Sumario

Editorial	4
Satisfacción laboral del personal de enfermería de servicios especiales en una institución de salud privada. Satisfaction of nursing staff of special services in a private health institution. Córdoba, Argentina Republic	5
Cuidados de enfermería para un trabajo de parto humanizado. Nursing Care for a Humanized Childbirth	9
Percepción de los enfermeros al cambio de registro convencional al electrónico. Nurses' perception of registry change from the conventional to the electronic	17
Protocolo de cuidado a pacientes con diálisis peritoneal intermitente Guide, protocol of care to patients with intermittent peritoneal dialysis	21
Proyecto de implementación: abordaje de las emociones del niño durante su hospitalización. Implementation project: advocacy of the child's emotions during hospitalization	25
Puesta al día sobre atosiban, denominación del medicamento tractocile 6,75 mg/0,9 ml solución inyectable Up to the day about atosiban, name of the medicinal product tractocile 6.75 mg / 0.9 ml solution for injection	29
Experiencias	33
Sabía Ud. que	35
Ficha Nº 29: Protocolo Interdisciplinario de manejo de dolor agudo	37

Notas de Enfermería
Revista del área de Enfermería
del Sanatorio Allende
Año 17 - Nº 29 - Junio 2017

Directorio
Prof. Dr. Bartolomé Tomás Allende
Prof. Dr. Guillermo José Allende
Sra. María Teresa Allende

Directorio Médico

Dr. Carlos Parola
Dr. Mario Sorbera
Dr. Rene Vandersande

Comité de Capacitación y Docencia
Presidente: Orias, Marcelo
Vocal: Arias, Viviana
Vocal: Allende, María Celia
Vocal: Moyano, Crespo
Vocal: Bergallo, Roberto
Vocal: Nores, Fierro José
Vocal: Mangupli, Martín
Vocal: Mecchia, Andrea
Vocal: Roganti, Lorena
Vocal: González, Eleonora
Vocal: Ribodino, Fernando
Vocal: Rodríguez, Mónica
Vocal: Moreyra, Eduardo
Secretaria Administrativa:
Giacomino, Antonella

COMITÉ EDITOR

Almada Mariela	Mecchia Andrea
Cazón Adriana	Peña Paola
Campos Adriana	Romano Soledad
Donaire Mirta	Sandivares Flavio
Duran Rocio	Sosa Marcela
Flores Gabriel	Suarez Nora
Quinteros Gabriela	Tapia Cecilia
Ibarra Rosana	Tapia Sonia
González Paula	Vallejos Carolina
Insaurralde Valeria	Winderholler Alejandro
Ferreyra Nadia	

Traducción en Ingles:
Dr. Martínez Cano

Coordinadora
Lic. Rodríguez Mónica

Dirección:
Dra. María Cristina Cometto.

Obispo Oro 42
Tel.: (0351) 426-9200
Córdoba - Argentina 2016

editorial

Me gustaría proponer una reflexión para aquellos profesionales de la enfermería que se inician en la vida profesional, pero también para todos aquellos que desde hace algún tiempo dedicamos parte de nuestra vida al cuidado de personas, y para ello elijo una antigua leyenda, de la época de los griegos conocida como: **El mito del cuidado** (que algunos se la adscriben a Higinio, hacia 44 año A.C) constituye una alegoría de gran belleza, y la intencionalidad de hoy, puesta en esta editorial es repensar el significado de enfermería, del cuidado y del ser humano.

"Un día, cuando el Cuidado cuidadosamente atravesaba un río, se decidió a tomar un poco de arcilla y empezar a dar forma. Mientras miraba su trabajo y evalúa lo que había hecho, Júpiter se acercó. Entonces Cuidado le preguntó si podía dar el espíritu de la vida a ese ser, Júpiter respondido con prontitud. Cuidado, satisfecho, le quería dar un nombre pero Júpiter, orgulloso, dijo que el nombre se lo debía dar a él. Esto suscitó una discusión entre Cuidado y Júpiter, el padre de los dioses, es ahí cuando Tierra aparece y le recuerda que ella es la que debería dar nombre al que sea, ya que había sido objeto de su propio cuerpo-arcilla. Por último, para tratar el tema en discusión, los tres aceptaron llamar a Saturno como juez, quien decidió en sentido de la justicia, de la siguiente manera:

- Usted, Júpiter quien le otorgó el espíritu, recibirá de vuelta este espíritu cuando la criatura muera.
- Usted, Tierra quien le otorgó el cuerpo, recibirá de vuelta la corporeidad de la criatura cuando esta muera.
- Más usted, Cuidado, quien moldeó a la criatura, determinará cuales son los cuidados que debe recibir la criatura mientras ésta viva. En cuanto al nombre yo lo nombro: se llamará " humus" "hombre", ya que estaba hecha de tierra fértil."

Espero que hayan disfrutado de su lectura y repensemos una vez más el cuidado, como algo más que un acto singular, un modo en que un sujeto interviene en el mundo con otros.

Cuidado es *cogitare-cogitatus*, el sentido es pensar, reflexionar, mostrar interés, expresar una actitud de desvelo y preocupación.

María Cristina Cometto

SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE SERVICIOS ESPECIALES EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PRIVADA
SATISFACTION OF NURSING STAFF OF SPECIAL SERVICES IN A PRIVATE HEALTH INSTITUTION

(Resumen de informe de tesis de Maestría en Gerencia y Administración de servicios de salud)

Donaire, Mirta [1]

Resumen:
La satisfacción laboral es un conjunto de sentimientos tanto positivos como negativos que tiene un trabajador hacia su trabajo, generado por diversos factores particulares relacionados con la labor que realiza y con las condiciones bajo las cuales se efectúa. Por lo tanto, es importante que las organizaciones se preocupen por crear condiciones óptimas con el fin de mantener al personal motivado y que tenga un buen desempeño en la labor que realizan y altos niveles de satisfacción. La presente investigación, estuvo orientada a determinar el nivel de satisfacción laboral del personal de enfermería de servicios especiales en una institución de salud privada, para lo que se hizo uso de siete factores de satisfacción señalados Fernández – Ríos: la retribución económica, las condiciones físicas del entorno de trabajo, el apoyo y respeto a los superiores, el reconocimiento por parte de los demás cuando es necesario y la posibilidad de desarrollo para el personal de trabajo. Se utilizo una investigación de campo y la información se obtuvo a través de un cuestionario de 21 ítems, aplicado al personal de enfermería en una institución privada. La investigación arrojo que el personal se encuentra satisfecho.
Palabras clave: satisfacción laboral, condiciones de trabajo, motivación, y desempeño.

Summary:
Job satisfaction is a set of both positive and negative feelings a worker has to work, generated by various individual factors related to its work and the conditions under which it is made. Therefore it is important that organizations care about creating optimal conditions in order to keep staff motivated and have a good performance in their work and high levels of satisfaction. This research was aimed at determining the level of job satisfaction of nurses of special services in a private health institution, for what use was made of seven factors of satisfaction indicated Fernandez - Rivers: economic compensation, physical conditions work environment, support and respect for superiors, recognition by others when needed and the possibility of staff development work. I field research was used and the information was obtained through a 21-item questionnaire applied to nurses at a private institution. The investigation showed that the staff is satisfied.
Keywords: job satisfaction, working conditions, motivation, and performance.

INTRODUCCION

La satisfacción laboral, entendida como los sentimientos que el trabajador tiene hacia su trabajo, es una herramienta muy importante que los empleadores deben conocer, ya que obedece a múltiples factores tanto del trabajador como del trabajo en si mismo. No resulta fácil definir claramente la satisfacción laboral, algunos autores hablan de clima organizativo, clima social, clima laboral y otros.

"La satisfacción en el trabajo es el resultado de diversas actitudes ante Factores tales como: incentivos económicos, condiciones de trabajo, relaciones de mando, estilos gerenciales, relaciones interpersonales y características individuales" *(2)*.

Los gerentes han descubierto, afirmo Killian "que existe una mayor productividad y por lo tanto mayores ganancias cuando los trabajadores están satisfechos con su trabajo"*(15)*. Esta afirmación es confirmada por Gibson y otros (1993) cuando señalan que la alta satisfacción laboral mejora las condiciones laborales en las organizaciones, produciéndose un alto rendimiento, prontitud y rapidez en la ejecución, entificación con la organización, entusiasmo y optimismo. *(13)*

1: *Magister en Administración y gerencia de servicios de salud. Lic. en enfermería. Supervisora del turno tarde la Unidad de Terapia Intensiva S Allende.*

OBJETIVO GENERAL

Analizar el nivel de satisfacción laboral del personal de enfermería de servicios especiales en una institución de salud privada, Córdoba, diciembre 2013.

MATERIAL Y MÉTODOS

Investigación de carácter descriptiva, transversal. La población objeto de estudio estuvo constituida por el total de enfermeros profesionales de los servicios especiales de la institución de salud privada en la ciudad de Córdoba. (N=81).
Técnica: cuestionario auto administrado.
Instrumento: formulario cuyo contenido fue de 21 ítems, correspondientes a tres indicadores por cada una de las siete dimensiones. Las respuestas se midieron en una escala de tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta para cada ítem.
Escala de interpretación:

Muy Insatisfecho	Entre 0 y 0,49
Insatisfecho	Entre 0,50 y 1,49
Satisfecho	Entre 1,50 y 2,49
Muy Satisfecho	Entre 2,50 y 3,00

RESULTADOS

La siguiente tabla Nº 1 nos muestra un resumen de los resultados obtenidos referidos a los objetivos específicos según cada dimensión estudiada.

DISCUSION

En lo relacionado con la retribución económica dos indicadores están generando insatisfacción, solo uno en el que se hace comparación con otras organizaciones, indica satisfacción. La retribución económica es considerada uno de los principales factores que le brindan satisfacción al empleado cuando estos perciben que el valor de su esfuerzo es bien recompensado, Byars y Rue afirman lo siguiente: los empleados están satisfechos con su pago cuando su percepción del importe que perciben coincide con el que piensan que deberían recibir. Están conformes desde el punto de vista tanto de la equidad interna como de la equidad externa. Los tres indicadores relacionados con las condiciones físicas del entorno de trabajo están generando satisfacción, de acuerdo con la escala propuesta. *(2)*
Chiavenato (2000) afirma que: El sitio de trabajo constituye el área de acción de la higiene laboral e implica aspectos ligados a la exposición del organismo humano a agentes externos como ruido, aire, temperatura, humedad, iluminación y equipo de trabajo. En consecuencia, un ambiente saludable de trabajo debe brindar condiciones ambientales físicas que actúen de manera positiva sobre todos los órganos de los sentidos humanos. *(4)*
Condiciones deficientes de trabajo además de generar daño a la salud física y mental del trabajador también crean inestabilidad en las organizaciones ya que afecta su productividad y aumenta el ausentismo y la rotación. En lo referente al nivel de satisfacción con la estabilidad laboral que ofrece la institución, los resultados indican por parte de los empleados de la institución privada de salud, un nivel aceptable de satisfacción con la estabilidad, es decir, con el derecho que tiene todo trabajador a permanecer en su empleo, mientras no incurra en faltas u omisiones que justifiquen legalmente su despido. La importancia de la estabilidad es destacada por Cohen (1991) de la siguiente forma: La estabilidad laboral es deseable, tanto desde el punto de vista de mantener los costos bajos como el de sacar provecho de los beneficios positivos que se derivan de un buen espíritu de grupo y de la satisfacción con el trabajo de cada uno. *(1)* La estabilidad viene a satisfacer las necesidades de seguridad, al garantizarles la recepción de sus ingresos por tiempo indefinido,

TABLA N° 1: Resumen de los índices de satisfacción por dimensión del Personal de Enfermería de Servicios Especiales en una institución de salud privada. Córdoba -diciembre de 2013.

Dimensión	Indice de Satisfacción	Categoría
Retribución económica.	1.39	Insatisfecho
Condiciones físicas del entorno de trabajo.	2.08	Satisfecho
Seguridad y estabilidad que ofrece la empresa.	1.67	Satisfecho
Relaciones con los compañeros de trabajo.	1.93	Satisfecho
Apoyo y respeto a los superiores.	1.88	Satisfecho
Reconocimiento por parte de los demás.	1.54	Satisfecho
Posibilidad de desarrollo personal y profesional en el trabajo.	1.64	Satisfecho
Índice General de Satisfacción 1,73 (Satisfecho)		

FUENTE: propia de las diferentes datos que aporto la investigación.

mientras no cometa alguna falta u omisión que amerite su despido. Sin embargo, estas necesidades quedarían parcialmente insatisfechas si la organización no ofrece protección frente a compromisos e imprevistos que muchas veces no pueden atender co su salario regular. Por eso, normalmente se brinda a los empleados algunos beneficios socioeconómicos, que son definidos por Chiavenato (2005) como" comodidades, facilidades, ventajas y servicios que la empresa ofrece a sus empleados para ahorrarles esfuerzos y preocupaciones." *(7)*

En lo relacionado a las relaciones con los compañeros de trabajo, los tres indicadores están generando satisfacción, de acuerdo a la escala propuesta.

Robbins, (2004) señala que los individuos "se esfuerzan por hacer amigos, prefieren las situaciones de cooperación que la de la competencia y esperan relaciones de mucha comprensión reciproca". *(9)*

Si dentro de las organizaciones los empleados se apoyan y colaboran mutuamente al momento de realizar su trabajo, establecen relaciones agradables y existe buena comunicación y cooperación, el trabajo se realizará con mayor eficacia y eficiencia, logrando un buen rendimiento de los empleados, y generando en ellos altos niveles de satisfacción.

En relación al apoyo y respeto a los superiores, los tres indicadores que tienen relación con el apoyo y respeto a los superiores están generando satisfacción, de acuerdo con la escala propuesta.

Una de las principales funciones que debe realizar un supervisor es hacer que se cumplan las instrucciones que da a sus subordinados y las decisiones de la gerencia. La posibilidad de que ello ocurra depende de la claridad con la que se transmiten las citadas instrucciones y decisiones, porque, como lo señala Maxwell *(17)* (1993), "nadie quiere meterse a una tarea vaga o a un trabajo cuya descripción es incierta". Los resultados parecen indicar que en la institución de salud privada las instrucciones son claras y por lo tanto reducen la ansiedad y la posibilidad de cometer errores, generando por lo tanto niveles aceptables de satisfacción.

En relación al reconocimiento por parte de los demás, se obtiene un índice de satisfacción por el reconocimiento por parte de los demás de 1,54 (satisfecho).

Davis y Newstron *(9)* (2003) consideran que "los empleados trabajaran mas intensamente cuando piensan que se les dará crédito personal por sus esfuerzos, existirán riesgos apenas moderados de fracasos si se les brinda retroalimentación específica sobre su labor".

En relación a las posibilidades de desarrollo personal y profesional en el trabajo están generando satisfacción.

En toda organización deben existir planes de desarrollo personal y profesional que le garantice a esta tener un personal capacitado y calificado para el desempeño eficiente de sus actividades, Reyes Ponce *(12)* (1996) afirma que:

"El desarrollo del personal, principalmente proporciona este una mayor capacitación en la formación, a base de adiestramiento a todo el personal (sobre todo al no calificado), en las labores concretas que debe realizar en cada puesto, además el empresario obtendrá con este desarrollo mejor capacitación del personal, pero a su vez los trabajadores obtendrán un beneficio personal no solo para mayor posibilidades de ascender, de mejorar sus salarios, sino aun para poder realizarse fuera del trabajo".

En relación al nivel general de satisfacción, después de analizados cada uno de los factores de satisfacción laboral señalados por Fernández - Ríos *(11)*. Al promediar los índices correspondientes a las distintas dimensiones, se obtuvo como resultado el índice de satisfacción general de l,73 lo que indica que el personal de enfermeros de servicios especiales de la institución privada se encuentran satisfechos, de acuerdo con la escala propuesta.

Una vez obtenido el índice general de la satisfacción laboral del personal de enfermería de servicios especiales de una institución de salud privada, es relevante recalcar la importancia de la relación entre la motivación, el desempeño y la satisfacción laboral. Debe recordarse que los individuos que poseen un alto grado de satisfacción, porque su rendimiento les ha permitido obtener recompensas valoradas, incrementan su motivación, la cual se traduce en un mejor desempeño cuando esa motivación va acompañada de las capacidades requeridas para realizar su trabajo y de una buena percepción del rol.

El índice general de satisfacción para las 7 variables propuesta arroja el valor de 1,73 satisfecho. Un personal satisfecho aumentara su nivel de desempeño individual, lo que beneficiara la productividad y la eficiencia de la organización. Al respecto Chiavenato *(7)* (2005) plantea que: "las personas satisfechas con su trabajo son más productivas que las insatisfechas."

CONCLUSIONES

Después de haber realizado el análisis correspondiente a cada uno de los factores que influyen en la satisfacción del personal de enfermeros de servicios especiales se pueden exponer las siguientes conclusiones:

- El factor retribución económica, está generando insatisfacción en el personal de enfermería de servicios especiales, debido a que las dimensiones correspondientes a salario y esfuerzo, y capacidad del salario para cubrir necesidades, fueron percibidas por los empleados como insatisfactoria. Salvo en lo relacionado a superioridad en salario en comparación con otros cargos que arroja un índice de satisfacción.
- Las condiciones físicas del entorno de trabajo, están generando satisfacción, ya que el personal de enfermería de servicios especiales considera que la distribución, las condiciones, limpieza y orden del trabajo son satisfactorias.
- La seguridad y estabilidad que ofrece la organización esta generando en los empleados, satisfacción. Con la posibilidad de permanencia en la organización. Si se produjera cambios en la alta gerencia y consideran que la protección al empleado con respecto a contingencia y estabilidad del empleo que ofrece la institución, los empleados experimentan satisfacción.
- Las relaciones con los compañeros de trabajo están generando satisfacción. Puestos que los empleados se sienten satisfechos con la cordialidad, la cooperación y la comunicación en el grupo de trabajo.
- El factor apoyo y respeto a los superiores esta generando en los empleados satisfacción, ya que consideran que tienen disposición a seguir con las instrucciones, las decisiones de la alta gerencia y opinan que su supervisor tiene conocimiento de la labor que realiza.
- El reconocimiento por parte de los demás esta generando satisfacción, en virtud de que los empleados perciben que los supervisores le dan importancia al trabajo que realizan, como así también el reconocimiento por parte de sus compañeros de trabajo, en la labor que ejecutan, no así en lo relacionado a reconocimientos formales por parte de la institución del desempeño de su trabajo.
- Las posibilidades de desarrollo personal en el trabajo están generando satisfacción, lo cual obedece a que los empleados consideran que reciben de la institución motivación para su crecimiento profesional, apoyo en el desarrollo, estimulo para la adquisición de habilidades y conocimientos.

El índice general de satisfacción para el personal de enfermería de servicios especiales, obtenido del promedio de los niveles correspondientes a cada dimensión, es de 1,73 lo que significa que el personal de enfermería de servicios especiales se encuentra satisfecho.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- Cohen, G. (1991). La naturaleza de la función directiva. Madrid. Díaz De Santos Edición: 1991: p 206. Plaza de edición: Madrid. España

2- Byars, L. y Rue, L. (1997). Gestión de recursos humanos. Mcgraw-Hill/Irwin. Edición 3.p: 345. México.

3- Caballero, K. (S.f.). "Satisfacción laboral", disponible en: www.elprisma.com/apuntes/curso.asp?id=12664. [Consulta: de 2013].

4- Chiavenato, I 2000: Administración en los nuevos tiempos. ... Mcgraw-Hill, Colombia, edición 5. p:110. México.

5- Chiavenato, I. (2002). Gestión del Talento Humano. Bogotá: Mcgraw-Hill. 8ª Edición Libro 2002. p: 302. Bogotá, Colombia,

6- Chiavenato, I. (2004). Administración de los Nuevos Tiempos. Ed. Thompson 4º Edición, p: 10-31- 597. México.

7- Chiavenato, I. (2005). Administración de Recursos Humanos. Mcgraw – Hill Interamericana. S.A.5ta ed. p: 17-203-206-289. Colombia.

8- Dubrin, A.J. (2003) "Fundamentos de Comportamiento Organizacional" Ed. Thomson, 2º edición, p: 253. México.

9- Davis, K. y Newstrom, J. (2003). Comportamiento Humano en el Trabajo. Mcgraw-Hill. 11ª Ed, p: 189 -246.México.

10 Evans, J. y Lindsay, W. (2005). Administración y control de calidad. Ed. Thompson (6ª ed), p: 254. México.

11- Fernández-Ríos, M. (Director) (1999). Diccionario de recursos humanos: organización y dirección. Editorial Madrid: ediciones Díaz De Santos, p: 102-321-804.Madrid España.

12- Flores, I. (2000) "Confianza en el factor Humano, estrategias para enfrentar la nueva década. Editorial España. edición 12, p: 184. Madrid España.

13- Gibson y Otros (1993) Las organizaciones: comportamiento, estructura, procesos Mcgrawhill Interamericana. (8 ed.). p: 201. Santiago de Chile.

14- Gibson, J Ivancevich, J. y Donelly, J. (2001). Las organizaciones: comportamiento, estructura, procesos Mcgraw-Hill Interamericana(10ª ed.). p: 12 y 121. Santiago de Chile.

15- Killian, R. (1990). Dirección en la Administración. México: Reverte. P: 190

16- Landy, F. (2005). Psicología Industrial. MCGRAW-HILL Interamericana: 120. México Márquez, M. (2000). Conducta Organizacional y Psicología del Personal. México: Continental, Ed. S.A. P: 120.

17- Maxwell, J. (1993). Desarrolle el líder que esta en usted. Thomas Nelson. Editorial Caribe. Ed.12°. P: 204 Buenos Aires.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA UN TRABAJO DE PARTO HUMANIZADO

NURSING CARE FOR A HUMANIZED CHILDBIRTH

Contreras, Mayra [1]
Guaymás, Mariam [2]

Resumen:
La investigación y promoción sobre los cuidados de enfermería es indispensable para la difusión y el avance del conocimiento científico y tecnológico.
En este trabajo se dan a conocer las políticas sanitarias argentinas y la Ley N° 25.929 sobre Parto Humanizado, que pretende, brindar una atención médica oportuna y de calidad, promoviendo la iniciativa Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), con el fin de incrementar su probabilidad de aceptación, puesta en práctica, garantizando la protección de los derechos de cada uno de los involucrados en el proceso.
Siendo el médico el encargado legal de comunicar, diagnosticar y de proponer las medidas a seguir y enfermería la responsable del cuidado, un cuidado humanizado, que traspasa el simple procedimiento, apoyándose en prácticas útiles y benéficas, a través de la comunicación y de la relación interpersonal entre el profesional y la mujer gestante, su familia o grupo social en las distintas etapas de la vida, su situación de salud y del entorno.

Palabras claves: MSCF, Ley N° 25.929, Enfermería, Cuidado humanizado.

Summary
Research and promotion of nursing care is essential for the dissemination and advancement of scientific and technological knowledge.
This paper presents Argentine health policies and Law No. 25,929 on Humanized Childbirth, which aim to provide timely and quality medical care, promoting the Safe Motherhood and Family-Centered Initiative (MSCF), with the aim of To increase their probability of acceptance, implementation, guaranteeing it protection of the rights of each of the involved in the process. Being the doctor is the legal person in charge of communicating, diagnosing and proposing the measures to be followed and nursing the care administrator, a humanized care, that goes beyond the simple procedure, relying on useful and beneficial practices, through communication and the Interpersonal relationship between the professional and the pregnant woman, her family or social group in the different stages of life, her health situation and the environment.

Key words: MSCF, Law No. 25.929, Nursing, Humanized care. ce.

INTRODUCCION

Hasta hace unos años, el nacimiento de un hijo era un acontecimiento familiar que tenía lugar en los hogares bajo la protección y ayuda de mujeres entrenadas y el acompañamiento de toda la familia. Se sabe que desde las primeras civilizaciones agregaron a este acontecimiento innumerables significados culturales que a través de las generaciones han sufrido transformaciones, pero todavía se conmemora el nacimiento como uno de los hechos marcadores en la vida de una mujer y su entorno. A fines del siglo XIX y principios del siglo XX comienza a institucionalizarse y a medicalizarse el parto con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales. Esto fue considerado un progreso ya que efectivamente dichas muertes disminuyeron, pero, este acontecimiento único paso a tener un trato menos personalizado, y con consecuencias en el vínculo madre-hijo, cambios en la alimentación del recién nacido y el equipo de salud pasó a ser el eje de las decisiones.
Existen innumerables evidencias científicas que demuestran que el estrés producido por un entorno desconocido durante el parto, sumado a una atención mecanizada y medicalizada aumentan el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres produciendo un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones y, consecuentemente, más efectos adversos en la madre y el niño.
Estos y otros antecedentes dan lugar al surgimiento

1: *Licen*
2: *Licen*

de la Ley nacional 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer, por parte del Senado de la Nación. Declaración sobre difusión del Parto Humanizado.

