Sumario

Editorial 04

Perfil epidemiológico y valoraciones de enfermería en pacientes con infarto agudo de miocardio tratados con inhibidores de clicoproteína IIB IIIA en Sanatorio Allende. 05
Epidemiological profile and nursing assessments in patients with acute myocardial infarction treated with glicoprotein inhibitors IIB IIIA in Sanatorio Allende.

Reciente ingreso de enfermería en el servicio de perinatología: entre lo ideal, lo real y lo posible. 15
Recent nursing income in the perinatology service: between the ideal, the real and the possible.

Características y frecuencia del personal de enfermería que presenta várices, en servicios de hospitales públicos de Corrientes Capital. 22
Characteristics and frequency of nuersing staff presenting varicose veins, in public hospital services of Corrientes Capital.

Estrés académico percibido por estudiantes que finalizan el primer año de licenciatura en enfermería de la UNNE. 27
Academic stress perceived by students that finish their firts year of bachelor´s degree in nursing from the UNNE.

Perfil epidemiológico de los pacientes politraumatizados ingresados por guardia central del Sanatorio Allende. 33
Epidemiological profile of enrolled polytraumatized patient for the central guard of Sanatorio Allende.

Experiencias 39

¿Sabía Ud. que...? 40

Recuerdos 41

Ficha N° 33 39

Notas de Enfermería
Revista del área de Enfermería del Sanatorio Allende
Año 18 - Nº 32 - Diciembre 2018

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: Allende, María Celia
Vocal: Roganti, Lorena
Vocal: Mangupli, Martín
Vocal: Nores Fierro, José
Vocal: Rodríguez, Mónica
Vocal: Vandersande, René
Vocal: Carmignani, Pablo
Vocal: Cordeiro Pinto, Enrique
Vocal: Ribodino, Fernando
Vocal: Minuzzi, Gustavo

COMITÉ EDITOR

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

Traducción en Ingles:
Dr. Martínez Cano

Coordinadora
Lic. Rodríguez Mónica

Dirección:
Dra. María Cristina Cometto.

Obispo Oro 42
Tel.: (0351) 426-9200
Córdoba - Argentina 2018

Editorial

Esta editorial se escribe para honrar la solidaridad, el trabajo colaborativo, el esfuerzo por el desarrollo científico, el amor al cuidado de las personas y la responsabilidad ética por el progreso de la disciplina enfermería. Las enfermeras y enfermeros del S Allende anualmente, hicieron posible que durante 20 años las Jornadas científicas anuales de enfermería fueran una realidad posible, re inventada, mejorada y esperada.

Digo honrar porque todo este tiempo, el rol del profesional de enfermería en el ámbito explicito del cuidado de las personas internadas, fue enriquecido por el estudio, la investigación y las buenas prácticas, para que el mejor cuidado profesional de enfermería, se centrara en la persona y su interacción con el entorno, esencialmente en beneficio del sujeto, hecho que conlleva a que su trabajo sea centrado en él, su familia y la comunidad. Todos estos ejes de diferentes maneras fueron abordados en los diferentes programas científicos de estas XX jornadas.

Felicito y agradezco la elección, el sostenimiento y la visión puestos en beneficio siempre de los que están a nuestro cuidado, creciendo en esa relación y comprendiendo cada vez más el sufrimiento, la enfermedad, el alivio, la interdisciplinariedad y la complejidad del mundo actual.

Y por último, honrar también la decisión de ustedes de seguir muchas jornadas más.

¡Feliz Navidad y muy buen año Nuevo!

María Cristina Cometto

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y VALORACIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TRATADOS CON INHIBIDORES DE GLICOPROTEÍNA IIB IIIA EN SANATORIO ALLENDE.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND NURSING ASSESSMENTS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION TREATED WITH GLICOPROTEIN INHIBITORS IIB IIIA IN SANATORIO ALLENDE.

AUTOR: Lucas Maximiliano Maldonado[1]

RESUMEN:
El infarto agudo de miocardio (IAM) representa la tercera causa de morbimortalidad en el país. Tener datos sobre la realidad de esta entidad en la institución es de suma importancia como punto de partida para el desarrollo de políticas de prevención, así también mejorar el tratamiento, cuidado y calidad de atención al paciente. Objetivo: Determinar el perfil epidemiológico de la población que se les indica tratamiento con Tirofiban durante infarto agudo de miocardio (IAM). Materiales y método: Estudio retrospectivo de las historias clínicas de pacientes que recibieron tratamiento por infarto agudo de miocardio. Se estudiaron 76 historias clínicas, en las que se analizaron las evoluciones médicas, valoraciones de enfermería y los registros del Servicio de Hemodinamia. La búsqueda se direccionó a comparar y analizar antecedentes e informes sobre la evolución del paciente documentado en registros de enfermería. Resultados: La edad media de los pacientes fue de 57 ± 11 años. La hipertensión arterial (60.52%) y el tabaquismo (48.68%) fueron los factores modificables más prevalentes; la tasa de reperfusión fue superior al 94% de los pacientes, de los cuales al 26.78% se le practicó Angioplastia Transluminal Coronaria primaria (ATCp) con Tirofiban como coadyuvante, con una demora prehospitalaria de 162 minutos y un tiempo puerta-balón de 83 minutos. Las principales complicaciones intrahospitalarias fueron la hipotensión arterial y hemorragias menores, en su mayoría vinculadas a punciones arteriales. Conclusiones: De los pacientes sometidos a ATCp con Tirofiban como coadyuvante, predominó el sexo masculino y como principales factores de riesgos se encontró a la HTA y la dislipemia. Las 2 demoras en el tratamiento son importantes y existen puntos a mejorar, se detectaron en el 46.06% de los casos y están vinculadas en parte al desconocimiento de la población, este es un punto modificable que pueden ser mejorado con medidas de concientización y educación sobre la importancia de acudir a un centro de salud de forma inmediata cuando aparezcan síntomas relacionados al IAM. Las hemorragias e hipotensiones fueron las complicaciones más frecuentes, el monitoreo constante y el rápido accionar de enfermería fueron fundamentales para tratarlas y normalizarlas.
Palabras clave: Infarto agudo de miocardio, enfermería, epidemiologia, angioplastia, Agrastat.

Summary:
Acutemyocardialinfarction (AMI) represents the third cause ofmorbidity and mortality in the country. Having information about the reality of this entity in the institution is of the utmost importance as a starting point for the development of prevention policies, as well as improving the treatment, care and quality of patientcare. Objective: To determine the epidemiological profile of the population that is being treated with Tirofiban during acute myocardialinfarction (AMI). Materials and methods: A retrospective study of the medical records of patients whoreceived treatment for a cutemyocardialinfarction. A total of 76 clinical histories we restudied, in which the medical evolutions, nursing assessments and the record soft the Hemodynamics Service were analyzed. The search was directed to compare and analyze antecedents and report son the evolution of the

[1] *Enfermero profesional | Hemodinamia | Sanatorio Allende Cerro*

patient documented in nursing records. Results: The average age of the patients was 57 ± 11 years. Hypertension (60.52%) and smoking (48.68%) were the most prevalent modifiable factors; the reperfusion rate was higherthan 94% of the patients, of which 26.78% had primary coronary transluminal angioplasty (CTPA) with Tirofiban as adjuvant, with a prehospital delay of 162 minutes and an 83-minute gate-to-balloon time. The main intrahospital complications were arterial hypotension and minorhemorrhages, mostly associated with arterial punctures. Conclusions: Of the patients subjected to CTPA with Tirofiban as coadjuvant, the male sex predominated, and hypertension and dyslipidemia were found asthemain risk factors. The delays in the treatment are important and there are points to improve, they were detected in 46.06% of the cases and are linked in part to the ignorance of the population, this is a modifiable point that can be improved with awareness and education measures on the importance of going to a health center immediately when symptoms related to AMI appear. Hemorrhages and hypotension were the most frequent complications, constant monitoring and the rapid action of nursing were fundamental to treat and normalize them.
Key words: Acutemyocardialinfarction, nursing, epidemiology, angioplasty, Agrastat.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbimortalidad mundial. En nuestro país también constituye el principal motivo, con una tasa estimada de mortalidad de 227,4 cada 100.000 habitantes, lo que representa el 30% de la mortalidad total. Lo más alarmante es que estas cifras no han descendido en el transcurso de los últimos años. Dentro de este grupo de enfermedades, el infarto agudo de miocardio (IAM) representa una de las entidades más importantes. Su incidencia se calcula en 9 pacientes cada 10.000 habitantes por año, lo que representa aproximadamente unos 40.000 eventos anuales(1). Tener datos sobre la realidad de esta patología en la institución es de suma importancia como punto departida para el desarrollo de políticas de prevención, así también mejorar el tratamiento, cuidado y calidad de atención al paciente. El tiempo de reperfusión miocárdica, con la recanalización del vaso responsable, es un determinante clave en la sobrevida del IAM al reducir drásticamente la mortalidad del 15-20% en la era pre-trombolítica al 8-10% con los trombolíticos no fibrinoespecíficos, posteriormente al 6-8% con el uso de agentes fibrinoespecíficos y por último al 4.5% con angioplastia primaria (ACTp). Estas intervenciones también redujeron de manerasignificativa la morbilidad acompañante del IAM y con ellas sus complicaciones arrítmicas, la temida presencia de falla cardíaca y las complicaciones mecánicas del infarto(2).

Se considera a la ATCp como el tratamiento de elección para pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) y el uso de fibrinolíticos intracoronario (IC) como coadyuvante, su uso en pacientes con trombosis coronaria resulta seguro y eficaz(3–5).

Los agentes fibrinolíticos, o trombolíticos, tienen la capacidad de lisar el trombo queocasiona la obstrucción coronaria y su uso ha demostrado efectos favorables en varios estudios, además de disminuir de la mortalidad(3), mejora la sobrevida en aquellos pacientes con menos de 12 horas de evolución y que tienen elevación persistente del segmento ST. Su efectividad es mayor mientras más precoz sea su administración en relación al comienzo del infarto, su eficacia disminuye con el tiempo de evolución y con el tipo de fármaco utilizado(6).

El criterio para la utilización de fibrinolíticos se encuentra aplicado en casos de lesiones complejas, trombo significativo intraluminal, disección endotelial y otras situaciones a juicio del cardiólogo intervencionista(7).

Esta estrategia ha sido bien estudiada y la misma se debe llevar a cabo en centros que cuenten con un equipo técnicamente capacitado(3) para la correcta administración y monitoreo, la intervención del personal de enfermería es de vital importancia, debe poseer los conocimientos y la preparación suficientes para orientar sus cuidados en forma oportuna, no solamente para brindar el tratamiento específico, sino también para prevenir y detectar de forma temprana posibles complicaciones.

En pacientes que han recibido tratamiento trombolítico, la interpretación de las arritmias ysíntomas adquiere una connotación especial, pues algunas son propias del períodoposterior a la reperfusión, y otras constituyen complicaciones del propio proceso isquémico.

El personal de enfermería debe permanece al lado del paciente y encargarse del funcionamiento eficaz de todos los equipos conectados al paciente, fundamentalmente el monitoreo, ya que en la fase aguda se pueden presentar cambios súbitos y se debe de estar alerta para el análisis y la interpretación de los síntomas(8).

El American College of Cardiology y la

American Heart Association (ACC/AHA) han desarrollado diversas iniciativas a fin de reducir la brecha existente entre el manejo práctico de los pacientes con infarto y las recomendaciones teóricas de cómo deberían ser tratados. Como parte de estas iniciativas se han elaborado indicadores de calidad en el cuidado de los pacientes y se ha estimulado la medición de estos indicadores como una de las principales herramientas para mejorar la calidad de atención en el infarto(5,9).

Las guías de práctica clínica sobre el uso de trombolíticos en pacientes con infarto agudode miocardio señalan consideraciones(10,11) y enumeran efectos adversos típicos muy recuentes como(12): hipotensión arterial, bradicardias, ángor, náuseas, vómitos, fiebre, epistaxis, cefaleas y hemorragias no vasculares (gingival, gastrointestinal y genitourinario).

Las complicaciones clínicas frecuentes son: isquemia recurrente, infarto, insuficiencia cardiaca, shock cardiogénico, pericarditis, edema agudo de pulmón; otras complicaciones no tan frecuentes pueden ser: paro cardiaco, valvulopatías, trombosis venosa profunda, taponamiento cardiaco, rotura cardiaca, hemorragia retroperitoneal, hemorragia cerebral, hemorragia pulmonar y reacción anafiláctica.

Objetivo general: Determinar el perfil epidemiológico de la población que se les indica tratamiento con Tirofiban durante infarto agudo de miocardio (IAM).

Objetivos específicos: - Caracterizar el perfil epidemiológico según las dimensiones de edad, sexo, antecedentes patológicos previos y medicación previa. -Analizar los tiempos y calidad de atención en el tratamiento del infarto agudo de miocardio. - Describir la evolución clínica y las complicaciones intrahospitalarias en pacientes bajo tratamiento con Tirofiban post ATCp.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizo un estudio epidemiológico, observacional, analítico y retrospectivo en el cual se seleccionaron a todos los pacientes ingresados al Sanatorio Allende sucursal Cerro con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio entre el 13 de mayo del 2013 y el 1 de junio de 2017. Se estudiaron 76 historias clínicas, en las que se analizaron valoraciones de enfermería y registros del Servicio de Hemodinamia. La búsqueda se direccionó a analizar y comparar los antecedentes e informes sobre la evolución del paciente documentado en la historia clínica, ya sea por el enfermero o el médico a cargo, discriminando aquellos que recibieron tratamiento con Tirofiban de los que no y se analizaron las variables en estudio: datos epidemiológicos, antecedentes patológicos personales, tratamiento, evolución intrahospitalaria y la condición al alta sanatorial. El diagnóstico de IAM se realizó sobre la base de la presencia de al menos dos de tres criterios, a saber: 1) dolor de pecho típico prolongado (dolor precordial, opresivo desencadenado por esfuerzo; duración breve, de 2 a 5 minutos; se alivia con reposo o nitratos; localización retroesternal; irradiado a brazo izquierdo, mandíbula o cuello; ausencia de otras causas de dolor torácico, 2) cambios electrocardiográficos progresivos patológicos, 3) elevación de enzimas (Troponinas) (1,13). Se incluyeron en el estudio a todos lospacientes que tuvieron una demora prehospitalaria menor de 12 horas desde el inicio de los síntomas.

Se implementó como técnica el análisis documental y el instrumento fue la construcción deplanilla para el volcado de datos en el programa Excel. Fuentes de datos: secundarias. ElAnálisis estadístico de los datos de las variables en estudio, volcados en soporte informático, fueron analizados según estadística descriptiva, ordenados en tablas de frecuencia simple y de contingencia que permiten un entrecruzamiento de variables. Las variables cualitativas que se presentaron como tablas de frecuencias y porcentajes con sus intervalos de confianza. Para la descripción de las variables cuantitativas se utilizó media ± desviación estándar o mediana y rango Intercuartil (RIC) 25-75 según su distribución. La factibilidad estuvo disponible durante el desarrollo de la investigación, se tuvo acceso a la información con las autorizaciones institucionales correspondientes del servicio de Hemodinamia y del Comité de Capacitación y Docencia.

RESULTADOS

En el estudio se incluyeron 76 pacientes con el diagnostico de IAM en agudo que, dentro de las primeras 12 horas del inicio de dolor de pecho, se les realizó angioplastia primaria. Los datos se agruparon en tablas para describir las características demográficas, los tiempos del tratamiento, eventos intrahospitalarios e indicaciones en el alta.

