y los factores de crecimiento hematopoyético, que se encuadran en el contexto del tratamiento de soporte.

Cuando se hace referencia a la bioterapia se habla de fármacos u otras sustancias que bloquean el crecimiento y

la diseminación del cáncer al interferir sobre moléculas específicas de la célula ("blancos moleculares") que participan en el crecimiento celular o lo inducen, así como el avance y la diseminación del cáncer. Las terapias dirigidas contra el cáncer se llaman también "fármacos dirigidos molecularmente", "terapias dirigidas molecularmente", "medicinas de precisión", o términos semejantes.

Actualmente es en estas terapias dirigidas donde se centra la mayor creación de fármacos contra el cáncer. Son la piedra angular de la medicina de precisión, una forma de medicina que usa información de los genes y proteínas de una persona para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades. ³

LOS ANTICUERPOS MONOCLONALES EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER

Cuando se introduce una sustancia extraña en el organismo, se origina una respuesta del sistema inmunológico ante ella y, como consecuencia de la misma, la producción de anticuerpos cuya función es combatir al cuerpo invasor. "Los anticuerpos", explica el doctor Antonio Grillo, de IDEC Pharmaceuticals Corporation, "son moléculas (proteínas) que produce nuestro organismo para defenderse frente a otras sustancias, organismos, o células ajenas a él que puedan resultar nocivas. De ahí que sean una parte muy importante de nuestro sistema inmunológico, pues permiten a nuestro organismo combatir enfermedades tales como infecciones bacterianas, infecciones virales o incluso el cáncer". Así, los anticuerpos ofrecen una serie de propiedades muy interesantes bajo la perspectiva de la Biomedicina, entre las que destaca su gran especificidad y su afinidad por el antígeno.

Fue en 1975 cuando los investigadores Georges Köhler y Cesar Milstein describieron una técnica que permitía combinar ambos aspectos y que concluía en la producción de lo

que denominaron hibridomas. ⁴

Esta técnica consiste en la fusión de dos células, una programada para producir un anticuerpo específico (célula plasmática) y otra inmortal con gran capacidad de crecimiento pero que no secreta inmunoglobulina (célula de mieloma). El producto final es una célula híbrida o hibridoma, en la que se combina la información genética necesaria para la síntesis del anticuerpo deseado y una capacidad de síntesis proteica, permitiendo su multiplicación indefinida tanto in vitro como in vivo. Por esta aportación a la Ciencia Köhler y Milstein recibieron el premio Nobel de Medicina en 1984.

Los anticuerpos monoclonales están siendo utilizados en innumerables campos de la investigación biomédica. Así, han sido utilizados como biosensores acoplados a transductores electrónicos, tanto para la detección de moléculas orgánicas como inorgánicas (contaminación de metales pesados en alimentos y agua, detección de gases tóxicos, etc.). También se han utilizado como catalizadores de múltiples reacciones. En la clínica, uno de los usos más frecuentes ha sido el del diagnóstico, dada su exquisita especificidad y su capacidad prácticamente ilimitada para reconocer cualquier estructura química (por ejemplo, en citometría de flujo para la identificación de poblaciones leucocitarias y leucemias). Puede reseñarse, asimismo, su uso para la detección de trombos.

Dentro de los primeros anticuerpos monoclonales que fueron aprobados, se encuentra el Rituximab (cuyo nombre comercial es MabThera®) es un anticuerpo monoclonal diseñado por ingeniería genética. Este anticuerpo se une de forma específica al antígeno CD20 de las células humanas pre-B y B, entre las que se incluyen las células malignas presentes en más del 95% de los Linfomas No Hodgkin (LNH) de células B. ⁵

Presenta dos frentes de acción contra las células tumora-

les: uno directo, inhibiendo la proliferación celular e induciendo la apoptosis; y otro indirecto, sensibilizando ciertas líneas celulares de linfoma humano resistentes a la acción de determinados agentes quimioterápicos. En cualquiera de los casos, este anticuerpo monoclonal actúa de manera selectiva sobre las células CD20, es decir, el 95% de las células de un LNH de células B. Se ha comprobado que Rituximab es capaz de negativizar la proteína bcl-2 expresada por el oncogen bcl-2, presente en el 70% de los pacientes con esta enfermedad tumoral.

Desde su lanzamiento, en 1998, más de 2,1 millones de pacientes han sido tratados en todo el mundo, y actualmente está aprobado en 102 países.