Es importante dar lugar a algunos fundamentos teóricos a los efectos de entender mejor su importancia. El parto humanizado es considerado en Brasil a partir del año 2000, como una necesidad que genera un movimiento en el ámbito nacional, con el compromiso de despertar en los profesionales de salud una visión favorable respecto a la naturaleza y fisiología del parto y el nacimiento. La atención humanizada del parto posibilita, a las embarazadas, disfrutar de recursos para tornar el proceso de alumbramiento más participativo, agradable y seguro. *(1)*

En la Argentina, la calidad de la atención de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, y de los recién nacidos continúa siendo todo un desafío para las políticas sanitarias por la necesidad de reducir la inequidad en las posibilidades de recibir atención médica oportuna y de calidad. Ante el desafío propuesto por el Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de los Adolescentes, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations International Children's Emergency Fund; UNICEF, por sus siglas en inglés) Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios de diez provincias del país, desde 2010, acordaron promover la iniciativa Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con el objetivo de transformar las grandes maternidades en espacios en los que se implementaran prácticas seguras y se garantizaran los derechos de las mujeres, los recién nacidos y sus familias como norte de las políticas institucionales. MSCF es una intervención compleja, que se articula alrededor de cinco ejes conceptuales que expresan sus bases ético-políticas: Cultura organizacional, Protección de los derechos de la madre, padre e hijo, Participación de la familia en la protección y el cuidado de la mujer y el niño, Uso de prácticas efectivas y seguras y Fortalecimiento de otras iniciativas de promoción de la salud perinatal. *(2)*

En la cultura organizacional, se debe considerar la atención centrada en la familia y segura como una de sus prioridades y cuenta con un alto grado de convencimiento y compromiso por parte de sus autoridades y de los miembros del equipo de salud. El conjunto de códigos que orientan las actitudes y prácticas de los miembros de una organización, siempre afecta los procesos de cambio de muy diversas formas. La historia de la institución, así como las expectativas, motivaciones e intereses de sus integrantes, determinan el clima organizacional que reacciona frente a un cambio y facilitan u obstaculizan una intervención innovadora. El compromiso institucional es clave en tanto expresa la decisión y voluntad política de garantizar la atención segura y centrada en la familia. En este sentido, las acciones que se desarrollen deben estar orientadas a mejorar la gestión, capacitación, articulación, comunicación y trabajo en equipo.

Protección de los derechos de la madre, padre e hijo, este modelo protege y garantiza los derechos de los padres y de su hijo o hija.

Participación de la familia en la protección y el cuidado de la mujer y el niño, el modelo MSCF promueve el empoderamiento de la mujer y de su pareja para el cuidado de su hijo o hija antes y después del nacimiento. También, estimula la permanencia continua y la participación activa de los padres durante la internación de sus hijos, el contacto del recién nacido con otros miembros de la familia, así como el involucramiento y la participación de los miembros de la comunidad en la atención y el cuidado de la mujer e hijo.

Uso de prácticas efectivas y seguras, promueve la efectividad y la seguridad de la atención de la mujer y de su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Fortalecimiento de otras iniciativas de promoción de la salud perinatal en particular, promueve fuertemente la lactancia materna. *(3)*

En este sentido, la Ley N° 25.929 sobre Parto Humanizado, establece que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio (PMO). Asimismo, la referida Ley, regula los derechos de los padres y de la persona recién nacida. Pone de relieve los derechos de toda madre a la información, al trato digno, respetuoso e individual, propugnándose su libertad de elección respecto de la persona que la acompañará durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto, anteponiéndose el parto natural a las prácticas invasivas y de suministro de medicación, sin perjuicio de la necesidad y obligatoriedad de la utilización de estas prácticas cuando lo ameriten el estado de salud de la parturienta y/o la persona por nacer con la previa voluntad de la madre expresamente manifestada por

escrito en caso que se requiera someterla a algún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

Destaca el claro reforzamiento del derecho al vínculo corporal entre la madre y el/la recién nacido/a, exigiéndose el mayor respeto a dicho vínculo, al reconocerse la necesidad del/la recién nacido/a a la internación conjunta con su madre en sala durante el menor plazo posible y la necesidad de la madre de mantenerse al lado del/la recién nacido/a, sin perjuicio de la obligatoriedad de adoptar otro temperamento cuando lo ameriten el estado de salud de la madre y/o el/la recién nacido/a, no pudiendo tampoco ser el/la recién nacido/a objeto de examen o intervención con propósitos de investigación, salvo que mediare la expresa voluntad de sus representantes legales intervinientes, manifestada por escrito, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

Presta una especial consideración a los derechos del padre y la madre del/la recién nacido/a en situación de riesgo y a la exigencia del consentimiento expreso para la realización de exámenes o intervenciones con fines investigativos. Como así también, a la intensificación de los derechos a la información y acceso continuado al/la recién nacido/a. Los términos de dicha Ley deberán entenderse siempre en el sentido que debe velarse por la salud del binomio madre-hijo/a de conformidad con lo expresado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En lo que refiere al recién nacido/a, la Convención Sobre los Derechos del Niño dispone en su Preámbulo que tal como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño, "el niño por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento". *(4)*

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, el médico es el encargado legal de comunicar el diagnóstico y las medidas a seguir durante todos los procesos de atención a la salud, velando por la buena comprensión y afrontamiento por parte de la paciente y de los familiares. Siendo importante incorporar la percepción de la paciente en cuanto a la información brindada. *(5)*

El acto del cuidado de enfermería debe darse a partir de la comunicación y de la relación interpersonal humanizada entre el profesional y la mujer gestante, sujeto de cuidado, su familia o grupo social en las distintas etapas de la vida, su situación de salud y del entorno, lo que implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidados de enfermería. *(6)*

El cuidado de enfermería que hace énfasis en la humanización, tiene que ir más allá de realizar un simple procedimiento, debe permitirnos reflexionar sobre las necesidades de las mujeres que se encuentran en trabajo de parto y parto, las cuales deben ser atendidas con especial consideración por su estado de vulnerabilidad, quienes poseen una serie de experiencias acumuladas durante toda su vida y que fueron aprendidas directamente o trasmitidas de generación en generación. Siempre considerando que están inmersas en una sociedad y en un medio ambiente que, probablemente, condicionan su comportamiento y su respuesta durante el trabajo de parto y parto. *(6)* Se considera que el parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. Entonces para que los resultados del parto se lleven a cabo en forma exitosa, el personal de salud que atiende a la madre y a su hijo debe asumir una alta responsabilidad que implica sus acciones, sus omisiones y su actitud humanizada en este proceso. La madre y su hijo son seres holísticos, con percepciones y sensaciones estrictamente individuales.*(7)*

Para esto, enfermería, debe contar con las herramientas que le permitan desarrollar su misión, debe tomar una postura activa, con libertad de actuación y no de sumisión, y realizar su trabajo con autonomía, empoderamiento y seguridad, aplicando su cuerpo de conocimientos. (NE: 1) (GR: A)

Como así también requiere de independencia, seguridad y apoyo administrativo, gerencia del servicio, interacción armoniosa y respetable en el equipo multi - profesional. Se debe capacitar y actualizar permanentemente para brindar un cuidado con conocimiento, calidez, eficacia, eficiencia, pertenencia y continuidad. (NE: 1, GR: A) Es importante destacar que el contacto físico es un factor de comodidad importante, ya que trasciende las barreras entre el profesional y el paciente, estableciendo una relación de confianza y apoyo emocional. Acciones como la presencia constante, la atención y la comodidad influyen positivamente; en los momentos difíciles ayuda el diálogo, e incluso pequeños actos como tomarle la mano hacen la experiencia del parto más cómoda y relajada.

Brindar apoyo continuo a la madre durante el parto trae resultados positivos en la reducción del consumo de drogas para el dolor, parto instrumentado, duración del trabajo de parto y disminución de la tasa de cesáreas. Además, resalta

nuestro rol de, en conjunto con el equipo de salud, asumir nuestra profesión con responsabilidad ética, legal y moral, y no solamente técnica y científica; ayudando a la mujer durante el parto a explorar su cuerpo, conocer sus límites y seleccionar los mejores lugares y las formas en que ella y su bebé se sientan cómodos. Acciones como la presencia constante, la atención y la comodidad influyen positivamente en los momentos difíciles ayuda el dialogo, e incluso acciones simples como tomarles la mano hacen la experiencia más cómoda y relajada. Esta actitud permite dar un lugar para que las mujeres en sus testimonios hagan énfasis en su bienestar y en la posibilidad de poder elegir y tener la libertad de llevar a cabo el proceso de dar a luz, siempre acompañadas y guiadas por el equipo de enfermería. *(8)*(NE: 1)
Los profesionales de enfermería deben actuar con imparcialidad y juicio crítico, protegiendo los derechos y promoviendo el cumplimiento de los compromisos de la mujer en trabajo de parto, su hijo por nacer y su red de apoyo.(GR: A) Debemos establecer un plan de educación y preparación para el acompañante que va a participar activamente en el trabajo de parto y parto. *(9)* (GR: A) Favorecer un ambiente agradable, tranquilo, facilitando la aplicación de las terapias alternativas, y brindar apoyo psicológico, soporte espiritual. (GR: A) Promover la privacidad, llamar a la paciente por su nombre, mantener contacto físico y psicológico con ella y dar información al familiar. (GR: A) (NE: 2). Debemos estimular prácticas útiles y benéficas para el trabajo de parto y parto, que favorecerán tanto a la embarazada como al bebé, como ser:

- Ofrecer a la mujer el máximo de informaciones y explicaciones; una actividad humanizante que debemos realizar durante el cuidado y atención de la gestante en salas de partos, es la de ofrecer información y explicaciones claras acerca de los procedimientos que se realizaran. La ausencia de comunicación e interacción asertiva es perjudicial para las madres, ya que les puede generar ansiedad y afecta los vínculos afectivos y de confianza que debe existir entre los profesionales de enfermería y la gestante, además, es la forma de dar cumplimiento a los objetivos de informar y aclarar las dudas e inquietudes a la madre, para lograr su participación activa en la toma de decisiones durante el nacimiento y posteriormente, para su autocuidado y el que debe recibir su recién nacido.
  El consentimiento informado que se brinda a la usuaria sobre los procedimientos, técnicas y cuidados a los que va a ser sometida es un derecho, así como un principio ético y moral que debe ser seguido por los profesionales y que, por lo tanto, debe estar presente en la propuesta de humanización de la atención. *(10)*
- Brindarles libertad de posición y movimiento durante el trabajo de parto; la superficie del área del canal de parto puede aumentar hasta en el 30% cuando la mujer pasa de estar acostada a la posición en cuclillas. En la posición supina, el peso del útero grávido reduce el flujo sanguíneo placentario por la compresión de la arteria aorta descendente y de la vena cava inferior. Estudios recientes también comprobaron ventajas que una embarazada tiene cuando camina, o hace variaciones de la posición erecta, durante el trabajo de parto, en detrimento de aquellas que se mantienen en el lecho. *(11)*
  Al disponer de camas que ofrecen múltiples posibilidades de cambio de posición; que se transforman incluso en sillas, debemos permitirle a las embarazadas elegir la posición más conveniente para parir (recostada, en cuclillas y otras). También se debe considerar ofrecer otros recursos que son usados para reducir la incomodidad de la embarazada y favorecer la evolución del trabajo de parto, como el apoyo en pelotas y caballitos, baño con agua tibia, y un ambiente con decoración en color, para romper la rigidez del ambiente hospitalario.
- Utilizar técnicas no invasivas y no farmacológicas de alivio del dolor: durante el trabajo de parto, como masajes y técnicas de relajación; uno de los elementos considerados como relevantes en el cuidado humanizado de las embarazadas es la utilización de métodos no invasivos y no farmacológicos de alivio de los dolores del parto. Los más usados son el baño con agua tibia, los masajes y el caballito o 'balancito', que consiste en estimular a la embarazada a mover las caderas de un lado para el otro de forma circular para facilitar el encaje y rotación del feto en la pelvis. Son técnicas que estimulan el aumento del flujo sanguíneo, mejorando la circulación cutánea y de los tejidos, y removiendo los productos del cansancio.
- Promocionar el contacto precoz piel a piel entre madre y bebé y dar apoyo al inicio del amamantamiento materno en la primera hora del posparto: los principales objetivos de la atención inmediata del recién nacido son proporcionar condiciones óptimas que permitan ayudarlo en su adaptación a la vida extrauterina y estar preparados para intervenir en aquellos

casos que presenten condiciones patológicas que pongan en riesgo su vida. La atención del recién nacido normal requiere de secado inmediato evitar la hipotermia, y colocarlo con la madre para un contacto piel a piel, íntimo y precoz. Todos los procedimientos habituales, como tomar las medidas antropométricas, aplicar vitamina K y otros, deben ser realizados después del contacto con la madre.

- Valorar las necesidades y expectativas de las embarazadas en relación con la atención recibida: la relación entre enfermera y embarazada es establecida con atención, cordialidad, respeto y resolución de los problemas; el equipo de enfermería debe estar atento a las necesidades de la embarazada y sus expectativas, dispuesto a orientar y responder sus cuestionamientos, por medio de la observación, la solidaridad, el apoyo y el calor humano continuo. No debemos perder oportunidades para optimizar nuestra calidad profesional durante el proceso de atención de las gestantes, puesto que la obstetricia es un amplio espacio de formación y crecimiento tanto para la gestante y su familia como para los profesionales de la salud.
- Promocionar del protagonismo y la co-rresponsabilidad de las mujeres en su propio parto: la gestante debe ser informada de los diversos procedimientos que engloba la atención durante el parto. Se deberían llevar a cabo charlas informativas grupales dirigidas a las gestantes y a sus acompañantes sobre las opciones existentes. La captación se podrá llevar a cabo a través de un equipo interdisciplinario, que las animen participar a partir de la semana 33 de gestación. Como así también, favorecer que se presenten planes de parto informados, los que se deberán respetar siempre que sea posible.

RECOMENDACIONES

- Los profesionales de enfermería deben identificarse y saludar a la gestante y su familia, permitiendo establecer una buena relación de ayuda; la cortesía sincera y la sonrisa ofrecen acercamiento y seguridad para alguien que se enfrenta a una situación nueva, llena de incertidumbre, estrés y expectativa. *(13)*
- Los profesionales de enfermería deben disponer un ambiente cálido, seguro, tranquilo confortable que facilite el desarrollo de trabajo de parto humanizado. (GR: A)
- Los profesionales de enfermería deben evitar lenguaje inapropiado por parte del equipo de salud, que pueda interferir con el buen desarrollo del trabajo de parto. (GR: A)
- Los profesionales de enfermería deben motivar la comunicación clara y sencilla con la mujer gestante durante el trabajo de parto y el parto para disminuir la ansiedad. (GR: A)
- Los profesionales de enfermería deben establecer una relación con la gestante basada en la cordialidad, respeto y resolución de los problemas; deben estar atentos a las necesidades de la gestante y a sus expectativas. (GR: A)
- Los profesionales de enfermería deben respetar las prácticas culturales de las parturientas enmarcadas en conservar, negociar o reestructurar el cuidado. (GR: A)
- Los profesionales de enfermería deben propiciar alternativas terapéuticas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, para lograr así un parto humanizado. (GR: B)
- Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta que las mujeres que se encuentran en trabajo de parto necesitan especial atención en cada una de las fases, para tolerar el dolor, la ansiedad y el temor a complicacionesii. (GR: A)
- Los profesionales de enfermería deben permitir a las gestantes ser acompañadas durante el trabajo de parto, de su esposo o compañero, y/o familiar de apoyo. Como así también brindar un apoyo continuo, lo que debería ser la regla y no la excepción, está demostrado que las madres con apoyo continuo durante el trabajo de parto y parto requieren menos medicamentos para el alivio del dolor y sus recién nacidos requirieron menos maniobras de reanimación. Percibiendo así la maternidad como una experiencia más positiva. *(15)*
- Los profesionales de enfermería deben asumir el compromiso ante el que da y recibe el cuidado, el cual se percibe a través de fenómenos relacionados con la asistencia, técnicas adecuadas, manejo de tecnologías, capacidad para prevenir complicaciones, conductas de apoyo y actitudes de cuidado dirigidas a dignificar a otros en su condición humana para lograr un crecimiento integraliv.
- Los profesionales de enfermería deben destinar tiempo en la comunicación con los familiares y es preciso recordar que desde el momento que la mujer ingresa a la sala de trabajo de parto, pierde el contacto directo con sus familiares; la intervención de la enfermera, en este momento, juega un papel importante para identificar las necesidades de la familia,

realizar las respectivas intervenciones y reconocer que es un derecho que tienen los familiares de ser informados sobre la situación de la mujer gestante.

Tras las recomendaciones mencionadas, es importante que el profesional de enfermería conozca:

- Sus condiciones socio-demográficas: temor, tensión, dolor, ansiedad, insatisfacción de necesidades básicas, cambios en el estado de salud, cambios biológicos y emocionales, expectativas, problemáticas socioeconómicas familiares.
- Las situaciones que vivencia una mujer en el momento de su ingreso a la sala de partos: multípara o primigesta, adolescente, adulta, añosa, nivel educativo, nivel socio-económico, ama de casa, profesional, estudiante, empleada, estado civil.

Dichas condiciones y situaciones pueden hacer que las mujeres actúen de manera distinta e influir en los resultados del trabajo de parto.

De igual manera, cada una de las mujeres tiene necesidades diferentes, para lo cual, se requiere que el profesional de enfermería asegure su atención, teniendo en cuenta sus individualidades y que además posea actitudes (empatía, afecto, comunicación, responsabilidad, compresión) que le permitan brindar seguridad, vivir una experiencia agradable para sus vidas y que cuenten con el apoyo incondicional, para que este proceso se pueda dar lo mejor posible en medio de las posibles dificultades o situaciones de estrés que se puedan generar durante el parto.

Enfermería debe poner en práctica dichas actitudes y facilitar la interacción, la comunicación, la expresión de necesidades e inquietudes de las personas, dejando de lado la rutina y pasar a un nivel superior de interacción con las personas a su cuidado.

El cambio en el modelo asistencial en el trabajo de parto con la implantación de una política de Humanización va a depender básicamente del trabajo de los enfermeros, porque si el enfermero actúa en conjunto con la mujer en la sala del parto, no va a permitir perpetuar el antiguo modelo, pero, aun así, sabemos que los cambios, son lentos, por la normal resistencia a toda modificación.

La enfermera debe ser la mayor incentivadora de estas prácticas y las responsables de desterrar prácticas dañinas. Un trabajo en conjunto con los profesionales de la salud, va a permitir estimular prácticas alternativas y trabajar en equipo con las enfermeras.

Solamente la actuación de la enfermera durante el proceso ya es un gran cambio o incluso un gran incentivo para el cambio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- Andrade Sampaio Álida, Vasconcelos Silva Ângela Regina de, Rejane Ferreira Moura Escolástica. Atención Humanizada Del Parto De Adolescentes: ¿Norma, Deseo O Realidad?. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2008 [citado 2016 Oct 31]; 73(3): 185-191. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300008&lng=es./-/dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300008.

2- Ramos Silvina, Romero Mariana, Ortiz Zulma, Brizuela Vanessa. Maternidad Segura y Centrada en la Familia: La Cultura Organizacional de Maternidades de La Provincia de Buenos Aires. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2015 Dic [citado 2016 Oct 31]; 113(6): 510-518. Disponible en: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000600010&lng=es. - dx.doi.org/10.5546/aap.2015.510.

3- Larguía, A. Miguel, et al. Maternidad Segura y Centrada en la Familia (Mscf) con Enfoque Intercultural: Conceptualización e Implementación del Modelo. UNICEF Argentina, [internet]. 2012 [citado 2016 Oct 31]. Disponible en: www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf

4- Infojusnoticias: Decreto 2035/2015 [internet]. Bs As: 24/09/2015 [citado 2016 Oct 31]. Disponible en :www.infojusnoticias.gov.ar/upload_archivos/10026_100091_dec20352015.pdf

5- Gallardo, Amanda Isabel. "Responsabilidad de la Enfermera en Situaciones de Limitación de Tratamiento." Medwave 10.11[internet]. (2010) [citado 2016 Oct 31]. Disponible en : www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/Ensayo/4802?tab=metrica.

6- Olarte Claudia Ariza. Solutions, Humanization. "Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria.". [internet]. 2011 [citado 2016 Oct 31]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2012/eu121f.pdf

7- Ibarra, Rosa Coral. "Humanización del cuidado de enfermería durante el parto humanization in the infirmary's care take during childbirth." scielo.org.co [internet].[citado 2016 Oct 30]. Disponible en:www.scielo.org.co/pdf/rudca/v11n1/v11n1a07

8- Ibarra, RosaCoral. Humanización del cuidado de enfermería durante el parto humanization in the infirmary's care

take during childbirth. [internet].[citado 2016 Oct 31]. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rudca/v11n1/v11n1a07

9- Carraro, Telma Elisa, et al. "El papel del equipo de salud en el cuidado y confort durante el parto y el parto:. Opinión de las madres" Contexto Enferm Texto 17.3 [internet].(2008): 502-9.[citado 2016 Oct 31]. Disponible en: www.researchgate.net/profile/Roxana_Knobel/publication/26602823_O_papel_da_equipe_de_sade_no_cuidado_e_conforto_no_trabalho_de_parto_e_parto_opinio_de_purperas/links/00463530a9c07bd810000000.pdf

10- morhason bello, imran o., et al. "assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in ibadan, south west nigeria: a randomised controlled trial." australian and new zealand journal of Obstetrics and Gynaecology 49.2 [internet]. (2009): 145-150. [citado 2016 Oct 31]. Disponible en: onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-828X.2009.00983.x/full

11- Andrade Sampaio Álida, Vasconcelos Silva Ângela Regina de, Rejane Ferreira Moura Escolástica. atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad?. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2008 [citado 2016 Oct 31] ; 73(3): 185-191. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300008&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300008.

12- Andrade Sampaio Álida, Vasconcelos Silva Ângela Regina de, Rejane Ferreira Moura Escolástica. Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad?. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2008 [citado 2016 Oct 31]; 73(3): 185-191. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300008&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300008.

13- Castañeda, E. "la enfermera y la humanización de la atención a la salud." hacia una medicina más humana. Ed. Médica Panamericana.(Bogotá) [internet]. (1998): 57-59.

14- Martha Patricia Becerra, Javier Bula, Luz Mireya Castañeda, Paula Andrea Castañeda, Nubia Castiblanco, Rosiris Cogollo Mestra., et al. "Guía De Cuidado De Enfermería A La Familia Gestante Durante El Trabajo De Parto Y El Parto". EBE [internet]. [citado 2016 Oct 31] ; Disponible en: www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20Sala%20de%20partos.pdf

15- Arango, Fernando, Joaquín Guillermo Gómez, and John Jairo Zuleta. "Uso De Practicas Clinicas Durante El Embarazo, Parto, Puerperio Y Recien Nacido, En Hospitales Publicos De Manizales--Colombia, 2005." Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 56.4 [internet] (2005): 271-281. Disponible en: go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA169473482&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=00347434&p=AONE&sw=w

16- Ibarra, Rosa Coral. "humanización del cuidado de enfermería durante el parto humanization in the infirmary's care take during childbirth." scielo.org.co [internet].[citado 2016 Oct 31]. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rudca/v11n1/v11n1a07

Recuerdos...

Algunas imágenes de los momentos vividos el 5 de Mayo
Dia Internacional del Lavado de manos

PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS AL CAMBIO DE REGISTRO DEL CONVENCIONAL AL ELECTRÓNICO
NURSES' PERCEPTION OF REGISTRY CHANGE FROM THE CONVENTIONAL TO THE ELECTRONIC

Oyola, Natalia [1],
Roppel, Diana [2],
Sanchez, Ester [3]

Resumen:
El presente trabajo corresponde a la tesis para optar al titulo de licenciada en enfermería. El mismo tuvo el objetivo general de describir la percepción del personal de enfermería al cambiar de un sistema de registro convencional a un registro informatizado en una institución privada de salud en el último trimestre del año 2013 y al primer trimestre del año 2014 en la ciudad de Córdoba. El método utilizado fue descriptivo transversal y prospectivo. El personal de enfermería, aun el de más antigüedad, manifiesta sentirse cómodo utilizando esta herramienta.
El cambio generado desde su implementación ha agilizado el proceso de atención, la enfermera puede estar más tiempo con el paciente, la información no se extravía y esta al alcance de todo el equipo de salud en el momento deseado.

Palabras clave: Registro informatizado, enfermería, informe de enfermería.

Summary:
The present work corresponds to the thesis to qualify for a degree in nursing. It had the general objective of describing the perception of the nursing staff when changing from a conventional registry system to a computerized registry in a private health institution in the last quarter of 2013 and the first quarter of 2014 in the city of Córdoba. The method used was cross-sectional and prospective. The nursing staff, even the oldest, says they feel comfortable using this tool.
The change generated since its implementation has streamlined the care process, the nurse can spend more time with the patient, information is not lost and is available to all health team at the desired time.

Keywords: computerized register, nursing, nursing report.

INTRODUCCION

El registro de los cuidados de enfermería constituye la principal fuente de información sobre la asistencia sanitaria que prestan los profesionales de enfermería.
En la actualidad, para realizar un registro de enfermería ya sea en áreas críticas o no, se requiere responsabilidad y ética profesional y legal, con soporte de conocimientos científicos que brinde altos niveles de calidad de atención y cuidados de enfermería humanizados.

HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA

La historia clínica Informatizada (HCI) puede definirse como el repositorio en "formato electrónico" de toda la información referente a la salud de cada uno de los pacientes, además ayuda a los profesionales "en la toma de decisiones y el tratamiento" (OPS & OMS, 2011).

- Se pueden observar las siguientes características: Accesibilidad y disponibilidad de la información,
- Presentación configurable de los datos,
- Comunicación activa con otros profesionales y con los pacientes,
- Agregación de datos,
- Acceso a bases de conocimientos,
- Sistemas de apoyo a la toma de decisiones,
- Mejora de la calidad asistencial.