Variables	Pacientes (n=76)	Porcentaje (%)
Edad – Años (Media ± DE)	*57 ± 11*	
Sexo Masculino	*66*	*86,84*
Sexo Femenino	*10*	*13,16*
Antecedentes Patológicos Previos		
Tabaquista	*37*	*48,68*
Ex tabaquista	*17*	*22,36*
Hipertensión Arterial	*46*	*60,52*
Diabetes	*14*	*18,42*
Antecedentes familiares	*48*	*63,15*
Stress	*76*	*100*
Dislipemia	*44*	*57,89*
Obesidad	*34*	*44,73*
Antecedentes Cardiovasculares		
Infarto previo	*7*	*9,21*
Angioplastia previa	*8*	*10,52*
Bypass	*2*	*2,63*
Trombolítico previo	*0*	*0*
Medicación Previa		
AAS	*16*	*20,51*
Clopidogrel	*4*	*5,12*
Betabloqueantes	*8*	*10,25*
Bloqueantes Cálcicos	*9*	*11,53*
IECAS	*12*	*15,38*
Estatinas	*14*	*17,94*
Fibratos	*1*	*1,28*
Sin datos	*18*	*20,07*

Tabla N° 1 – Características demográficas de pacientes con diagnostico Infarto Agudo de Miocardio internados en el Sanatorio Allende Cerro entre mayo 2013 – mayo 2017

En la Tabla N° 1 se detallan las características de la población donde la edad promedio fue 57 ± 11 años, con un predominio del sexo masculino (86.84%). Se observa a la hipertensión arterial como factor de riesgo mayor (60.52%). El riesgo de aterosclerosis y sus secuelas aumenta progresivamente al incrementarse la presión arterial y cuando esta excede de 160mmhg la sistólica y 95mmhg de diastólica en hombres de edad madura, el riesgo es cinco veces mayor que en hombres normotensos. Después de los 50 años la hipertensión puede ser más importante como factor de riesgo para predecir un aumento de la frecuencia de aterosclerosis que la hipercolesterodemia y de ahí su estrecha relación con el IAM(14).

El tabaquismo estuvo presente en el 48.68% de los pacientes, se plantea que este es uno de los factores de riesgo mayor para la enfermedad cardiovascular, favorece el desarrollo de la

enfermedad cardiovascular a través de su acción sobre el sistema nervioso autónomo con la liberación de catecolaminas, el incremento de la agregación plaquetaria, las lipídicas y la disfunción endotelial(15,16). Todos los pacientes identificaron una situación de vida estresante como gatillo del infarto y el 57.89% refirió tener dislipemia.

El 10.52% de los pacientes previamente había sido sometido a una ATC, el 9.21% afirmó haber tenido un infarto de miocardio en situación de agudo donde no se aplicó terapia de infusión con trombolíticos y el 84.21% de los pacientes no tenían antecedentes cardiovasculares.
La demora prehospitalaria es uno de los factores determinantes de la evolución del paciente con

Tiempos de reperfusión	Pacientes (n = 76)
Inicio de síntomas - ingreso a GC (med, RIC), min	*162 (75,259)*
Puerta – Balón (med, RIC), min	*83 (65,126)*
Puerta – Balón ≤ 90 min, %	*53.94*
Tiempo total de la isquemia (med, RIC), min	*265 (150,360)*

Tabla N° 2 - Indicadores de calidad Tiempos de reperfusión.

IAM, la mediana del tiempo en el que el paciente refirió el inicio de los síntomas hasta el primer contacto con el medico en la guardia central fue de 162 (RIC 75,259) minutos, sin embargo, el 60.52% acudió antes de las 3 horas y el 5.26% luego de las 6 horas. La mediana del tiempo desde que el paciente ingresa a la guardia central hasta que ingresa a la sala de hemodinamia es de 60 (RIC 40,101) minutos. Con respecto a la demora intrahospitalaria, el tiempo puerta-balón estuvo por debajo al descripto en el registro argentino ARGEN-IAM-ST(5)con una mediana de 83 (RIC 65,126) min. y el 53.94% de los pacientes estuvieron dentro de los 90 minutos recomendados en las guías como buena práctica hospitalaria(4,5). La ventana total de tiempo entre el inicio de los síntomas y el inflado del balón fue de 265 (RIC 150,360) min.
Al ingreso, la combinación de aspirina (AAS) y Ticagrelor se utilizó en el 67% de los pacientes, AAS con Clopidogrel el 29% y al 76% de los casos se le administro heparina sódica. El abordaje femoral fue utilizado en todas las intervenciones.

De los 76 pacientes internados por IAM, el 96.05% fue reperfundido en la sala dehemodinamia, de los cuales al 25% se le practicó Angioplastia Transluminal Coronaria primaria(ATCp) con Tirofiban como coadyuvante. Al 85% de los pacientes se les inicio tratamiento con Tirofiban antes de las 6 horas pasadas del inicio de los síntomas.

EVOLUCIÓN POST-ANGIOPLASTÍA

En la Tabla N° 3 se muestra el monitoreo continuo con respecto al personal de enfermería, las principales complicaciones intrahospitalarias valorizadas por el equipo fueron la hipotensión arterial (36.84%), de las cuales el 35.71% de las mismas necesitaron de drogas vasoactivas para normalizarlas, le siguieron las hemorragias (35.32%) vinculadas a punciones arteriales, pero todas ellas fueron mínimas y controladas. El 3.94% presentaron reacción vasovagal durante la retirada de set-introductor arterial y el 25% mostró registros de hipertensión arterial, de los cuales el 47.36% requirieron de drogas vasoactivas para normalizar valores.

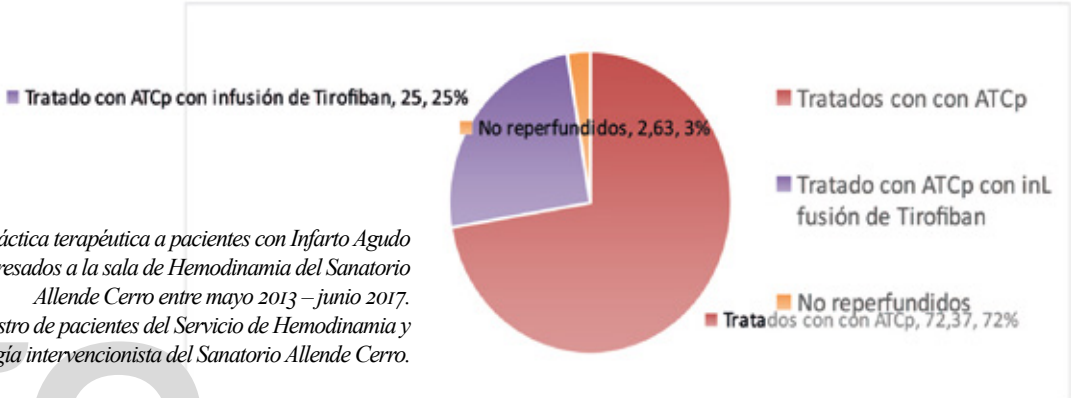

Grafico N° 1 – Práctica terapéutica a pacientes con Infarto Agudo de Miocardio ingresados a la sala de Hemodinamia del Sanatorio Allende Cerro entre mayo 2013 – junio 2017.
Fuente: Registro de pacientes del Servicio de Hemodinamia y cardiología intervencionista del Sanatorio Allende Cerro.

Con respecto a la práctica médica invasiva, al 3.49% se les colocó un balón de contrapulsación intraaórtico, un 6.57% requirió monitoreo hemodinámico con catéter de Swan Ganz y el 2.63% fue conectado a un marcapaso transitorio. La mediana de internación resultó de 5 ± 4 días, el 14.10% de los pacientes superaron los 7 días y las infecciones intrahospitalarias fueron la principal causa de esta demora (50%). En la Tabla N° 4 se muestran las intervenciones invasivas realizadas por parte del equipode enfermería. Las más practicadas fueron el sondaje vesical (14.47%) y la colocación de sonda nasogástrica aspirativa (10.52%). Solo al 5.26% de los pacientes se le tomaron muestras de cultivos para bacteriología debido a la aparición de signos de infección intrahospitalarios.

Variable	Pacientes (n = 73)	Porcentaje (%)
Sangrado en sitio de punción	*10*	*13,69*
Sangrado mayor	*0*	*0*
Hematoma	*10*	*13,69*
Reacción vasovagal	*3*	*3,94*
Hipertensión Arterial	*19*	*25*
Hipotensión Arterial	*28*	*36,84*
Fiebre	*12*	*15,78*
Oxigenoterapia	*15*	*19,73*
Hiperglucemias	*6*	*7,89*
Antibioticoterapia	*5*	*6,57*
RCP	*8*	*10,52*
ARM	*9*	*1184*
MPT	*2*	*2,63*
BCPao	*3*	*3,94*
Swan-Ganz	*5*	*6.57*

Tabla N° 3 – Evolución clínica post-angioplastia Variable

Variable	Pacientes (n=76)	Porcentaje (%)
Sondaje vesical	*11*	*14,47*
SNG	*8*	*10,52*
Toma de muestras para cultivos	*4*	*5,26*
Recanalizaciones	*20*	*26,31*

Tabla N° 4 – Procedimientos invasivos por parte de enfermería realizados en unidad de terapia intensiva.

El 26.31% de los pacientes debieron ser recanalizados, siendo la obstrucción del catéter (50%) y la presencia de dolor en el sitio de acceso (35%) las principales causas.

Pacientes bajo tratamiento con Trombolíticos

En la Tabla N° 5 se muestra el perfil de pacientes intervenidos con ATCp y se les indicó infusión de Tirofiban como coadyuvante. El registro muestra que la HTA (66.67%) y la dislipemia (66.67%) como factores prevalentes.

Variable	Pacientes (n=21)	Porcentaje (%)
Edad – Años (Media ± DE)	54 ± 12	
Sexo Masculino	20	95,23
Sexo Femenino	1	4,77
Factores de riesgos		
Tabaquista	10	46,61
Ex tabaquista	3	14,28
Hipertensión Arterial	14	66,67
Diabetes	4	19,04
Antecedentes familiares	14	66,67
Stress	21	100
Dislipemia	14	66,67
Obesidad	12	57,14
Antecedentes Cardiovasculares		
Infarto previo	2	9,52
Angioplastia previa	2	9,52
Bypass	0	0
Trombolítico previo	0	0
Medicación Previa		
AAS	2	9,52
Clopidogrel	2	9,52
Betabloqueantes	1	4,76
Betabloqueantes Cálcicos	2	9,52
IECAS	2	9,52
Estatinas	3	14,28
Fibratos	0	0
Sin datos	6	28,57

Tabla N° 5 - Perfil de pacientes con diagnostico Infarto Agudo de Miocardio tratados con Tirofiban internados en el Sanatorio Allende Cerro.

Es útil destacar que la HTA y la dislipemia están consideradas entre los más importantes factores de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares, y su importancia radica en los efectos sobre la aceleración de la arteriosclerosis de ambas enfermedades, que se potencian de forma exponencial cuando coinciden en el mismo sujeto(16).
La obesidad es un factor de riesgo determinante de enfermedades crónicas, como las cardiovasculares: enfermedad coronaria, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (10), estuvo presente en el 57.14% de los pacientes internados. Los pacientes diabéticos se encuentran en un estado hipercoagulable con mayor actividad plaquetaria y mayor capacidad de generación de fibrina, con enfermedades más difusa y calcificadas(10), ésta estuvo presente en el 19.04% de los pacientes.

La Tabla N° 6 muestra los eventos y reacciones típicas de los pacientes durante la administración de Tirofiban endovenoso. Las hemorragias (57.14%) se muestran como principal complicación, siendo el 75% vinculadas al abordaje femoral y en menor porcentaje se presentaron en secreciones aspiradas por tubo endotraqueal (14.28%), en secreciones

Variable	Pacientes (n=21)	Porcentaje (%)
Hemorragias/hematoma	12	57,14
Sangrado en sitio de punción	*4*	*19,04*
Sangrado mayor	*0*	*0*
Hematoma	*9*	*42,85*
Hipertensión Arterial	5	23,80
Hipotensión Arterial	10	47,61
Bradicardias	6	28,57
Fiebre	6	28,57
Cefaleas	9	42,85
Nauseas	4	19,04
Recanalización	10	47,61
Sondeo Vesical	3	14,28
SNG	4	19,04

Tabla N° 6 – Eventos y reacciones típicas a la administración de Tirofiban a pacientes angioplastiados.

aspiradas por boca relacionadas al trauma por la intubación orotraqueal (14.28%), en lesiones dérmicas por cinta (19.04%) y en la orina (4.76%). Según la ficha táctica del medicamento aprobada por el ANMAT(17) y las guías de manejo de pacientes bajo éstos tratamientos(10) recomiendan que debe limitarse el número de punciones venosas y de inyecciones intramusculares durante el tratamiento con trombolíticos, sólo debe establecerse un acceso intravenoso en zonas compresibles del cuerpo, se registraron recanalizaciones en el 47.61% de los pacientes. Es preciso considerar la idoneidad del uso de sondas e intensificar las precauciones en caso de requerirlas, ya que en caso de que ocurran traumatismos durante su colocación lahemostasia es dificultosa, entre los pacientes tratados al 14.28% se colocaron vesicales y al 19.04% nasogástricas.

Dentro de las reacciones adversas asociadas con la administración del medicamento se encontraron la hipotensión arterial (47.61%), bradicardias (28.57%), ángor (38.09%),náuseas y vómitos (19.04%), fiebre (28.57%), cefaleas (42.85%), hemorragias no vasculares (19.04%).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ALTA

La Tabla N° 7 muestra la medicación que se le indica al paciente como tratamiento luegodel alta sanatorial. El 13.89% de las historias clínicas no detallan el tratamiento farmacológico que el paciente debe continuar en el egreso

Variables	Pacientes (n=72)	Porcentaje (%)
Sin datos	*10*	*13.89*
Aspirina	*62*	*86.11*
IECA/ARA	*48*	*66.67*
Betabloqueantes	*53*	*73.61*
Estatina	*60*	*83.33*
Ticagrelor	*47*	*65.27*
Clopidogrel	*13*	*18.05*
Prasugrel	*2*	*2.78*

Tabla N° 7 – Medicación indicada al alta sanatorial. Variables

hospitalario, pero se observa un alto porcentaje de empleo de doble esquema de antiagregación plaquetaria, betabloqueantes y estatinas, acorde a las recomendaciones actuales
xxdictadas por la xxxACC/AHA(4).

DISCUSIÓN

Los datos que se presentaron constituyen el primer relevamiento sistemático de pacientescon diagnóstico de infarto agudo de miocardio realizado en el Sanatorio Allende Cerro desde el inicio del servicio de hemodinamia. Los datos obtenidos en el análisis de características de la población estudiada como la edad, el sexo o los factores de riesgo, son similares a los registros multicéntricos publicados por la Sociedad Argentina de Cardiología(5) y a los datos publicados por el Consejo Argentino de Residentes de Cardiología XVII (CONAREC)(1). Los factores de riesgo modificables como la hipertensión arterial y el tabaquismo son losmás prevalentes en la población estudiada. Los síntomas previos (dolor de pecho, cambios electrocardiográficos y elevación de enzimas) se presentaron en casi todos los pacientes; los antecedentes de cardiopatías isquémica estuvieron presente en un 15% de los casos analizados, mientras que el 85% restante no realizaba prevención con medicación, dieta, ni actividad física, lo que denota que evidentemente, se necesita de una estrategia poblacionalde salud pública para concientizar a las personas sobre la prevención de las enfermedad cardiovascular y la importancia de implementar cambios en los hábitos (tabaquismo, actividad física, alimentación, etc.).Los datos recopilados también permiten conocer el manejo del infarto en los pacientes que ingresan a la institución. El registro muestra una tasa de reperfusión que supera el 97%, este resultado es levemente superior a los publicados en el National Survey of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction in Argentina (94.5% de pacientes reperfundido)(5).

El 95% de los pacientes consulta con menos de 6 horas de evolución de los síntomas y los tiempos puerta-balón son acordes a las recomendaciones para la buena práctica intrahospitalaria(4). Las guías de uso (12) y la especificaciones técnicas aprobadas por el ANMAT(17) recomiendan limitar el número de punciones y considerar la idoneidad del uso de sondas e intubaciones, durante el estudio se valora un alto porcentaje de recanalización venosa durante la administración del medicamento, los registros de enfermería señalan impermeabilidad de la vía y la presencia de flebitis en algunos casos.