Rituximab (Mabthera®) también se encuentra aprobado para el tratamiento de la Leucemia Linfocítica Crónica y la Artritis Reumatoidea. (6)

INDICACIONES DE MABTHERA® IV

- Tratamiento de pacientes con linfoma folicular No-Hodgkin CD20 positivo (estadios III-IV) en recaída o resistentes a la quimioterapia.
- Tratamiento de pacientes no tratados anteriormente con linfoma folicular No-Hodgkin CD20 positivo (estadios III-IV) asociado con quimioterapia CVP estándar (8 ciclos de ciclofosfamida, vincristina y prednisona).
- Tratamiento de pacientes con linfoma No-Hodgkin difuso de células grandes de fenotipo B, CD20 positivo (DLBCL) asociado con quimioterapia CHOP estándar (8 ciclos de ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona).
- Tratamiento de mantenimiento de pacientes con linfoma No-Hodgkin (LNH) folicular CD20 positivo en

recaída o resistente a la quimioterapia (estadios III-IV) que han respondido a la terapia de inducción con CHOP (6 ciclos de ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona) o M-CHOP (6 ciclos de CHOP más rituximab).

El Mabthera® está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al principio activo o a cualquiera de sus excipientes. (7)

En la mayoría de los pacientes se han observado reacciones adversas relacionadas con la infusión, tales como: fiebre, escalofríos, náuseas, urticaria, broncospasmo y disnea, particularmente durante la primera infusión.

Entre otras reacciones frecuentes debidas a la infusión se mencionan náuseas, urticaria, fatiga, cefalea, y prurito.

En paralelo al avance de la ciencia, la tecnología y los nuevos tratamientos van los cuidados, las acciones de enfermería, basadas en el criterio científico y con aptitud técnica, dirigidas en forma directa a los problemas reales vividos por estos pacientes y a los potenciales, en las diferentes fases de la enfermedad y frente a los diversos tipos de tratamiento. Es por ello, que un cuidado planificado y adecuadamente ejecutado, puede prevenir complicaciones asociadas al tratamiento, que podrían interferir en la evolución y perjudicar la calidad de vida. (8)

PROTOCOLO DE ADMINISTRACION

Este anticuerpo para la primer infusión, (Anexo 1) se administra según protocolo de desensibilización:

Se prepara la solución de Rituximab en una dilución: 1mg Rituximab/1 ml de solución

- La velocidad inicial recomendada de la perfusión es de 50 mg/h,

- Después de los primeros 30 minutos se puede aumentar, en incrementos de 50 mg/h cada 30 minutos, hasta un máximo de 400 mg/h.
- Luego de la primer hora con buena tolerancia, se aumenta 100 mg/h cada 30 minutos, hasta alcanzar una velocidad máxima de infusión de 400 ml/h, hasta finalizar el total de la infusión. (10)

Perfusiones posteriores a partir del 2° ciclo, según protocolo (Anexo 2)

- Las perfusiones posteriores de Rituximab se pueden comenzar con una velocidad de 100 mg/h, y aumentar, en incrementos de 100 mg/h cada 30 minutos, hasta un máximo de 400 mg/h.

ACCIONES ENFERMERÍA PREVIAS Y DURANTE LA INFUSIÓN

1. Control de signos vitales antes de iniciar la infusión y cada 15 minutos durante la misma
2. Administración de premedicación según indicación médica y protocolo de la institución.
3. Se coloca monitoreo cardíaco.
4. Se realiza control de saturometría de pulso.
5. Se inicia la infusión al goteo indicado.
6. Si no hay reacción de hipersensibilidad o ningún otro acontecimiento adverso, la infusión puede ser aumentada gradualmente según las pautas del protocolo establecido.
7. Se registra en la evolución de enfermería todos los cuidados realizados

En base a lo expuesto, hasta el momento el tiempo de infusión standard es de 3-4 hs. Sin embargo según una presen-

presentación realizada en el encuentro anual de la Sociedad de Enfermeras Oncológica,(10) el Rituximab se puede infundir en 90 minutos en pacientes con LNH a partir del segundo ciclo y habiendo tenido buena tolerancia al primer ciclo.

La autora Peggy Corey, RN, BSN, OCN, del Gunderson Lutheran Health System en La Crosse, Wisconsin, destacó que los beneficios de una infusión más corta se aplican tanto para los pacientes como para el sistema de salud como un todo.

Los beneficios para el paciente incluyen:

- internación ambulatoria más corta;
- mayor cantidad de tiempo en los hogares, lo que aumenta la calidad de vida;
- mayor control y flexibilidad para administrar los horarios de la internación ambulatoria.