Es interesante mostrar las Diferencias entre la HC informatizada y la HC convencional.

1: *Lic. en Enfermería. Servicio de Neonatología S Allende Nueva Córdoba.*
2: *Lic. en Enfermería. Supervisora del Servicio de Neonatología, Pediatría y partos S Allende. Nueva Córdoba.*
3: *Lic. en Enfermería. Servicio de Terapia Intensiva S Allende Nueva Córdoba.*

HC Informatizada

- Siempre disponible para cuando se necesite.
- Seguridad garantizada con una correcta política de resguardo de la información (back-up)
- La informatización racional garantiza que la información de un paciente no esté atomizada
- Legible, clara
- Garantizado por la firma digital y la inserción de hora y fecha automática
- Costos de imprenta: No requiere.
- Costos de papel: Bajo, sólo cuando necesariamente se requiera imprimir

HC Convencional

- Puede llegar a rehacerse total o parcialmente sin poder comprobarlo
- Utilizable en un solo lugar
- Frecuentemente extraviada, posibilidad de microfilmarse
- Frecuentemente se encuentran divida en servicios
- Sufre deterioro con el tiempo, por su propio uso.
- Algunas veces ilegible
- Costos de personal administrativo: Requiere personal para el mantenimiento del archivo, (repartir, buscar y ordenar las HC)
- Costos de imprenta: Es necesario para los distintos formularios que la componen.
- Costos de papel: Alto

Registro Informatizado de Enfermeria

Es aquel que utilizará como soporte un sistema informático que debe cumplir con unos requisitos estrictos en cuanto a la capacidad de almacenamiento de los datos y velocidad del proceso multimedia generada, por ello no ha sido viable hasta que se ha contado con potentes ordenadores y redes de comunicación rápidas que permitan el acceder rápidamente a los datos almacenados.

Evidentemente los registros de enfermería forman parte de esta historia clínica, aunque específicamente, la jurisprudencia no determina las normas para estos registros, sino que emite un juicio crítico sobre el cumplimiento de la norma. La administración y el registro de los cuidados de enfermería deben cumplir las normas de la profesión.

En todo proceso de cambio es muy importante tener en cuenta la Percepción de los principales usurarios del sistema o proyecto que se utilizara, es por ello que en este caso consideramos la percepción de los enfermeros.

La percepción depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías con los que se comparan los estímulos que el sujeto recibe, pues conforman los referentes perceptuales a través de los cuales se identifican las nuevas experiencias sensoriales transformándolas en eventos reconocibles y comprensibles dentro de la concepción colectiva de la realidad.

Es decir que, mediante referentes aprendidos, se conforman evidencias a partir de las cuales las sensaciones adquieren significado al ser interpretadas e identificadas como las características de las cosas, de acuerdo con las sensaciones de objetos o eventos conocidos con anterioridad.

Factores que influyen en la percepción: motivación, Instrucciones, Contexto, expectativas, Experiencias, Emociones, Cultura, Diferencias individuales, Recompensa/castigo.

OBJETIVO GENERAL

Describir la percepción del personal de enfermería al cambiar de un sistema de registro convencional a un registro informatizado en el S Allende desde el último trimestre del año 2013 al primer trimestre del año 2014 en la ciudad de Córdoba.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1- Identificar las principales percepciones del personal de enfermería frente al cambio de sistema de registros de enfermería.

2- Conocer las percepciones positivas frente al cambio de registros de enfermería.

3- Establecer los motivos de las percepciones negativas frente al cambio de sistema de registros de enfermería.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Método cuantitativo - descriptivo - transversal y prospectivo

Población: Conformada por los enfermeros profesionales y/o licenciados del S. Allende sede Nva. Cba.

Criterios de inclusión: Enfermeras licenciadas y/o profesionales con más de 3 años de antigüedad en la institución, con desempeño en tareas relacionadas a la atención directa de pacientes de cualquier edad en

las diferentes áreas de internación.
Criterios de exclusión: Auxiliares de enfermería, enfermeras profesionales y/o licenciadas con menos de tres años de antigüedad en la institución, personal de enfermería de áreas terciarizadas, de consultorio externo, que no trabajen en atención directa al paciente, personal de enfermería profesional o licenciado de áreas de conducción.
Técnica e instrumento de recolección de datos: La técnica que se utilizó para recolectar los datos fue una encuesta con modalidad de cuestionario. Esta técnica permitió recolectar los datos necesarios para dar respuesta al problema definido y a los objetivos formulados.
La recolección de datos se llevó a cabo en todo los servicios de la institución en los tres turnos (mañana - tarde - noche) de lunes a viernes a todos los Enfermeros que aceptaron.

RESULTADOS:
Los siguientes gráficos muestran algunos de los resultados devenidos del presente estudio.

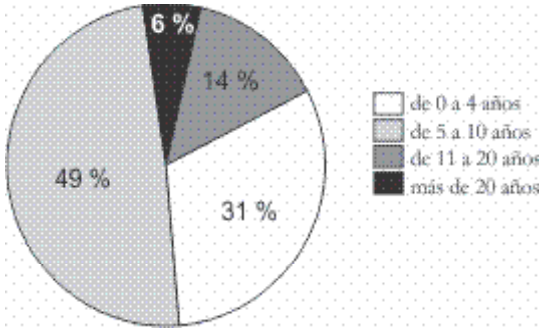
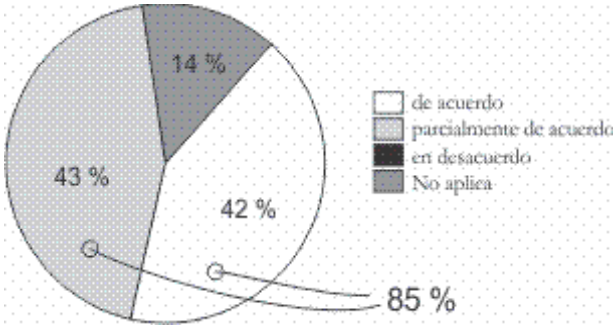
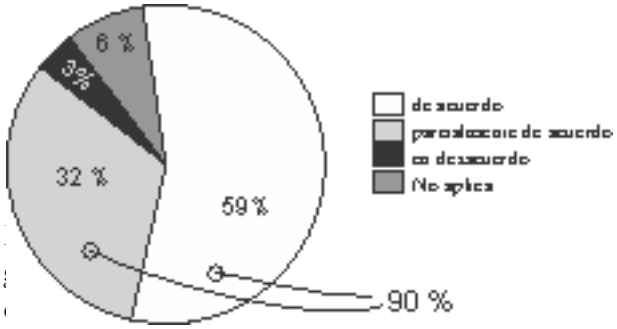
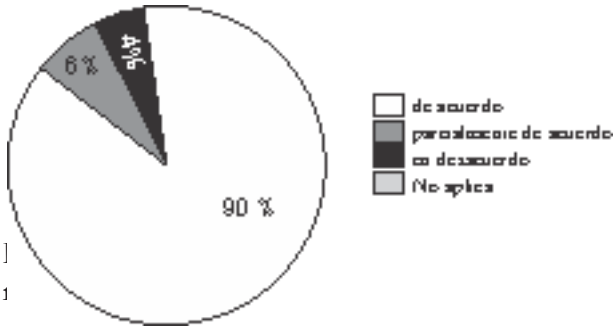
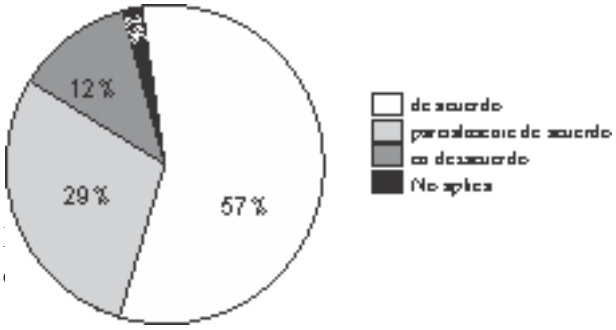


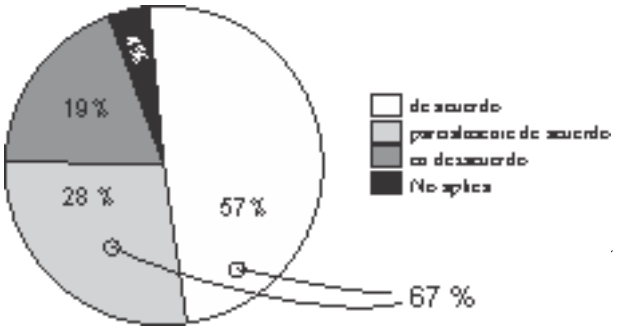
Figura 1: Composicion de la muestra segun antiguedad











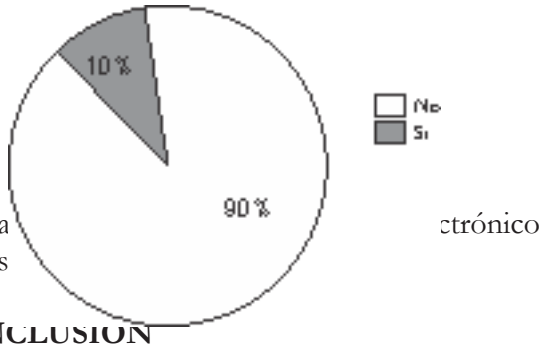


Figura ctrónico versus

CONCLUSION

Aunque el proceso ha sido arduo, el resultado es positivo. El personal de Enfermería, aun el de mas antigüedad, manifiesta sentirse cómodo utilizando esta herramienta.

El cambio ha generado rechazo, disgusto, hasta negación, pero hoy después de tres años desde su implementación podemos decir que ha agilizado el proceso de atención, la enfermera puede estar más tiempo con el paciente, la información no se extravía y esta al alcance de todo el equipo de salud en el momento deseado.

PROPUESTA DE MEJORA

- Continuar en forma paulatina implementando mejoras en la carga de dato y obtención de información.
- Tener en cuenta para futuros proyector usar un solo sector como prueba piloto
- El periodo de prueba debe ser de mayor tiempo para que no se dificulte luego la implementación satisfactoria a otros sectores.
- Rever el equipamiento necesario (computadoras) para mejorar el acceso a la HC.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- American Nurses Association en 2003). Recuperado de www.nursingworld.org

2- Xabier Irigibel-Uriz (2007) Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson. Acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro. Index de Enfermería-versión impresa ISSN 1132-1296. Recuperado de www.scielo.isciii.es.

3- Alexander, Margaret F. Phyllis J Runciman. 2003. Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista Informe del proceso de elaboración y de las consultas. Consejo internacional de enfermeras (CIE), 3, place Jean-Marteau, CH-1201 Ginebra (Suiza)

4- Giménez Lajara Miguel, A. Bordanove Vázquez Cristina. Julio 2009. Los registros informatizados en uci aumentan la eficiencia del equipo asistencial. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream.

5- Pierri; Menem; Pereyra Arandía De Pérez Pardo; Flombaum. Ley 24.004 Régimen legal del ejercicio de la enfermería. Recuperado de www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/regulacion/files

6- Ley Provincial 6222/1973 Del ejercicio de las profesiones y actividades relacionadas con la salud humana Córdoba, 17 de Noviembre de 1973. Recuperado de www.cba.gov.ar.2012/.../sal_farm_normativas0201021.

7- Consejo Internacional de enfermería. Código deontológico del CIE (2012). http://www.icn.ch/es/publications/publications/

8- Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada: Octubre 21 de 2009. Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009.

9- OPS-OMS- Regulación de la enfermería en América Latina-Organización Panamericana de la Salud-2011. Área de fortalecimiento a la Salud.

10- Asociación Internacional de Informática Médica (2009) Definición de Informática de Enfermería Actualizada. Recuperado de (www.imiani.org).

11- Vargas Luz María Concepto de Percepción – Teoría Gestalt-Universidad Autónoma de Metroploitana-Itapalpa. Dto de atención a la Salud. 2013

12- Parasuraman, A.; Berry, L. & Zeithaml, V. (1991a). "refinement and reassessment of the servQual scale", in: Journal of Retailing, 67(4), 420-450.

13- Baron, Robert. Psicología. México: Prentice Hall, 1996. P. 131 – 133, 135 – 138.

14- DAY, R. H. Psicología de la Percepción Humana. México D. F.: Ed. Limusa–Wiley, 1973. 227 p.

15- Feldman, Robert. Psicología. México D.F.: Mc Graw Hill, 1999. 646 p.

16- Giovetti, Paola. Los fenómenos paranormales. Santafé de Bogotá: Ediciones Paulinas, 1992. 192

17- Matlin, Margaret W., y Foley, Hugh J.. Sensación y Percepción. México D. F. Prentice Hall, 1996. 554 p.

18- Moix Queraltó, Jenny, "Mensajes que no llegan a la consciencia" [en línea]. 18 de mayo de 2000. En línea www.ciencia.vanguardia.es/ciencia/portada/p611.html (Consulta: 18 de mayo de 2000)

19- Schiffman, Harvey Richard. La Percepción Sensorial. México D. F.: Limusa, 1983. 453

20- Botero Arias Carlos Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología -la noción de contexto en la psicología ambiental de orientación transaccional- Universidad El Bosque Recibido: Mayo 18 de 2009. Aceptado: Julio 15 de 2009.

21- Merleau, M. 1957. Fenomenología de la Percepción. México, Fondo de cultura Económica.

PROTOCOLO DE CUIDADO A PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL INTERMITENTE

GUIDE, PROTOCOL OF CARE TO PATIENTS WITH INTERMITTENT PERITONEAL DIALYSIS

Acosta, Florencia [1]
Cabrera, Yanina [2]
Moreno, Roxana [3]

Resumen:
El cuidado y la atención integral de pacientes pediátricos que necesitan el tratamiento de diálisis peritoneal intermitente debe estar consensuado y sistematizado de manera que pueda ser evaluado y aumente el sello de calidad en atención de salud. Este protocolo es un instrumento técnico basado en el conocimiento científico, la tecnología, la mejor evidencia disponible y en las teorías del cuidado propias de la profesión, para cualificar y orientar el trabajo de enfermería.

Palabras Clave: Protocolo, enfermería, diálisis peritoneal intermitente

Summary:
The care and comprehensive care of pediatric patients requiring intermittent peritoneal dialysis treatment should be consensual and systematized so that it can be evaluated and the quality of health care can be increased. This protocol is a technical instrument based on the scientific knowledge, the technology, the best available evidence and in the care theories of the profession, to qualify and guide nursing work.

Key words: Protocol, nursing, Intermittent Peritoneal Dialysis.

INTRODUCCION

Para la ejecución de este protocolo se tuvo en cuenta como concepto principal el de Diálisis peritoneal (DP), que engloba todas aquellas técnicas de diálisis que utiliza el peritoneo como membrana de diálisis y su capacidad para permitir, tras un periodo de equilibrio, la transferencia de agua y solutos entre la sangre y la solución de diálisis Para lograrlo se introduce una solución en la cavidad peritoneal por medio de un catéter de Tenckhoff, y permanece un lapso de tiempo en contacto para que se produzca el intercambio con la sangre.
Diálisis peritoneal intermitente (DPI), es generalmente realizada por una enfermera en unidad de cuidados intensivos, la duración óptima de este tratamiento es de 48 a 72 hs, ya que se debe utilizar en procesos agudos. Se procede a individualizar los líquidos de diálisis, los tiempos de permanencia y drenado, se puede realizar en forma manual o con un aparato de ciclos. La máquina de ciclos controla de forma automática los tiempos de permanencia, y tiene una serie de alarma. Este procedimiento comparado con el realizado de forma manual, es competencia de Enfermería. *(5)*

CONTEXTO DE DESARROLLO

Este protocolo se planificó para ser implementado en un servicio de terapia intensiva y cuidados intermedios de una institución pública de 3er nivel que atiende a una población pediátrica desde el primer mes de vida hasta 14 años.

JUSTIFICACIÓN

La diálisis peritoneal es escogida como primera opción de diálisis en cualquiera de sus modalidades, con buenos resultados de integración social y de satisfacción personal, evitando el incremento de inversión en infraestructura.
Cabe destacar que se seleccionó este tipo de diálisis peritoneal, ya que es la que con mayor

1: *Lic en Enfermería Estudiante de la Especialidad de Enfermería en el cuidado del paciente critico*
2: *Lic en Enfermería Estudiante de la Especialidad de Enfermería en el cuidado del paciente critico*
3: *Lic en Enfermería Estudiante de la Especialidad de Enfermería en el cuidado del paciente critico*

frecuencia se realiza en el servicio.

OBJETIVO

Establecer lineamientos generales del cuidado a pacientes con diálisis peritoneal para disminuir infecciones.

MATERIALES

La preparación del líquido de diálisis, así como el purgado y conexión del sistema, así como el proceso completo, debe ser realizado por dos enfermeras, o en su defecto una enfermera y una auxiliar de enfermería quien asistirá a la enfermera. Planilla de diálisis.

Insumos

- Camisolín, gorro y barbijo estériles.
- Guantes estériles
- Gasas estéril (varios paquetes)
- Tela adhesiva hipo alergénicas ancho 5 cm.
- Venda para fijación de miembros superiores e inferiores
- Jeringas 5 - 10 cm.
- Clorhexidina al 2 %
- Tapón estéril (trozo de tabuladora herméticamente sellado en un extremo)

Equipos necesarios

- Fuente de calor seco para las soluciones
- Balanzas digitales
- Mesa auxiliar
- Caja de curaciones estéril
- Tubo en Y
- Soporte para solución de diálisis
- Soporte para bolsa de drenaje
- Solución para diálisis peritoneal al 2 %
- Bolsa colectora estéril con drenaje
- Riñoneras
- Glucomiter
- Tensiómetro manual, termómetro.

Estrategia de búsqueda

Para la realización de este protocolo se realizaron búsquedas en Scielo, Biblioteca Virtual en Salud y Web of Science, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud, Asociación argentina de enfermeros en el control de Infecciones, Sociedad Argentina de Nefrología, Sociedad Española de Nefrología, Fundación Hospital Garrahan Enfermería Pediátrica y Neonatal.

Procedimientos

Preparación del lugar físico:

- Supervisar la higiene adecuada de la habitación(1A)
- Supervisar el orden y la prolijidad de la misma (1A)
- Cambiar ropa de cama según necesidad
- Mantener puertas y ventanas cerradas durante el procedimiento (1 A)
- Aire acondicionado debe tener los filtros en condiciones

Preparación del paciente

- Explicar procedimiento al binomio madre -hijo
- Baño completo con clorexhidina jabonosa al 2% (2B)
- Lavado de mano con clorexhidina al 2% con los 5 momentos(1A)
- Lavado de manos con alcohol en gel al 70% (2B)
- Control de signos vitales, monitorizaremos FC, ECG, TA, FR, PVC, T° central y periférica.
- Registrar peso inicial, para valorar posibles cambios en volumen corporal
- Colocar al niño en posición supino o ligeramente anti trendelemburg para Evitar que disminuya su capacidad respiratoria.
- Colocar SNG para descomprimir el abdomen o para evitar distención abdominal.
- Colocar sonda vesical y realizar control de diuresis horaria (1B)
- Valorar estado de conciencia, hidratación, coloración de piel y mucosas. (1B)
- -Colocación o mantenimiento de vía periférica permeable según el estado general del niño.
- Apertura de planilla de diálisis (1B)
  - Nombre y apellido de paciente
  - Número de historia clínica, número de diálisis, Diagnóstico, Enfermera a cargo.
  - Tipo de solución a usar (estándar o preparado) de acuerdo a necesidad del paciente.
  - Modificaciones o agregados que pueda requerir (aumento de la osmolaridad, cloruro de K, Heparina o Antibióticos)
  - Total ingresado, total egresado, balance neto.
  - Inscribir peso inicial y final.

Preparación del sistema de diálisis

- Verificar, antes de iniciar el procedimiento el rótulo de la solución a ser utilizada, fecha de vencimiento y concentración de la solución.
- Lavado de manos con clorhexidina al 2% (1 A)
- Colocación de equipo de protección (barbijos, camisolín, guantes estériles) (1 A)
- Realizar asepsia de conexión con alcohol al 70%(1A)
- Exponer bolsa de diálisis a temperatura hasta alcanzar los 37° C aproximadamente, para evitar cambios bruscos de la temperatura y así eludir dolor e incomodidad.
- Eliminar la cobertura de la bolsa externa
- Colocar los clamps, conectar al extremo proximal de la bolsa de solución, cuidando de no contaminar los bordes externos del pico y realizar el purgado del equipo bitubular, recordar que no quede aire en la bureta proximal. (1 A)

Inicio del procedimiento de diálisis

- Colocar barbijo y realizar lavado de manos. (2B)
- el procedimiento se realizará con dos enfermeras (2 B)
- Realizar asepsia de la unión del catéter y tapón con alcohol al 70% (1A)
- con una gasa sostener firmemente el catéter para evitar desplazamiento y con la otra retirar el tapón que lo obtura (2C)
- Conectar la guía bitubular ya purgada al catéter; rotándolo hasta que quede bien asegurada sin soltar el catéter durante la maniobra.(2C)
- Cubrir con gasas estéril la unión del catéter con la guía fijándola con tela adhesiva (2 C)
- Sujetar la guía al abdomen del paciente para prevenir la tracción por su peso.
- Conectar la rama de desagote a la bolsa colectora, manteniendo cerrado el paso con la laminilla.
- Registrar el peso inicial de la bolsa y luego se comienza con los baños según indicación médica (cantidad de líquido y permanencia). (2B)

Desarrollo de diálisis

- Mantener cerrada la rama de entrada, cumplido el tiempo de recambio: hora de salida. Abrir la rama inferior; terminando el drenaje se la pinza y medir el volumen.
- Valorar características del líquido.

Finalización de la diálisis

- Una vez finalizado el drenaje del último intercambio, proceder a cerrar la diálisis
- El método está a cargo de dos enfermeros, bajo estrictas normas de asepsia
- Colocarse barbijo, ambos se realizan lavado de manos (1 A)
- Una enfermera: retira la gasa que protege la unión del catéter con la guía
- La segunda enfermera (con camisolín y guantes estériles) y cerca del paciente: abre un campo y coloca sobre ella gasas y tapón para el catéter
- Realizar asepsia con alcohol al 70%
- Tomar dos gasas estériles: con una sujetar firmemente el catéter y con la otra retirar la guía rotándola
- Sostener con gasas estéril cubrir el tapón y el trozo de catéter visible y fijar con tela adhesiva
- Pesar y anotar en la planilla de diálisis.

Recomendaciones

- Realizar limpieza previo al comienzo de la diálisis
- Avisar inmediatamente al médico si hay escape de líquido peri catéter, si drena, valorar y registrar, si es turbio o hemático.
- Evitar reintroducción de cánula al peritoneo en caso de desplazamiento.
- En caso de salida accidental cubrir la zona con gasa estéril y avisar inmediatamente al médico.
- Valorar la zona de peri catéter si esta enrojecido, si hay signos de peritonitis, etc.

Socialización Institucional

Para lograr una socialización institucional adecuada y una implementación del protocolo se debe presentar en el Comité de Capacitación y Docencia, con el comité de Seguridad de Pacientes, enfermeros responsables del control de Infecciones, servicio de Infectología con los jefes de los servicios; aguardar la validación, para luego poder realizar un plan de capacitación para el personal involucrado en todos los turnos disponibles.

Instrumento de Monitoreo de Calidad

Para evaluar dicho protocolo, se realizará una primera etapa de prueba piloto , en ese momento valoraremos todos los posibles errores. Pondremos en práctica un monitoreo de proceso, mediante la elaboración de un checklist, el cual permitirá evaluar el resultado final ,a través de indicadores empíricos que determinarán la efectividad de la diálisis, evitando las complicaciones más comunes. Luego se utilizará una tasa de efectividad .donde relacionaremos pacientes sometidos a Diálisis Peritoneal con Cantidad de pacientes con complicaciones. Una vez completado esos procesos se someterá a la validación final.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- Álvarez, C. A., Cortés, J. A., Gómez, C. H., Fernández, J. A., Sossa, M. P., Beltrán, F.& Padilla, A. (2010). Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Infectio, 14(4), 292-308.

2- "Protocolo basado en la evidencia de los cuidados de los catéteres urinarios en unidades de cuidados intensivos". Enfermería Intensiva. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. Volumen 23 Numero 4. Octubre- diciembre 2012. ISSN:1130-2399

3- Fundación del Hospital Garrahan "Enfermería Pediátrica y Neonatal-Insuficiencia Renal Aguda y Crónica"

4- Lanuza M, Minguela Jl Rodado R, et al. Our nine-year experience wiht the self-location cathete: comparison of malfunction rate with other tenckhoff catheter variants. Int J ArtifOrgans 2006;29:138-141 (pubmed)

5- Maciasheras M. Concepto de diálisis peritoneal, fisiología y anatomía en: Manual práctico de diálisis peritoneal. Coronel F, Montenegro J, Selgas R, Celadilla O, Tejuca M, Eds. Atrium Comunicación estratégica S. L. Badalona 2005.

6- Prevención de las Infecciones Nosocomiales. Guía Práctica. 2da Edición. OMS.2003

7- Rivas R, Sánchez M. Tratado de Enfermería en cuidados Críticos y Neonatales. Sección IX. Capítulo143 .