CONCLUSIÓN

De los pacientes sometidos a ATCp con Tirofiban como coadyuvante, predominó el sexo masculino y como principales factores de riesgos se encontró a la HTA y la dislipemia. Las demoras en el tratamiento son importantes y existen puntos a mejorar, se detectaron en el 46.06% de los casos y están vinculadas en parte al desconocimiento de la población, este es un punto modificable que pueden ser mejorado con medidas de concientización y educación sobre la importancia de acudir a un centro de salud de forma inmediata cuando aparezcan síntomas relacionados al IAM. Las hemorragias e hipotensiones fueron las complicaciones más frecuentes, el monitoreo constante y el rápido accionar de enfermería fueron fundamentales para tratarla y normalizarlas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez GE, Costabel JP, González N, Zaidel E. Infarto agudo de miocardio en la R. Argentina: Registro CONAREC XVII. Rev Argent Cardiol [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun 16];85(5):390–9. Availablefrom: https://www.sac.org.ar/wpcontent/uploads/2014/04/3462.pdf
2. Tajer CD, Charask A, Castillo Costa Y, Antonietti L, Geronazzo R, Allín J, et al. Consenso de Infaro Agudo de Miocardio con Elevación del segmento ST. Rev Argentina Cadiología [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 16];83(4). Availablefrom: https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2015/10/consenso-IAM-con-elevacionST-2015.pdf
3. Fabelo AR. Reconocimiento de las arritmias por el personal de enfermería en la fase aguda del infarto cardíaco. Medicentro Electrónica [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 16];19(3):206–8. Availablefrom: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000300018
4. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE, Chung MK, de Lemos JA, et al. 2013 ACC/AHA Guidelineforthe Management of ST-ElevationMyocardialInfarction. Circulation [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun 16];127(4):78–

140. Availablefrom: http://circ.ahajournals.org/content/127/4/e362
5. Gagliardi JA, Charask A, Perna E, D'Imperio H, Bono J, Castillo Costa Y, et al. NationalSurveyof ST-SegmentElevationAcuteMyocardialInfarction in Argentina (ARGEN-IAM-ST). Argentine J Cardiol [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 16];84(6):548–57. Availablefrom: http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/rac/article/view/9508/pdf_1
6. Paolasso E, Bono J, Castro R, Conci E, Fernandez Cid G, Luciardi H, et al. GUíAS de manejo de los síndromes coronarios agudos con elevación del segmento ST. Revusta Fed Argentina Cardiol [Internet]. 2012 [cited 2017 Jun 16];41(3):218. Availablefrom: http://www.fac.org.ar/1/revista/12v41n3/exclusivo_online/exclusivo_01/exclusivo_online.pdf
7. Acuña Valerio J, Abundes Velasco A. Estado del arte de la trombólisis intracoronaria. Rev Mex [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 16];27(1):41–6. Availablefrom: http://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2016/hs161e.pdf.
8. Gabriel Steg P, James SK, Atar D, Badano LP. ESC Guidelines for the management of acutemyocardial infarction in patients present in gwith ST-segment elevation. Eur Heart J [Internet]. 2012 [cited 2017 Jun 16];33(20):2569–619. Availablefrom: http://www.cmr-guide.com/Contents/Acute_MI_ESC_Guidelines.pdf
9. Balmori Marin BL, Martínez Rodríguez I, Suárez Yanes E, Calero Pérez Y. Caracterización clínico-epidemiológica del infarto agudo del miocardio trombolizado en la unidad de cuidados intensivos de adultos. Clinical-epidemiologist characterization of the trombolized acutemyocardialinfarction in the Adult Intensive Careunit. MEDICIEGO Ignacio Martínez Rodríguez Ezequiel Suárez Yanes [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun 16];19(11). Availablefrom: http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdcs131h.pdf
10. Medina MS, Riquenes YO, Pérez LP, Cruz ZG, Fernández RC. Guía de práctica clínica sobre el tratamiento trombolítico del infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST en la primera asistencia médica. Rev Electrónica Dr Zoilo E Mar Vidaurreta [Internet]. 2015 Nov 18 [cited 2017 Jun 16];38(8). Availablefrom: http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/489/pdf_137
11. Coll Muñoz Y, Valladares Carvajal F de J, Gonzáles Rodríguez C. Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. RevFinlay [Internet]. 2011 [cited 2017 Jun 16];6(2):170–90. Availablefrom: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200010
12. Cornellat DM, Simarro JVC, Gil BG. Actualizacion de los cuidados en laadministracion de fibrinoliticos. Enfermería Glob [Internet]. 2006 [cited 2017 Jun 16];5(2). Availablefrom: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/366/334
13. Piombo A, Salzberg S, Lowenberg T, Grasso C. Epidemiología del infarto agudo de miocardio en los hospitales públicos de la Capital Federal. Rev Argent [Internet]. 1999[cited 2017 Jun 16];67(2):201–7. Availablefrom: https://www.sac.org.ar/wpcontent/uploads/2015/03/PDFs201503/309.pdf
14. Piskorz D, Quaglino MB, Pigozzi F, Vitelleschi M. Importancia de las variables no hemodinámicas en el desarrollo de hipertrofia ventricular izquierda en hipertensión. Rev Fed Argentina Cardiol. 2010;39(4):288–93.
15. Escobar Serrano L, Mariño RY. Factores de riesgo de infarto agudo del miocardio en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial [Internet]. Vol. 20, MULTIMED Revista Médica Granma. Departamento Editorial, Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Granma; 2017 [cited 2017 Jun 16]. 129-143 p. Availablefrom: http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/393/626
16. Alvarez J, Migliaro G, Leiva G, Fernández Recalde ML, Donato B, Baglioni P, et al. Angioplastia primaria en diabéticos vs. no diabéticos con infarto agudo de miocardio: predictores de mortalidad. ArchCardiol México [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 16];86(1):11–7. Availablefrom: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1405994015000981
17. ANMAT. Vademecum Nacional de Medicamentos. Prospecto de AGRASTAT [Internet]. Buenos Aires: ANMAT, Ministerio de Salud de la Nación. [cited 2017 Jun]. Availablefrom: https://servicios.pami.org.ar/vademecum/views/consultaPublica/presentacion.zul

RECIENTE INGRESO DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE PERINATOLOGÍA: ENTRE LO IDEAL, LO REAL Y LO POSIBLE.

RECENT NURSING INCOME IN THE PERINATOLOGY SERVICE: BETWEEN THE IDEAL, THE REAL AND THE POSSIBLE.

AUTORES: Araya, Vanesa[1], Guaymás, Mariam[2] , Lezcano, Pamela[3]

RESUMEN

La enfermería desde sus orígenes era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común y no contemplaba conocimiento científico de la profesión, esto nace con la primera teoría de enfermería.

Se reconoce a los cuidados de enfermería como una variable fundamental en el funcionamiento de los servicios de salud; se estima que aproximadamente un 70% de la respuesta de salud corresponde a actividades de enfermería. Por tanto, la mejor o peor calidad de dichos cuidados tiene un impacto decisivo en la atención que proporciona el sistema de salud en su conjunto. Por lo tanto en el Sanatorio Allende Cerro se plantea reforzar el contenido teórico y práctico, utilizando el pensamiento enfermero; y aplicando un plan estratégico que permita la capacitación previa y post del enfermero a ingresar al servicio. Se concluye que la necesidad de perfeccionamiento profesional es la realidad del trabajo de la enfermera en ese sector. Supervisar los cuidados, es posible; cuidar integralmente al paciente, envolviendo a su entorno, es el ideal deseado.

Palabras clave: Enfermería, perinatología, capacitación, aprendizaje.

Summary:

The Nursing from its origins was considered as an occupation based on practical experience and common knowledge and did not provide for scientific knowledge of the profession, this was born with the first Nursing theory. It is recognized to the Nursing care as a fundamental variable in the operation of health services; it is estimated that approximately 70% of the health care response corresponds to Nursing activities. Therefore, the better or worse quality of care has a decisive impact on the attention provided by the health system as a whole. Therefore in the Sanatorio Allende Cerro arises to strengthen the theoretical and practical content, using the Thought nurse; and implementing a strategic plan that will allow the pre and post of the nurse to enter the service. It is concluded that the need for professional development is the reality of the work of the nurse in that sector. Monitor care, it is possible; take care integrally to the patient, wrapping to your environment, it is the ideal desired.

Keys Word: Nurse, perinatology, training, learning

INTRODUCCIÓN

La mortalidad infantil se considera un indicador fiel del desarrollo social de una nación y su disminución constituye una de las metas más importantes no solo del Ministerio de Salud de la Nación Argentina sino también de la Organización Mundial de la Salud.

En la Argentina, en esta última década, perinatología ha presentado importantes cambios en lo que se refiere a desarrollo tecnológico; sin embargo, en algunos centros, este crecimiento técnico no se ha vinculado con una mejoría en el estándar de atención, debido a que no fue acompañado de un crecimiento en otros aspectos con relevancia igual o más importante que el tecnológico, como son:

• La calidad y la cantidad óptima de recurso humano (enfermeros, neonatólogos o pediatras, especialistas, personal de apoyo) capaces de atender al RN o niño críticamente enfermo y emplear en forma adecuada la tecnología recibida.

• Una infraestructura óptima para la atención

[1] *Enfermera profesional S. Allende Cerro | Córdoba*
[2] *Lic. en Enfermería S. Allende Cerro | Córdoba*
[3] *Enfermera profesional S. Allende Cerro | Córdoba*

que contribuya al aumento de la supervivencia y a la disminución de las secuelas,
• Un cuidado oportuno y seguro del binomio madre-hijo, centrado en la familia, acorde a las tendencias actuales de humanización del cuidado.
El Área de Terapia Intensiva Neonatal y Pediátrica del Sanatorio Allende recibe RN o niños críticamente enfermos, notándose un considerable aumento de pacientes del interior de Córdoba.
Debido al crecimiento de infraestructura del Sanatorio, es que se decidió hacer este proyecto de implementación para el personal de reciente ingreso al servicio de perinatología, dentro de este marco, se pretende desarrollar un Programa de Capacitación en Terreno (PCT) cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de atención en el servicio con el fin de lograr, a través de la optimización de los diferentes procesos, que el personal de reciente ingreso adquiera las competencias necesarias en el cuidado de recién nacidos y niños enfermos con una experiencia clínica supervisada durante un periodo de 6 meses; y evitar impacto negativo de incorporación de profesionales sin experiencia previa al cuidado de los recién nacidos/niño y sus familias.
La capacitación en terreno constituye una modalidad de capacitación en servicio en la que el "experto" participa, y su experiencia y conocimiento, permitirán al nuevo ingreso adquirir los mismos (Benner)[6]. Este tipo de estrategia de capacitación "cara a cara" permite elaborar un diagnóstico de situación y proponer estrategias para solucionar los problemas detectados, intercambiando información directamente en el ámbito de desempeño de los principales actores.

FUNDAMENTACIÓN

El Sanatorio Allende está ubicado en la ciudad de Córdoba, convirtiéndose en una de las instituciones reconocidas dentro del país, por lo tanto constituye un centro de derivación por el nivel de complejidad que maneja, además de brindar atención en todas las especialidades.
La realidad de los nuevos profesionales hoy en día es preocupante, si bien es cierto que la demanda de enfermeras es importante, se observa que los mismos cuando ocupan sus puestos lo hacen bajo ciertas condiciones negativas, ya sea por falta de apoyo o por falta de experiencia previa, que hacen difícil el crecimiento y desenvolvimiento como profesionales de la salud.
Este programa de implementación tiene como finalidad tres objetivos principales:
• Determinar el nivel de competencia del personal del servicio de perinatología, con la finalidad de igualar competencias a la hora de atención favoreciendo el nivel de cuidados de los pacientes. Y a su vez utilizar estos niveles de competencias, captando a los enfermeros con mayor experiencia y formación que puedan acompañar en el crecimiento, supervisar y capacitar en forma directa la adquisición de habilidades del personal de reciente ingreso en el servicio de perinatología, en un lapso de 6 meses aproximadamente.
• Lograr en el personal de reciente ingreso la adquisición de competencias en el cuidado de recién nacidos y pediátricos, enfermos con una experiencia clínica supervisada.
• Evitar impacto negativo de incorporación de profesionales sin experiencia previa al cuidado de los recién nacidos y sus familias. Como asi mismo para el propio profesional.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El plantel de enfermería en el servicio de perinatología es de 27 enfermeras, de las cuales 3 son licenciadas en enfermería y el resto enfermeras profesionales. Se encuentran distribuidos en tres turnos mañana, tarde y noche, en las áreas de partos, uti pediátrica y neonatología. Teniendo en cuenta que la mayor parte del reciente ingreso a sido en el periodo del 2013/2015, con la característica común de que en su gran mayoría han sido inexpertas o con escaso conocimiento sobre el área. Se propone implementar técnicas que faciliten la participación diaria de las mismas en el cuidado crítico de nuestros pacientes, y brindarles herramientas que les permitan actuar de manera

[4] United Nations Millennium Declaration.
[5] Rabasa C, Bossi L, Santos P, Rodríguez S, Fariña D. Accesibilidad a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de alta complejidad en la Argentina.
[6] Benner P. Curricular and Pedagogical Implications for the Carnegie Study, Educating Nurses: A Call for Radical Transformation

consciente, implementando a la autocrítica en la elección de los cuidados.

El programa se basa en la teoría de Patricia Benner, De novata a experta, quien retoma del modelo de Dreyfus citado por Peña "Con la experiencia y la maestría se trasforma la habilidad" , plantea que todas las situaciones prácticas son más complejas, por lo cual en su

FORTALEZAS | OPORTUNIDADES | DEBILIDADES | AMENAZAS

Fortalezas	Oportunidades
• Equipo humano fuertemente motivado hacia la mejora. • Apoyo de equipo de gestión. • Actitud favorable del equipo hacia la implementación de programas y sistemas de calidad. • Incentivo al personal basado en el desempeño. • Nivel de tecnología para aumentar la calidad del cuidado. • Programas asistenciales en curso con disponibilidad, amplio número de protocolos y de coordinación que facilita y garantiza el cuidado óptimo. • Profesionales que comparten valores sobre el paciente como eje del sistema.	• Entorno complejo y dinámico que obliga al cambio continuo. • Apoyo de directiva sanatorial. • Competencia sanatorial en calidad de atención. • Coordinación de equipo de gestión y operativo. • Posibilidad de competir en calidad respondiendo antes las nuevas exigencias asistenciales. • Nuevos medios y formas de gestión adecuados a las necesidades de los pacientes. • Necesidad de generar nuevas respuestas a los retos asistenciales desde el conocimiento científico actual. • Necesidad de adaptar nuevas formas de gestión y asistencia.
Debilidades	**Amenazas**
• Personal con falta de sentimiento de pertenecía y compromiso con el servicio. • Actitud de desconfianza de los profesionales ante el nuevo diseño asistencial. • Percepción de excesiva burocracia y ofimática, y necesidad de un esfuerzo adaptativo de los profesionales al nuevo entorno sanitario. • Necesidad de nueva formación. • Canales internos y externos de comunicación inadecuados. • Personal desmotivado. • Infraestructura en crecimiento. • Personal de reciente ingreso.	• Creciente competencia con otras instituciones. • Confusión ante el nuevo desarrollo institucional y miedo a la desorganización asistencial. • Existencia de baja implicación por parte del personal.