Los beneficios para el sistema de salud incluyen:

- menor tiempo de internación;
- mayor eficiencia en la administración de cuidados;
- permite la posibilidad de atender varios pacientes al mismo tiempo.
-

La enfermera Bárbara Rogers, especialista en hemato oncología en adultos del Fox Chase Cancer Center en Filadelfia, Pennsylvania, se mostró de acuerdo en que de ser seguras, las infusiones rápidas de Rituximab serían muy benéficas ya que la mayoría de los grandes centros de cancer tienen más pacientes que espacio para tratarlos. (11)

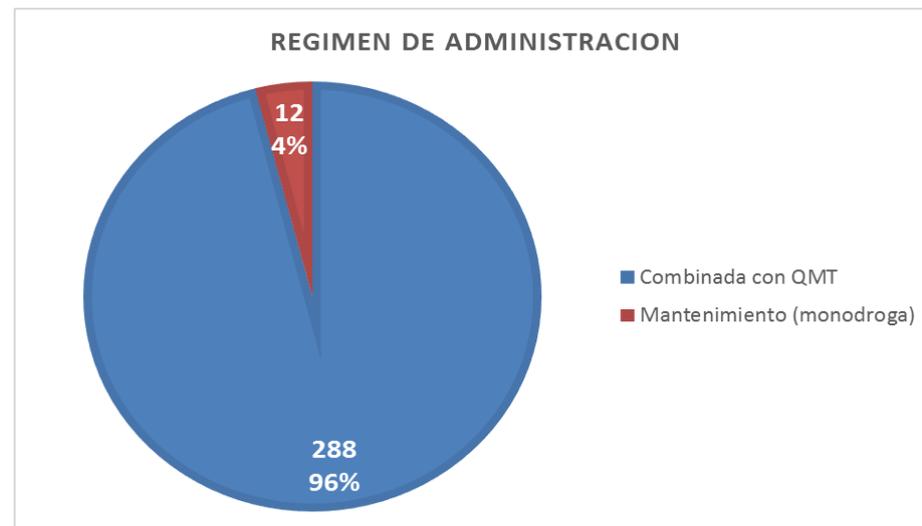
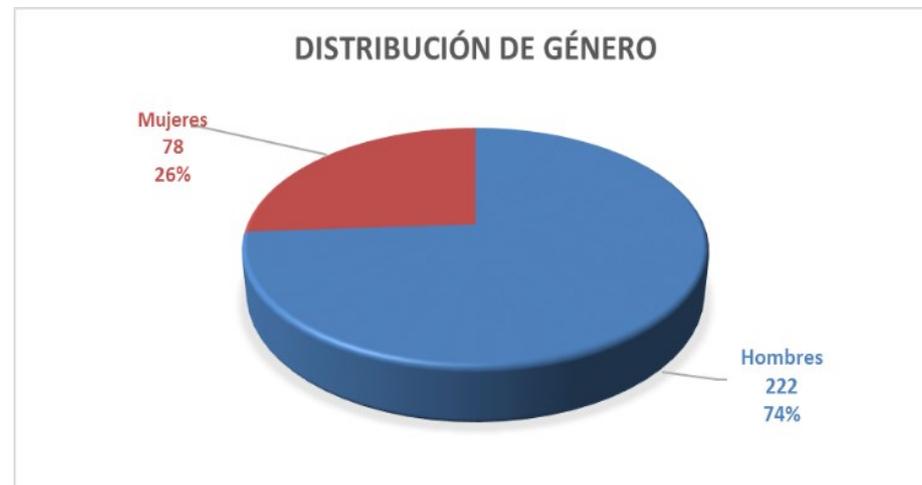
POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