8- Arrieta J. Bajo A, et al. Guías de Practicas Clínicas en Diálisis Peritoneal. Sociedad Española de Nefrología. Madrid. 2005

9- Intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación colombiana de Infectologia. Revista Infecto. Año

10- Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía Práctica. OMS 2003.

11- Márquez R. Protocolo basado en la evidencia de los cuidados de los catéteres urinarios. 2012. España.

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÖN: ABORDAJE DE LAS EMOCIONES DEL NIÑO DURANTE SU HOSPITALIZACION

IMPLEMENTATION PROJECT: ADVOCACY OF THE CHILD'S EMOTIONS DURING HOSPITALIZATION

Mecchia, Andrea [1]
Roppel, Diana [2]
Otero, Daniela [3]
Velarde, María [4]

Resumen
La hospitalización de un niño en cualquiera de las fases de desarrollo que se encuentre supone una situación de stress más aun relacionado con factores ambientales. Considerando este aspecto de gran importancia es que se implementaron en el internado pediátrico una serie de consignas que van desde cambios en la parte edilicia hasta la implementación de stickers que acompañan al niño y lo hacen partícipe de su propio cuidado. Estas actividades se enmarcan dentro del Proyecto Institucional "CUIDANDO PERSONAS".

Palabras clave: enfermería, cuidando personas, niño, pediatría.

Summary
The hospitalization of a child in any of the stages of development is a situation of stress even more related to environmental factors. Considering this aspect of great importance is that a series of slogans were implemented in the pediatric boarding school, ranging from changes in the building sector to the implementation of stickers that accompany the child and make him participate in his own care. These activities are part of the Institutional Project "CARING PEOPLE".

Keywords: nursing, caring for people, child, pediatrics.

INTRODUCCION

La pediatría es una de las áreas de atención de enfermería que requiere además de conocimientos específicos y basado en la mejor evidencia disponible, una actitud y solicitud para tratar a estos pacientes y sus familias. Para brindar un cuidado de calidad es necesario enfocar no solo el proceso de enfermedad y recuperación, sino evaluar las dimensiones que influyen en el desarrollo normal de un niño, sin olvidar las necesidades de los padres.

Factores relacionados con la Hospitalización
Cada niño va a reaccionar a las situaciones de estrés de distinta forma, dependiendo en gran medida de determinados factores.
Los factores se pueden dividir según diversas perspectivas. Haciendo un compendio de diversos autores y artículos, los podemos clasificar en:

1. Factores Personales: que consideran la etapa del desarrollo en que se encuentre el sujeto, el desarrollo cognitivo, las capacidades intelectuales, el desarrollo socio emocional, relaciones de afecto, el tipo de familia y sus interacciones.
2. Factores relacionados con la enfermedad: naturaleza y características, gravedad del pronóstico, si es aguda o crónica, tiempo de evolución, grado de discapacidad, efectos secundarios del tratamiento.
3. Factores relacionados con la familia: Afrontamiento del estrés, interacción entre sus miembros, tipo de familia, relación afectiva entre los miembros, comunicación, número de integrantes de la familia, redes sociales de apoyo.
4. Factores relacionados con las Redes sociales: Números de redes con que cuenta la familia, relación, interacción, apoyo.
5. Factores relacionados con el Equipo de Salud: Comunicación, confianza, apoyo y soporte emocional, nivel de estrés del equipo, trabajo

1: *Lic en Enfermería. Enfermera Jefe del Dpto de Enfermería del Sanatorio Allende. Córdoba.*
2: *Lic en Enfermería. Enfermera Jefe del Servicio de Perinatología del Sanatorio Allende. Córdoba*
3: *Lic. en Enfermería. Córdoba.*
4:

en equipo, entrega de información.

6. Ambiente Hospitalario: ambiente físico (temperatura, ventilación, seguridad, iluminación, infraestructura), comodidad, horario de visitas amplio, número de pacientes por sala, sistemas de entretención y recreación, información adecuada y preparación para procedimientos.

Significado de la enfermedad en sí para el niño, basándose en las etapas del desarrollo

Para el niño, la hospitalización es un estimulo desencadenante de estrés, el no sabe lo que es la enfermedad, sobre todo si es muy pequeño, ni comprende a que se debe el dolor que presenta, no entiende porque sus padres lo abandonan, y porque se lo introduce en un ambiente extraño, privándole de sus amigos, objetos y juguetes, etc.

- Lactante: "cambio de rutina y ambientes familiares, responde de forma global. Le supone un problema la separación de los objetos deseados". Referido principalmente este punto al desapego de lo realmente importante o necesario para el lactante, como son el deseo de amamantamiento, el chupete, el apego materno, la tranquilidad del ambiente familiar, la entrega de cariño y cuidado permanente.
- Niño/a de 1 a 3 años: miedo a la separación y al abandono. En este período la ansiedad por esta causa es máxima. Relaciona la enfermedad con una situación, circunstancia o conducta concreta. En esta etapa surge el temor a la separación definitiva de los padres, el pensamiento de que los padres se van para no volver, especialmente durante la noche, la desesperación por haber sido "abandonados" en un ambiente desconocido y con personas que no representan necesariamente la entrega de afecto y cariño.
- Más de 3 años: miedo al dolor o lesión corporal. Tolera mejor la separación que los menores. Entiende la enfermedad como un castigo por haber hecho algo mal. Es en este período donde surge el temor al dolor físico-corporal, el rehusarse a la realización de procedimientos, el miedo al personal de salud, los períodos prolongados de llanto, rabia y desesperación por la permanencia en el hospital, específicamente a lo desconocido.

En edades escolares se produce un temor por la naturaleza física de la enfermedad. Hay preocupación por la separación del grupo de compañeros/as y de la capacidad de mantener su relación en el grupo. Percibe la enfermedad como una causa externa, pero localizada en el cuerpo. Acá comienza la identificación de las consecuencias que conlleva la enfermedad como tal, la preocupación por la recuperación total, que tiene directa relación con la separación de pares, es decir el alejamiento con el grupo de amigos, con quienes descubre aspectos nuevos y que generan un grado de satisfacción para los mismos.

- Adolescente: se produce ansiedad en relación con la pérdida de independencia, control o identidad. También se manifiesta preocupación por la pérdida de intimidad. Percibe el órgano o proceso que funciona mal como causa de enfermedad, y es capaz de explicarla. Sin duda alguna en esta etapa la separación de los seres queridos, si bien es importante no es fundamental, acá se conjugan una variedad de factores, como son la protección de partes íntimas, la dificultad para expresar con claridad sus sentimientos, el temor a no ser comprendido, la pérdida de autonomía y volver a ser tratado como un niño.

Fases de la hospitalización

Las emociones son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del individuo cuando percibe un objeto, persona, lugar, suceso, o recuerdo importante.

El proceso de enfermedad- hospitalización de un niño presenta un impacto que va desde lo más leve a los más grave, haciendo que sus temores y ansiedades vayan variando, traduciéndose en algunas oportunidades casi al final de la hospitalización en forma de adaptación y mejor capacidad de tolerancia para experiencias futuras.

- Fase de protesta: la cual puede durar horas o semanas, el niño/a tiene una fuerte necesidad de su madre y la espera basándose en una experiencia anterior en la que ella siempre respondía a sus lloros, por ello se desespera ante esta nueva situación desconocida para él, en la que sus protestas y gritos no conducen a la aparición de la madre. En esta fase el niño/a suele ser considerado un mal paciente.
- Fase de desesperación: se caracteriza por la necesidad continua y consciente de su madre, el niño/a presenta una apatía y un retraimiento

fuera de lo normal, así como una gran tristeza. Aparentemente el niño/a parece tranquilo y adaptado. Es la fase de mayor controversia respecto a la presencia de los padres en el centro hospitalario.

- Fase de negación: el niño/a muestra más interés por el entorno y esto es considerado como un signo de que está feliz, pero lo que realmente está haciendo es reprimir sus sentimientos.

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN

Para gran parte de las personas el hospital representa un significado negativo, abarcado el ámbito físico y social, debido a que se encuentra vinculado con la enfermedad y sus consecuencias. Es por esto que es fundamental generar en la población una perspectiva de que el hospital no es sólo un lugar negativo sino también el espacio físico donde nos "sanamos o mejoramos" de la enfermedad que presentamos. Junto con lo anterior es fundamental manifestar que existen señales o acciones ocurridas dentro del espacio hospitalario que serán captadas por los niños y sus familias, las que permitirán atribuirle al ambiente un significado particular, siendo en algunas oportunidades negativo, catalogado como estresante o distensor, dependiendo de las experiencia individuales y colectivas vinculadas con este agente.

Desde esa perspectiva es que junto al programa CUIDANDO PERSONAS presentado por la institución se aborda mejorar la percepción del paciente y su familia. Durante su estadía, se modifico la parte edilicia del sector de internado pediátrico dándole un ambiente más acorde a la edad, permitiendo que cada paciente y su familia puedan apropiarse de la habitación y acondicionarla con sus preferencias.

Además se puso en funcionamiento una serie de sticker donde con cada acción positiva que el niño realiza se lo premia y se lo hace partícipe de su propio cuidado.

OBJETIVOS

Lograr que los niños y sus padres o personas a cargo, perciban un clima de calidez y contención durante toda la estadía en el Sanatorio, desde el ingreso hasta el alta médica.

Promover una mejor experiencia en pacientes pediátricos internados.

Que cada niño/a y su familia sientan incluidas sus emociones en el cuidado.

Instructivo animómetro

La intencionalidad de la acción reside en que los stickers "Animómetro" funcionen como un reforzador positivo del ánimo del niño.

La enfermera a cargo del cuidado de los niños es la responsable de la aplicación de los stickers.

Elegirá un momento oportuno del día para colocárselo al niño.

Por ejemplo: si a un niño se le retira el suero, o presenta alguna mejora en su salud, ese será un momento oportuno para que el niño perciba este reforzador y se sienta mucho mejor aún.

Instructivo suero de los super poderes

1- La enfermera del área pediátrica colocará un sticker en el suero del paciente internado.

2- La aplicación del sticker no debe dificultar la visualización del nivel de suero ni afectar su funcionalidad.

3- El sticker deberá cambiarse cada vez que se cambie el suero.

4- Tanto el sticker como el suero deben ser visibles para el paciente, de modo que éste pueda apreciar el nivel de suero y captar el sentido del sticker.

Aclaraciones importantes!!!

Tanto en el caso del sticker Animómetro como del Suero de los Super Poderes, las enfermeras son las únicas personas habilitadas para cambiarlos.

Lo ideal es que la aplicación de los stickers se realice a diario.

Es de suma importancia que la enfermera haga al niño partícipe de la acción, ya que él es el protagonista de todo esto.

Para ello, es importante: explicarle a cada niño el sentido de cada uno de los stickers.

Comprender que con sólo aplicar los stickers no se logrará alcanzar el objetivo de la iniciativa, sino que es fundamental el accionar profesional de cada enfermera en cada caso particular.

MONITORIZACION

El control de la acción se realiza en cada turno y está a cargo de los supervisores de enfermería del área pediátrica y mediante las encuestas de satisfacción que se realiza trimestralmente desde el área de cuidando personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- Ibarra, A.(2006).Determinantes ambientales de salud. En Salud Pública para Enfermería (cap.7). Recuperado el 10 de Abril 2007, de www.aibarra.org/Apuntes/Salu d-

2- Publica Determinantes Ambientales Bowlby,J. (1982). Los cuidados maternos y la salud Mental. (4ª ed.). Buenos Aires: Hvmanitas.

3- Carvallo,Y. (2005).Causas y alteraciones del desarrollo y afectaciones de las alteraciones del desarrollo infantil en el área psicológica .En el desarrollo del aprendizaje y lenguaje en la infancia (cap. IV). Recuperado el 15 de Abril de 2007, de

4- Ortigosa, J & Mendez, F. (2000).La Hospitalización Infantil. En Ortigosa, J & Méndez, F. Hospitalización Infantil: Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica. (2ª ed., pp. 19-29). España: Nueva Madrid.

5- Rodríguez, L. (s.f.). Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil. Recuperado el 15 de abril 2007 del sitio web de la Universidad de Castilla-La Mancha de: www.uclm.es/profesorado/ricardo/Docencia_e_Investigacion/2/LuisRodriguez.htm

6- Carvallo,Y. (2005). Causas y alteraciones del desarrollo y afectaciones de las alteraciones del desarrollo infantil en el área psicológica. En el desarrollo del aprendizaje y lenguaje en la infancia (cap. IV). Recuperado el 15 de Abril de 2007, de www.educacioninicial.com/ei/contenidos/00/0500/508.ASP

7- Basilui,C & Sepúlveda,C.(1993). Juego Psicoterapéutico en niños hospitalizados de 8 a 11 años. Disertación de título no publicada, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

8- Sierra, P. (s.f.). Calidad de vida en el niño Hospitalizado. Revista de la Sociedad Colombiana de Pediatría. Recuperado el 20 de Mayo de http://encolombia.com/pediatria34299_actitudes29.htm

9- Fernández, A & López, I.(2006, 22 de Marzo). Estrés en padres e hijos en la hospitalización infantil. Infocoponline: Revista de Psicología. Recuperado el 10 de Mayo 2007 de: www.infocop.es/view_article.asp?id=686&cat=38

10- Ortigosa, J & Mendez, F. (2000). Hospitalización Infantil: Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica. (2ª Ed.). España: Nueva Madrid.

PUESTA AL DIA SOBRE ATOSIBAN DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO TRACTOCILE 6,75 MG/0,9 ML SOLUCIÓN INYECTABLE

UP TO THE DAY ABOUT ATOSIBAN NAME OF THE MEDICINAL PRODUCT TRACTOCILE 6.75 MG / 0.9 ML SOLUTION FOR INJECTION

Guerrero, Yudith [1]

Resumen

Este trabajo trata de la actualización del uso de ATOSIBAN para el tratamiento de la amenaza de parto prematuro, utilizando para su aplicación el protocolo de administración de Tractocile en el servicio de partos vs internado general, a los efectos de sistematizar los cuidados de enfermería en la utilización de este medicamento.

Palabras clave: Atosiban, parto prematuro, enfermería, administración segura de medicamentos.

Summary

this paper deals with the update of the use of ATOSIBAN for the treatment of the threat of preterm birth, using the protocol of administration of Tractocile in the delivery service vs general hospital for its application, for the purpose of systematizing nursing care In the use of this medicine.

Keywords: Atosiban, premature birth, nursing, safe administration of medications.

INTRODUCCION

La prematurez contribuyó en el año 2013 al 52% de la mortalidad en menores de un año en la República Argentina, es la principal causa de Mortalidad Neonatal y de complicaciones neonatales a corto plazo, tales como depresión al nacer, Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR), hemorragia intraventricular, sepsis, retinopatía del prematuro (ROP), ictericia, trastornos de la alimentación, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante (ECN), ductus arterioso persistente, apneas. A largo plazo, es causa de complicaciones severas como parálisis cerebral, displasia broncopulmonar, retraso mental y madurativo, déficit del neurodesarrollo, menor rendimiento escolar, compromiso de la visión y de la audición. Estos riesgos aumentan en forma inversamente proporcional a la edad gestacional en la que se haya desencadenado el nacimiento.

Con el objetivo de mejorar los resultados y permitir un uso más eficiente de los recursos, es que hemos implementado este protocolo de aplicación de esta droga en el servicio para mejorar los resultados en la efectividad del tratamiento y dar mayor seguridad a nuestros pacientes.

Composición

Un frasco ampolla con 0,9 ml de solución para inyección contiene: Atosiban (como base libre) 6,75 mg, manitol, ácido clorhídrico y agua para inyección c.s.p. Un frasco ampolla con 5 ml de solución para infusión contiene: Atosiban (como base libre) 37,5 mg, Manitol, ácido clorhídrico y agua para inyección c.s.p.

Farmacología

El Atosibán es el único fármaco utero específico, antagonista competitivo de los receptores de Oxitocina en el miometrio y, a diferencia de otros tocolíticos, se desarrolló selectivamente como inhibidor del trabajo de parto. Posee varias ventajas sobre otros agentes por ser un inhibidor específico de la actividad contráctil miometrial y presentar un limitado pasaje transplacentario sin tener efectos directos sobre el feto.

Indicaciones

TRACTOCILE está indicado para retardar el parto inminente prematuro en mujeres con: contracciones uterinas regulares de al menos 30 segundos de duración con una frecuencia mayor o igual a 4 contracciones cada 30 minutos.

1: *Lic en enfermería Servicio de Perinatología. S Allende. N Córdoba*

Dilatación cervical de 1 a 3cm (0 a 3 para mujeres nulíparas) y borrado del cuello mayor o igual al 50%. Período gestacional de entre 24 y 33 semanas completas. Una frecuencia cardíaca fetal normal.

Contraindicaciones
Período gestacional inferior a 24 semanas o superior a 33 semanas completas. Ruptura prematura de membranas después de las 30 semanas de gestación. Retraso de crecimiento intrauterino. Hemorragia uterina previa al parto que requiera un parto inmediato. Eclampsia y pre-eclampsia grave que requieran la inducción del parto. Muerte fetal intrauterina. Sospecha de infección intrauterina. Placenta previa. Abruptio placenta (desprendimiento de placenta normo inserta). Cualquier otro estado de la madre o del feto que torne peligrosa la continuidad del embarazo. Hipersensibilidad conocida al principio activo o a cualquiera de los excipientes.

Embarazo y lactancia
Sólo se debe utilizar Tractocile cuando se ha diagnosticado trabajo de parto prematuro entre las semanas 24 y 33 completas del período de gestación. No se observaron efectos sobre la lactancia.

Administración
Tractocile se administrará en vena (vía intravenosa) en tres etapas:
- Se administrará una primera inyección intravenosa de 6,75 mg en 0,9 ml en vena lentamente durante un minuto.
- Después se le administrará durante 3 horas una perfusión continua (gotero) a 24 ml por hora .
- Después se administrará durante un máximo de 45 horas, o hasta que sus contracciones uterinas hayan parado, otra perfusión continua (gotero) a 8 ml/hr. La duración total del tratamiento no deberá ser superior a 48 horas. Se pueden administrar más tratamientos con Tractocile si vuelve a tener contracciones.

El tratamiento con Tractocile se puede repetir hasta tres veces más. Durante el tratamiento con Tractocile, se pueden controlar sus contracciones y la frecuencia cardiaca del bebé. Se recomienda no repetir el tratamiento más de tres veces durante un embarazo.

Efectos Adversos
Al igual que todos los medicamentos, este medicamento puede producir efectos adversos, aunque no todas las personas los sufran. Los efectos adversos observados en las madres fueron en general de intensidad leve. No existen efectos adversos conocidos sobre el feto o el recién nacido. Pueden ocurrir los siguientes efectos adversos con este medicamento:
Muy frecuentes (afectan a más de 1 de cada 10 personas)
- Sensación de malestar (nausea).

Frecuentes (afectan a menos de 1 de cada 10 personas)
- Dolor de cabeza.
- Mareos.
- Rubor.
- Vómitos
- Taquicardia
- Tensión baja. Los signos pueden incluir tener vértigos o estar mareado.
- Reacción en el lugar donde se administra la inyección.
- Hiperglucemia

Poco frecuentes (afectan a menos de 1 de cada 100 personas)
- Aumento de la temperatura (fiebre). -Dificultad para dormir (insomnio). -Erupción.

Raros (afectan a menos de 1 de cada 1.000 personas)
- Su útero no es capaz de contraerse tras el nacimiento del bebé. Esto puede causar hemorragia.
- Reacciones alérgicas. Puede experimentar dificultad para respirar o edema de pulmón (acumulación de líquido en el pulmón), particularmente si está embarazada de más de un bebé y/o está en tratamiento con otros medicamentos que puedan retrasar el nacimiento de su bebé, como medicamentos usados para presión sanguínea alta.

Conservación de Tractocile
Mantener este medicamento fuera de la vista y del alcance de los niños. No utilice este medicamento después de la fecha de caducidad que aparece en la etiqueta después de CAD. La fecha de caducidad es el último día del mes que se indica. Conservar en nevera (2° C – 8° C).
Conservar en el embalaje original para protegerlo de la luz. Una

vez abierto el vial, el producto debe utilizarse inmediatamente. No utilice este medicamento si observa partículas o decoloración del contenido antes de su administración.

Primer año de su implementación

El total de tratamientos realizados han sido 13, se iniciaron el 25 de agosto de 2015, la edad de las pacientes ha sido entre 25 y 40 años, de estos tratamientos solo 8 se han podido completar en su totalidad, las semanas de gestación han sido entre 28-33 semanas (dos casos de embarazo gemelar), la causa del ingreso de las pacientes embarazadas ha sido las contracciones, y el nacimiento de los bebes prematuros a causa del aumento de estas.

CONCLUSIÓN

Nuestra experiencia nos permite decir que la unificación de criterios y el trabajo en equipo han fortalecido la aplicación correcta de los tratamientos desde su implementación. Ha sido un arduo trabajo por parte de todo el equipo de salud, desde lo cual se ha mejorado absolutamente para la efectividad en cuanto a la aplicación de cada uno de los pasos del protocolo a seguir mas allá del desenlace de cada caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

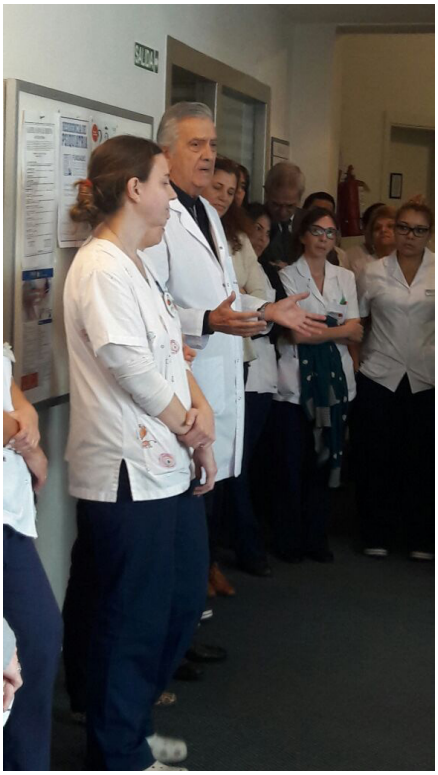
1- European Medicines Agency 2.009. Tractocile atosiban EPAR summary for the public. Acceso junio 2016, disponible en: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/000253/WC500040489.pdf

2- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) Alerta Farmacéutica R 57/2013 en: www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/portada/home.htm

3- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia(2015) Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas (2015) Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000710cnt-guia-parto-pretermino.pdf

Recuerdos...

12 de Mayo de 2017
Día Internacional de Enfermería



EXPERIENCIAS

En este número de nuestra publicación compartimos dos experiencias muy significativas para el crecimiento profesional, la primera hace referencia al ingreso de nuevos profesionales al Departamento de enfermería, y en segundo lugar a una experiencia internacional.

Primera experiencia…

En el mes de febrero del 2017, ingresaron al Sanatorio Allende un grupo de profesionales de enfermería, que desarrollan su asistencia en el turno de la noche cuidando pacientes en varios servicios. Esta decisión responde al interés de optimizar la experiencia de los pacientes reforzando la mejor proporción enfermera paciente.

El primer mes dentro de la institución, recibieron y participaron de un Programa denominado de Reciente ingreso que tiene la finalidad de orientar al sanatorio para una mayor adhesión a los objetivos de cuidado a personas y contribuir al aumento de conocimiento y consolidación de la información. Estamos orgullosos y agradecidos que quieran ser parte de este equipo de enfermería, Bienvenidos!!!!!

Trabajamos entre todos para que la incorporación a los puestos de trabajo fuera centrada en los principios de calidad y humanización, posibilitando la integración de los profesionales de manera más ágil y planificada, para que la dinámica organizacional, la calidad y el nivel de satisfacción laboral no se vean afectados por este motivo.

Segunda experiencia

En el mes de Marzo El Lic Alejandro Winderholler, Jefe de Enfermería SA Cerro, tuvo la oportunidad de realizar una visita institucional al Centro de formación M Cristine Schwartz, WHO Collaborating Centre for Nursing Human Resources Development and Patient Safety, University of Miami School of Nursing and Health Studies, que se encuentra ubicada en 5030 Brunson Drive, Coral Gables, Miami Florida, EEUU. Fue recibido y orientado por tres doctores de enfermería: Maria Padron, Johis Ortega y Susana Barroso, quienes se desarrollan ocupando cargos de prestigio en la institución. Este centro cuenta con una trayectoria de excelencia mundial en enseñanza en enfermería, sus principios están fuertemente basados en la metodología de la simulación y la aplicación de la evidencia científica. La visita permitió el recorrido por el actual centro de simulación que comprende una terapia intensiva de adultos, una terapia intensiva pediátrica, un quirófano y una sala de hemodinamia. A su vez fue posible recorrer la etapa final de la construcción de un hospital simulado de 5 pisos que funcionará durante las 24hs como centro formativo de profesionales de la salud.

La oportunidad permitió el intercambio de experiencias y material bibliográfico con el objetivo de poder realizar en un futuro cercano trabajos de investigación colaborativos y rotaciones formativas.