[7] *Dejours, Cristophe. Trabajo y Desgaste Mental. Buenos Aires. Humanitas.200*

obra expone los supuestos teóricos que enmarcan la disciplina enfermera: enfermería, persona, salud y entorno. Según Nelson, quien cita la teoría propuesta por los hermanos Dreyfus en torno a la experticia y la no moral, en la cual los seres humanos no solo acuden en la vida diaria a principios para enfrentar situaciones morales dilemáticas, también se apoyan en el

[8] *Nelson S. Embodied Knowing? The constitution of expertise as moral practice in nursing*

[9] *Peña A. The Dreyfus model of clinical problem-solving skills acquisition: a critical perspective*

conocimiento de una gran cantidad de ejemplos acumulados a partir de la experiencia y con los cuales fijan un determinado curso de acción. Esta es una de las principales fuentes teóricas de Benner. En el modelo denominado "Adquisición y desarrollo de habilidades y competencias" los hermanos Dreyfus desarrollaron su método a partir del estudio de la actuación de pilotos en situación de emergencia y de jugadores de ajedrez, para identificar el grado de destreza de los mismos.

La Filosofia de Patricia Benner muestra el proceso que la enfermera(o) atraviesa desde recién graduada(o) hasta que se especializa en un área determinada. Durante este proceso van surgiendo una serie de cambios de conducta; se van adquiriendo habilidades que hacen que el desempeño profesional sea cada vez de mejor calidad. Robinson señala cuatro etapas de adquisición de habilidades intelectuales y motoras que se ponen en práctica en el quehacer diario de la profesión, las describe así: ***la enfermera novata,*** la cual comienza a relacionar el conocimiento práctico con el teórico frente a situaciones de baja complejidad desarrollando así un plan de atención básica. ***La enfermera competente,*** en la cual la primera hace referencia a la profesional que se encuentra en la etapa en la cual domina actividades básicas, pone en práctica experiencias del pasado para resolver situaciones actuales, el núcleo familiar entra a ser parte del proceso de enfermería; y la segunda, se basa en experiencias previas dando soluciones rápidas a situaciones no planificadas con eficiencia y eficacia. La enfermera ya es competente en cuanto a analizar, predecir y actuar. Por último, ***la enfermera experta*** es capaz de resolver problemas de alta complejidad, tiene una base intuitiva, genera pensamiento crítico y autocritico, mantiene un equipo de trabajo en mejora continua, dando como resultado la prestación de un servicio de alta calidad y satisfacción para los pacientes y familiares.

OBJETIVO GENERAL

Optimizar las condiciones del reciente ingreso al servicio de perinatología del Sanatorio Allende Cerro.

ACTIVIDADES | METAS | INDICADORES

Captar enfermeros con mayor formación y experiencia (tutor/mentor), que puedan acompañar en el crecimiento a los profesionales de reciente ingreso, supervisando y capacitando en forma directa la adquisición de habilidades, y siendo su referente en la institución.

• Actividad a realizar en turno distinto al propio de trabajo del tutor.

• Seleccionar uno (o dos) tutores por turno de enfermería, que en el contraturno cumplan las funciones de supervisión de la práctica del personal de reciente ingreso.

Rol del Tutor

Garantizar que la educación sea integral y personalizada y no una simple transmisión de conocimientos. Logro de valores y actitudes.

Su función:

• Acompañar a los nuevos profesionales supervisando directamente la adquisición de las competencias pautadas y la realización de técnicas y procedimientos

• Reportar en forma mensual e individual los avances de cada uno de los profesionales a su cargo.

Competencias a lograr en el personal de reciente ingreso en vista al año 2018

1. Comunicación y relaciones interpersonales
2. Desarrollo profesional
3. Práctica segura
4. Trabajo en equipo
5. Calidad de los cuidados
6. Responsabilidad en el cuidado del paciente
7. Competencias clínicas básicas en enfermería neonatal

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

La evaluación se incluye dentro de esta propuesta, como una vía para obtener información acerca del comportamiento profesional durante su actividad laboral, con la finalidad de contribuir a la identificación de necesidades de aprendizaje, a la vez que comprueba la repercusión de los procesos educativos durante el ingreso al servicio. Los estudios de este tema en Enfermería están dirigidos a la búsqueda de necesidades

[10] *Brykczynski K. Del principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica*

PLANILLA RESUMEN POR OBJETIVOS ESPECIFICOS					
OBJETIVO ESPECÍFICO: Capacitar a los tutores para guiar al reciente ingreso en su adaptación y adquisición de competencias.					
ACTIVIDADES	**METAS**	**INDICADORES**	**RECURSOS**	**PLAZO**	**RESPONSABLE**
Construcción y elaboración del plan de capacitación	Capacitar al 100% de los Tutores	Número de participantes	Recursos humanos de tutores	2 meses Enero-Febrero	Equipo de capacitadores
Desarrollo de material bibliográfico			Recursos técnicos y económicos		
Planificación de los días de capacitación y lugar de desarrollo			Disposición horaria		
Realizar los encuentros			Lugar físico de reunión		Equipo de capacitadores y Tutores
Reforzar contenidos teóricos y prácticos					
Planificación de los talleres					
Seguimiento del modelo con apoyo					Equipo de capacitadores
Evaluación de las metas					

de aprendizaje, que constituyen el punto de partida de estrategias capacitantes sobre la problemática detectada; establecer un sistema de monitoreo que garantice la continuidad de la Educación Permanente , elevar de forma sistemática el impacto de la Capacitación en la calidad de los servicios, además incentivar la auto superación individual como vía para lograr el Perfeccionamiento Técnico-Profesional que posibilite la transformación cualitativa de los servicios de salud.

Evaluar es emitir un juicio de valor que exprese la magnitud y calidad con que se han logrado los objetivos propuestos. La evaluación es el proceso de identificar, obtener y analizar información útil y descriptiva, que permita valorar y enjuiciar los fenómenos que se presentan en torno al objeto, con el fin de obtener criterios y juicios sobre el propio objeto, para posteriormente tomar decisiones y solucionar problemas. Se elaboró una metodología para evaluar el desempeño, competencia antes y después de finalizar la capacitación que contribuyera a dar solución a dificultades que subsisten en la atención de enfermería originadas entre otras causas por errores e insuficiencias en la formación y por las necesidades de superación que impone el

desarrollo científico técnico.
La evaluación se caracteriza porque tiene lugar en el contexto real y verifica el comportamiento del profesional en cuanto a:
• Cómo organiza, retiene y utiliza los conocimientos adquiridos.
• Cómo organiza e integra el sistema de habilidades en la práctica.
• Cómo actúa y sé interrelaciona con los demás integrantes del equipo de salud, y la familia.
Se desarrollaron talleres de trabajo con la participación de aquellos aspirantes a ingresar al servicio de Perinatología, como así también personal idóneo en el tema. Se elaboró un instrumento de implementación para observar y capacitar al personal en la realización de las diferentes técnicas y procedimientos del servicio en cuestión, utilizando la guía de observación.
Instrumentar programas de evaluación continua y seguimiento durante toda la capacitación es una herramienta indispensable si es necesario aplicar acciones correctivas como así también si se detecta la necesidad de intensificar la capacitación.

SEGUIMIENTO DE PERSONAL

Una vez que la incorporación al servicio se produce, se inicia una nueva etapa, en la cual el enfermero se incluye en el campo de acción. La mayoría de las veces el nuevo integrante posee una imagen muy valorada, casi idealizada del servicio. La primera etapa de toda experiencia enfrenta a sus protagonistas con la realidad, la realidad de confrontar sus expectativas acerca del otro con las respuestas y posibilidades que éste le ofrece. La interacción comienza a ocurrir. Es un período de ajuste cultural, dos mundos de experiencias que se contactan, que necesitan reconocerse y comenzar a amalgamarse. El propósito del seguimiento trasciende la mera verificación: es una oportunidad de ajuste, de calibración, de aprendizaje y de enriquecimiento. Siempre esta etapa aporta elementos revitalizadores al proceso de selección, equivalentes a la retroalimentación o feed-back en el proceso de comunicación.

RECOMENDACIONES

En el Servicio de Perinatología, lo ideal sería, además de administrar, realizar el cuidado directo a fin de satisfacer las necesidades del paciente y de los familiares. La estandarización de los cuidados, sumada a la educación permanente y a la calificación para manejo de los recursos tecnológicos, es factor que posibilita a los profesionales prestar un cuidado de buena calidad técnica. Sin embargo, es preciso que el equipo este siempre atento a las necesidades individuales de cada paciente y de la familia de este. Las relaciones de trabajo necesitan ser construidas y, para eso, el equipo debe planificar el cuidado en conjunto, respetando la actuación de cada profesional. La adecuación de recursos humanos posibilita que la enfermera administre mejor el cuidado. Es preciso un trabajo continuo para dar un nuevo significado a las prácticas de cuidados por las enfermeras. La práctica de la enfermería basada en evidencias científicas, la divulgación de investigaciones relacionadas al cuidado de enfermería y la capacidad de estandarizar el cuidado, de supervisar el trabajo del equipo y de priorizar y prestar el cuidado directo servirán de subsidios a la enfermera para la realización de un cuidado humanizado y de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations. General Assembly. United Nations Millennium Declaration. New York, NY: United Nations. [Internet] 2000. [Consulta: 7 de Julio de 2017] Disponible en: http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf
2. Rabasa C, Bossi L, Santos P, Rodríguez S, Fariña D. Accesibilidad a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de alta complejidad en la Argentina. Arch. argent. pediatr. v.108 n.4. Scielo. [Internet] Buenos Aires jul. /ago. 2010 [Consulta: 13 de Julio de 2017] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000400006
3. Benner P. Curricular and Pedagogical Implications for the Carnegie Study, Educating Nurses: A Call for Radical Transformation. PubMed. [Internet].2015. [Consulta: 13 de Julio de 2017] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25829203
4. Dejours, Cristophe. Trabajo y Desgaste Mental.

Buenos Aires. [2014] Editorial Humanitas. Cuadernos de Relaciones Laborales 493 Vol. 32, Núm. 2 (2014) 493-496 [Consulta: 14 de Julio de 2017]
5. Nelson S. Embodied Knowing? The constitution of expertise as moral practice in nursing. Scielo [Internet].2007.[Consulta: 14 de Julio 2017] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100017
6. Peña A. The Dreyfus model of clinical problem-solving skills acquisition: a critical perspective. NCBI. PMC [Internet] 2010. [Consulta 14 de Julio 2017] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2887319/
7. Carrillo Algarra, A. García Serrano, L.Cárdenas Orjuela, C. Díaz Sánchez, I. Yabrudy Wilches, N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enfermería global. Scielo. Revisiones [Internet].2013. [Consulta: 14 de Julio 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/revisiones5.pdf
8. Zarate, Rosa. La gestión del cuidado de enfermería. Vol. 13.Granada 2004. Scielo [Internet].2017. [Consulta: 5 de Agosto 2017] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009
9. Silva, K. De Sena, R. La educación de Enfermería: Búsqueda de la formación crítica y reflexiva y de las competencias profesionales. Rev. Latino-am Enfermagem, Vol. 14 (5), PP. 5-18. Revisaciones. Scielo. [Internet] 2006.[Consulta: 8 de Agosto de 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/es_v14n5a18.pdf

CARACTERÍSTICAS Y FRECUENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE PRESENTA VÁRICES, EN SERVICIOS DE HOSPITALES PÚBLICOS DE CORRIENTES CAPITAL.

CHARACTERISTICS AND FREQUENCY OF NURSING STAFF PRESENTING VARICOSE VEINS, IN PUBLIC HOSPITAL SERVICES OF CORRIENTES CAPITAL.

AUTORES: Ávalos, Daisi Mariana[1], Espinoza, Néstor Pablo Ramón[2] , Lutz, Daiana Itatí[3], Gómez, Carolina; Rodriguez, Leonardo; Medina, Oscar[4]

RESUMEN

Se realizó el estudio, para determinar las características del personal de Enfermería que presenta Várices en los servicios Emergencia, Terapia Intensiva y Clínica Médica de los hospitales "José Francisco de San Martin" y "Juan Pablo II" . El diseño metodológico utilizadofue de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional.

Del total de 150 profesionales que reunieron los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, se selecionó a 54 enfermeros;por un muestreo probabilistico sistemático, la recolección de los datos se realizó durante los meses de agosto y septiembre del 2017, a travez de unaencuesta. Se analizaron las variables frecuencia de aparción de Várices, edad, sexo, tipo de varices, antigüedad en el servicio, tiempo de bipedestacion. Resultados: el 70% (IC al 95% de 58,11% a 82,48%) presentó Várices. Se observó que el sexo con mayor frecuencia de aparción fue el femeninocon 87%. La edad del personal de enfermería que presentóVárices fue, en promedio, 45,61 años. En cuanto al tipo de Várices, 25 enfermeros presentaron Várices del Grado I, 10 del Grado II y 3 de Grado III. Sobre a la variable Antigüedad en el Servicio, se identificó un promedio de 13 años. Acerca al Tiempo de Bipedestación, los enfermeros que permanecen 7 horas de pie representan el 47%.

Conclusiones: El sexo femenino, la edad y el tiempo de bipedestación prolongado, son características personales y laborales presentes con frecuencia en la muestra analizada.

Palabras clave: Várices, epidemiologia, enfermeros, enfermedad cronica.

Summary:

The study was carried out to determine the characteristics of the nursing staff that presents varicose veins in the Emergency, Intensive Care and Medical Clinic services of the "José Francisco de San Martin" and "Juan Pablo II" hospitals. The methodological design used was quantitative, descriptive, prospective, cross-sectional and observational.

Out of the total of 150 professionals who met the inclusion, exclusion and elimination criteria, 54 nurses were selected, and by a systematic probabilistic sampling, the data collection was carried out during the months of August and September of 2017, through a survey . The variables of varices frequency, age, sex, type of varicose veins, length of service, and standing time were analyzed.

Results: 70% (95% CI from 58.11% to 82.48%) presented VARICES. It was observed that the sex with the highest frequency of appearance was the female with 87%. The age of the nursing staff who presented varicose veins was, on average, 45.61 years. Regarding the type of varices, 25 nurses presented varicose veins of Grade I, 10 of Grade II and 3 of Grade III. About the variable Antiquity in the Service, an average of 13 years was identified. About Standing Time, nurses who stand for 7 hours

[1] Enfermera profesional. Hospital "Raúl Alfonsín". Corrientes.

[2] Enfermero profesional. Internación domiciliaria "BC Salud". Corrientes.

[3] Enfermera profesional. ISSUNNE. SAPS "Doctor Oscar Pirchi". Corrientes.

[4] Docente de la asignatura "Metodología de Investigación en Enfermería". Carrera de Licenciatura en Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, capital. Dirección: Mariano Moreno 1240.

represent 47%.
Conclusions: The female sex, the age and the time of prolonged standing, are personal and labor characteristics present frequently in the sample analyzed.
Keywords: Varicose veins, epidemiology, nurses, chronic disease.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad varicosa constituye un serio problema, que afecta adeterminadas áreas de la población mundial, y quetiene un enormeimpactoen es sistema sanitario, social y laboral. Es una patología crónica con elevada frecuencia, que requiereun estudio detallado desde el punto de vista epidemiológico(1).

En los países industrializados, la prevalencia varía entre 20% a 60%, por lo que resultan ser una de las enfermedades más costosas tanto en el plan médico como social, trayendo, comoconsecuencia, pérdida de días laborales a causa dela incapacidad que producen.Las Várices de extremidades inferiores presentan signos y síntomas que limitan e incluso invalidan a las personas que las padecen, afectan no sólo el plano físico, sino, también, el psicológico, emocional y social; es por esta razón,que la calidad de vida de las personas con Várices de extremidades inferiores se ve afectada y deteriorada, además, dicha enfermedad se asocia a listas de espera quirúrgica, donde los pacientes deben esperarmucho tiempo para ser intervenidos(2).

Se calcula que, en España, 2.500.000 personas aproximadamente tienen Várices y que, al año, alrededor de 10% presentan úlceras debidas a la insuficiencia venosa crónica. Las Várices se encuentran entre las 10 enfermedades más frecuentemente diagnosticadas en España y sus cirugías se sitúa entre los diez procedimientos quirúrgicos más comunes del mundo occidental(3).