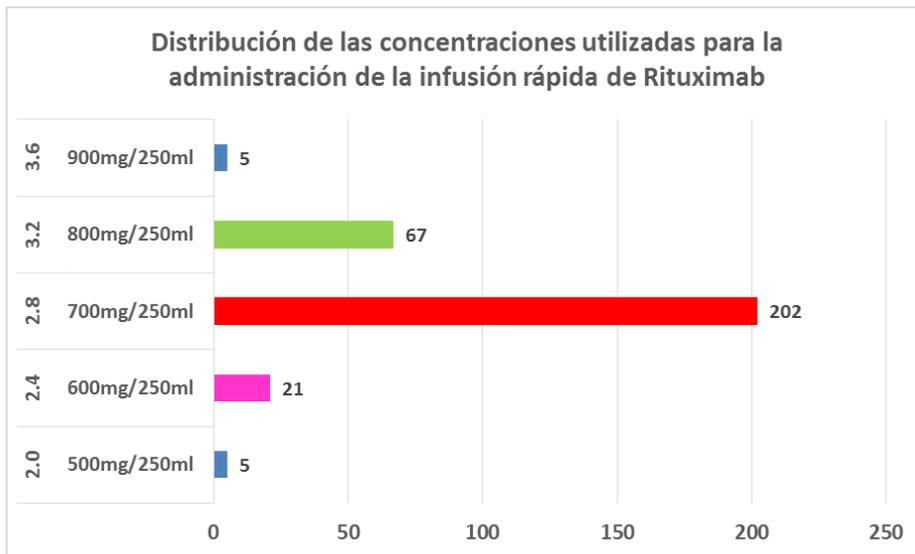
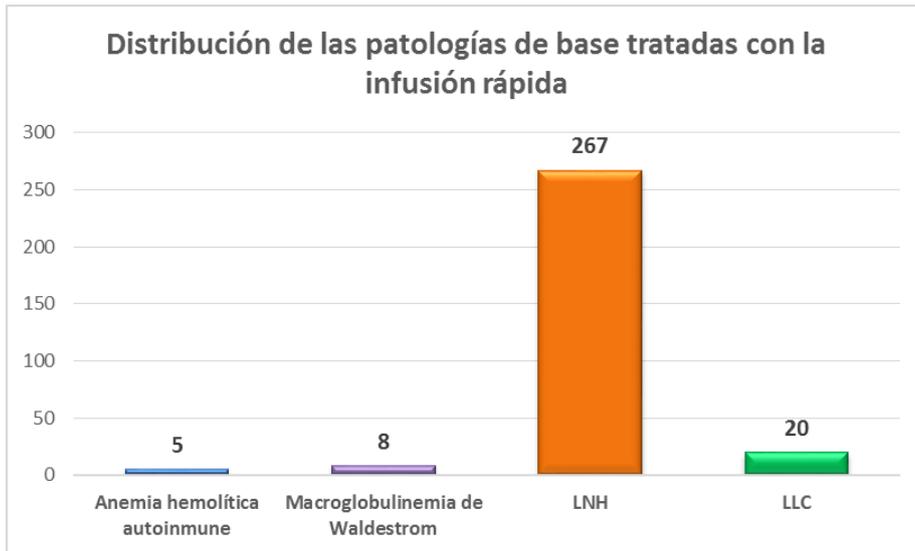
Estudio analítico, observacional, retrospectivo. La muestra está compuesta por pacientes que recibieron Rituximab a partir de la segunda dosis y en forma ambulatoria en un centro oncológico, entre Marzo a Octubre de 2014. Se evaluaron un total de 300 infusiones distribuidas en 58 pacientes. En el 98.4% de las infusiones (295) se administró como premedicación la combinación de difenhidramina 20 mg, paracetamol 500 mg e hidrocortisona 100 mg.

La variable independiente fue la velocidad de infusión: indicada a 50 ml/h los primeros 30 minutos y luego 200ml/h hasta finalizar infusión. El volumen total a infundir fue de 250 ml, con una concentración de Rituximab que variaba de 2 - 3.6 mg/ml de solución.

RESULTADOS.

La edad promedio fue de 60 años (35- 77), la distribución de género fue del 26% para el sexo femenino y 74% para el sexo masculino. El total de las infusiones se administraron en 90 minutos. El 96% (288) fueron en combinación con quimioterapia y el 4% (12) como monoterapia para pacientes en régimen de mantenimiento. Las patologías prevalentes: LNH 85.6%, LLC 5.6%. La concentración fue de 2.8 mg/ml para la mayoría de las infusiones (64%) seguida de 3.2 mg/ml (22%). El 100% de los pacientes presentaron buena tolerancia.





CONCLUSIONES

La infusión rápida de Rituximab se puede realizar en forma ambulatoria en 90 minutos con buena tolerancia, en un centro que cuente con enfermería capacitada. Estos pacientes requieren de un protocolo de infusión que diferencie la administración de primer dosis de las siguientes. Cabe destacar que este estudio se realizó con la forma comercial Mabthera®, y

no con el biosimilar.

ANEXO 1

INFUSION DE RITUXIMAB (Mabthera®) 1° ciclo/1° dosis

Fecha...../.....