AGRADECIMIENTO a la Escuela de enfermería de la Universidad de Miami, a sus profesores y autoridades por la oportunidad y FELICITACIONES a Alejandro por tan buena experiencia, que redunda sin lugar a dudas al crecimiento y aumento de la calidad en nuestra atención

Sumario

Editorial	4
Satisfacción laboral del personal de enfermería de servicios especiales en una institución de salud privada. Satisfaction of nursing staff of special services in a private health institution. Córdoba, Argentina Republic	5
Cuidados de enfermería para un trabajo de parto humanizado. Nursing Care for a Humanized Childbirth	9
Percepción de los enfermeros al cambio de registro convencional al electrónico. Nurses' perception of registry change from the conventional to the electronic	17
Protocolo de cuidado a pacientes con diálisis peritoneal intermitente Guide, protocol of care to patients with intermittent peritoneal dialysis	21
Proyecto de implementación: abordaje de las emociones del niño durante su hospitalización. Implementation project: advocacy of the child's emotions during hospitalization	25
Puesta al día sobre atosiban, denominación del medicamento tractocile 6,75 mg/0,9 ml solución inyectable Up to the day about atosiban, name of the medicinal product tractocile 6.75 mg / 0.9 ml solution for injection	29
Experiencias	33
Sabía Ud. que	35
Ficha Nº 29: Protocolo Interdisciplinario de manejo de dolor agudo	37

Notas de Enfermería
Revista del área de Enfermería
del Sanatorio Allende
Año 17 - Nº 29 - Junio 2017

Directorio
Prof. Dr. Bartolomé Tomás Allende
Prof. Dr. Guillermo José Allende
Sra. María Teresa Allende

Directorio Médico

Dr. Carlos Parola
Dr. Mario Sorbera
Dr. Rene Vandersande

Comité de Capacitación y Docencia
Presidente: Orias, Marcelo
Vocal: Arias, Viviana
Vocal: Allende, María Celia
Vocal: Moyano, Crespo
Vocal: Bergallo, Roberto
Vocal: Nores, Fierro José
Vocal: Mangupli, Martín
Vocal: Mecchia, Andrea
Vocal: Roganti, Lorena
Vocal: González, Eleonora
Vocal: Ribodino, Fernando
Vocal: Rodríguez, Mónica
Vocal: Moreyra, Eduardo
Secretaria Administrativa:
Giacomino, Antonella

COMITÉ EDITOR

Almada Mariela	Mecchia Andrea
Cazón Adriana	Peña Paola
Campos Adriana	Romano Soledad
Donaire Mirta	Sandivares Flavio
Duran Rocio	Sosa Marcela
Flores Gabriel	Suarez Nora
Quinteros Gabriela	Tapia Cecilia
Ibarra Rosana	Tapia Sonia
González Paula	Vallejos Carolina
Insaurralde Valeria	Winderholler Alejandro
Ferreyra Nadia	

Traducción en Ingles:
Dr. Martínez Cano

Coordinadora
Lic. Rodríguez Mónica

Dirección:
Dra. María Cristina Cometto.

Obispo Oro 42
Tel.: (0351) 426-9200
Córdoba - Argentina 2016

editorial

Me gustaría proponer una reflexión para aquellos profesionales de la enfermería que se inician en la vida profesional, pero también para todos aquellos que desde hace algún tiempo dedicamos parte de nuestra vida al cuidado de personas, y para ello elijo una antigua leyenda, de la época de los griegos conocida como: **El mito del cuidado** (que algunos se la adscriben a Higinio, hacia 44 año A.C) constituye una alegoría de gran belleza, y la intencionalidad de hoy, puesta en esta editorial es repensar el significado de enfermería, del cuidado y del ser humano.

"Un día, cuando el Cuidado cuidadosamente atravesaba un río, se decidió a tomar un poco de arcilla y empezar a dar forma. Mientras miraba su trabajo y evalúa lo que había hecho, Júpiter se acercó. Entonces Cuidado le preguntó si podía dar el espíritu de la vida a ese ser, Júpiter respondido con prontitud. Cuidado, satisfecho, le quería dar un nombre pero Júpiter, orgulloso, dijo que el nombre se lo debía dar a él. Esto suscitó una discusión entre Cuidado y Júpiter, el padre de los dioses, es ahí cuando Tierra aparece y le recuerda que ella es la que debería dar nombre al que sea, ya que había sido objeto de su propio cuerpo-arcilla. Por último, para tratar el tema en discusión, los tres aceptaron llamar a Saturno como juez, quien decidió en sentido de la justicia, de la siguiente manera:

- Usted, Júpiter quien le otorgó el espíritu, recibirá de vuelta este espíritu cuando la criatura muera.
- Usted, Tierra quien le otorgó el cuerpo, recibirá de vuelta la corporeidad de la criatura cuando esta muera.
- Más usted, Cuidado, quien moldeó a la criatura, determinará cuales son los cuidados que debe recibir la criatura mientras ésta viva. En cuanto al nombre yo lo nombro: se llamará " humus" "hombre", ya que estaba hecha de tierra fértil."

Espero que hayan disfrutado de su lectura y repensemos una vez más el cuidado, como algo más que un acto singular, un modo en que un sujeto interviene en el mundo con otros.

Cuidado es *cogitare-cogitatus*, el sentido es pensar, reflexionar, mostrar interés, expresar una actitud de desvelo y preocupación.

María Cristina Cometto

SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE SERVICIOS ESPECIALES EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PRIVADA
SATISFACTION OF NURSING STAFF OF SPECIAL SERVICES IN A PRIVATE HEALTH INSTITUTION

(Resumen de informe de tesis de Maestría en Gerencia y Administración de servicios de salud)

Donaire, Mirta [1]

Resumen:
La satisfacción laboral es un conjunto de sentimientos tanto positivos como negativos que tiene un trabajador hacia su trabajo, generado por diversos factores particulares relacionados con la labor que realiza y con las condiciones bajo las cuales se efectúa. Por lo tanto, es importante que las organizaciones se preocupen por crear condiciones óptimas con el fin de mantener al personal motivado y que tenga un buen desempeño en la labor que realizan y altos niveles de satisfacción. La presente investigación, estuvo orientada a determinar el nivel de satisfacción laboral del personal de enfermería de servicios especiales en una institución de salud privada, para lo que se hizo uso de siete factores de satisfacción señalados Fernández – Ríos: la retribución económica, las condiciones físicas del entorno de trabajo, el apoyo y respeto a los superiores, el reconocimiento por parte de los demás cuando es necesario y la posibilidad de desarrollo para el personal de trabajo. Se utilizo una investigación de campo y la información se obtuvo a través de un cuestionario de 21 ítems, aplicado al personal de enfermería en una institución privada. La investigación arrojo que el personal se encuentra satisfecho.
Palabras clave: satisfacción laboral, condiciones de trabajo, motivación, y desempeño.

Summary:
Job satisfaction is a set of both positive and negative feelings a worker has to work, generated by various individual factors related to its work and the conditions under which it is made. Therefore it is important that organizations care about creating optimal conditions in order to keep staff motivated and have a good performance in their work and high levels of satisfaction. This research was aimed at determining the level of job satisfaction of nurses of special services in a private health institution, for what use was made of seven factors of satisfaction indicated Fernandez - Rivers: economic compensation, physical conditions work environment, support and respect for superiors, recognition by others when needed and the possibility of staff development work. I field research was used and the information was obtained through a 21-item questionnaire applied to nurses at a private institution. The investigation showed that the staff is satisfied.
Keywords: job satisfaction, working conditions, motivation, and performance.

INTRODUCCION

La satisfacción laboral, entendida como los sentimientos que el trabajador tiene hacia su trabajo, es una herramienta muy importante que los empleadores deben conocer, ya que obedece a múltiples factores tanto del trabajador como del trabajo en si mismo. No resulta fácil definir claramente la satisfacción laboral, algunos autores hablan de clima organizativo, clima social, clima laboral y otros.

"La satisfacción en el trabajo es el resultado de diversas actitudes ante Factores tales como: incentivos económicos, condiciones de trabajo, relaciones de mando, estilos gerenciales, relaciones interpersonales y características individuales" *(2)*.

Los gerentes han descubierto, afirmo Killian "que existe una mayor productividad y por lo tanto mayores ganancias cuando los trabajadores están satisfechos con su trabajo"*(15)*. Esta afirmación es confirmada por Gibson y otros (1993) cuando señalan que la alta satisfacción laboral mejora las condiciones laborales en las organizaciones, produciéndose un alto rendimiento, prontitud y rapidez en la ejecución, entificación con la organización, entusiasmo y optimismo. *(13)*

1: *Magister en Administración y gerencia de servicios de salud. Lic. en enfermería. Supervisora del turno tarde la Unidad de Terapia Intensiva S Allende.*

OBJETIVO GENERAL

Analizar el nivel de satisfacción laboral del personal de enfermería de servicios especiales en una institución de salud privada, Córdoba, diciembre 2013.

MATERIAL Y MÉTODOS

Investigación de carácter descriptiva, transversal. La población objeto de estudio estuvo constituida por el total de enfermeros profesionales de los servicios especiales de la institución de salud privada en la ciudad de Córdoba. (N=81).
Técnica: cuestionario auto administrado.
Instrumento: formulario cuyo contenido fue de 21 ítems, correspondientes a tres indicadores por cada una de las siete dimensiones. Las respuestas se midieron en una escala de tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta para cada ítem.
Escala de interpretación:

Muy Insatisfecho	Entre 0 y 0,49
Insatisfecho	Entre 0,50 y 1,49
Satisfecho	Entre 1,50 y 2,49
Muy Satisfecho	Entre 2,50 y 3,00

RESULTADOS

La siguiente tabla Nº 1 nos muestra un resumen de los resultados obtenidos referidos a los objetivos específicos según cada dimensión estudiada.

DISCUSION

En lo relacionado con la retribución económica dos indicadores están generando insatisfacción, solo uno en el que se hace comparación con otras organizaciones, indica satisfacción. La retribución económica es considerada uno de los principales factores que le brindan satisfacción al empleado cuando estos perciben que el valor de su esfuerzo es bien recompensado, Byars y Rue afirman lo siguiente: los empleados están satisfechos con su pago cuando su percepción del importe que perciben coincide con el que piensan que deberían recibir. Están conformes desde el punto de vista tanto de la equidad interna como de la equidad externa. Los tres indicadores relacionados con las condiciones físicas del entorno de trabajo están generando satisfacción, de acuerdo con la escala propuesta. *(2)*
Chiavenato (2000) afirma que: El sitio de trabajo constituye el área de acción de la higiene laboral e implica aspectos ligados a la exposición del organismo humano a agentes externos como ruido, aire, temperatura, humedad, iluminación y equipo de trabajo. En consecuencia, un ambiente saludable de trabajo debe brindar condiciones ambientales físicas que actúen de manera positiva sobre todos los órganos de los sentidos humanos. *(4)*
Condiciones deficientes de trabajo además de generar daño a la salud física y mental del trabajador también crean inestabilidad en las organizaciones ya que afecta su productividad y aumenta el ausentismo y la rotación. En lo referente al nivel de satisfacción con la estabilidad laboral que ofrece la institución, los resultados indican por parte de los empleados de la institución privada de salud, un nivel aceptable de satisfacción con la estabilidad, es decir, con el derecho que tiene todo trabajador a permanecer en su empleo, mientras no incurra en faltas u omisiones que justifiquen legalmente su despido. La importancia de la estabilidad es destacada por Cohen (1991) de la siguiente forma: La estabilidad laboral es deseable, tanto desde el punto de vista de mantener los costos bajos como el de sacar provecho de los beneficios positivos que se derivan de un buen espíritu de grupo y de la satisfacción con el trabajo de cada uno. *(1)* La estabilidad viene a satisfacer las necesidades de seguridad, al garantizarles la recepción de sus ingresos por tiempo indefinido,

TABLA N° 1: Resumen de los índices de satisfacción por dimensión del Personal de Enfermería de Servicios Especiales en una institución de salud privada. Córdoba -diciembre de 2013.

Dimensión	Indice de Satisfacción	Categoría
Retribución económica.	1.39	Insatisfecho
Condiciones físicas del entorno de trabajo.	2.08	Satisfecho
Seguridad y estabilidad que ofrece la empresa.	1.67	Satisfecho
Relaciones con los compañeros de trabajo.	1.93	Satisfecho
Apoyo y respeto a los superiores.	1.88	Satisfecho
Reconocimiento por parte de los demás.	1.54	Satisfecho
Posibilidad de desarrollo personal y profesional en el trabajo.	1.64	Satisfecho
Índice General de Satisfacción 1,73 (Satisfecho)		

FUENTE: propia de las diferentes datos que aporto la investigación.

mientras no cometa alguna falta u omisión que amerite su despido. Sin embargo, estas necesidades quedarían parcialmente insatisfechas si la organización no ofrece protección frente a compromisos e imprevistos que muchas veces no pueden atender co su salario regular. Por eso, normalmente se brinda a los empleados algunos beneficios socioeconómicos, que son definidos por Chiavenato (2005) como" comodidades, facilidades, ventajas y servicios que la empresa ofrece a sus empleados para ahorrarles esfuerzos y preocupaciones." *(7)*

En lo relacionado a las relaciones con los compañeros de trabajo, los tres indicadores están generando satisfacción, de acuerdo a la escala propuesta.

Robbins, (2004) señala que los individuos "se esfuerzan por hacer amigos, prefieren las situaciones de cooperación que la de la competencia y esperan relaciones de mucha comprensión reciproca". *(9)*

Si dentro de las organizaciones los empleados se apoyan y colaboran mutuamente al momento de realizar su trabajo, establecen relaciones agradables y existe buena comunicación y cooperación, el trabajo se realizará con mayor eficacia y eficiencia, logrando un buen rendimiento de los empleados, y generando en ellos altos niveles de satisfacción.

En relación al apoyo y respeto a los superiores, los tres indicadores que tienen relación con el apoyo y respeto a los superiores están generando satisfacción, de acuerdo con la escala propuesta.

Una de las principales funciones que debe realizar un supervisor es hacer que se cumplan las instrucciones que da a sus subordinados y las decisiones de la gerencia. La posibilidad de que ello ocurra depende de la claridad con la que se transmiten las citadas instrucciones y decisiones, porque, como lo señala Maxwell *(17)* (1993), "nadie quiere meterse a una tarea vaga o a un trabajo cuya descripción es incierta". Los resultados parecen indicar que en la institución de salud privada las instrucciones son claras y por lo tanto reducen la ansiedad y la posibilidad de cometer errores, generando por lo tanto niveles aceptables de satisfacción.

En relación al reconocimiento por parte de los demás, se obtiene un índice de satisfacción por el reconocimiento por parte de los demás de 1,54 (satisfecho).

Davis y Newstron *(9)* (2003) consideran que "los empleados trabajaran mas intensamente cuando piensan que se les dará crédito personal por sus esfuerzos, existirán riesgos apenas moderados de fracasos si se les brinda retroalimentación específica sobre su labor".

En relación a las posibilidades de desarrollo personal y profesional en el trabajo están generando satisfacción.

En toda organización deben existir planes de desarrollo personal y profesional que le garantice a esta tener un personal capacitado y calificado para el desempeño eficiente de sus actividades, Reyes Ponce *(12)* (1996) afirma que:

"El desarrollo del personal, principalmente proporciona este una mayor capacitación en la formación, a base de adiestramiento a todo el personal (sobre todo al no calificado), en las labores concretas que debe realizar en cada puesto, además el empresario obtendrá con este desarrollo mejor capacitación del personal, pero a su vez los trabajadores obtendrán un beneficio personal no solo para mayor posibilidades de ascender, de mejorar sus salarios, sino aun para poder realizarse fuera del trabajo".

En relación al nivel general de satisfacción, después de analizados cada uno de los factores de satisfacción laboral señalados por Fernández - Ríos *(11)*. Al promediar los índices correspondientes a las distintas dimensiones, se obtuvo como resultado el índice de satisfacción general de l,73 lo que indica que el personal de enfermeros de servicios especiales de la institución privada se encuentran satisfechos, de acuerdo con la escala propuesta.

Una vez obtenido el índice general de la satisfacción laboral del personal de enfermería de servicios especiales de una institución de salud privada, es relevante recalcar la importancia de la relación entre la motivación, el desempeño y la satisfacción laboral. Debe recordarse que los individuos que poseen un alto grado de satisfacción, porque su rendimiento les ha permitido obtener recompensas valoradas, incrementan su motivación, la cual se traduce en un mejor desempeño cuando esa motivación va acompañada de las capacidades requeridas para realizar su trabajo y de una buena percepción del rol.

El índice general de satisfacción para las 7 variables propuesta arroja el valor de 1,73 satisfecho. Un personal satisfecho aumentara su nivel de desempeño individual, lo que beneficiara la productividad y la eficiencia de la organización. Al respecto Chiavenato *(7)* (2005) plantea que: "las personas satisfechas con su trabajo son más productivas que las insatisfechas."

CONCLUSIONES

Después de haber realizado el análisis correspondiente a cada uno de los factores que influyen en la satisfacción del personal de enfermeros de servicios especiales se pueden exponer las siguientes conclusiones:

- El factor retribución económica, está generando insatisfacción en el personal de enfermería de servicios especiales, debido a que las dimensiones correspondientes a salario y esfuerzo, y capacidad del salario para cubrir necesidades, fueron percibidas por los empleados como insatisfactoria. Salvo en lo relacionado a superioridad en salario en comparación con otros cargos que arroja un índice de satisfacción.
- Las condiciones físicas del entorno de trabajo, están generando satisfacción, ya que el personal de enfermería de servicios especiales considera que la distribución, las condiciones, limpieza y orden del trabajo son satisfactorias.
- La seguridad y estabilidad que ofrece la organización esta generando en los empleados, satisfacción. Con la posibilidad de permanencia en la organización. Si se produjera cambios en la alta gerencia y consideran que la protección al empleado con respecto a contingencia y estabilidad del empleo que ofrece la institución, los empleados experimentan satisfacción.
- Las relaciones con los compañeros de trabajo están generando satisfacción. Puestos que los empleados se sienten satisfechos con la cordialidad, la cooperación y la comunicación en el grupo de trabajo.
- El factor apoyo y respeto a los superiores esta generando en los empleados satisfacción, ya que consideran que tienen disposición a seguir con las instrucciones, las decisiones de la alta gerencia y opinan que su supervisor tiene conocimiento de la labor que realiza.
- El reconocimiento por parte de los demás esta generando satisfacción, en virtud de que los empleados perciben que los supervisores le dan importancia al trabajo que realizan, como así también el reconocimiento por parte de sus compañeros de trabajo, en la labor que ejecutan, no así en lo relacionado a reconocimientos formales por parte de la institución del desempeño de su trabajo.
- Las posibilidades de desarrollo personal en el trabajo están generando satisfacción, lo cual obedece a que los empleados consideran que reciben de la institución motivación para su crecimiento profesional, apoyo en el desarrollo, estimulo para la adquisición de habilidades y conocimientos.

El índice general de satisfacción para el personal de enfermería de servicios especiales, obtenido del promedio de los niveles correspondientes a cada dimensión, es de 1,73 lo que significa que el personal de enfermería de servicios especiales se encuentra satisfecho.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- Cohen, G. (1991). La naturaleza de la función directiva. Madrid. Díaz De Santos Edición: 1991: p 206. Plaza de edición: Madrid. España

2- Byars, L. y Rue, L. (1997). Gestión de recursos humanos. Mcgraw-Hill/Irwin. Edición 3.p: 345. México.

3- Caballero, K. (S.f.). "Satisfacción laboral", disponible en: www.elprisma.com/apuntes/curso.asp?id=12664. [Consulta: de 2013].

4- Chiavenato, I 2000: Administración en los nuevos tiempos. ... Mcgraw-Hill, Colombia, edición 5. p:110. México.

5- Chiavenato, I. (2002). Gestión del Talento Humano. Bogotá: Mcgraw-Hill. 8ª Edición Libro 2002. p: 302. Bogotá, Colombia,

6- Chiavenato, I. (2004). Administración de los Nuevos Tiempos. Ed. Thompson 4º Edición, p: 10-31- 597. México.

7- Chiavenato, I. (2005). Administración de Recursos Humanos. Mcgraw – Hill Interamericana. S.A.5ta ed. p: 17-203-206-289. Colombia.

8- Dubrin, A.J. (2003) "Fundamentos de Comportamiento Organizacional" Ed. Thomson, 2º edición, p: 253. México.

9- Davis, K. y Newstrom, J. (2003). Comportamiento Humano en el Trabajo. Mcgraw-Hill. 11ª Ed, p: 189 -246.México.

10 Evans, J. y Lindsay, W. (2005). Administración y control de calidad. Ed. Thompson (6ª ed), p: 254. México.

11- Fernández-Ríos, M. (Director) (1999). Diccionario de recursos humanos: organización y dirección. Editorial Madrid: ediciones Díaz De Santos, p: 102-321-804.Madrid España.

12- Flores, I. (2000) "Confianza en el factor Humano, estrategias para enfrentar la nueva década. Editorial España. edición 12, p: 184. Madrid España.

13- Gibson y Otros (1993) Las organizaciones: comportamiento, estructura, procesos Mcgrawhill Interamericana. (8 ed.). p: 201. Santiago de Chile.

14- Gibson, J Ivancevich, J. y Donelly, J. (2001). Las organizaciones: comportamiento, estructura, procesos Mcgraw-Hill Interamericana(10ª ed.). p: 12 y 121. Santiago de Chile.

15- Killian, R. (1990). Dirección en la Administración. México: Reverte. P: 190

16- Landy, F. (2005). Psicología Industrial. MCGRAW-HILL Interamericana: 120. México Márquez, M. (2000). Conducta Organizacional y Psicología del Personal. México: Continental, Ed. S.A. P: 120.

17- Maxwell, J. (1993). Desarrolle el líder que esta en usted. Thomas Nelson. Editorial Caribe. Ed.12°. P: 204 Buenos Aires.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA UN TRABAJO DE PARTO HUMANIZADO

NURSING CARE FOR A HUMANIZED CHILDBIRTH

Contreras, Mayra [1]
Guaymás, Mariam [2]

Resumen:
La investigación y promoción sobre los cuidados de enfermería es indispensable para la difusión y el avance del conocimiento científico y tecnológico.
En este trabajo se dan a conocer las políticas sanitarias argentinas y la Ley N° 25.929 sobre Parto Humanizado, que pretende, brindar una atención médica oportuna y de calidad, promoviendo la iniciativa Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), con el fin de incrementar su probabilidad de aceptación, puesta en práctica, garantizando la protección de los derechos de cada uno de los involucrados en el proceso.
Siendo el médico el encargado legal de comunicar, diagnosticar y de proponer las medidas a seguir y enfermería la responsable del cuidado, un cuidado humanizado, que traspasa el simple procedimiento, apoyándose en prácticas útiles y benéficas, a través de la comunicación y de la relación interpersonal entre el profesional y la mujer gestante, su familia o grupo social en las distintas etapas de la vida, su situación de salud y del entorno.

Palabras claves: MSCF, Ley N° 25.929, Enfermería, Cuidado humanizado.

Summary
Research and promotion of nursing care is essential for the dissemination and advancement of scientific and technological knowledge.
This paper presents Argentine health policies and Law No. 25,929 on Humanized Childbirth, which aim to provide timely and quality medical care, promoting the Safe Motherhood and Family-Centered Initiative (MSCF), with the aim of To increase their probability of acceptance, implementation, guaranteeing it protection of the rights of each of the involved in the process. Being the doctor is the legal person in charge of communicating, diagnosing and proposing the measures to be followed and nursing the care administrator, a humanized care, that goes beyond the simple procedure, relying on useful and beneficial practices, through communication and the Interpersonal relationship between the professional and the pregnant woman, her family or social group in the different stages of life, her health situation and the environment.

Key words: MSCF, Law No. 25.929, Nursing, Humanized care. ce.

INTRODUCCION

Hasta hace unos años, el nacimiento de un hijo era un acontecimiento familiar que tenía lugar en los hogares bajo la protección y ayuda de mujeres entrenadas y el acompañamiento de toda la familia. Se sabe que desde las primeras civilizaciones agregaron a este acontecimiento innumerables significados culturales que a través de las generaciones han sufrido transformaciones, pero todavía se conmemora el nacimiento como uno de los hechos marcadores en la vida de una mujer y su entorno. A fines del siglo XIX y principios del siglo XX comienza a institucionalizarse y a medicalizarse el parto con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales. Esto fue considerado un progreso ya que efectivamente dichas muertes disminuyeron, pero, este acontecimiento único paso a tener un trato menos personalizado, y con consecuencias en el vínculo madre-hijo, cambios en la alimentación del recién nacido y el equipo de salud pasó a ser el eje de las decisiones.
Existen innumerables evidencias científicas que demuestran que el estrés producido por un entorno desconocido durante el parto, sumado a una atención mecanizada y medicalizada aumentan el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres produciendo un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones y, consecuentemente, más efectos adversos en la madre y el niño.
Estos y otros antecedentes dan lugar al surgimiento

1: *Licen*
2: *Licen*

de la Ley nacional 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer, por parte del Senado de la Nación. Declaración sobre difusión del Parto Humanizado.