En la literatura exitente se han descripto agunos facores que aumentan la posibilidad de presentar Várices, como las ocupaciones en las que permanecen por largos periodos en bipedestación (carpinteros, cocineros, amas de casa, enfermeras) y posición sentada (camioneros), que favorecen a la estasis venosa, incrementando la presión del sistema venoso profundo y superficial provocando dilatación y alteraciones estructurales de la pared de las venas. Es así que todo trabajador, que permanece más de 5 horas de su jornada laboral sentado o de pie, tiene mayor predisposición a presentar Várices, siendo calificadas como profesiones de riesgo(4).

Espíndola CF, et al, realizarón un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal,en el periodo de abril a agosto del 2006, en un Hospital de Clínicas en Paraguay, con el objetivo de determinar la prevalencia de Várices en miembros inferiores del personal sanitario, mediante una encuesta a 366 personas, establecieron que, el 65% de la población presentaba Várices en miembros inferiores: el 75% de las mujeres y el 25% de los varones, el tiempo que permanecen de pie, durante sus actividades laborales, en laspersonas con Várices fue> de 8 horas en el 49% y menos de 8 hrs en el 51%, mientras que en las que no presentaron Várices, el tiempo de pie fue > de 8 horas en el 18% y< de 8 hs en el 82%. La edad de aparición de las Várices en miembros inferiores fue entre los 10-19 años en el 17%, 20-29 años en el 51%, 30-39 años en el 21%, 40- 49 años en el 9% y mayor de 50 años en el 2%.(1)

En Argentina, las várices han sido incluidas dentro de la lista de enfermedades profesionales cuando cumplen los siguientes criterios: “generadas por tareas en cuyo desarrollo habitual requiere la permanencia prolongada en posición de pie, estática y/o con movilidad reducida, durante 2 a 3 horas seguidas en la jornada, dependiendo del tipo de bipedestación, debiendo éstas ejecutarse durante un período mínimo de tres años, cumplidos en forma continua o discontinua mediante el desempeño en la jornada habitual de la actividad definida legal o convencionalmente”.(4)

En un estudio cuali-cuantitativo, descriptivo-comparativo de corte transversal, realizado en Hospitales de las Fuerzas Armadas, EsSALUD y Clínicas Particulares de Lima Metropolitana, sobre Ambiente Laboral y Condiciones de Salud de las Enfermeras, se seleccionaron a 3259 enfermeras que prestan servicios en esos lugares y se tuvieron en cuenta diferentes tipos de enfermedades, accidentes de trabajo, horas laborales, entre otras, los cuales dieron, como

resultado, que una de las enfermedades de tipo postural más frecuente en estos profesionales son las várices con un 40,9%.(5)

Por todo lo expuesto se realizó un estudio con el objetivo generalde, describir las característicasdel personal de enfermería que presenta Várices e identificar la frecuencia de aparición, en los Servicios Emergencias, Terapia Intensiva y Clínica Médica en los hospitales José F. San Martín y Juan Pablo II, en el período de agosto a septiembre de 2017.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional.

La población estuvo conformada por 150 profesionales de enfermería que cumplían con los siguientes criterios: poseer 30 años de edad o más, prestar servicios en las unidades de los hospitales seleccionados, con un año de antigüedad como mínimo, en los servicios de: Emergencias, Terapia Intensiva o Clínica Médica, que aceptaron ser encuestados para el estudio.

El criterio de exclusión que: todo aquel personal que haya presentado várices antes de ingresar a trabajar en enfermería.

Luego se realizó un muestreo probabilistico sistematico, para este procedimiento, se dividió el N, que es de 150 profesionales, con el n = 54. El resultado correspondiente fue de 3, por lo tanto, se seleccionó un profesional cada 3 que figuraban en la lista de cada servicio de los hospitales, hasta completar las uniadades de analisis necesarias.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con el programa Epidad 3.1, con un nivel de confianza del 95% y una estimación de error del 10%, tomando como referencia un estudio previo donde la frecuencia de aparición de Várices fue del 68%.

Para la recoleción de los datos se diseñó un cuestionario estructurado, que contenía las variables en estudio: frecuencia de aparición de várices/sexo, edad, tipo de várices, antigüedad en el servicio y tiempo de bipedestación. La técnica de recoleción de datos fue la encuesta autoadministrada. La recolección de los datos se realizó en el periodo agosto-septiembre 2017.Una vez finalizada las encuestas, los datos fueron cargados a una matriz de datos en el programa Excel. En el análisis y presentación de resultados, se utilizarón mediadas de tendencia central y, de dispersión, para las variables numéricas y cifras absolutas y relativas y para las variables categóricas.

Se obtuvo la aprovación del Comité de Bioética de la Universidad Nacional del Nordeste, además de la correspondiente autorización al Director Ejecutivo del Hospital

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 54 profesionales de enfermería: el 50% pertenece al Hospital Escuela y 50 % restante al Hospital Pediátrico Juan Pablo II de los servicios Clinica Médica, Emergencias y Unidad de Cuidados Intensivos.De los 54 profesionales encuestados,se obtuvo, como resultado, que 38 de ellos presentaban Várices, el 70% (IC al 95% de 58,11% a 82,48%).Del análisis de la antigüedad en el servicio del personal que presentó Várices, se identificó un promedio de 13 años (± 9 años) y, respecto al tiempo de bipedestación, 18 enfermeros manifestaron estar de pie en su jornada laboral 7 horas, mientras que 13 de ellos manifestaron estar de pie 8 horas.En relación al sexo, se observó que las Várices fueron más frecuentes en las mujeres, con un 87% (33).Adicionalmente, se calcularon los IC al 95%, evidenciandose, en el sexo femenino, que el IC fue de 72% - 95%,en comparación con el sexo masculino en donde el IC fue de 4% a 28%, observandose así diferencias estadísticamente significativas. Al comparar la edad, se observó que la edad del personal de enfermería que presentó várices fue en promedio 45,61 años (IC al 95% entre 42,64 - 49,57 años) mientras que la edad de los que no presentaron Varices fue de 39,25 años (IC al 95% de 35,23 y 43,27 años).Esta diferencia es estadísticamente significativa

(Ver gráfico N° 1).

En relación al tipo de Vàrices, se apreció que, de los enfermeros encuestados, 25 presentan Várices de Grado I (Telangiectasias), 10 de Grado II (Reticulares) y 3 enfermeros de Grado III (Tronculares) (Ver gráfico Nº 2).

Respecto a los servicios de enfermería seleccionados, se observó que, en la Unidad de

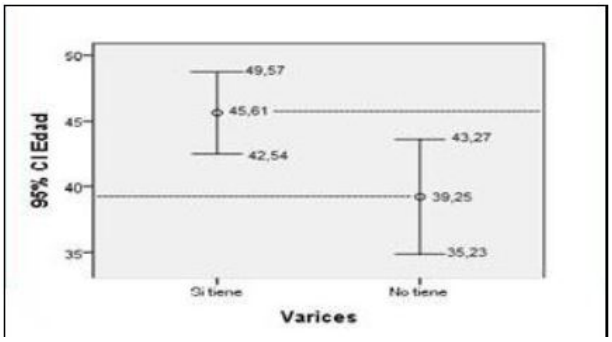

Gráfico N°1: Distribución del personal de enfermería según edad y presencia de Várices en los Hospitales Escuela y Pediátrico. Corrientes, 2017. n:54
Fuente: Datos obtenidos a través de encuestas de elaboración propia.

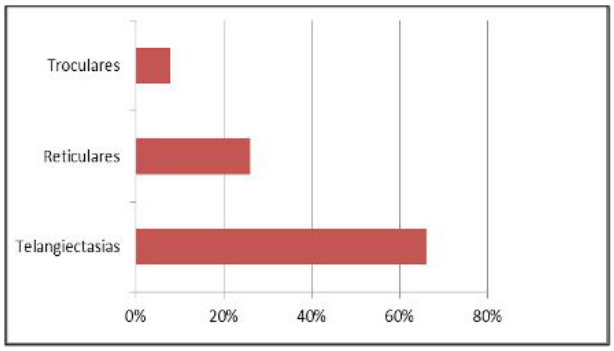

Gráfico N°2: Distribución del personal de enfermería según tipo de tipo várices en los Hospitales Escuela y Pediátrico. Corrientes, 2017. n:38
Fuente: Datos obtenidos a través encuestas de elaboracion propia.

Cuidados Intensivos, el 35% del personal de enfermería presentó Várices al igual que en el servicio de Clínica Médica, mientras que en el servicio de Emergencias fue del 32%.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio han puesto en evidencia que el 70% de la población seleccionada presento Várices, comparado con otros estudios, como el de Paraguay, donde el 65% presentoVárices,existe una alta prevalencia reflejada en ambos. No obstante, según el artículo de investigación "Prevalencia de Insuficiencia Venosa Periférica"(1) no hay diferencias significativas estadísticamente, ya que su frecuencia de varices dio como resultado el 68%.

En relación a la variable sexo, se observó que las Várices fueron más frecuentes en el sexo femenino, no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos estudios, apoyando así lo descripto en la literatura revisada, la hipótesis de que el sexo femenino es una carcaterísitica que predispone a la aparición de Várices. En lo referido a la variable edad, se encontro una correlación entre esta variable y la frecuencia de Várices al comparar la edad de quienes tienen con la de quienes no tienen. Se observó que tienen una edad promedio de 45,61 años quienes tienen Várices comparados con aquellos que no tienen, con una edad promedio de 39,25 años. Esto desmuestra que, estadisticamente, hay una diferencia significativa con respecto al antecedente encontrado, "Prevalencia de la Insuficienica Venosa Periférica", ya que, en el mismo, la edad que presenta mayor frecuencia abarca el intervalo de 20-29 años, aunque en nuestro estudio se seleccionaron profesionales mayores de 30 años. Se realizó una comparación entre servicios, se encontró, entre los tres seleccionados, una mayor frecuencia en: UTI y Clínica Médica en primer termino, seguido inmediatamente por Emergencias por una minima diferencia.

Respecto a la variable tipo de Várices, el predominio de aquellas de grado I o telangiectasias coincide con antecedentes que marcaban a estas como el principio del problema, estimando, por lógica, que serían las que se encontrarían en mayor cantidad por sobre las demás: telangiectasias y tronculares en segundo y tercer lugar en orden de frecuencia.

En cuanto al tiempo de bipedestación, según antecedentes publicados en "Factores De Riesgo ocupacional asociados a las Várices en extremidades inferiores" en revista medica "La Paz", los trabajadores que permanecen más de 5 horas de su jornada laboral sentados o parados (sin cambiar de posición) ven aumentados los riesgos de padecer Várices. Luego, los datos expresados en los antecedentes obtenidos de un estudio de la Universidad Autónoma de México, dieron que el 32% permanece de pie 7 h y el 48%, 8 h. En los servicios de enfermería relevados, ningún personal referenció menos de 5 horas: presentaron una media de 7,2 horas por turno; y un intervalo de confianza de 6 a 7 horas. Esto demostró que no existen diferencias significativas.

CONCLUSIÓN

La frecuencia de várices en el personal de enfermería se encontró dentro de los parámetros

planteados por la literatura consultada. Conclusiones principales: la frecuencia de Várices en el personal de enfermería es elevada. El sexo femenino, la mayor edad y el tiempo de bipedestación mayor a 5 horas,en este estudio, son características personales y laborales presentes con frecuencia en el personal que tiene várices.

Hay que seguir realizando estudios de nivel relacional que permitan establecer asociaciones de las características encontradas con el fenómeno Várices.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espíndola CF, Bernau M, Aucejo M, Villalba JC. Prevalencia de varices en miembros inferiores en el personal del Hospital de Clínica en Revista Chilena de cirugía. [Online]; 2007 [cited 2017 mayo 30]. Available from: http://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v59n5/art06.pdf from:www.scielo.cl/scielo.php?pid=SO718-40262007000500006&script=sci_arttext

2. Aleuy Arteaga LE, "Calidad de Vida de pacientes Portadores de Várices en Extremidades Inferiores con Residencia en Valdivia que se Encuentran en la Lista de Espera para Cirugía. Hospital Clínico "Regional Valdivia". Octubre-noviembre. 2009" de la Universidad Austral de Chile. [Online].; 2014 [cited 2017 Agosto 11]. Available from: http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fma372c/doc/fma372c.pdf

3. López Farré A, Macaya Miguel C. Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínica de San Carlos y de la Fudación BBVA. 2009th ed. BBVA F, editor. Bilbao: Editorial Nerea; 2009.

4. Lopez Sullaez L. Factores De Riesgo ocupacional asociados a las várices en extremidades inferiores en Revista medica La Paz.. [Online].; 2015 [cited 2017 junio 15. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000100002

5. Amalia LA.Ambiente Laboral y Condiciones de Salud de las Enfermeras en los Hospitales de las Fuerzas Armadas, EsSALUD y Clínicas Particulares de Lima Metropolitana - 1996 [Online].;2000 [cited 2017 Agosto 10. Available from: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/4335-14550-1-PB.pdf

ESTRÉS ACADÉMICO PERCIBIDO POR LOS ESTUDIANTES QUE FINALIZAN EL PRIMER AÑO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA DE LA UNNE.

ACADEMIC STRESS PERCEIVED BY STUDENTS THAT FINISH THEIR FIRST YEAR OF BACHELOR'S DEGREE IN NURSING FROM THE UNNE.

AUTORES: Encina Romina Elisabeth[1], Meza Lourdes Beatriz[2] y Auchter Monica[3]

RESUMEN

El estrés es una temática frecuente en gran variedad de ámbitos, y es objeto de estudio de innumerables investigaciones. El objetivo de este trabajo fue identificar la existencia de estrés académico percibido por los estudiantes que finalizan el primer año de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Medicina en el periodo comprendido entre 1° de enero al 31 de diciembre del año 2017. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional. La muestra fue de 82 estudiantes entre 18 a 48 años. Se destacó, entre las situaciones académicas percibidas como estresantes, que el 92% indicó la sobrecarga de trabajos prácticos, y en menor porcentaje demás variables. Respecto a los síntomas psicológicos el 70% presento insomnio. Entre los síntomas físicos un 58% presentó tensión muscular. El cambio comportamental destacado entre los estudiantes, fue la dificultad para concentrarse con un 91%. Se analizó en el presente estudio la percepción de estrés en los diferentes grupos etarios, observándose así, que es más frecuente entre los estudiantes de 20 y 21 años. También se analizó la percepción de estrés del sexo femenino con el masculino, y se hallaron diferencias entre ambos. Respecto a los estudiantes que presentan hábito de fumar, el 77% ya inició el mismo antes del ingreso a la carrera, y el tercio de los mismos durante el primer año de sus estudios universitarios.

Los datos analizados permitieron evidenciar la percepción de estrés identificado por los propios estudiantes.

Palabra clave: Estrés. estudiantes. percepción, enfermería

Summary:

Stress is a frequent theme in a wide variety of areas, and is the object of study of innumerable research. The objective of this work was to identify the existence of academic stress perceived by the students who complete the first year of the NursingDegree of theFaculty of Medicine in the period from January 1 to December 31 of the year 2017.This is study of quantitative, descriptive, cross-sectional and observation al type. Thes amplewas 82 students between 18 and 48 years old. It was highlighted, among the academic situations perceived as stressful, that 92% indicated the overload of practical work, and in a lower percentage other variables. Regarding psychological symptoms, 70% presente dinsomnia. Among the physical symptoms, 58% presented muscular tension. The out standing behavioral changea mong the students was the difficulty to concentrate with 91%. The perception of stress in the different age groups was analyzed in the present study, observingthatitis more frequent a mong students of 20 and 21 years of age. The perception of stress of thefemale sex with the male was also analyzed, and differen ces were found between them. Regarding the students who have smoking habit, 77% started thes ame before en teringtherace, and a third of them during the first year of their university studies.