Es requisito administrar la 1° dosis con el paciente internado

Paciente.....Hab.....

Diagnóstico.....Estadío.....

Peso..... kg Talla.....cm Sup. Corporal.....m2

1. Pre medicar

- a. Hidrocortisona 100 mg E.V. una hora antes
- b. Paracetamol 1 comp. V.O media hora antes
- c. Benadryl 20mg E.V. 15 minutos antes

2. Monitoreo ECG continuo

Repetir pre medicación a las 3hs de comenzada la infusión.

Infusión

RITUXIMAB..... mg diluidos en ml de D/A 5%/SS a pasar:

Durante los primeros 55' a 50 ml/h con CSV c/15 min .Si todo esta bien:

1:00 hs aumentar a 100 ml/h con CSV c/15 min .Si todo esta bien:

1:30 hs aumentar a 150 ml/h con CSV c/15 min .Si todo esta bien:

2 00h.. aumentar a 200 ml/h con CSV c/15 min .Si todo esta bien:

2:30 a aumentar a 250 ml/h con CSV c/15 min .Si todo esta bien:

3 a aumentar a 300 ml/h con CSV c/15 min .Si todo esta bien:

3:30 aumentar a . 300 ml/h con CSV c/15 min. Hasta finalizar la infusión. Total 4 horas.

Si aparece fiebre, taquicardia, hipotensión, escalofríos o disnea:

1. Detener la infusión.

2. Avisar a médico de guardia o interno.
3. Administrar Hidrocortisona 100 mg E.V., Benadryl 2cc IV, y Dirox 1 comp.
4. Reanudar infusión a la mitad de la velocidad cuando el cuadro esté resuelto.

Observaciones

.....

ANEXO 2

PROTOCOLO DE INFUSIÓN RÁPIDA DE RITUXIMAB(MABTHERA®)

Hoja de seguimiento para la Segunda dosis de infusión de RITUXIMAB.

Nombre y Apellido: Edad: Sexo:

Nº de ciclo: Diagnóstico.....

Velocidad de infusión:

- 200 ml/h los primeros 20 minutos.
- 400 ml/h luego de los primeros 20 minutos hasta finalizar la infusión.

Premedicación: Benadryl: Dirox: Hidrocortisona:

Hora de inicio de la infusión:

Signos vitales al inicio:

T/A... FC: FR... Sat.O2: Tº:

Signos vitales a los 20 minutos:

T/A... FC: FR... Sat.O2: Tº:

Signos vitales al finalizar la infusión:

T/A... FC: FR... Sat.O2: Tº:

Hora de finalización de la infusión:

Registro de efectos adversos y medicación administrada para contrarrestarlos.

Hora en que se detiene la infusión:

	Síntoma	Hidrocortisona	Benadryl	Dirox	Morfina	Otro	O2
Fiebre							
Taquicardia							
Hipotensión							
Escalofríos							
Dolor							
Disnea							
Otro (especificar)							

Vía Perif..... CVC.....

Hora en que se reanuda la infusión:

¿Había presentado síntomas en ciclos anteriores? SI..... NO.....

Cuales.

.....

BIBLIOGRAFÍA

1. Marrero, N. (2010). La era de los nuevos fármacos en oncología. *Salus*, 14(3), 4-5.
2. HAN, N. H. D. N. P., UN, P. E., QUE, E., & UN, R. Especialistas analizan en Madrid los últimos resultados de una novedosa combinación de anticuerpos monoclonales.
3. <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/inmunoterapia/hoja-informativa-terapias-biologicas-respuestas>
<http://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/inmunoterapia/hoja-informativa-terapias-biologicas-respuestas>
4. <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a607038-es.html>
5. <http://www.cancer.org/espanol/cancer/enfermedaddehodgkin/guiadetallada/enfermedad-de-hodgkin-treating-monoclonal-antibodies>