Es importante dar lugar a algunos fundamentos teóricos a los efectos de entender mejor su importancia. El parto humanizado es considerado en Brasil a partir del año 2000, como una necesidad que genera un movimiento en el ámbito nacional, con el compromiso de despertar en los profesionales de salud una visión favorable respecto a la naturaleza y fisiología del parto y el nacimiento. La atención humanizada del parto posibilita, a las embarazadas, disfrutar de recursos para tornar el proceso de alumbramiento más participativo, agradable y seguro. *(1)*

En la Argentina, la calidad de la atención de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, y de los recién nacidos continúa siendo todo un desafío para las políticas sanitarias por la necesidad de reducir la inequidad en las posibilidades de recibir atención médica oportuna y de calidad. Ante el desafío propuesto por el Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de los Adolescentes, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations International Children's Emergency Fund; UNICEF, por sus siglas en inglés) Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios de diez provincias del país, desde 2010, acordaron promover la iniciativa Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con el objetivo de transformar las grandes maternidades en espacios en los que se implementaran prácticas seguras y se garantizaran los derechos de las mujeres, los recién nacidos y sus familias como norte de las políticas institucionales. MSCF es una intervención compleja, que se articula alrededor de cinco ejes conceptuales que expresan sus bases ético-políticas: Cultura organizacional, Protección de los derechos de la madre, padre e hijo, Participación de la familia en la protección y el cuidado de la mujer y el niño, Uso de prácticas efectivas y seguras y Fortalecimiento de otras iniciativas de promoción de la salud perinatal. *(2)*

En la cultura organizacional, se debe considerar la atención centrada en la familia y segura como una de sus prioridades y cuenta con un alto grado de convencimiento y compromiso por parte de sus autoridades y de los miembros del equipo de salud. El conjunto de códigos que orientan las actitudes y prácticas de los miembros de una organización, siempre afecta los procesos de cambio de muy diversas formas. La historia de la institución, así como las expectativas, motivaciones e intereses de sus integrantes, determinan el clima organizacional que reacciona frente a un cambio y facilitan u obstaculizan una intervención innovadora. El compromiso institucional es clave en tanto expresa la decisión y voluntad política de garantizar la atención segura y centrada en la familia. En este sentido, las acciones que se desarrollen deben estar orientadas a mejorar la gestión, capacitación, articulación, comunicación y trabajo en equipo.

Protección de los derechos de la madre, padre e hijo, este modelo protege y garantiza los derechos de los padres y de su hijo o hija.

Participación de la familia en la protección y el cuidado de la mujer y el niño, el modelo MSCF promueve el empoderamiento de la mujer y de su pareja para el cuidado de su hijo o hija antes y después del nacimiento. También, estimula la permanencia continua y la participación activa de los padres durante la internación de sus hijos, el contacto del recién nacido con otros miembros de la familia, así como el involucramiento y la participación de los miembros de la comunidad en la atención y el cuidado de la mujer e hijo.

Uso de prácticas efectivas y seguras, promueve la efectividad y la seguridad de la atención de la mujer y de su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Fortalecimiento de otras iniciativas de promoción de la salud perinatal en particular, promueve fuertemente la lactancia materna. *(3)*

En este sentido, la Ley N° 25.929 sobre Parto Humanizado, establece que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio (PMO). Asimismo, la referida Ley, regula los derechos de los padres y de la persona recién nacida. Pone de relieve los derechos de toda madre a la información, al trato digno, respetuoso e individual, propugnándose su libertad de elección respecto de la persona que la acompañará durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto, anteponiéndose el parto natural a las prácticas invasivas y de suministro de medicación, sin perjuicio de la necesidad y obligatoriedad de la utilización de estas prácticas cuando lo ameriten el estado de salud de la parturienta y/o la persona por nacer con la previa voluntad de la madre expresamente manifestada por

escrito en caso que se requiera someterla a algún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

Destaca el claro reforzamiento del derecho al vínculo corporal entre la madre y el/la recién nacido/a, exigiéndose el mayor respeto a dicho vínculo, al reconocerse la necesidad del/la recién nacido/a a la internación conjunta con su madre en sala durante el menor plazo posible y la necesidad de la madre de mantenerse al lado del/la recién nacido/a, sin perjuicio de la obligatoriedad de adoptar otro temperamento cuando lo ameriten el estado de salud de la madre y/o el/la recién nacido/a, no pudiendo tampoco ser el/la recién nacido/a objeto de examen o intervención con propósitos de investigación, salvo que mediare la expresa voluntad de sus representantes legales intervinientes, manifestada por escrito, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

Presta una especial consideración a los derechos del padre y la madre del/la recién nacido/a en situación de riesgo y a la exigencia del consentimiento expreso para la realización de exámenes o intervenciones con fines investigativos. Como así también, a la intensificación de los derechos a la información y acceso continuado al/la recién nacido/a. Los términos de dicha Ley deberán entenderse siempre en el sentido que debe velarse por la salud del binomio madre-hijo/a de conformidad con lo expresado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En lo que refiere al recién nacido/a, la Convención Sobre los Derechos del Niño dispone en su Preámbulo que tal como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño, "el niño por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento". *(4)*

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, el médico es el encargado legal de comunicar el diagnóstico y las medidas a seguir durante todos los procesos de atención a la salud, velando por la buena comprensión y afrontamiento por parte de la paciente y de los familiares. Siendo importante incorporar la percepción de la paciente en cuanto a la información brindada. *(5)*

El acto del cuidado de enfermería debe darse a partir de la comunicación y de la relación interpersonal humanizada entre el profesional y la mujer gestante, sujeto de cuidado, su familia o grupo social en las distintas etapas de la vida, su situación de salud y del entorno, lo que implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidados de enfermería. *(6)*

El cuidado de enfermería que hace énfasis en la humanización, tiene que ir más allá de realizar un simple procedimiento, debe permitirnos reflexionar sobre las necesidades de las mujeres que se encuentran en trabajo de parto y parto, las cuales deben ser atendidas con especial consideración por su estado de vulnerabilidad, quienes poseen una serie de experiencias acumuladas durante toda su vida y que fueron aprendidas directamente o trasmitidas de generación en generación. Siempre considerando que están inmersas en una sociedad y en un medio ambiente que, probablemente, condicionan su comportamiento y su respuesta durante el trabajo de parto y parto. *(6)* Se considera que el parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. Entonces para que los resultados del parto se lleven a cabo en forma exitosa, el personal de salud que atiende a la madre y a su hijo debe asumir una alta responsabilidad que implica sus acciones, sus omisiones y su actitud humanizada en este proceso. La madre y su hijo son seres holísticos, con percepciones y sensaciones estrictamente individuales.*(7)*

Para esto, enfermería, debe contar con las herramientas que le permitan desarrollar su misión, debe tomar una postura activa, con libertad de actuación y no de sumisión, y realizar su trabajo con autonomía, empoderamiento y seguridad, aplicando su cuerpo de conocimientos. (NE: 1) (GR: A)

Como así también requiere de independencia, seguridad y apoyo administrativo, gerencia del servicio, interacción armoniosa y respetable en el equipo multi - profesional. Se debe capacitar y actualizar permanentemente para brindar un cuidado con conocimiento, calidez, eficacia, eficiencia, pertenencia y continuidad. (NE: 1, GR: A) Es importante destacar que el contacto físico es un factor de comodidad importante, ya que trasciende las barreras entre el profesional y el paciente, estableciendo una relación de confianza y apoyo emocional. Acciones como la presencia constante, la atención y la comodidad influyen positivamente; en los momentos difíciles ayuda el diálogo, e incluso pequeños actos como tomarle la mano hacen la experiencia del parto más cómoda y relajada.

Brindar apoyo continuo a la madre durante el parto trae resultados positivos en la reducción del consumo de drogas para el dolor, parto instrumentado, duración del trabajo de parto y disminución de la tasa de cesáreas. Además, resalta

nuestro rol de, en conjunto con el equipo de salud, asumir nuestra profesión con responsabilidad ética, legal y moral, y no solamente técnica y científica; ayudando a la mujer durante el parto a explorar su cuerpo, conocer sus límites y seleccionar los mejores lugares y las formas en que ella y su bebé se sientan cómodos. Acciones como la presencia constante, la atención y la comodidad influyen positivamente en los momentos difíciles ayuda el dialogo, e incluso acciones simples como tomarles la mano hacen la experiencia más cómoda y relajada. Esta actitud permite dar un lugar para que las mujeres en sus testimonios hagan énfasis en su bienestar y en la posibilidad de poder elegir y tener la libertad de llevar a cabo el proceso de dar a luz, siempre acompañadas y guiadas por el equipo de enfermería. *(8)*(NE: 1)
Los profesionales de enfermería deben actuar con imparcialidad y juicio crítico, protegiendo los derechos y promoviendo el cumplimiento de los compromisos de la mujer en trabajo de parto, su hijo por nacer y su red de apoyo.(GR: A) Debemos establecer un plan de educación y preparación para el acompañante que va a participar activamente en el trabajo de parto y parto. *(9)* (GR: A) Favorecer un ambiente agradable, tranquilo, facilitando la aplicación de las terapias alternativas, y brindar apoyo psicológico, soporte espiritual. (GR: A) Promover la privacidad, llamar a la paciente por su nombre, mantener contacto físico y psicológico con ella y dar información al familiar. (GR: A) (NE: 2). Debemos estimular prácticas útiles y benéficas para el trabajo de parto y parto, que favorecerán tanto a la embarazada como al bebé, como ser:

- Ofrecer a la mujer el máximo de informaciones y explicaciones; una actividad humanizante que debemos realizar durante el cuidado y atención de la gestante en salas de partos, es la de ofrecer información y explicaciones claras acerca de los procedimientos que se realizaran. La ausencia de comunicación e interacción asertiva es perjudicial para las madres, ya que les puede generar ansiedad y afecta los vínculos afectivos y de confianza que debe existir entre los profesionales de enfermería y la gestante, además, es la forma de dar cumplimiento a los objetivos de informar y aclarar las dudas e inquietudes a la madre, para lograr su participación activa en la toma de decisiones durante el nacimiento y posteriormente, para su autocuidado y el que debe recibir su recién nacido.
  El consentimiento informado que se brinda a la usuaria sobre los procedimientos, técnicas y cuidados a los que va a ser sometida es un derecho, así como un principio ético y moral que debe ser seguido por los profesionales y que, por lo tanto, debe estar presente en la propuesta de humanización de la atención. *(10)*
- Brindarles libertad de posición y movimiento durante el trabajo de parto; la superficie del área del canal de parto puede aumentar hasta en el 30% cuando la mujer pasa de estar acostada a la posición en cuclillas. En la posición supina, el peso del útero grávido reduce el flujo sanguíneo placentario por la compresión de la arteria aorta descendente y de la vena cava inferior. Estudios recientes también comprobaron ventajas que una embarazada tiene cuando camina, o hace variaciones de la posición erecta, durante el trabajo de parto, en detrimento de aquellas que se mantienen en el lecho. *(11)*
  Al disponer de camas que ofrecen múltiples posibilidades de cambio de posición; que se transforman incluso en sillas, debemos permitirle a las embarazadas elegir la posición más conveniente para parir (recostada, en cuclillas y otras). También se debe considerar ofrecer otros recursos que son usados para reducir la incomodidad de la embarazada y favorecer la evolución del trabajo de parto, como el apoyo en pelotas y caballitos, baño con agua tibia, y un ambiente con decoración en color, para romper la rigidez del ambiente hospitalario.
- Utilizar técnicas no invasivas y no farmacológicas de alivio del dolor: durante el trabajo de parto, como masajes y técnicas de relajación; uno de los elementos considerados como relevantes en el cuidado humanizado de las embarazadas es la utilización de métodos no invasivos y no farmacológicos de alivio de los dolores del parto. Los más usados son el baño con agua tibia, los masajes y el caballito o 'balancito', que consiste en estimular a la embarazada a mover las caderas de un lado para el otro de forma circular para facilitar el encaje y rotación del feto en la pelvis. Son técnicas que estimulan el aumento del flujo sanguíneo, mejorando la circulación cutánea y de los tejidos, y removiendo los productos del cansancio.
- Promocionar el contacto precoz piel a piel entre madre y bebé y dar apoyo al inicio del amamantamiento materno en la primera hora del posparto: los principales objetivos de la atención inmediata del recién nacido son proporcionar condiciones óptimas que permitan ayudarlo en su adaptación a la vida extrauterina y estar preparados para intervenir en aquellos

casos que presenten condiciones patológicas que pongan en riesgo su vida. La atención del recién nacido normal requiere de secado inmediato evitar la hipotermia, y colocarlo con la madre para un contacto piel a piel, íntimo y precoz. Todos los procedimientos habituales, como tomar las medidas antropométricas, aplicar vitamina K y otros, deben ser realizados después del contacto con la madre.

- Valorar las necesidades y expectativas de las embarazadas en relación con la atención recibida: la relación entre enfermera y embarazada es establecida con atención, cordialidad, respeto y resolución de los problemas; el equipo de enfermería debe estar atento a las necesidades de la embarazada y sus expectativas, dispuesto a orientar y responder sus cuestionamientos, por medio de la observación, la solidaridad, el apoyo y el calor humano continuo. No debemos perder oportunidades para optimizar nuestra calidad profesional durante el proceso de atención de las gestantes, puesto que la obstetricia es un amplio espacio de formación y crecimiento tanto para la gestante y su familia como para los profesionales de la salud.
- Promocionar del protagonismo y la co-rresponsabilidad de las mujeres en su propio parto: la gestante debe ser informada de los diversos procedimientos que engloba la atención durante el parto. Se deberían llevar a cabo charlas informativas grupales dirigidas a las gestantes y a sus acompañantes sobre las opciones existentes. La captación se podrá llevar a cabo a través de un equipo interdisciplinario, que las animen participar a partir de la semana 33 de gestación. Como así también, favorecer que se presenten planes de parto informados, los que se deberán respetar siempre que sea posible.

RECOMENDACIONES

- Los profesionales de enfermería deben identificarse y saludar a la gestante y su familia, permitiendo establecer una buena relación de ayuda; la cortesía sincera y la sonrisa ofrecen acercamiento y seguridad para alguien que se enfrenta a una situación nueva, llena de incertidumbre, estrés y expectativa. *(13)*
- Los profesionales de enfermería deben disponer un ambiente cálido, seguro, tranquilo confortable que facilite el desarrollo de trabajo de parto humanizado. (GR: A)
- Los profesionales de enfermería deben evitar lenguaje inapropiado por parte del equipo de salud, que pueda interferir con el buen desarrollo del trabajo de parto. (GR: A)
- Los profesionales de enfermería deben motivar la comunicación clara y sencilla con la mujer gestante durante el trabajo de parto y el parto para disminuir la ansiedad. (GR: A)
- Los profesionales de enfermería deben establecer una relación con la gestante basada en la cordialidad, respeto y resolución de los problemas; deben estar atentos a las necesidades de la gestante y a sus expectativas. (GR: A)
- Los profesionales de enfermería deben respetar las prácticas culturales de las parturientas enmarcadas en conservar, negociar o reestructurar el cuidado. (GR: A)
- Los profesionales de enfermería deben propiciar alternativas terapéuticas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, para lograr así un parto humanizado. (GR: B)
- Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta que las mujeres que se encuentran en trabajo de parto necesitan especial atención en cada una de las fases, para tolerar el dolor, la ansiedad y el temor a complicacionesii. (GR: A)
- Los profesionales de enfermería deben permitir a las gestantes ser acompañadas durante el trabajo de parto, de su esposo o compañero, y/o familiar de apoyo. Como así también brindar un apoyo continuo, lo que debería ser la regla y no la excepción, está demostrado que las madres con apoyo continuo durante el trabajo de parto y parto requieren menos medicamentos para el alivio del dolor y sus recién nacidos requirieron menos maniobras de reanimación. Percibiendo así la maternidad como una experiencia más positiva. *(15)*
- Los profesionales de enfermería deben asumir el compromiso ante el que da y recibe el cuidado, el cual se percibe a través de fenómenos relacionados con la asistencia, técnicas adecuadas, manejo de tecnologías, capacidad para prevenir complicaciones, conductas de apoyo y actitudes de cuidado dirigidas a dignificar a otros en su condición humana para lograr un crecimiento integraliv.
- Los profesionales de enfermería deben destinar tiempo en la comunicación con los familiares y es preciso recordar que desde el momento que la mujer ingresa a la sala de trabajo de parto, pierde el contacto directo con sus familiares; la intervención de la enfermera, en este momento, juega un papel importante para identificar las necesidades de la familia,

realizar las respectivas intervenciones y reconocer que es un derecho que tienen los familiares de ser informados sobre la situación de la mujer gestante.

Tras las recomendaciones mencionadas, es importante que el profesional de enfermería conozca:

- Sus condiciones socio-demográficas: temor, tensión, dolor, ansiedad, insatisfacción de necesidades básicas, cambios en el estado de salud, cambios biológicos y emocionales, expectativas, problemáticas socioeconómicas familiares.
- Las situaciones que vivencia una mujer en el momento de su ingreso a la sala de partos: multípara o primigesta, adolescente, adulta, añosa, nivel educativo, nivel socio-económico, ama de casa, profesional, estudiante, empleada, estado civil.

Dichas condiciones y situaciones pueden hacer que las mujeres actúen de manera distinta e influir en los resultados del trabajo de parto.

De igual manera, cada una de las mujeres tiene necesidades diferentes, para lo cual, se requiere que el profesional de enfermería asegure su atención, teniendo en cuenta sus individualidades y que además posea actitudes (empatía, afecto, comunicación, responsabilidad, compresión) que le permitan brindar seguridad, vivir una experiencia agradable para sus vidas y que cuenten con el apoyo incondicional, para que este proceso se pueda dar lo mejor posible en medio de las posibles dificultades o situaciones de estrés que se puedan generar durante el parto.

Enfermería debe poner en práctica dichas actitudes y facilitar la interacción, la comunicación, la expresión de necesidades e inquietudes de las personas, dejando de lado la rutina y pasar a un nivel superior de interacción con las personas a su cuidado.

El cambio en el modelo asistencial en el trabajo de parto con la implantación de una política de Humanización va a depender básicamente del trabajo de los enfermeros, porque si el enfermero actúa en conjunto con la mujer en la sala del parto, no va a permitir perpetuar el antiguo modelo, pero, aun así, sabemos que los cambios, son lentos, por la normal resistencia a toda modificación.

La enfermera debe ser la mayor incentivadora de estas prácticas y las responsables de desterrar prácticas dañinas. Un trabajo en conjunto con los profesionales de la salud, va a permitir estimular prácticas alternativas y trabajar en equipo con las enfermeras.

Solamente la actuación de la enfermera durante el proceso ya es un gran cambio o incluso un gran incentivo para el cambio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- Andrade Sampaio Álida, Vasconcelos Silva Ângela Regina de, Rejane Ferreira Moura Escolástica. Atención Humanizada Del Parto De Adolescentes: ¿Norma, Deseo O Realidad?. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2008 [citado 2016 Oct 31]; 73(3): 185-191. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300008&lng=es./-/dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300008.

2- Ramos Silvina, Romero Mariana, Ortiz Zulma, Brizuela Vanessa. Maternidad Segura y Centrada en la Familia: La Cultura Organizacional de Maternidades de La Provincia de Buenos Aires. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2015 Dic [citado 2016 Oct 31]; 113(6): 510-518. Disponible en: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000600010&lng=es. - dx.doi.org/10.5546/aap.2015.510.

3- Larguía, A. Miguel, et al. Maternidad Segura y Centrada en la Familia (Mscf) con Enfoque Intercultural: Conceptualización e Implementación del Modelo. UNICEF Argentina, [internet]. 2012 [citado 2016 Oct 31]. Disponible en: www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf

4- Infojusnoticias: Decreto 2035/2015 [internet]. Bs As: 24/09/2015 [citado 2016 Oct 31]. Disponible en :www.infojusnoticias.gov.ar/upload_archivos/10026_100091_dec20352015.pdf

5- Gallardo, Amanda Isabel. "Responsabilidad de la Enfermera en Situaciones de Limitación de Tratamiento." Medwave 10.11[internet]. (2010) [citado 2016 Oct 31]. Disponible en : www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/Ensayo/4802?tab=metrica.

6- Olarte Claudia Ariza. Solutions, Humanization. "Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria.". [internet]. 2011 [citado 2016 Oct 31]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2012/eu121f.pdf

7- Ibarra, Rosa Coral. "Humanización del cuidado de enfermería durante el parto humanization in the infirmary's care take during childbirth." scielo.org.co [internet].[citado 2016 Oct 30]. Disponible en:www.scielo.org.co/pdf/rudca/v11n1/v11n1a07

8- Ibarra, RosaCoral. Humanización del cuidado de enfermería durante el parto humanization in the infirmary's care

take during childbirth. [internet].[citado 2016 Oct 31]. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rudca/v11n1/v11n1a07

9- Carraro, Telma Elisa, et al. "El papel del equipo de salud en el cuidado y confort durante el parto y el parto:. Opinión de las madres" Contexto Enferm Texto 17.3 [internet].(2008): 502-9.[citado 2016 Oct 31]. Disponible en: www.researchgate.net/profile/Roxana_Knobel/publication/26602823_O_papel_da_equipe_de_sade_no_cuidado_e_conforto_no_trabalho_de_parto_e_parto_opinio_de_purperas/links/00463530a9c07bd810000000.pdf

10- morhason bello, imran o., et al. "assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in ibadan, south west nigeria: a randomised controlled trial." australian and new zealand journal of Obstetrics and Gynaecology 49.2 [internet]. (2009): 145-150. [citado 2016 Oct 31]. Disponible en: onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-828X.2009.00983.x/full

11- Andrade Sampaio Álida, Vasconcelos Silva Ângela Regina de, Rejane Ferreira Moura Escolástica. atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad?. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2008 [citado 2016 Oct 31] ; 73(3): 185-191. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300008&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300008.

12- Andrade Sampaio Álida, Vasconcelos Silva Ângela Regina de, Rejane Ferreira Moura Escolástica. Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad?. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2008 [citado 2016 Oct 31]; 73(3): 185-191. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300008&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300008.

13- Castañeda, E. "la enfermera y la humanización de la atención a la salud." hacia una medicina más humana. Ed. Médica Panamericana.(Bogotá) [internet]. (1998): 57-59.

14- Martha Patricia Becerra, Javier Bula, Luz Mireya Castañeda, Paula Andrea Castañeda, Nubia Castiblanco, Rosiris Cogollo Mestra., et al. "Guía De Cuidado De Enfermería A La Familia Gestante Durante El Trabajo De Parto Y El Parto". EBE [internet]. [citado 2016 Oct 31] ; Disponible en: www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20Sala%20de%20partos.pdf

15- Arango, Fernando, Joaquín Guillermo Gómez, and John Jairo Zuleta. "Uso De Practicas Clinicas Durante El Embarazo, Parto, Puerperio Y Recien Nacido, En Hospitales Publicos De Manizales--Colombia, 2005." Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 56.4 [internet] (2005): 271-281. Disponible en: go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA169473482&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=00347434&p=AONE&sw=w

16- Ibarra, Rosa Coral. "humanización del cuidado de enfermería durante el parto humanization in the infirmary's care take during childbirth." scielo.org.co [internet].[citado 2016 Oct 31]. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rudca/v11n1/v11n1a07

Recuerdos...

Algunas imágenes de los momentos vividos el 5 de Mayo
Dia Internacional del Lavado de manos

PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS AL CAMBIO DE REGISTRO DEL CONVENCIONAL AL ELECTRÓNICO
NURSES' PERCEPTION OF REGISTRY CHANGE FROM THE CONVENTIONAL TO THE ELECTRONIC

Oyola, Natalia [1],
Roppel, Diana [2],
Sanchez, Ester [3]

Resumen:
El presente trabajo corresponde a la tesis para optar al titulo de licenciada en enfermería. El mismo tuvo el objetivo general de describir la percepción del personal de enfermería al cambiar de un sistema de registro convencional a un registro informatizado en una institución privada de salud en el último trimestre del año 2013 y al primer trimestre del año 2014 en la ciudad de Córdoba. El método utilizado fue descriptivo transversal y prospectivo. El personal de enfermería, aun el de más antigüedad, manifiesta sentirse cómodo utilizando esta herramienta.
El cambio generado desde su implementación ha agilizado el proceso de atención, la enfermera puede estar más tiempo con el paciente, la información no se extravía y esta al alcance de todo el equipo de salud en el momento deseado.

Palabras clave: Registro informatizado, enfermería, informe de enfermería.

Summary:
The present work corresponds to the thesis to qualify for a degree in nursing. It had the general objective of describing the perception of the nursing staff when changing from a conventional registry system to a computerized registry in a private health institution in the last quarter of 2013 and the first quarter of 2014 in the city of Córdoba. The method used was cross-sectional and prospective. The nursing staff, even the oldest, says they feel comfortable using this tool.
The change generated since its implementation has streamlined the care process, the nurse can spend more time with the patient, information is not lost and is available to all health team at the desired time.

Keywords: computerized register, nursing, nursing report.

INTRODUCCION

El registro de los cuidados de enfermería constituye la principal fuente de información sobre la asistencia sanitaria que prestan los profesionales de enfermería.
En la actualidad, para realizar un registro de enfermería ya sea en áreas críticas o no, se requiere responsabilidad y ética profesional y legal, con soporte de conocimientos científicos que brinde altos niveles de calidad de atención y cuidados de enfermería humanizados.

HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA

La historia clínica Informatizada (HCI) puede definirse como el repositorio en "formato electrónico" de toda la información referente a la salud de cada uno de los pacientes, además ayuda a los profesionales "en la toma de decisiones y el tratamiento" (OPS & OMS, 2011).

- Se pueden observar las siguientes características: Accesibilidad y disponibilidad de la información,
- Presentación configurable de los datos,
- Comunicación activa con otros profesionales y con los pacientes,
- Agregación de datos,
- Acceso a bases de conocimientos,
- Sistemas de apoyo a la toma de decisiones,
- Mejora de la calidad asistencial.