The analyzed data allowed to demonstrate the perception of stress identified by the students

[1] *Enfermera Profesional. Clínica Modelo-Corrientes Capital.*

[2] *Enfermera Profesional. Hospital Escuela "José De San Martin". Corrientes Capital.*

[3] *Profesora Titular de Metodología de la Investigación en Enfermería. UNNE. Corrientes.*

themselves.
Keywords: : Stress, students, perception, nursing.

INTRODUCCIÓN

Desde un punto de vista etiológico, el termino estrés deriva del griego stringere cuyo significado es el de provocar tensión[1].

El estrés está presente en todos los medios y ambientes, incluido el educativo, de ahí que psicólogos, docentes y padres de familia identifican la necesidad de conocer las implicaciones que tiene sobre el rendimiento de los estudiantes.[2]

El estrés académico afecta a variables tan diversas como el estado emocional, la salud física o las relaciones interpersonales, pudiendo ser vivenciadas de forma distinta por cada persona.[3] Teniendo en cuenta el sexo, los casos de estrés elevado corresponden en general al sexo femenino,[4] y en cuanto a la edad, si bien los estudiantes que cursan una carrera universitaria o terciaria poseen grandes diferencias etarias entre sí, distintos estudios afirman que mientras más edad tengan los estudiantes, menor es el estrés que perciben sentir.[5]

Los estresores que el estudiante puede percibir como amenazantes se encuentran clasificados en tres grandes grupos: los relacionados con los procesos de evaluación; los que atañen a la sobrecarga de trabajo, y los vinculados al proceso de enseñanza-aprendizaje, como las relaciones sociales (relaciones profesor-estudiante y entre compañeros).[2]

El estrés no es considerado una enfermedad en sí misma, más bien es un proceso de desgaste del organismo por el esfuerzo de estar sobre activado, y cuando no lo toleran mas, aparecen las dolencias físicas, percibiéndose como estresado. En si es un mecanismo adaptativo y adecuado, puesto que prepara al cuerpo para afrontar un desafío. El problema es cuando el estado de estrés es sostenido, es decir la fuente que genera esa activación extra no desaparece y se está en alerta constante.[6] Esto puede producer reacciones somáticas, las más habituales son la fatiga, el insomnio y los temblores; Los cuales, están muy relacionados con las emociones negativas como la depresión, la ansiedad, la frustración y la ira, estos suelen estar asociadas al estrés. Muchos de estos aspectos somáticos no son más que los componentes de la reacción emocional.[7] También se pueden producir cambios que involucra la conducta de la persona; discutir, aislamiento de los demás, absentismo de las clases, aumento o reducción del consumo de alimentos.[8]

Hay que tener en cuenta que la ansiedad que desencadenan estudios y exámenes, entre otras puede, ocasionar que se inicie, consolide o aumente el hábito tabáquico. Claramente se ha dado a conocer que se asocia el consumo de cigarrillos con el estrés, considerado este último como el elemento que impide el dejar el cigarrillo.[9]

Los efectos y repercusiones que ejerce el estrés académico, tanto a corto como largo plazo, sobre el bienestar, la salud y el rendimiento de los estudiantes estará determinado fundamentalmente por la percepción subjetiva que estos realicen de los estresores y del modo en el que los afronten.[10]

OBJETIVO GENERAL

Identificar la existencia de estrés académico percibido por los estudiantes que finalizan el 1er. año de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Medicina de la UNNE en 2017.

JUSTIFICACIÓN

Con esta investigación se pretende reconocer si los estudiantes perciben sentirse estresados académicamente y si es así, identificar las situaciones específicas que favorecen a su aparición, así como las reacciones físicas, psicológicas y comportamentales más frecuentes que el alumno asocia a su estado de estrés.

Estos aportes podrían beneficiar al cuerpo docente para el desarrollo de acciones que ayuden a estudiantes a enfrentar situaciones percibidas de forma estresante de manera más sencilla, generando además instancias de acompañamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

La investigación se realizó en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, mediante un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional.

La población se compuso por estudiantes de la

carrera de Licenciatura en Enfermería durante 2017 que cumplieron el criterio de inclusión, de estar cursando el 2do cuatrimestre del 1er. año de la carrera. De estos se excluyó a aquellos que se negaron participar del estudio y se eliminaron a los que estuvieron ausentes en los días de recopilación de los datos, ya sea por enfermedad o licencia de viaje.

El instrumento de recolección de datos utilizado fue un cuestionario impreso de tipo estructurado, de elaboración propia que incluyo las variables, edad y sexo del estudiante, situaciones incomodas experimentadas durante la cursada, síntomas psicológicos y físicos que los estudiantes referíanpercibir al sentirse estresados, hábito de tabaquismo y su inicio. Para realizar el estudio se obtuvo autorización de la Dirección de la carrera de Licenciatura en Enfermería y además se contó con el aval del Comité de Bioética en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina.

RESULTADOS

La recolección de datos se llevó a cabo durante el mes de agosto y septiembre de 2017, mediante encuestas a los estudiantes de primer año de la carrera de Licenciatura en Enfermería, previo consentimiento informado. Se realizaron 82 encuestas, que correspondieron al 50% de los cursantes.

Se observó en los encuestados un rango de edad 18 a 48 años, la media fue de 23 y con un DS de 5,9. Se agruparon a los estudiantes en grupos etarios, adolescentes de 18 a 19 años, jóvenes de 20 a 21 años, adultos jóvenes de 22 a 23 años y adultos de 24 a 48 años. El 20% (16) tenían entre 18 y 19 años, 29% (24) de 20 y 21 años, 23% (19) eran de 22 y 23 años y 28% (23) de 24 a 48 años.

En relación a la variable sexo de los estudiantes de la muestra el 74 % (61) eran mujeres y el 26 % (21) hombres. Ver gráfico N° 1 y 2.

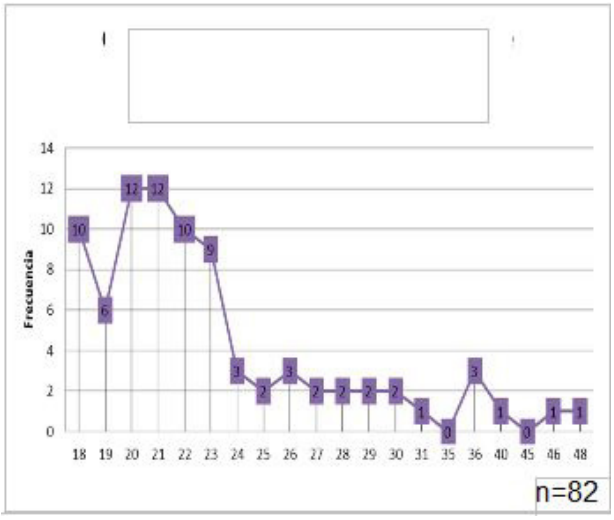

Gráfico N°1: Distribución de los estudiantes según edad de la carrera de Licenciatura en Enfermería.
Fuente: recolección de datos con instrumento de elaboración propia

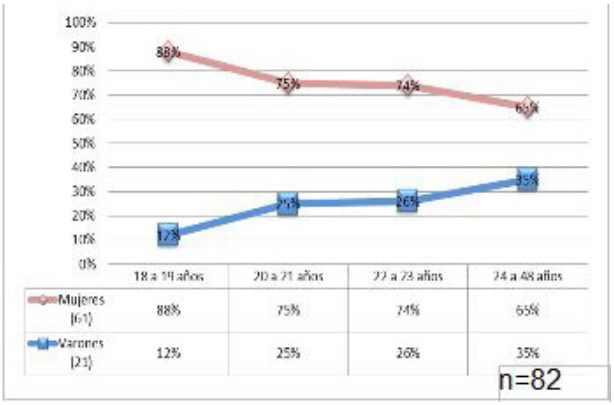

Gráfico N° 2 : Distribución de los estudiantes según edad y sexo de la carrera de Licenciatura en Enfermería.
Fuente: recolección de datos con instrumento de elaboración propia

Las principales situaciones que los estudiantes de ambos sexos percibieron siempre o algunas veces como incomodas durante el transcurso de la cursada, el 92% indicó la sobrecarga de trabajos prácticos, 89% la dificultad para comprender temas en clase, 82% señaló el nerviosismo en evaluaciones, y 73% la competencia entre compañeros. Entre los síntomas psicológicos asociados al estrés que refirieron padecer ambos sexos siempre y algunas veces, el 70% indico mordisqueo de uñas, 62% cefaleas, y 55% insomnio. Ver gráfico N°3 y 4.

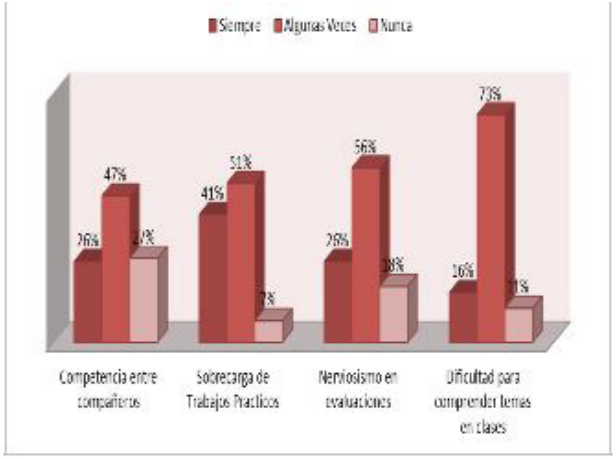

Gráfico N° 3 : Distribución de los estudiantes que percibieron situación incómoda en el 1 año de la carrera de Licenciatura en Enfermería 2017. Fuente: recolección de datos con instrumento de elaboración propia

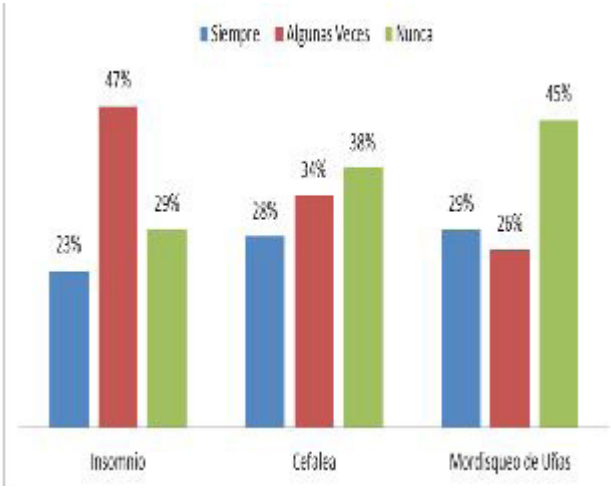

Gráfico N° 4 : Distribución de los estudiantes que percibieron síntomas psicológicos el 1 año de la carrera de Licenciatura en enfermería 2017 Fuente: recolección de datos con instrumento de elaboración propia

Entre los síntomas físicos percibidos siempre y algunas veces como estresantes, los estudiantes de ambos sexos indicaron en un 58% padecer tensión muscular,34% temblores, un 17% diarrea y el 14% salpullido. En cuanto a los síntomas comportamentales que refirieron experimentar los estudiantes de ambos sexos ya sea siempre o algunas veces, se destacó que un 91% presentaba dificultad para concentrarse y un 76% de ellos decaimiento o tristeza, mientras que el 68% sensación de angustia, un 63% aislamiento de los demás, 58% conflictos o tendencia a discutir y un 32% sentimiento de agresividad. Ver gráfico N°5 y 6.

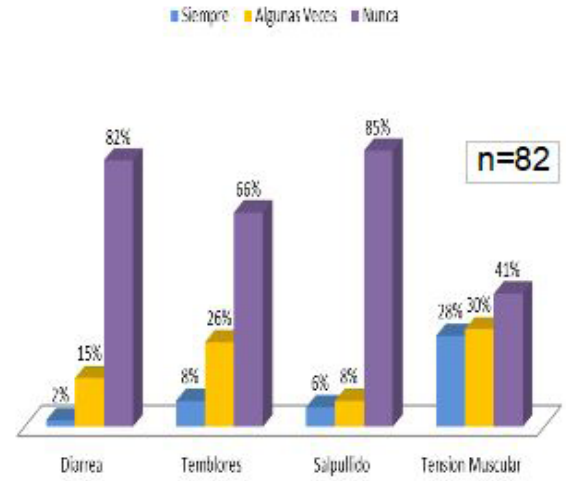

Grafico N 5: Distribución de los estudiantes que percibieron síntomas físicos el 1 año de la carrera de Licenciatura en enfermería 2017 Fuente: recolección de datos con instrumento de elaboración propia

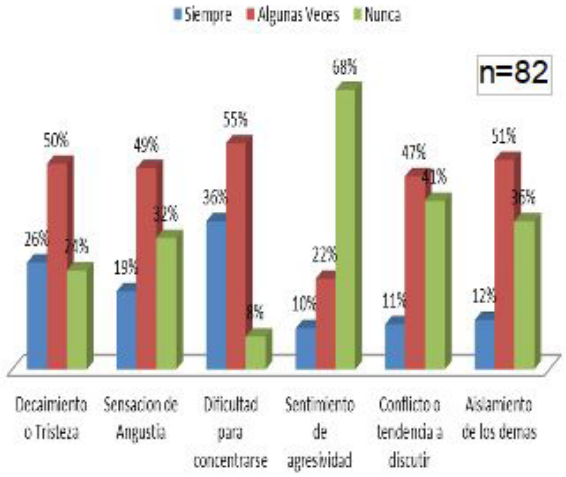

Grafico N 6: Distribución de los estudiantes que percibieron síntomas comportamentales el 1 año de la carrera de Licenciatura en enfermería 2017
Fuente: recolección de datos con instrumento de elaboración propia

Se analizó la presencia de tabaquismo en los estudiantes y su tiempo de inicio, y se encontró que 77% ya inicio el mismo antes del ingreso a la carrera, y 33% de los mismos durante el primer año de sus estudios universitarios.

Al evaluar las percepciones de estrés académico en los diferentes grupos etarios, se pudo destacar, que el 83% de los jóvenes de entre 20 y 21 años padecieron más síntomas físicos que el resto de los estudiantes de los diferentes grupos etarios. Las demás variables analizadas no tuvieron resultados destacados o relevantes en función de las edades.

Se observaron también, diferencias entre las percepciones de estrés del sexo femenino respecto del masculino, sin embargo, un 100% de ambos sexos refirió percibir algunas de las

situaciones mencionadas con anterioridad, como incómodas o estresantes.

Un 95% de las estudiantes del sexo femenino presento síntomas psicológicos, un 92% padeció síntomas físicos, y un 98% presentó cambios comportamentales asociados a su percepción de estrés.

En los estudiantes del sexo masculino, un 90% refirió padecer síntomas psicológicos, un 86% síntomas físicos y un 90% de ellos presentó cambios comportamentales asociados al estrés académico percibido.

DISCUSIÓN

La existencia de estrés académico en estudiantes ha sido descripta por autores como Cabanach quien ha dado a conocer que el estrés está presente en todos los medios y ambientes, incluido el educativo (1).

Esta coincide con los resultados de esta investigación que identifica la existencia de estrés percibido por los propios estudiantes, con valores que varían de acuerdo a las situaciones vivenciados por cada uno.