6. Llatas, F. P., Pujalte, B. F., & Talamantes, C. S. (2015). Protocolo de infusión de anticuerpos monoclonales en el tratamiento biológico de la psoriasis. *Enfermería Dermatológica*, 9(24), 11-16.
7. http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000165/WC500025821.pdf
8. Rieger, M., Österborg, A., Pettengell, R., White, D., Gill, D., Walewski, J., ... & Ho, A. D. (2011). Primary mediastinal B-cell lymphoma treated with CHOP-like chemotherapy with or without rituximab: results of the Mabthera International Trial Group study. *Annals of oncology*, 22(3), 664-670.
9. https://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=18091&idsec=453
10. <http://www.sefh.es/53congreso/documentos/posters/400.pdf>
11. Gómez-Baraza, C., Agustín-Fernández, M., Palomo-Jiménez, P. I., Real-Campaña, J. M., & Abad-Sazatornil, R. (2014). Seguridad en la administración intravenosa de medicamentos mediante bombas de infusión inteligentes. *Farmacia Hospitalaria*, 38(4), 276-282
12. Guía de dosificación de las indicaciones aprobadas por la ANMAT. <http://www.sadamweb.com.ar/dosis.pdf>
13. Prospecto de información para profesionales (Adaptado a la Disposición ANMAT N° 5904/96). http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3jGZe5ZRnXoJ:www.roche.com.ar/content/dam/internet/corporate/roche/es_AR/corporate/Files/prospectos/Prospecto_MabThera_Prof.pdf+&cd=5&hl=es&ct=clnk&gl=a

EN LA BÚSQUEDA DE SOLUCIONES PARA LAS DIFICULTADES EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES PROPIAS DE LA ENFERMERÍA AL INICIO DE LA VIDA PROFESIONAL

LORENA CECILIA GONZÁLEZ

Especialista en Enfermería Neonatal, Enfermera del Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de la Fundación Favalaro. Docente de la Universidad Favalaro. Argentina.

NÉLIDA CAMPOS

Enfermera Profesional, Enfermera del Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de la Fundación Favalaro. Docente de la Universidad Favalaro. Argentina.

ADRIANA VICTORIA CAMIO

Especialista en Gestión Educativa, Coordinadora de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, Universidad Favalaro, Argentina.

CONTACTO

acamio@favaloro.edu.ar

Resumen

Ante la problemática que representa la realización de actividades de enfermería en el área de pediatría, al inicio de la vida profesional, las docentes de la materia Enfermería Materno Infantil Juvenil II, decidimos fortalecer el desempeño a través de estrategias motivadoras.

Palabras clave:

Dificultades – Pediatría – Enfermería – Satisfacción – Estudiantes.

INTRODUCCIÓN

Frente a la incorporación al servicio de Pediatría del Hospital Universitario de la Fundación Favaloro, de estudiantes recién recibidos de Enfermeros Universitarios en el 3er año de la carrera de Licenciatura en enfermería, observamos que presentaron dificultad en tareas tales como:

1. Redacción de la evolución de enfermería.
2. Realización de balance de ingresos y egresos.
3. Administración de fármacos.

Decidimos afrontar esta problemática desde la materia Enfermería Materno Infantil Juvenil II, que tiene lugar en el último cuatrimestre de la formación de los Enfermeros Universitarios y en la cual los contenidos centrales incluyen la atención de enfermería del recién nacido sano y enfermo, los procesos evolutivos normales, las patologías más habituales en pediatría y los cuidados de enfermería que corresponden en cada caso tanto al paciente pediátrico como a la familia. Incorporamos nuevos talleres de farmacología, además en cada clase agregamos análisis de casos clínicos, y actividades en las que el estudiante debía formular el proceso de atención de enfermería y redactar las evoluciones.

Además, se incorporó en la parte práctica de esta materia al servicio de Pediatría del Hospital Universitario de la Fundación Favaloro donde las docentes de la asignatura también cumplen funciones asistenciales. Todos los estudiantes asistieron a las prácticas programadas en esta institución y en el Hospital de niños Dr. Elizalde perteneciente al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

También se incorporó por idea de los estudiantes, el uso de casaca con diseño infantil. Esta decisión fue aprobada por la dirección de la carrera.

La experiencia fue considerada por docentes y directivos como muy buena, un 75% de los estudiantes aprobaron en el primer intento el examen que incluía ejercicios de balance de ingreso y farmacología, evolución de enfermería y preguntas teóricas. El 25% restante logró la aprobación en el examen recuperatorio.

Como docentes nos pareció importante conocer la percepción de los estudiantes acerca de la implementación de estos cambios por lo que realizamos una encuesta de satisfacción, cuyos resultados se presentan a continuación.

PRESENTACIÓN DE LA ENCUESTA

La encuesta es de tipo cuantitativa con un apartado que abre la posibilidad al estudiante de que pueda expresarse en temas que considere relevante.