Es interesante mostrar las Diferencias entre la HC informatizada y la HC convencional.

1: *Lic. en Enfermería. Servicio de Neonatología S Allende Nueva Córdoba.*
2: *Lic. en Enfermería. Supervisora del Servicio de Neonatología, Pediatría y partos S Allende. Nueva Córdoba.*
3: *Lic. en Enfermería. Servicio de Terapia Intensiva S Allende Nueva Córdoba.*

HC Informatizada

- Siempre disponible para cuando se necesite.
- Seguridad garantizada con una correcta política de resguardo de la información (back-up)
- La informatización racional garantiza que la información de un paciente no esté atomizada
- Legible, clara
- Garantizado por la firma digital y la inserción de hora y fecha automática
- Costos de imprenta: No requiere.
- Costos de papel: Bajo, sólo cuando necesariamente se requiera imprimir

HC Convencional

- Puede llegar a rehacerse total o parcialmente sin poder comprobarlo
- Utilizable en un solo lugar
- Frecuentemente extraviada, posibilidad de microfilmarse
- Frecuentemente se encuentran divida en servicios
- Sufre deterioro con el tiempo, por su propio uso.
- Algunas veces ilegible
- Costos de personal administrativo: Requiere personal para el mantenimiento del archivo, (repartir, buscar y ordenar las HC)
- Costos de imprenta: Es necesario para los distintos formularios que la componen.
- Costos de papel: Alto

Registro Informatizado de Enfermeria

Es aquel que utilizará como soporte un sistema informático que debe cumplir con unos requisitos estrictos en cuanto a la capacidad de almacenamiento de los datos y velocidad del proceso multimedia generada, por ello no ha sido viable hasta que se ha contado con potentes ordenadores y redes de comunicación rápidas que permitan el acceder rápidamente a los datos almacenados.

Evidentemente los registros de enfermería forman parte de esta historia clínica, aunque específicamente, la jurisprudencia no determina las normas para estos registros, sino que emite un juicio crítico sobre el cumplimiento de la norma. La administración y el registro de los cuidados de enfermería deben cumplir las normas de la profesión.

En todo proceso de cambio es muy importante tener en cuenta la Percepción de los principales usurarios del sistema o proyecto que se utilizara, es por ello que en este caso consideramos la percepción de los enfermeros.

La percepción depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías con los que se comparan los estímulos que el sujeto recibe, pues conforman los referentes perceptuales a través de los cuales se identifican las nuevas experiencias sensoriales transformándolas en eventos reconocibles y comprensibles dentro de la concepción colectiva de la realidad.

Es decir que, mediante referentes aprendidos, se conforman evidencias a partir de las cuales las sensaciones adquieren significado al ser interpretadas e identificadas como las características de las cosas, de acuerdo con las sensaciones de objetos o eventos conocidos con anterioridad.

Factores que influyen en la percepción: motivación, Instrucciones, Contexto, expectativas, Experiencias, Emociones, Cultura, Diferencias individuales, Recompensa/castigo.

OBJETIVO GENERAL

Describir la percepción del personal de enfermería al cambiar de un sistema de registro convencional a un registro informatizado en el S Allende desde el último trimestre del año 2013 al primer trimestre del año 2014 en la ciudad de Córdoba.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1- Identificar las principales percepciones del personal de enfermería frente al cambio de sistema de registros de enfermería.

2- Conocer las percepciones positivas frente al cambio de registros de enfermería.

3- Establecer los motivos de las percepciones negativas frente al cambio de sistema de registros de enfermería.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Método cuantitativo - descriptivo - transversal y prospectivo

Población: Conformada por los enfermeros profesionales y/o licenciados del S. Allende sede Nva. Cba.

Criterios de inclusión: Enfermeras licenciadas y/o profesionales con más de 3 años de antigüedad en la institución, con desempeño en tareas relacionadas a la atención directa de pacientes de cualquier edad en

las diferentes áreas de internación.
Criterios de exclusión: Auxiliares de enfermería, enfermeras profesionales y/o licenciadas con menos de tres años de antigüedad en la institución, personal de enfermería de áreas terciarizadas, de consultorio externo, que no trabajen en atención directa al paciente, personal de enfermería profesional o licenciado de áreas de conducción.
Técnica e instrumento de recolección de datos: La técnica que se utilizó para recolectar los datos fue una encuesta con modalidad de cuestionario. Esta técnica permitió recolectar los datos necesarios para dar respuesta al problema definido y a los objetivos formulados.
La recolección de datos se llevó a cabo en todo los servicios de la institución en los tres turnos (mañana - tarde - noche) de lunes a viernes a todos los Enfermeros que aceptaron.

RESULTADOS:
Los siguientes gráficos muestran algunos de los resultados devenidos del presente estudio.

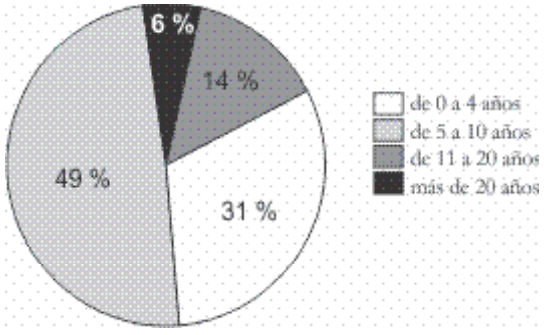
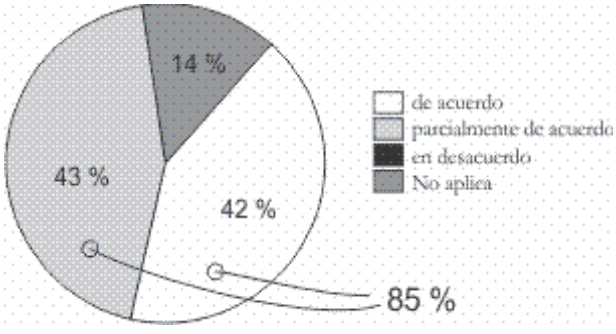
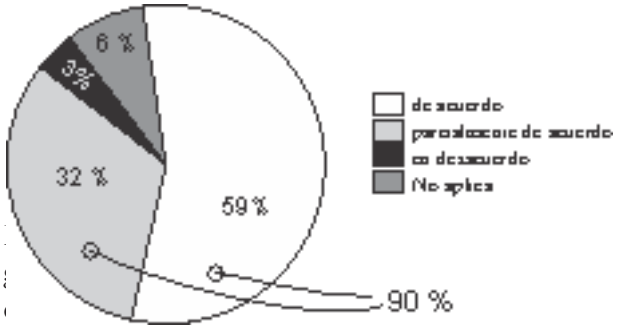
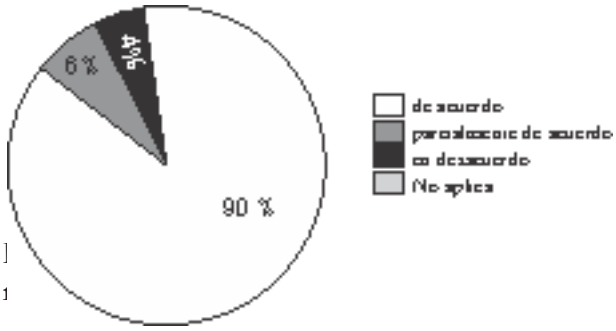
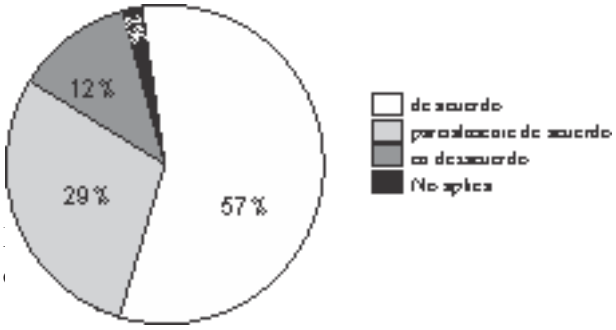


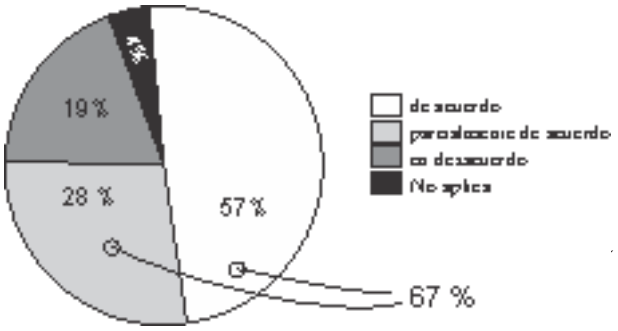
Figura 1: Composicion de la muestra segun antiguedad











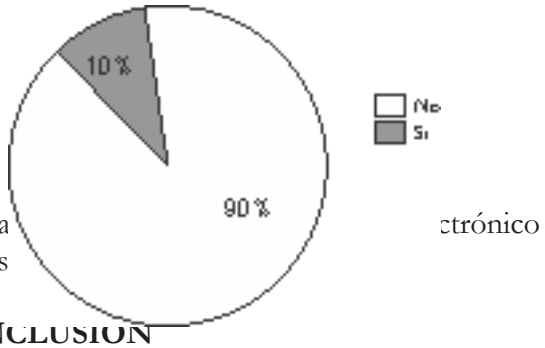


Figura ctrónico versus

CONCLUSION

Aunque el proceso ha sido arduo, el resultado es positivo. El personal de Enfermería, aun el de mas antigüedad, manifiesta sentirse cómodo utilizando esta herramienta.

El cambio ha generado rechazo, disgusto, hasta negación, pero hoy después de tres años desde su implementación podemos decir que ha agilizado el proceso de atención, la enfermera puede estar más tiempo con el paciente, la información no se extravía y esta al alcance de todo el equipo de salud en el momento deseado.

PROPUESTA DE MEJORA

- Continuar en forma paulatina implementando mejoras en la carga de dato y obtención de información.
- Tener en cuenta para futuros proyector usar un solo sector como prueba piloto
- El periodo de prueba debe ser de mayor tiempo para que no se dificulte luego la implementación satisfactoria a otros sectores.
- Rever el equipamiento necesario (computadoras) para mejorar el acceso a la HC.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- American Nurses Association en 2003). Recuperado de www.nursingworld.org

2- Xabier Irigibel-Uriz (2007) Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson. Acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro. Index de Enfermería-versión impresa ISSN 1132-1296. Recuperado de www.scielo.isciii.es.

3- Alexander, Margaret F. Phyllis J Runciman. 2003. Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista Informe del proceso de elaboración y de las consultas. Consejo internacional de enfermeras (CIE), 3, place Jean-Marteau, CH-1201 Ginebra (Suiza)

4- Giménez Lajara Miguel, A. Bordanove Vázquez Cristina. Julio 2009. Los registros informatizados en uci aumentan la eficiencia del equipo asistencial. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream.

5- Pierri; Menem; Pereyra Arandía De Pérez Pardo; Flombaum. Ley 24.004 Régimen legal del ejercicio de la enfermería. Recuperado de www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/regulacion/files

6- Ley Provincial 6222/1973 Del ejercicio de las profesiones y actividades relacionadas con la salud humana Córdoba, 17 de Noviembre de 1973. Recuperado de www.cba.gov.ar.2012/.../sal_farm_normativas0201021.

7- Consejo Internacional de enfermería. Código deontológico del CIE (2012). http://www.icn.ch/es/publications/publications/

8- Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada: Octubre 21 de 2009. Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009.

9- OPS-OMS- Regulación de la enfermería en América Latina-Organización Panamericana de la Salud-2011. Área de fortalecimiento a la Salud.

10- Asociación Internacional de Informática Médica (2009) Definición de Informática de Enfermería Actualizada. Recuperado de (www.imiani.org).

11- Vargas Luz María Concepto de Percepción – Teoría Gestalt-Universidad Autónoma de Metroploitana-Itapalpa. Dto de atención a la Salud. 2013

12- Parasuraman, A.; Berry, L. & Zeithaml, V. (1991a). "refinement and reassessment of the servQual scale", in: Journal of Retailing, 67(4), 420-450.

13- Baron, Robert. Psicología. México: Prentice Hall, 1996. P. 131 – 133, 135 – 138.

14- DAY, R. H. Psicología de la Percepción Humana. México D. F.: Ed. Limusa–Wiley, 1973. 227 p.

15- Feldman, Robert. Psicología. México D.F.: Mc Graw Hill, 1999. 646 p.

16- Giovetti, Paola. Los fenómenos paranormales. Santafé de Bogotá: Ediciones Paulinas, 1992. 192

17- Matlin, Margaret W., y Foley, Hugh J.. Sensación y Percepción. México D. F. Prentice Hall, 1996. 554 p.

18- Moix Queraltó, Jenny, "Mensajes que no llegan a la consciencia" [en línea]. 18 de mayo de 2000. En línea www.ciencia.vanguardia.es/ciencia/portada/p611.html (Consulta: 18 de mayo de 2000)

19- Schiffman, Harvey Richard. La Percepción Sensorial. México D. F.: Limusa, 1983. 453

20- Botero Arias Carlos Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología -la noción de contexto en la psicología ambiental de orientación transaccional- Universidad El Bosque Recibido: Mayo 18 de 2009. Aceptado: Julio 15 de 2009.

21- Merleau, M. 1957. Fenomenología de la Percepción. México, Fondo de cultura Económica.

PROTOCOLO DE CUIDADO A PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL INTERMITENTE

GUIDE, PROTOCOL OF CARE TO PATIENTS WITH INTERMITTENT PERITONEAL DIALYSIS

Acosta, Florencia [1]
Cabrera, Yanina [2]
Moreno, Roxana [3]

Resumen:
El cuidado y la atención integral de pacientes pediátricos que necesitan el tratamiento de diálisis peritoneal intermitente debe estar consensuado y sistematizado de manera que pueda ser evaluado y aumente el sello de calidad en atención de salud. Este protocolo es un instrumento técnico basado en el conocimiento científico, la tecnología, la mejor evidencia disponible y en las teorías del cuidado propias de la profesión, para cualificar y orientar el trabajo de enfermería.

Palabras Clave: Protocolo, enfermería, diálisis peritoneal intermitente

Summary:
The care and comprehensive care of pediatric patients requiring intermittent peritoneal dialysis treatment should be consensual and systematized so that it can be evaluated and the quality of health care can be increased. This protocol is a technical instrument based on the scientific knowledge, the technology, the best available evidence and in the care theories of the profession, to qualify and guide nursing work.

Key words: Protocol, nursing, Intermittent Peritoneal Dialysis.

INTRODUCCION

Para la ejecución de este protocolo se tuvo en cuenta como concepto principal el de Diálisis peritoneal (DP), que engloba todas aquellas técnicas de diálisis que utiliza el peritoneo como membrana de diálisis y su capacidad para permitir, tras un periodo de equilibrio, la transferencia de agua y solutos entre la sangre y la solución de diálisis Para lograrlo se introduce una solución en la cavidad peritoneal por medio de un catéter de Tenckhoff, y permanece un lapso de tiempo en contacto para que se produzca el intercambio con la sangre.
Diálisis peritoneal intermitente (DPI), es generalmente realizada por una enfermera en unidad de cuidados intensivos, la duración óptima de este tratamiento es de 48 a 72 hs, ya que se debe utilizar en procesos agudos. Se procede a individualizar los líquidos de diálisis, los tiempos de permanencia y drenado, se puede realizar en forma manual o con un aparato de ciclos. La máquina de ciclos controla de forma automática los tiempos de permanencia, y tiene una serie de alarma. Este procedimiento comparado con el realizado de forma manual, es competencia de Enfermería. *(5)*

CONTEXTO DE DESARROLLO

Este protocolo se planificó para ser implementado en un servicio de terapia intensiva y cuidados intermedios de una institución pública de 3er nivel que atiende a una población pediátrica desde el primer mes de vida hasta 14 años.

JUSTIFICACIÓN

La diálisis peritoneal es escogida como primera opción de diálisis en cualquiera de sus modalidades, con buenos resultados de integración social y de satisfacción personal, evitando el incremento de inversión en infraestructura.
Cabe destacar que se seleccionó este tipo de diálisis peritoneal, ya que es la que con mayor

1: *Lic en Enfermería Estudiante de la Especialidad de Enfermería en el cuidado del paciente critico*
2: *Lic en Enfermería Estudiante de la Especialidad de Enfermería en el cuidado del paciente critico*
3: *Lic en Enfermería Estudiante de la Especialidad de Enfermería en el cuidado del paciente critico*

frecuencia se realiza en el servicio.

OBJETIVO

Establecer lineamientos generales del cuidado a pacientes con diálisis peritoneal para disminuir infecciones.

MATERIALES

La preparación del líquido de diálisis, así como el purgado y conexión del sistema, así como el proceso completo, debe ser realizado por dos enfermeras, o en su defecto una enfermera y una auxiliar de enfermería quien asistirá a la enfermera. Planilla de diálisis.

Insumos

- Camisolín, gorro y barbijo estériles.
- Guantes estériles
- Gasas estéril (varios paquetes)
- Tela adhesiva hipo alergénicas ancho 5 cm.
- Venda para fijación de miembros superiores e inferiores
- Jeringas 5 - 10 cm.
- Clorhexidina al 2 %
- Tapón estéril (trozo de tabuladora herméticamente sellado en un extremo)

Equipos necesarios

- Fuente de calor seco para las soluciones
- Balanzas digitales
- Mesa auxiliar
- Caja de curaciones estéril
- Tubo en Y
- Soporte para solución de diálisis
- Soporte para bolsa de drenaje
- Solución para diálisis peritoneal al 2 %
- Bolsa colectora estéril con drenaje
- Riñoneras
- Glucomiter
- Tensiómetro manual, termómetro.

Estrategia de búsqueda

Para la realización de este protocolo se realizaron búsquedas en Scielo, Biblioteca Virtual en Salud y Web of Science, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud, Asociación argentina de enfermeros en el control de Infecciones, Sociedad Argentina de Nefrología, Sociedad Española de Nefrología, Fundación Hospital Garrahan Enfermería Pediátrica y Neonatal.

Procedimientos

Preparación del lugar físico:

- Supervisar la higiene adecuada de la habitación(1A)
- Supervisar el orden y la prolijidad de la misma (1A)
- Cambiar ropa de cama según necesidad
- Mantener puertas y ventanas cerradas durante el procedimiento (1 A)
- Aire acondicionado debe tener los filtros en condiciones

Preparación del paciente

- Explicar procedimiento al binomio madre -hijo
- Baño completo con clorexhidina jabonosa al 2% (2B)
- Lavado de mano con clorexhidina al 2% con los 5 momentos(1A)
- Lavado de manos con alcohol en gel al 70% (2B)
- Control de signos vitales, monitorizaremos FC, ECG, TA, FR, PVC, T° central y periférica.
- Registrar peso inicial, para valorar posibles cambios en volumen corporal
- Colocar al niño en posición supino o ligeramente anti trendelemburg para Evitar que disminuya su capacidad respiratoria.
- Colocar SNG para descomprimir el abdomen o para evitar distención abdominal.
- Colocar sonda vesical y realizar control de diuresis horaria (1B)
- Valorar estado de conciencia, hidratación, coloración de piel y mucosas. (1B)
- -Colocación o mantenimiento de vía periférica permeable según el estado general del niño.
- Apertura de planilla de diálisis (1B)
  - Nombre y apellido de paciente
  - Número de historia clínica, número de diálisis, Diagnóstico, Enfermera a cargo.
  - Tipo de solución a usar (estándar o preparado) de acuerdo a necesidad del paciente.
  - Modificaciones o agregados que pueda requerir (aumento de la osmolaridad, cloruro de K, Heparina o Antibióticos)
  - Total ingresado, total egresado, balance neto.
  - Inscribir peso inicial y final.

Preparación del sistema de diálisis

- Verificar, antes de iniciar el procedimiento el rótulo de la solución a ser utilizada, fecha de vencimiento y concentración de la solución.
- Lavado de manos con clorhexidina al 2% (1 A)
- Colocación de equipo de protección (barbijos, camisolín, guantes estériles) (1 A)
- Realizar asepsia de conexión con alcohol al 70%(1A)
- Exponer bolsa de diálisis a temperatura hasta alcanzar los 37° C aproximadamente, para evitar cambios bruscos de la temperatura y así eludir dolor e incomodidad.
- Eliminar la cobertura de la bolsa externa
- Colocar los clamps, conectar al extremo proximal de la bolsa de solución, cuidando de no contaminar los bordes externos del pico y realizar el purgado del equipo bitubular, recordar que no quede aire en la bureta proximal. (1 A)

Inicio del procedimiento de diálisis

- Colocar barbijo y realizar lavado de manos. (2B)
- el procedimiento se realizará con dos enfermeras (2 B)
- Realizar asepsia de la unión del catéter y tapón con alcohol al 70% (1A)
- con una gasa sostener firmemente el catéter para evitar desplazamiento y con la otra retirar el tapón que lo obtura (2C)
- Conectar la guía bitubular ya purgada al catéter; rotándolo hasta que quede bien asegurada sin soltar el catéter durante la maniobra.(2C)
- Cubrir con gasas estéril la unión del catéter con la guía fijándola con tela adhesiva (2 C)
- Sujetar la guía al abdomen del paciente para prevenir la tracción por su peso.
- Conectar la rama de desagote a la bolsa colectora, manteniendo cerrado el paso con la laminilla.
- Registrar el peso inicial de la bolsa y luego se comienza con los baños según indicación médica (cantidad de líquido y permanencia). (2B)

Desarrollo de diálisis

- Mantener cerrada la rama de entrada, cumplido el tiempo de recambio: hora de salida. Abrir la rama inferior; terminando el drenaje se la pinza y medir el volumen.
- Valorar características del líquido.

Finalización de la diálisis

- Una vez finalizado el drenaje del último intercambio, proceder a cerrar la diálisis
- El método está a cargo de dos enfermeros, bajo estrictas normas de asepsia
- Colocarse barbijo, ambos se realizan lavado de manos (1 A)
- Una enfermera: retira la gasa que protege la unión del catéter con la guía
- La segunda enfermera (con camisolín y guantes estériles) y cerca del paciente: abre un campo y coloca sobre ella gasas y tapón para el catéter
- Realizar asepsia con alcohol al 70%
- Tomar dos gasas estériles: con una sujetar firmemente el catéter y con la otra retirar la guía rotándola
- Sostener con gasas estéril cubrir el tapón y el trozo de catéter visible y fijar con tela adhesiva
- Pesar y anotar en la planilla de diálisis.

Recomendaciones

- Realizar limpieza previo al comienzo de la diálisis
- Avisar inmediatamente al médico si hay escape de líquido peri catéter, si drena, valorar y registrar, si es turbio o hemático.
- Evitar reintroducción de cánula al peritoneo en caso de desplazamiento.
- En caso de salida accidental cubrir la zona con gasa estéril y avisar inmediatamente al médico.
- Valorar la zona de peri catéter si esta enrojecido, si hay signos de peritonitis, etc.

Socialización Institucional

Para lograr una socialización institucional adecuada y una implementación del protocolo se debe presentar en el Comité de Capacitación y Docencia, con el comité de Seguridad de Pacientes, enfermeros responsables del control de Infecciones, servicio de Infectología con los jefes de los servicios; aguardar la validación, para luego poder realizar un plan de capacitación para el personal involucrado en todos los turnos disponibles.

Instrumento de Monitoreo de Calidad

Para evaluar dicho protocolo, se realizará una primera etapa de prueba piloto , en ese momento valoraremos todos los posibles errores. Pondremos en práctica un monitoreo de proceso, mediante la elaboración de un checklist, el cual permitirá evaluar el resultado final ,a través de indicadores empíricos que determinarán la efectividad de la diálisis, evitando las complicaciones más comunes. Luego se utilizará una tasa de efectividad .donde relacionaremos pacientes sometidos a Diálisis Peritoneal con Cantidad de pacientes con complicaciones. Una vez completado esos procesos se someterá a la validación final.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- Álvarez, C. A., Cortés, J. A., Gómez, C. H., Fernández, J. A., Sossa, M. P., Beltrán, F.& Padilla, A. (2010). Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Infectio, 14(4), 292-308.

2- "Protocolo basado en la evidencia de los cuidados de los catéteres urinarios en unidades de cuidados intensivos". Enfermería Intensiva. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. Volumen 23 Numero 4. Octubre- diciembre 2012. ISSN:1130-2399

3- Fundación del Hospital Garrahan "Enfermería Pediátrica y Neonatal-Insuficiencia Renal Aguda y Crónica"

4- Lanuza M, Minguela Jl Rodado R, et al. Our nine-year experience wiht the self-location cathete: comparison of malfunction rate with other tenckhoff catheter variants. Int J ArtifOrgans 2006;29:138-141 (pubmed)

5- Maciasheras M. Concepto de diálisis peritoneal, fisiología y anatomía en: Manual práctico de diálisis peritoneal. Coronel F, Montenegro J, Selgas R, Celadilla O, Tejuca M, Eds. Atrium Comunicación estratégica S. L. Badalona 2005.

6- Prevención de las Infecciones Nosocomiales. Guía Práctica. 2da Edición. OMS.2003

7- Rivas R, Sánchez M. Tratado de Enfermería en cuidados Críticos y Neonatales. Sección IX. Capítulo143 .