Como principales situaciones que los estudiantes reconocen como incomodas durante el primer año de su carrera se destacan la sobrecarga de trabajos prácticos con un 92%; un 89% dificultad para comprender temas en clases y un 82% refiere al nerviosismo ante las evaluaciones docentes y el. Esto coincide también con el estudio de García cuando menciona que los estresores académicos son circunstancias del contexto que el estudiante puede percibir como amenazantes. Estos generadores de estímulos estresantes se encuentran clasificados en tres grandes grupos: los relacionados con los procesos de evaluación; los que atañen a la sobrecarga de trabajo, y los vinculados al proceso de enseñanza aprendizaje, como las relaciones sociales la metodología de la enseñanza y diversos componentes organizacionales.[2]

Se evidencia durante esta investigación que los estudiantes manifiestan las reacciones físicas y psicológicas cuando perciben estar estresados. Se destaca en primer lugar, que el 70% de los estudiantes de ambos sexos indica haber padecido insomnio siempre o algunas veces, asociándolos a estrés académico percibido, 62% presenta cefalea siempre o algunas veces y 55% mordisqueo de uñas. En cuanto a los síntomas físicos, el 58% padece siempre o algunas veces tensión muscular, 34% temblores debido al estrés, 17% presenta siempre o algunas veces de diarrea, y con frecuencias menores, los estudiantes manifiestan tanto siempre como algunas veces, de salpullido. Estos resultados coinciden parcial con trabajos de otros investigadores, que destacan las reacciones somáticas más habituales como fatiga, temblores e insomnio, las cuales muy relacionadas con las emociones negativas[7]

En cuanto a los síntomas comportamentales más frecuentes ante situaciones de estrés, un 91% de la población estudiada indica pasar siempre o algunas veces por dificultad para concentrarse, el 76% de los estudiantes indica padecer de decaimiento, el 68% sensación de angustia, el63% aislamiento de los demás, el 58% presenta conflictos o tendencia a discutir, y menos de la mitad de los estudiantes (32% que indica sentir siempre o algunas veces) agresividad. Estos datos coinciden con el autor Barraza, quien afirma en su investigación que se pueden producir cambios que involucra la conducta de la persona; discutir, aislamiento de los demás, absentismo de las clases y aumento o reducción del consumo de alimentos, entre otros.[8]

A partir de los datos obtenidos sobre la percepción de estrés académico y la división de estudiantes por grupos etarios, se evidencia que el total de los estudiantes consideró que las situaciones planteadas (competencia entre compañeros, sobrecarga de trabajos prácticos, nerviosismo en evaluaciones y dificultad para comprender temas en clases) les resultan incomodas. No así, se pudo destacar entre las demás variables evaluadas, que quienes presentaron más síntomas psicológicos asociados a su percepción de estrés académico fueron los adultos de 24 a 48 años, y quienes menos los padecieron fueron los jóvenes de 20 a 21 años. En los síntomas físicos, se observó que quienes padecieron más síntomas fueron los jóvenes de 20 a 21 años, mientras que quienes menos los padecieron fueron los jóvenes adultos de 22 a 23 años. Este estudio coincide con investigaciones de Feldman, la cual afirma, que mientras más edad tengan los estudiantes, menor es el estrés que se

percibe sentir.[5]

El sexo en relación a la percepción de estrés académico evidencia que el femenino está más predispuesto a experimentarlo, no así el sexo masculino. Esto coincide con otros estudios que demuestran que las neuronas femeninas son más sensibles a las señales causadas por la hormona que genera el estrés, llamada corticotropina.[4]

En definitiva distintas investigaciones aportan datos que son similares al presente estudio, y destaca que el estrés académico está presente en los estudiantes casi siempre ante las mismas situaciones, pero con variaciones en las frecuencias de su presentación.

CONCLUSIÓN

Este estudio evidenció que el estrés académico estaba presente en la institución educativa, teniendo en cuenta la percepción de esta problemática en los mismos estudiantes.

Los resultados señalaron que los estudiantes que finalizan el 1er.año de la Carrera de Licenciatura en Enfermería atraviesan ciertas situaciones que les generan incomodidad en el ámbito académico. Entre las situaciones la más frecuente fue la dificultad para comprender temas dados en clases, en cambio la que fue percibida con menor frecuencia fue la competencia entre compañeros.

Entre las reacciones psicológicas más frecuentes que los estudiantes reconocieron padecer cuando estaban estresados, fueron el insomnio, seguido de cefalea y en menor frecuencia, el mordisqueo de uñas. Entre las manifestaciones físicas destacaron la tensión muscular como uno de los síntomas más habitualmente padecidos y en menor porcentaje las demás variables (temblores, diarrea y salpullido).

En cuanto a los síntomas comportamentales ante situaciones de estrés, se dio con más frecuencia la dificultad para concentrarse, seguido de la sensación de decaimiento y el aislamiento hacia los demás; más de la mitad refirió haberse sentido más conflictivo y con tendencia a discutir y en menor frecuencia, se presentó agresividad.

Respecto a estudiantes con hábito de fumar, la mayoría lo había iniciado antes del ingreso a la carrera, sin embargo, se observó que un tercio de los estudiantes comenzó a fumar durante el primer año de sus estudios universitarios.

Teniendo en cuenta el sexo, las mujeres resultaron ser las más afectadas en esta problemática. Respecto al grupo etario se evidencia que la percepción de estrés fue más frecuente en estudiantes entre 20 y 21 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Disponible en: http://dle.rae.es/?w=diccionario, acceso octubre 2017.
2. García NB. Estrés Académico. Revista de psicología de la universidad de Antioquia. 2011.
3. Monzon M. Revistacuatrimestral de psicología. [Online].; 2007 [cited 2017 5 22. Available from: http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/117/119.
4. Roman CA. Estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de medicina. Tesis Doctoral. Cuba: Escuela Latinoamericana de Medicina. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2371Collazo.pdf
5. Águila BA. Estrés Academico. Edume centro. 2015 abril; 7(2). Facultad de Medicina Carrera de Licenciatura en enfermería
6. Blasco R. Especialista en Psicologia. [Online]. [cited 2017 mayo 25. Available from: http://psicologo-especialista-barcelona.com/blog/el-estres-no-es-una-enfermedad/.
7. C. DO. Seminario I. [Online].; 2011 [cited 2017 06 10. Available from: http://seminario1omairaunefa.blogspot.com.ar
8. Barraza A. Estrés académico: unestado de la cuestión. Tesis Doctoral. Durango, México: Universidad Pedagógica de Durango, Psicología; 2007.
9. Swising CYB. Estrés Académico y el consumo de tabaco en los alumnos de la carrera de psicología del 8° semestre de la UACJS. Tesis. Universidad autónoma de Tamaulipas, Ciencias Jurídicas y Sociales; 2010.Disponible en: es.scribd.com/document/35126017/Estres-academico-y-el-consumo-de-tabaco-en-alumnos-de-la-carrera-de-psicologia.
10. Martin MEF. Estrés Percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. Tesis Doctoral. Universidad de León, Psicología, Sociología y Filosofía.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS INGRESADOS POR GUARDIA CENTRAL DEL SANATORIO ALLENDE.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF ENROLLED POLYTRAUMATIZED PATIENTS FOR THE CENTRAL GUARD OF SANATORIO ALLENDE.

AUTORES: Pi Rosas Lucas, Aguirre Griselda, Rodriguez Javier[1]

RESUMEN

Este estudio muestra los registros de ingreso de pacientes politraumatizados al servicio de Guardia Central del Sanatorio Allende Nueva Córdoba. El objetivo fue caracterizar el perfil epidemiológico de paciente politraumatizados que fueron ingresados por el servicio de guardia central del Sanatorio Allende. Material y Método: estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo. Resultados: En base a los datos obtenidos de pacientes ingresados por servicio de guardia del Sanatorio Allende Nueva Córdoba en el periodo comprendido desde Mayo hasta Agosto de 2018, en la modalidad de ingreso, la mayoría lo hizo a través del servicio de emergencia con tabla de raquis y collar cervical. Las lesiones que mas predominaron fueron los traumatismos de cráneo, traumatismo de miembros inferiores y superiores. La resolución de más alto porcentaje fue la de ingreso a internado general.

Palabras claves: Politrauma, lesión, valoración, perfil epidemiológico. Enfermería.

Summary:

This study shows the records of the entrance of polytraumatized patients to the Central Guard service of the Sanatorium Allende Nueva Córdoba. The objective was to characterize the epidemiological profile of polytraumatized patients who were admitted by the central guard service of Sanatorium Allende. Material and Method: descriptive study of cross section, retrospective. Results: Based on the data obtained from patients admitted by the guard service of the Sanatorium Allende Nueva Córdoba in the period from May to August 2018, in the entry modality, the majority did it through the emergency service with a table of rachis and cervical collar. The injuries that most prevailed were the head injuries, traumatism of the lower and upper limbs. The resolution with the highest percentage was the admission to general boarding school.

Keywords: polytraumatized, assement, epidemiological profile. Nursing.

INTRODUCCIÓN

Este estudio muestra los registros de ingreso de pacientes politraumatizados al servicio de Guardia Central del S. Allende Nueva Córdoba. Se puede definir al paciente politraumatizado cómo todo herido con lesiones orgánicas múltiples producidas en un mismo accidente y con repercusión circulatoria y/o ventilatoria que conlleve riesgo de vida.i

Una de las varias clasificaciones de pacientes politraumatizados puede ser la siguiente:

*LEVE: paciente cuya herida y/o lesiones no representan un riesgo importante para su salud mediata (no existe riesgo de muerte o incapacidad permanente o transitoria).

*MODERADO: paciente que presenta lesiones y/o heridas que deben ser tratadas en el transcurso de 24 a 48hs de sufrido el accidente

*GRAVE: paciente presenta lesiones traumáticas graves que deben ser tratadas inmediatamente con alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles. (Presenta lesiones de origen traumático, que afecta a dos o más de los siguientes sistemas: nervioso, respiratorio, circulatorio, musculo esquelético, digestivo o urinario, de los cuales uno de ellos puede comprometer la vida.)ii, iii

[1] *Enfermeros de Guardia Central de Sanatorio Allende Nva. Cba.*

Existen diversos criterios para incluir a un paciente en la categoría de politraumatizado:
**Criterio fisiológico de gravedad:* -Trauma score revisado - Escala de coma de Glasgow.
** Criterios anatómicos de gravedad:*
- Tórax inestable - Fx abierta o deprimidos de bóveda craneal - Lesiones penetrantes de cabeza, cuello, tronco y parte proximal de los MI - Amputación traumática - Dos o más fracturas en fémur o humero - Fx con sospecha de compromiso vascular - Fx de pelvis - Parálisis o paresia de miembros - Quemaduras de más del 10% de la superficie corporal, lesiones por inhalación o inmersión prolongada, combinadas con el traumatismo.
**Criterios de riesgo basados en el mecanismo lesional:* - Caída de más de 3 metros de altura. - Atropello de peatón o ciclista. - Accidente de motociclista. Causas más frecuentes son:- Siniestros de transito.- Accidentes domésticos (niños con mayor frecuencia) - Accidentes laborales - Heridas de armas blancas o armas de fuego.iv
Debemos conocer el mecanismo lesional y si es posible los antecedentes del paciente, patologías previas, medicación habitual y ultima comida. Conociendo el mecanismo lesional podemos proceder en distintos tipos de lesiones en base a la dirección del impacto y la clase de accidente. Conceptualmente hay cuatro factores que influyen en la morbimortalidad de los pacientes politraumatizados:
** Gravedad de la lesión.*
** Factor del huésped. (Patología asociada)*
** Tiempo transcurrido entre el accidente y la atención.*
** Calidad de atención.*
Los síntomas y signos dependen del órgano o sistema comprometidos en el trauma además de la severidad del daño.Laslesiones, signos y síntomas que se pueden presentar en estos pacientes son: hemorragias, compromiso de conciencia, dolor, fractura, pupilas (midriáticas, mióticas, anisocóricas).En el tórax: neumotórax, hemotórax, dolor, fracturas costales (simples y expuestas) bradipnea / taquipnea. En la zona abdominal: dolor, hemorragias, irritación peritoneal, signos de sangrado digestivo.En las extremidades: luxaciones, fracturas expuestas y cerradas, heridas y hemorragia.

Cuando se atiende un paciente politraumatizado se debe valorar y tratar en primer lugar las urgencias vitales, asegurar la vía aérea, realizar y mantener control respiratorio y circulatorio. Al ingreso al servicio de guardia el enfermero realiza los siguientes cuidados:* Cambio de collar cervical y tabla de raquis,* Administraciónde oxigeno según saturación,* Monitorización electro cardiográfica y saturometría, * Instalar vía periférica de grueso calibre en lo posible,* Extraer muestras de sangre para análisis,* Control de hemorragia de consideración.
La aplicación del collar cervical y tabla de raquis, es con el fin de inmovilizar las regiones cervicales y lumbosacras por precaución de posibles fracturas y hasta realizar los estudios de rutina correspondientes y de acuerdo al tipo de traumatismo (entre otros Radiografías, Resonancia magnética nuclear, Tomografía Axial Computada).
La administración de Oxigeno y el control de la permeabilidad de vía aérea es muy importante ya que dependiendo de cómo se encuentra la saturación el oxígeno, se suministrará O2 por el método más adecuado (cánula nasal, mascara de Venturi o mascara de reservorio). Otro estudio complementario de laboratorio que indica el nivel de oxígeno en sangre son los resultados de gases arteriales y/o venosos.
La monitorización electrocardiográfica, significa que se debe realizar un Electrocardiograma completo al ingreso y conectar al monitor multiparamétrico, para controlar frecuencia cardiaca, trazados de ritmo y otras alteraciones.v
La instalación de una Vía Periférica, se debe realizar con catéter del mayor calibre posible, para poder administrar, si fuera necesario, gran cantidad de fluidos en poco tiempo (sueros, plaquetas, sangre, medicación, etc.). Por protocolo institucion las primeras vías de elección para acceso venoso periférico son:vena ante cubital y venas del antebrazo.Si no fuera posible el acceso periférico, se debe tener en cuenta el venoso central, ya sea en yugular Interna, subclavia y en último caso femoral. vi, vii
Es importante resaltar los diferentes esquemas de antibióticos que pueden ser utilizados bajo prescripción médica: -Doble Esquema: Cefalomicina 1gr, Gentamicina 240mg. -Triple Esquema: Cefalomicina 1g, Gentamicina

240mg y Penicilina 2400000 unidades, por vía endovenosa.viii

Según la aplicación del protocolo de la institución, los analgésicos más utilizados están basados en la aplicación del modelo conocido como " La Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS)" basado en la clasificación según valoración numérica del dolor manifestada por paciente con del 1 al 10, siendo 1 el dolor más leve y 10 el más intenso.ix Por lo consiguiente el esquema analgésico aplicado será el basado en la Escalera de acuerdo a la severidad de dolor manifestada por el paciente. La analgesia recomendada será 1º Escalón (dolor leve): No opioides +/- coadyuvantes

2º Escalón (dolor moderado): Opioides débiles +/- No opioides +/- coadyuvantes

3º Escalón (dolor severo): Opioides fuertes +/- No opioides +/- coadyuvantes Esquema Nº1: Recomendación de Analgesia según severidad del dolor.x

Las muestras de sangre para analítica en el laboratorio son para control del medio interno del paciente en general.

El control de hemorragia que se debe tener en todo momento se debe a que, la hemorragia es la principal complicación que puede llevar a la muerte, después de un itraumatismo importante. Los puntos a valorar para realizar dicho control, entre otros son: valorar el nivel de conciencia (utilizar escala de Glasgow), observar la coloración de la piel, controlar y valorar la frecuencia cardíaca y presión arterial, verificar en todo momento la aparición de hemorragia visible.

Es muy necesario realizar una exploración física completa, sin descuidar la temperatura y exposición corporal al medio ambiente, ya que por lo general, estos pacientes sufren de hipotermia. Si es necesario desvestir al paciente recuerde cuidar y proteger el pudor y la intimidad del mismo.

La valoración secundaria consiste en la valoración y el análisis de posibles lesiones en forma céfalo caudal, desde la cabeza a los pies, mediante la vista, el oído y el tacto, incluyendo la valoración de signos vitales. Se inicia una vez que se haya realizado la valoración primaria y resuelto los principales problemas vitales. En ésta fase es cuando se valora la necesidad de colocar sonda naso gástrica, catéter urinario, etc.xi,xii

El presente trabajo de investigación fue realizado en el Sanatorio Allende de Nueva Córdoba, por enfermeros profesionales del servicio de guardia central, dicho servicio cuenta con atención médica las 24hs del día, los 365 días del año. Con guardias activas de las principales especialidades médicas tales como Ginecología, Pediatría, Oftalmología, Cirugía General, Cardiología y Traumatología. Cuenta también con los servicios de Laboratorio y Diagnóstico por imagen. Está equipado con 11 boxes de los cuales 7 cuentan con panel de oxígeno y aspiración central y uno destinado a Shock Room con monitor multiparamétrico, ECG, equipo de ARM, desfibrilador, tensiómetro y aire comprimido. El cuidado de enfermería está a cargo de enfermeros profesionales en su totalidad en grupos de dos o tres por cada turno. El objetivo fue caracterizar el perfil epidemiológico de paciente politraumatizados que fueron ingresados por el servicio de guardia central del Sanatorio Allende.