En primer lugar se preguntó acerca de la satisfacción en relación a los temas de la materia, el material teórico, las clases y talleres ofrecidos en la cursada. Luego se valoró la percepción acerca de la implementación del Hospital Universitario de la Fundación Favaloro como nuevo campo práctico, el uso de la casaca con diseño pediátrico, y el desarrollo la materia en general. En un tercer apartado se les preguntó sobre la especialidad que elegirían en su vida profesional, y en caso de que eligieran pediatría, los motivos de su elección. Al finalizar la encuesta, los estudiantes tenían un espacio para colocar cualquier comentario en el tópicico en el que consideraran necesario expresarse.

Esta encuesta fue anónima y los estudiantes debían colocarla en un Buzón al finalizar su completamiento. El día elegido para la realización de esta encuesta fue el último día de prácticas hospitalarias.

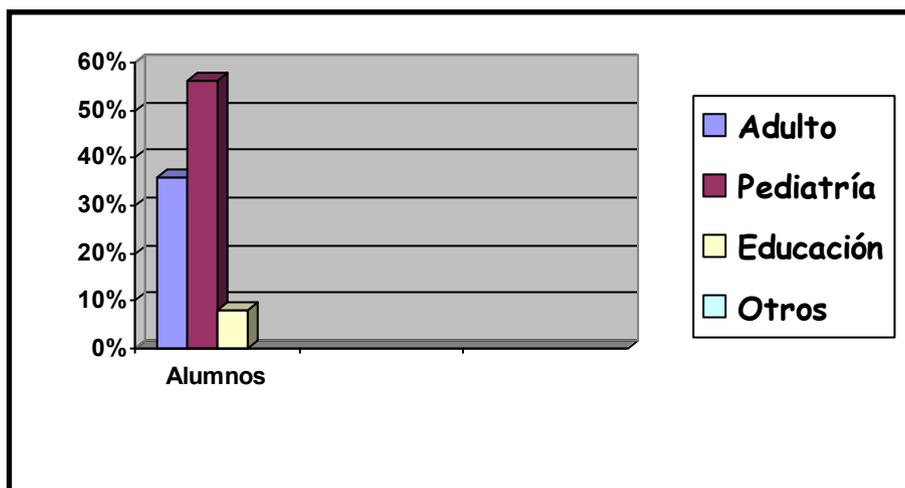
RESULTADOS:

La percepción de los estudiantes con respecto al material teórico, las clases y los talleres se distribuyó de la siguiente manera:

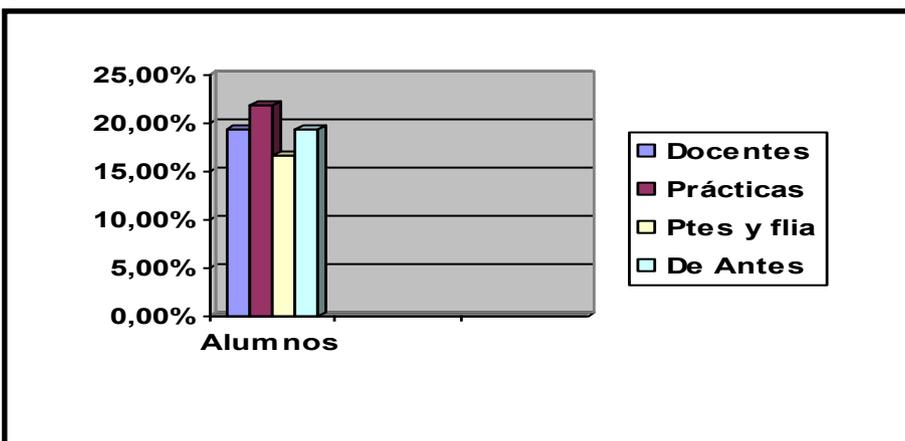
	Deficiente	adecuado	abundante	Muy abundante
Material	--	75%	8%	17%
Clases	--	45%	14%	25%
Talleres	2,70%	50%	25%	11%

En relación a la incorporación del Hospital Universitario de la Fundación Favaloro como campo práctico, un 44% de los estudiantes opinó que la idea fue excelente y un 42% que fue muy buena idea, el resto no respondió a esa pregunta. Con respecto a la especialidad en la que le gustaría incorporarse en su vida profesional, la mayoría optó por dedicarse a Pediatría un (56%). De aquellos que optaban por dedicarse a la Pediatría, un 19,4% basó su decisión en el desempeño de las docentes, un 22,2% en las prácticas en los servicios de pediatría y un 16,6% en el contacto logrado con el paciente y la familia, el resto opinó que lo tenía decidido desde el comienzo de la carrera y solo un estudiante aludió a otros motivos, pero sin especificar ninguno.