8- Arrieta J. Bajo A, et al. Guías de Practicas Clínicas en Diálisis Peritoneal. Sociedad Española de Nefrología. Madrid. 2005

9- Intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Asociación colombiana de Infectologia. Revista Infecto. Año

10- Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía Práctica. OMS 2003.

11- Márquez R. Protocolo basado en la evidencia de los cuidados de los catéteres urinarios. 2012. España.

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÖN: ABORDAJE DE LAS EMOCIONES DEL NIÑO DURANTE SU HOSPITALIZACION

IMPLEMENTATION PROJECT: ADVOCACY OF THE CHILD'S EMOTIONS DURING HOSPITALIZATION

Mecchia, Andrea [1]
Roppel, Diana [2]
Otero, Daniela [3]
Velarde, María [4]

Resumen
La hospitalización de un niño en cualquiera de las fases de desarrollo que se encuentre supone una situación de stress más aun relacionado con factores ambientales. Considerando este aspecto de gran importancia es que se implementaron en el internado pediátrico una serie de consignas que van desde cambios en la parte edilicia hasta la implementación de stickers que acompañan al niño y lo hacen partícipe de su propio cuidado. Estas actividades se enmarcan dentro del Proyecto Institucional "CUIDANDO PERSONAS".

Palabras clave: enfermería, cuidando personas, niño, pediatría.

Summary
The hospitalization of a child in any of the stages of development is a situation of stress even more related to environmental factors. Considering this aspect of great importance is that a series of slogans were implemented in the pediatric boarding school, ranging from changes in the building sector to the implementation of stickers that accompany the child and make him participate in his own care. These activities are part of the Institutional Project "CARING PEOPLE".

Keywords: nursing, caring for people, child, pediatrics.

INTRODUCCION

La pediatría es una de las áreas de atención de enfermería que requiere además de conocimientos específicos y basado en la mejor evidencia disponible, una actitud y solicitud para tratar a estos pacientes y sus familias. Para brindar un cuidado de calidad es necesario enfocar no solo el proceso de enfermedad y recuperación, sino evaluar las dimensiones que influyen en el desarrollo normal de un niño, sin olvidar las necesidades de los padres.

Factores relacionados con la Hospitalización
Cada niño va a reaccionar a las situaciones de estrés de distinta forma, dependiendo en gran medida de determinados factores.
Los factores se pueden dividir según diversas perspectivas. Haciendo un compendio de diversos autores y artículos, los podemos clasificar en:

1. Factores Personales: que consideran la etapa del desarrollo en que se encuentre el sujeto, el desarrollo cognitivo, las capacidades intelectuales, el desarrollo socio emocional, relaciones de afecto, el tipo de familia y sus interacciones.
2. Factores relacionados con la enfermedad: naturaleza y características, gravedad del pronóstico, si es aguda o crónica, tiempo de evolución, grado de discapacidad, efectos secundarios del tratamiento.
3. Factores relacionados con la familia: Afrontamiento del estrés, interacción entre sus miembros, tipo de familia, relación afectiva entre los miembros, comunicación, número de integrantes de la familia, redes sociales de apoyo.
4. Factores relacionados con las Redes sociales: Números de redes con que cuenta la familia, relación, interacción, apoyo.
5. Factores relacionados con el Equipo de Salud: Comunicación, confianza, apoyo y soporte emocional, nivel de estrés del equipo, trabajo

1: *Lic en Enfermería. Enfermera Jefe del Dpto de Enfermería del Sanatorio Allende. Córdoba.*
2: *Lic en Enfermería. Enfermera Jefe del Servicio de Perinatología del Sanatorio Allende. Córdoba*
3: *Lic. en Enfermería. Córdoba.*
4:

en equipo, entrega de información.

6. Ambiente Hospitalario: ambiente físico (temperatura, ventilación, seguridad, iluminación, infraestructura), comodidad, horario de visitas amplio, número de pacientes por sala, sistemas de entretención y recreación, información adecuada y preparación para procedimientos.

Significado de la enfermedad en sí para el niño, basándose en las etapas del desarrollo

Para el niño, la hospitalización es un estimulo desencadenante de estrés, el no sabe lo que es la enfermedad, sobre todo si es muy pequeño, ni comprende a que se debe el dolor que presenta, no entiende porque sus padres lo abandonan, y porque se lo introduce en un ambiente extraño, privándole de sus amigos, objetos y juguetes, etc.

- Lactante: "cambio de rutina y ambientes familiares, responde de forma global. Le supone un problema la separación de los objetos deseados". Referido principalmente este punto al desapego de lo realmente importante o necesario para el lactante, como son el deseo de amamantamiento, el chupete, el apego materno, la tranquilidad del ambiente familiar, la entrega de cariño y cuidado permanente.
- Niño/a de 1 a 3 años: miedo a la separación y al abandono. En este período la ansiedad por esta causa es máxima. Relaciona la enfermedad con una situación, circunstancia o conducta concreta. En esta etapa surge el temor a la separación definitiva de los padres, el pensamiento de que los padres se van para no volver, especialmente durante la noche, la desesperación por haber sido "abandonados" en un ambiente desconocido y con personas que no representan necesariamente la entrega de afecto y cariño.
- Más de 3 años: miedo al dolor o lesión corporal. Tolera mejor la separación que los menores. Entiende la enfermedad como un castigo por haber hecho algo mal. Es en este período donde surge el temor al dolor físico-corporal, el rehusarse a la realización de procedimientos, el miedo al personal de salud, los períodos prolongados de llanto, rabia y desesperación por la permanencia en el hospital, específicamente a lo desconocido.

En edades escolares se produce un temor por la naturaleza física de la enfermedad. Hay preocupación por la separación del grupo de compañeros/as y de la capacidad de mantener su relación en el grupo. Percibe la enfermedad como una causa externa, pero localizada en el cuerpo. Acá comienza la identificación de las consecuencias que conlleva la enfermedad como tal, la preocupación por la recuperación total, que tiene directa relación con la separación de pares, es decir el alejamiento con el grupo de amigos, con quienes descubre aspectos nuevos y que generan un grado de satisfacción para los mismos.

- Adolescente: se produce ansiedad en relación con la pérdida de independencia, control o identidad. También se manifiesta preocupación por la pérdida de intimidad. Percibe el órgano o proceso que funciona mal como causa de enfermedad, y es capaz de explicarla. Sin duda alguna en esta etapa la separación de los seres queridos, si bien es importante no es fundamental, acá se conjugan una variedad de factores, como son la protección de partes íntimas, la dificultad para expresar con claridad sus sentimientos, el temor a no ser comprendido, la pérdida de autonomía y volver a ser tratado como un niño.

Fases de la hospitalización

Las emociones son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del individuo cuando percibe un objeto, persona, lugar, suceso, o recuerdo importante.

El proceso de enfermedad- hospitalización de un niño presenta un impacto que va desde lo más leve a los más grave, haciendo que sus temores y ansiedades vayan variando, traduciéndose en algunas oportunidades casi al final de la hospitalización en forma de adaptación y mejor capacidad de tolerancia para experiencias futuras.

- Fase de protesta: la cual puede durar horas o semanas, el niño/a tiene una fuerte necesidad de su madre y la espera basándose en una experiencia anterior en la que ella siempre respondía a sus lloros, por ello se desespera ante esta nueva situación desconocida para él, en la que sus protestas y gritos no conducen a la aparición de la madre. En esta fase el niño/a suele ser considerado un mal paciente.
- Fase de desesperación: se caracteriza por la necesidad continua y consciente de su madre, el niño/a presenta una apatía y un retraimiento

fuera de lo normal, así como una gran tristeza. Aparentemente el niño/a parece tranquilo y adaptado. Es la fase de mayor controversia respecto a la presencia de los padres en el centro hospitalario.

- Fase de negación: el niño/a muestra más interés por el entorno y esto es considerado como un signo de que está feliz, pero lo que realmente está haciendo es reprimir sus sentimientos.

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN

Para gran parte de las personas el hospital representa un significado negativo, abarcado el ámbito físico y social, debido a que se encuentra vinculado con la enfermedad y sus consecuencias. Es por esto que es fundamental generar en la población una perspectiva de que el hospital no es sólo un lugar negativo sino también el espacio físico donde nos "sanamos o mejoramos" de la enfermedad que presentamos. Junto con lo anterior es fundamental manifestar que existen señales o acciones ocurridas dentro del espacio hospitalario que serán captadas por los niños y sus familias, las que permitirán atribuirle al ambiente un significado particular, siendo en algunas oportunidades negativo, catalogado como estresante o distensor, dependiendo de las experiencia individuales y colectivas vinculadas con este agente.

Desde esa perspectiva es que junto al programa CUIDANDO PERSONAS presentado por la institución se aborda mejorar la percepción del paciente y su familia. Durante su estadía, se modifico la parte edilicia del sector de internado pediátrico dándole un ambiente más acorde a la edad, permitiendo que cada paciente y su familia puedan apropiarse de la habitación y acondicionarla con sus preferencias.

Además se puso en funcionamiento una serie de sticker donde con cada acción positiva que el niño realiza se lo premia y se lo hace partícipe de su propio cuidado.

OBJETIVOS

Lograr que los niños y sus padres o personas a cargo, perciban un clima de calidez y contención durante toda la estadía en el Sanatorio, desde el ingreso hasta el alta médica.

Promover una mejor experiencia en pacientes pediátricos internados.

Que cada niño/a y su familia sientan incluidas sus emociones en el cuidado.

Instructivo animómetro

La intencionalidad de la acción reside en que los stickers "Animómetro" funcionen como un reforzador positivo del ánimo del niño.

La enfermera a cargo del cuidado de los niños es la responsable de la aplicación de los stickers.

Elegirá un momento oportuno del día para colocárselo al niño.

Por ejemplo: si a un niño se le retira el suero, o presenta alguna mejora en su salud, ese será un momento oportuno para que el niño perciba este reforzador y se sienta mucho mejor aún.

Instructivo suero de los super poderes

1- La enfermera del área pediátrica colocará un sticker en el suero del paciente internado.

2- La aplicación del sticker no debe dificultar la visualización del nivel de suero ni afectar su funcionalidad.

3- El sticker deberá cambiarse cada vez que se cambie el suero.

4- Tanto el sticker como el suero deben ser visibles para el paciente, de modo que éste pueda apreciar el nivel de suero y captar el sentido del sticker.

Aclaraciones importantes!!!

Tanto en el caso del sticker Animómetro como del Suero de los Super Poderes, las enfermeras son las únicas personas habilitadas para cambiarlos.

Lo ideal es que la aplicación de los stickers se realice a diario.

Es de suma importancia que la enfermera haga al niño partícipe de la acción, ya que él es el protagonista de todo esto.

Para ello, es importante: explicarle a cada niño el sentido de cada uno de los stickers.

Comprender que con sólo aplicar los stickers no se logrará alcanzar el objetivo de la iniciativa, sino que es fundamental el accionar profesional de cada enfermera en cada caso particular.

MONITORIZACION

El control de la acción se realiza en cada turno y está a cargo de los supervisores de enfermería del área pediátrica y mediante las encuestas de satisfacción que se realiza trimestralmente desde el área de cuidando personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- Ibarra, A.(2006).Determinantes ambientales de salud. En Salud Pública para Enfermería (cap.7). Recuperado el 10 de Abril 2007, de www.aibarra.org/Apuntes/Salu d-

2- Publica Determinantes Ambientales Bowlby,J. (1982). Los cuidados maternos y la salud Mental. (4ª ed.). Buenos Aires: Hvmanitas.

3- Carvallo,Y. (2005).Causas y alteraciones del desarrollo y afectaciones de las alteraciones del desarrollo infantil en el área psicológica .En el desarrollo del aprendizaje y lenguaje en la infancia (cap. IV). Recuperado el 15 de Abril de 2007, de

4- Ortigosa, J & Mendez, F. (2000).La Hospitalización Infantil. En Ortigosa, J & Méndez, F. Hospitalización Infantil: Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica. (2ª ed., pp. 19-29). España: Nueva Madrid.

5- Rodríguez, L. (s.f.). Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil. Recuperado el 15 de abril 2007 del sitio web de la Universidad de Castilla-La Mancha de: www.uclm.es/profesorado/ricardo/Docencia_e_Investigacion/2/LuisRodriguez.htm

6- Carvallo,Y. (2005). Causas y alteraciones del desarrollo y afectaciones de las alteraciones del desarrollo infantil en el área psicológica. En el desarrollo del aprendizaje y lenguaje en la infancia (cap. IV). Recuperado el 15 de Abril de 2007, de www.educacioninicial.com/ei/contenidos/00/0500/508.ASP

7- Basilui,C & Sepúlveda,C.(1993). Juego Psicoterapéutico en niños hospitalizados de 8 a 11 años. Disertación de título no publicada, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

8- Sierra, P. (s.f.). Calidad de vida en el niño Hospitalizado. Revista de la Sociedad Colombiana de Pediatría. Recuperado el 20 de Mayo de http://encolombia.com/pediatria34299_actitudes29.htm

9- Fernández, A & López, I.(2006, 22 de Marzo). Estrés en padres e hijos en la hospitalización infantil. Infocoponline: Revista de Psicología. Recuperado el 10 de Mayo 2007 de: www.infocop.es/view_article.asp?id=686&cat=38

10- Ortigosa, J & Mendez, F. (2000). Hospitalización Infantil: Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica. (2ª Ed.). España: Nueva Madrid.

PUESTA AL DIA SOBRE ATOSIBAN DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO TRACTOCILE 6,75 MG/0,9 ML SOLUCIÓN INYECTABLE

UP TO THE DAY ABOUT ATOSIBAN NAME OF THE MEDICINAL PRODUCT TRACTOCILE 6.75 MG / 0.9 ML SOLUTION FOR INJECTION

Guerrero, Yudith [1]

Resumen

Este trabajo trata de la actualización del uso de ATOSIBAN para el tratamiento de la amenaza de parto prematuro, utilizando para su aplicación el protocolo de administración de Tractocile en el servicio de partos vs internado general, a los efectos de sistematizar los cuidados de enfermería en la utilización de este medicamento.

Palabras clave: Atosiban, parto prematuro, enfermería, administración segura de medicamentos.

Summary

this paper deals with the update of the use of ATOSIBAN for the treatment of the threat of preterm birth, using the protocol of administration of Tractocile in the delivery service vs general hospital for its application, for the purpose of systematizing nursing care In the use of this medicine.

Keywords: Atosiban, premature birth, nursing, safe administration of medications.

INTRODUCCION

La prematurez contribuyó en el año 2013 al 52% de la mortalidad en menores de un año en la República Argentina, es la principal causa de Mortalidad Neonatal y de complicaciones neonatales a corto plazo, tales como depresión al nacer, Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR), hemorragia intraventricular, sepsis, retinopatía del prematuro (ROP), ictericia, trastornos de la alimentación, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante (ECN), ductus arterioso persistente, apneas. A largo plazo, es causa de complicaciones severas como parálisis cerebral, displasia broncopulmonar, retraso mental y madurativo, déficit del neurodesarrollo, menor rendimiento escolar, compromiso de la visión y de la audición. Estos riesgos aumentan en forma inversamente proporcional a la edad gestacional en la que se haya desencadenado el nacimiento.

Con el objetivo de mejorar los resultados y permitir un uso más eficiente de los recursos, es que hemos implementado este protocolo de aplicación de esta droga en el servicio para mejorar los resultados en la efectividad del tratamiento y dar mayor seguridad a nuestros pacientes.

Composición

Un frasco ampolla con 0,9 ml de solución para inyección contiene: Atosiban (como base libre) 6,75 mg, manitol, ácido clorhídrico y agua para inyección c.s.p. Un frasco ampolla con 5 ml de solución para infusión contiene: Atosiban (como base libre) 37,5 mg, Manitol, ácido clorhídrico y agua para inyección c.s.p.

Farmacología

El Atosibán es el único fármaco utero específico, antagonista competitivo de los receptores de Oxitocina en el miometrio y, a diferencia de otros tocolíticos, se desarrolló selectivamente como inhibidor del trabajo de parto. Posee varias ventajas sobre otros agentes por ser un inhibidor específico de la actividad contráctil miometrial y presentar un limitado pasaje transplacentario sin tener efectos directos sobre el feto.

Indicaciones

TRACTOCILE está indicado para retardar el parto inminente prematuro en mujeres con: contracciones uterinas regulares de al menos 30 segundos de duración con una frecuencia mayor o igual a 4 contracciones cada 30 minutos.

1: *Lic en enfermería Servicio de Perinatología. S Allende. N Córdoba*

Dilatación cervical de 1 a 3cm (0 a 3 para mujeres nulíparas) y borrado del cuello mayor o igual al 50%. Período gestacional de entre 24 y 33 semanas completas. Una frecuencia cardíaca fetal normal.

Contraindicaciones
Período gestacional inferior a 24 semanas o superior a 33 semanas completas. Ruptura prematura de membranas después de las 30 semanas de gestación. Retraso de crecimiento intrauterino. Hemorragia uterina previa al parto que requiera un parto inmediato. Eclampsia y pre-eclampsia grave que requieran la inducción del parto. Muerte fetal intrauterina. Sospecha de infección intrauterina. Placenta previa. Abruptio placenta (desprendimiento de placenta normo inserta). Cualquier otro estado de la madre o del feto que torne peligrosa la continuidad del embarazo. Hipersensibilidad conocida al principio activo o a cualquiera de los excipientes.

Embarazo y lactancia
Sólo se debe utilizar Tractocile cuando se ha diagnosticado trabajo de parto prematuro entre las semanas 24 y 33 completas del período de gestación. No se observaron efectos sobre la lactancia.

Administración
Tractocile se administrará en vena (vía intravenosa) en tres etapas:
- Se administrará una primera inyección intravenosa de 6,75 mg en 0,9 ml en vena lentamente durante un minuto.
- Después se le administrará durante 3 horas una perfusión continua (gotero) a 24 ml por hora .
- Después se administrará durante un máximo de 45 horas, o hasta que sus contracciones uterinas hayan parado, otra perfusión continua (gotero) a 8 ml/hr. La duración total del tratamiento no deberá ser superior a 48 horas. Se pueden administrar más tratamientos con Tractocile si vuelve a tener contracciones.

El tratamiento con Tractocile se puede repetir hasta tres veces más. Durante el tratamiento con Tractocile, se pueden controlar sus contracciones y la frecuencia cardiaca del bebé. Se recomienda no repetir el tratamiento más de tres veces durante un embarazo.

Efectos Adversos
Al igual que todos los medicamentos, este medicamento puede producir efectos adversos, aunque no todas las personas los sufran. Los efectos adversos observados en las madres fueron en general de intensidad leve. No existen efectos adversos conocidos sobre el feto o el recién nacido. Pueden ocurrir los siguientes efectos adversos con este medicamento:
Muy frecuentes (afectan a más de 1 de cada 10 personas)
- Sensación de malestar (nausea).

Frecuentes (afectan a menos de 1 de cada 10 personas)
- Dolor de cabeza.
- Mareos.
- Rubor.
- Vómitos
- Taquicardia
- Tensión baja. Los signos pueden incluir tener vértigos o estar mareado.
- Reacción en el lugar donde se administra la inyección.
- Hiperglucemia

Poco frecuentes (afectan a menos de 1 de cada 100 personas)
- Aumento de la temperatura (fiebre). -Dificultad para dormir (insomnio). -Erupción.

Raros (afectan a menos de 1 de cada 1.000 personas)
- Su útero no es capaz de contraerse tras el nacimiento del bebé. Esto puede causar hemorragia.
- Reacciones alérgicas. Puede experimentar dificultad para respirar o edema de pulmón (acumulación de líquido en el pulmón), particularmente si está embarazada de más de un bebé y/o está en tratamiento con otros medicamentos que puedan retrasar el nacimiento de su bebé, como medicamentos usados para presión sanguínea alta.

Conservación de Tractocile
Mantener este medicamento fuera de la vista y del alcance de los niños. No utilice este medicamento después de la fecha de caducidad que aparece en la etiqueta después de CAD. La fecha de caducidad es el último día del mes que se indica. Conservar en nevera (2° C – 8° C).
Conservar en el embalaje original para protegerlo de la luz. Una

vez abierto el vial, el producto debe utilizarse inmediatamente. No utilice este medicamento si observa partículas o decoloración del contenido antes de su administración.

Primer año de su implementación

El total de tratamientos realizados han sido 13, se iniciaron el 25 de agosto de 2015, la edad de las pacientes ha sido entre 25 y 40 años, de estos tratamientos solo 8 se han podido completar en su totalidad, las semanas de gestación han sido entre 28-33 semanas (dos casos de embarazo gemelar), la causa del ingreso de las pacientes embarazadas ha sido las contracciones, y el nacimiento de los bebes prematuros a causa del aumento de estas.

CONCLUSIÓN

Nuestra experiencia nos permite decir que la unificación de criterios y el trabajo en equipo han fortalecido la aplicación correcta de los tratamientos desde su implementación. Ha sido un arduo trabajo por parte de todo el equipo de salud, desde lo cual se ha mejorado absolutamente para la efectividad en cuanto a la aplicación de cada uno de los pasos del protocolo a seguir mas allá del desenlace de cada caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

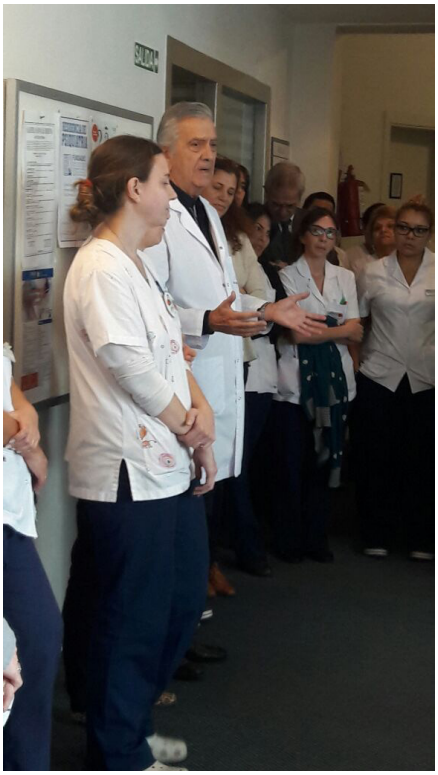
1- European Medicines Agency 2.009. Tractocile atosiban EPAR summary for the public. Acceso junio 2016, disponible en: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/000253/WC500040489.pdf

2- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) Alerta Farmacéutica R 57/2013 en: www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/portada/home.htm

3- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia(2015) Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas (2015) Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000710cnt-guia-parto-pretermino.pdf

Recuerdos...

12 de Mayo de 2017
Día Internacional de Enfermería



EXPERIENCIAS

En este número de nuestra publicación compartimos dos experiencias muy significativas para el crecimiento profesional, la primera hace referencia al ingreso de nuevos profesionales al Departamento de enfermería, y en segundo lugar a una experiencia internacional.

Primera experiencia…

En el mes de febrero del 2017, ingresaron al Sanatorio Allende un grupo de profesionales de enfermería, que desarrollan su asistencia en el turno de la noche cuidando pacientes en varios servicios. Esta decisión responde al interés de optimizar la experiencia de los pacientes reforzando la mejor proporción enfermera paciente.

El primer mes dentro de la institución, recibieron y participaron de un Programa denominado de Reciente ingreso que tiene la finalidad de orientar al sanatorio para una mayor adhesión a los objetivos de cuidado a personas y contribuir al aumento de conocimiento y consolidación de la información. Estamos orgullosos y agradecidos que quieran ser parte de este equipo de enfermería, Bienvenidos!!!!!

Trabajamos entre todos para que la incorporación a los puestos de trabajo fuera centrada en los principios de calidad y humanización, posibilitando la integración de los profesionales de manera más ágil y planificada, para que la dinámica organizacional, la calidad y el nivel de satisfacción laboral no se vean afectados por este motivo.

Segunda experiencia

En el mes de Marzo El Lic Alejandro Winderholler, Jefe de Enfermería SA Cerro, tuvo la oportunidad de realizar una visita institucional al Centro de formación M Cristine Schwartz, WHO Collaborating Centre for Nursing Human Resources Development and Patient Safety, University of Miami School of Nursing and Health Studies, que se encuentra ubicada en 5030 Brunson Drive, Coral Gables, Miami Florida, EEUU. Fue recibido y orientado por tres doctores de enfermería: Maria Padron, Johis Ortega y Susana Barroso, quienes se desarrollan ocupando cargos de prestigio en la institución. Este centro cuenta con una trayectoria de excelencia mundial en enseñanza en enfermería, sus principios están fuertemente basados en la metodología de la simulación y la aplicación de la evidencia científica. La visita permitió el recorrido por el actual centro de simulación que comprende una terapia intensiva de adultos, una terapia intensiva pediátrica, un quirófano y una sala de hemodinamia. A su vez fue posible recorrer la etapa final de la construcción de un hospital simulado de 5 pisos que funcionará durante las 24hs como centro formativo de profesionales de la salud.

La oportunidad permitió el intercambio de experiencias y material bibliográfico con el objetivo de poder realizar en un futuro cercano trabajos de investigación colaborativos y rotaciones formativas.

AGRADECIMIENTO a la Escuela de enfermería de la Universidad de Miami, a sus profesores y autoridades por la oportunidad y FELICITACIONES a Alejandro por tan buena experiencia, que redunda sin lugar a dudas al crecimiento y aumento de la calidad en nuestra atención