	Excelente	Muy buena	Buena	No responde
Nuevo campo práctico	44%	42%	5,4%	8,6%
Casaca con motivo infantil	67%	23%	-	10%
Materia	44,4%	38,8%	2,7%	14,1%



Los motivos por los cuales eligieron la especialidad de pediatría para realizarla en su vida profesional, seleccionaron:



Los comentarios que realizaron al finalizar la encuesta, se transcribieron textualmente:

1. "Mayor seguimiento en el campo practico".
2. "Me resulto muy satisfactoria la parte teórica y practica de la materia, lo logre implementar en la practica, el contenido teórico que se nos brindo en la cursada".
3. "A mi en lo personal me gustaría el área de adulto para poder desarrollarme más mis conocimientos adquiridos en toda la carrera".profesional, seleccionaron:
4. "En mi persona me costo mucho la parte de fármaco, pero con la ayuda de las profesoras y de los compañeros pude aprender.
5. "Muy agradecido con las docentes, Gracias Totales!!!"
6. "Estoy orgullosa del equipo docente con el que compartí este año, debido a que me ayudó a decidir que es la especialización a la que me quiero dedicar".
7. "Que desde el 1er año de la Carrera de Licenciatura de enfermería, se tenga incorporado la materia farmacología, esto nos ayudaría a conocer mas sobre las dosificaciones y es aspectos generales. Simplemente muchas gracias por lo mucho de los conocimientos que nos dieron y que sepamos poder realizarlo ya en adelante"
8. "En este caso las prácticas fueron excelentes, aprendí mucho. En lo personal una profunda admiración por los profesionales de enfermería ya que es una tarea alegre y a la vez triste'.
9. "En este año se noto el cambio en las prácticas, por la cortesía de las profesoras y su predisposición. Como sugerencia tendría que haber mas parte practica en el hospital".
10. "Seria bueno que en el campo práctico de Fundación Favaloro sea más un grupo más reducido ya que es un servicio pequeño".
11. "Me pareció muy buena la materia, me aportó conocimientos de un tipo de pacientes que hasta al momento no sabia como tratar. El grupo docente excelente".
12. "Mas talleres a fin de comprender teorías llevadas a la practica, comprender miedos".
13. "Aprendí mucho más en la prácticas en FF, las enfermeras y profesoras siempre estuvieron predispuestas a enseñarnos".
14. "Muy buena la materia con docentes excelentes".

15. “Las practicas de pediatria fueron hermosas en el hospital publico y privado. El acompañamiento de las profesoras me ayudo a sentirme confiada y segura para desarrollarme como profesional. No conocía el trabajo arduo de las enfermeras en pediatria. Para mucho corazón y cariño en todo lo que hacen. Me motivan a seguir amando la enfermería. Muchas gracias profesoras”.
16. “Me sorprendí de mi misma y con mayor compromiso para esta materia. Sentía que no podría hacerlo pero lo realice y me encanto. Siento que podía dedicarme a los niños.
17. Agradezco desde ya sus enseñanzas y saberes a cada una de las docentes la verdad es que las voy a extrañar y espero ser las colega en algún momento de la visa. Gracias”.
18. “Esta materia fue una de las mas enriquecedoras de este año, las practicas fueron excelentes ya que aprendí muchísimo, agradezco a las docentes que me enseñaron y todo, lo que me ayudaron. Muchas Gracias”.

A pesar de estar muy contentas al observar como impactan estas medidas concretas en el rendimiento de los estudiantes, reconocemos la importancia de seguir trabajando en el tema hasta lograr la excelencia. Esta experiencia se suma a aquellas que destacan la importancia del acompañamiento en las prácticas a los estudiantes, en la realización de las actividades, como también en la educación y contención de los mismos.

REFERENCIAS

1. Vollrath Ramírez, A.; Angelo, M.; Muñoz González, L. Vivencia de estudiantes de Enfermería de la transición a la práctica Profesional: Un enfoque fenomenológico Social. Texto & Contexto Enfermagem, vol. 20, 2011, pp. 66-73
2. Carrillo Algarra, A. García Serrano, L., Cárdenas Orjuela, C., Díaz Sánchez, I., Yabrudy Wilches, N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica Review of Patricia Benner's philosophy in clinical practice. Enfermería Global, 2013, 32 : 346-361.

ISSN 2591-5436

DESAFÍOS

ENFERMERÍA Y EDUCACIÓN
2018

Diseño y maquetación: Omar Illesca