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio

El trabajo de investigación fue descriptivo, de corte transversal, retrospectivo.

Población

Estuvo constituida por todos los pacientes politraumatizados que fueron atendidos en la guardia central en el periodo de Abril a Octubre del corriente año (2018)

Criterios de inclusion

Todo paciente mayor de 18 años que tenga 2 o más órganos o sistemas comprometidos que ingresen al Servicio de Guardia Central del Sanatorio Allende, Nueva Córdoba en el periodo Mayo/Agosto año 2018.

Criterio de exclusión

Paciente menor de 18 años que ingresa a la guardia central del Sanatorio Allende

Instrumento

Fue una tabla de volcado de datos que considero las siguientes dimensiones: Tipo de politrauma (leve, moderado, grave)-Tipo de cobertura (obra social, ART, particular)-Sexo (femenino o masculino)-Etiología: automovilístico, caída,

agresión física, aplastamiento, lesión laboral.
Técnica
Recolección de datos a través de fichas que nos permitan clasificar y evaluar las condiciones en la que estos se encuentran y así poder llevar a cabo la inclusión en el trabajo epidemiológico a realizar.
Fuentes: secundaria

RESULTADOS

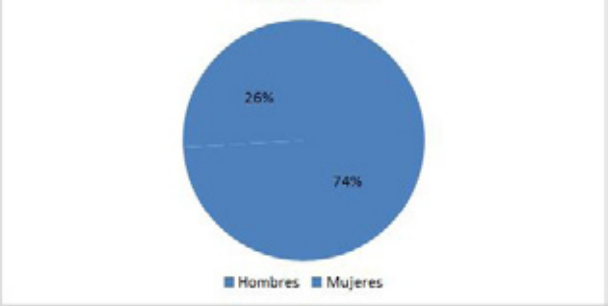

Figura N° 1: Distribución de la población estudiada según sexo.

Se puede inferir según datos obtenidos que en un 74% la población es masculina y el resto femenina en los pacientes atendidos en Guardia Central por politraumatismo.

Figura N° 2: Distribución de la población estudiada según edad

El porcentaje de 44.44 % de adultos joven coincide con el porcentaje de la población de adulto mayor atendida. Siendo la población de adultos mayores la de menor porcentaje con un 11.11%.

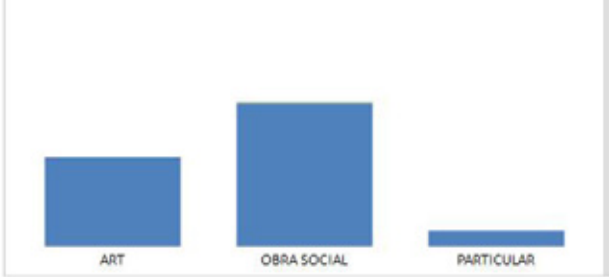

Figura N°3: Distribución de la población estudiada según cobertura médica.

Por las características institucionales de cobertura, solo se atienden pacientes derivados o que llegan trasladados por el servicio de emergencia, de los estudiados, el 94 % de los pacientes tenían obra social o cobertura por ART (Asegura de Riesgo de Trabajo).

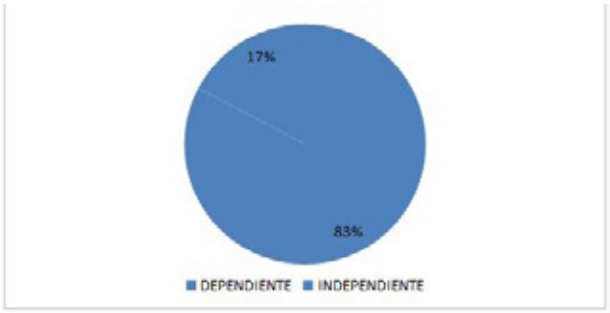

Figura N°4: Distribución de la población estudiada según tipo de ocupación.

Según la población estudiada el mayor porcentaje 83% trabaja en forma dependiente siendo solo el 17 % independiente.

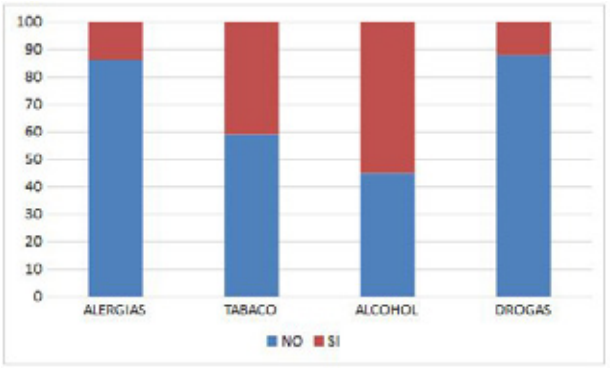

Figura N° 5: Distribución de la población estudiada según alergias y tipo de sustancias toxicas de consumo.

Los resultados demuestran que mayor consumo de sustancias toxicas corresponde a la ingesta de alcohol en un 55%, siendo también significativo los fumadores 41% y el 11% se reconocen consumidores de drogas. Por su parte el 12 % de los pacientes expresa algún tipo de alergia conocida.

Figura N° 6: Modalidad de ingreso a la guardia de la población estudiada.

En cuanto a la modalidad de ingreso al servicio de guardia el mayor porcentaje corresponde al 77% que es el derivado a la institución por servicio de emergencia y un 23% ambulatorio, ingresa por sus propios medios.

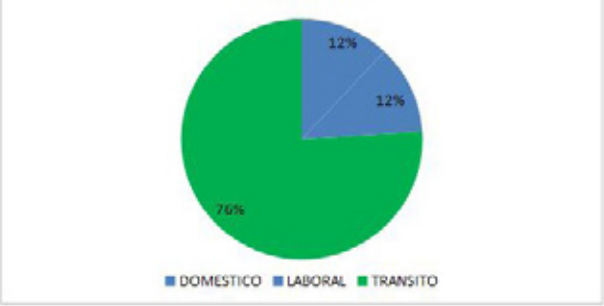

Figura N° 7: Distribución de la población estudiada según tipo de accidente ocurrido.

En cuanto a la incidencia de tipo de accidente ocurrido el mayor porcentaje son accidentes de tránsito con el 76%, le siguen con 12 % los domésticos y los laborales respectivamente.

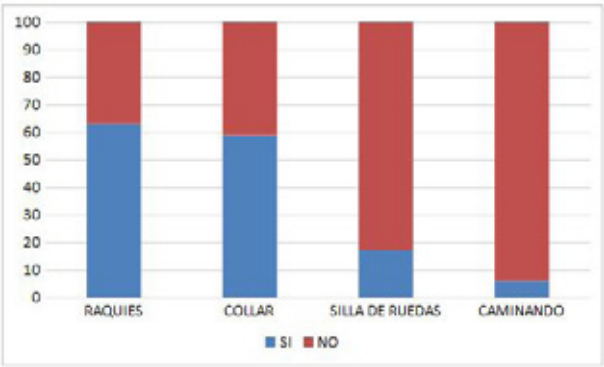

Figura N°8: Condiciones de ingreso al servicio de la guardia central de la población estudiada.

Respecto al ingreso de los pacientes el 62% tenía tabla de raquis, el 58% con collar cervical, un 18% necesitó silla de ruedas y solo un 5% por sus propios medios sin ayuda de ningún dispositivo.

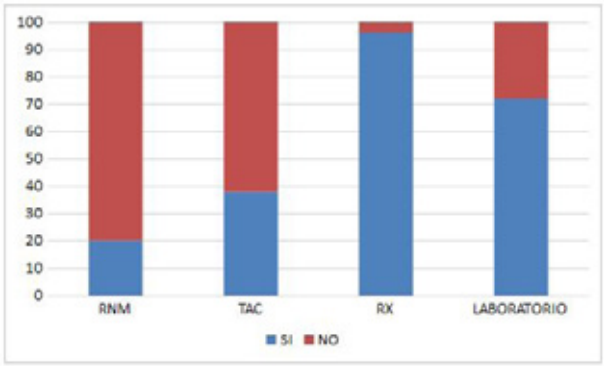

Figura N° 9: Distribución de la población estudiada según tipo de estudios solicitados al ingreso

Según los datos obtenidos se realizó la solicitud de placa Radiográfica al 98 % de los pacientes atendidos, siguiéndole en frecuencia los que recibieron análisis de laboratorio en un 72% y en menor medida la solicitud de estudios complejos como TAC (Tomografía Axial Computada) un 38% y RNM (Resonancia Nuclear Magnética) un 20%.

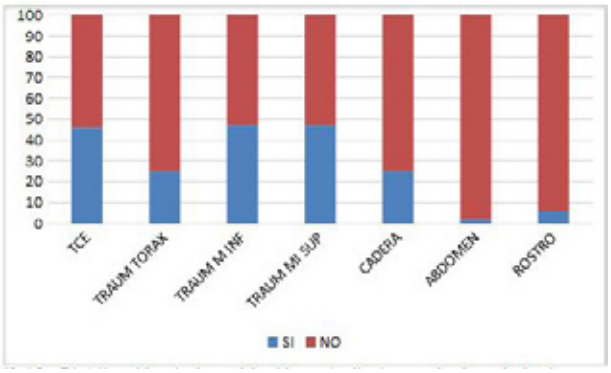

Figura N° 10: Distribución de la población estudiada según tipo de lesiones sufridas.

El tipo de lesiones con mayor predominio fueron Traumatismo Cráneo Encefálico, Traumatismo de miembro inferior y miembros superiores siendo los porcentajes de cada uno 46%. Las fracturas de cadera y trauma de tórax representaron un 25 % para cada lesión. Las lesiones con menor frecuencia de presentación son las de abdomen 2 % y rostro 5%.

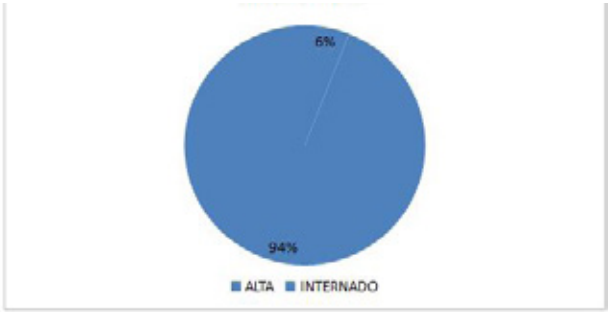

Figura N° 11: Distribución de la población estudiada según Resolución final.

Un porcentaje de 94 % de los pacientes son asistidos y luego es necesario su internación, en tanto que el 6% es dado de alta a su domicilio.

CONCLUSIONES

De todos los pacientes ingresados al estudio durante el periodo Mayo/Agosto del año 2018, se puede concluir que:

El predominio de pacientes fue de sexo masculino.

En porcentaje similar los pacientes comprendidos entre la edad adulto joven y adulto maduro.

La mayoría tiene ocupación en relación de dependencia y cobertura por obra social.

De las sustancias tóxicas consumidas por la población estudiada, el tabaco y el alcohol fueron las mas representativas.

En cuanto a la modalidad de ingreso, la mayoría lo hizo a través del servicio de emergencia con tabla de raquis y collar cervical.

Las lesiones que mas predominaron fueron los traumatismos de cráneo, traumatismo de miembros inferiores y superiores. La resolución de mas alto porcentaje fue la de ingreso a internado general.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Porras Serna, Raul. Manejo pre hospitalario del paciente politraumatizado. UniversidadRicardo Palma Monografía. - Facultad De Medicina Humana.Lima – Perú. 2001.
2. Greenberg MS, ed. Handbook of neurosurgey. 4ª edición. Greenberg grafics, Lakeland, FL, USA, 1996.
3. Youmans JR, Neurological Surgery. 4ª ed. Saunders Co. Philadelphia, Pennsylvania.ed. 1996.
4. Montmany Vioque S, Navarro Soto S, Rebasa Cladera P, Luna Aufroy A, Gómez Díaz C, Llaquet Bayo H. Aplicación de la revisión terciaria en el manejo inicial del paciente politraumatizado. Emergencias 2013. abril.
5. Martínez Oviedo A, Borruel Aguilar M J. Atención al paciente politraumatizado. Servicio de urgencias. Hospital Obispo Polanco Teruel. Disponible en : https://www.uco.es/servicios/dgppa/images/prevencion/glosarioprl/fichas/pdf/20.ATENCIONALPOLITRAUMATIZADO.pdf.
6. American College of surgeons Soporte Vital Avanzado en Trauma (ATLS) para médicos. Manual del Curso para estudiantes.. Octava Edicion 2008.
7. American College of surgeons Soporte Vital Avanzado en Trauma (ATLS) para médicos. Manual del Curso para estudiantes. Novena Edición 2012.
8. Manual de procedimientos Servicio de Guardia .Sanatorio Allende." Protocolo de administración de ATB en el servicio de Guardia Actualizado 2016.
9. Evaluación de la escalera analgésica de la OMS en su 20º aniversario.Publicado por el Centro Colaborador de la OMS para legislación y communicación sobre el cuidado del cáncer Madison, Wisconsin, EE.UU. Vol. 19, Núm. 1 -- 2006.
10. Sanatorio Allende. Protocolo de administración de analgesia según severidad de dolor. Año 2016. Actualizado 2017.
11. Porras Serna, Raul E. Manejo pre hospitalario del paciente politraumatizado 2001. Universidad Ricardo Palma Monografía. - Facultad De Medicina Humana.Lima – Perú.2001.
12. Sahuquillo J. Protocolos de actuación clínica en el traumatismo craneoencefálico (TCE) leve. Comentario a la publicación de las guías de la Sociedad Italiana de Neurocirugía. Neurocirugía.;17:5-8. 2006

Experiencias

Durante todo el año el equipo de enfermería del Sanatorio Allende realiza múltiples actividades muy importantes, además de trabajar en el cuidado de los pacientes internados. En esta oportunidad elegimos estas dos para compartir con ustedes.

Las XX Jornadas Científicas Anuales de Enfermería

Durante los días 31 de octubre y 1 de noviembre de 2018, se realizaron las XX Jornadas Anuales de Enfermería del Sanatorio Allende, organizadas por el Comité de Capacitación y Docencia y el Departamento de Enfermería, un evento ininterrumpido durante 20 años que asegura muchos años más. En dichas jornadas participaron 240 enfermeros profesionales del sanatorio, de Córdoba capital, del interior y de otras provincias como: San Juan, Mendoza, La Rioja, San Luis. La conferencia inaugural estuvo a cargo de la Lic. Esp. Paulina Zúñiga de la Clínica Alemana de Santiago de Chile y una videoconferencia a cargo del Lic. Juan Berardi, Director de Enfermería de Swiss Medical. Se presentaron 9 investigaciones científicas, 5 proyectos de implementación y 4 protocolos de cuidado. Además se realizaron 15 presentaciones en póster de cuidados generales y del área de cuidados críticos por los estudiantes de la Especialidad de Enfermería en el Cuidado del Paciente Crítico de la Universidad Nac de Cordoba.

Los Ganadores del Premio científico Fundación Allende fueron: 1º Premio Trabajo: "Valoración de la satisfacción del paciente sobre el cuidado que brinda enfermería: Meta análisis". Autor: Lic. Flavio Sandivares.

2 Segundos premios para: "Medidas de precaución en aislamiento, cumplimiento de los profesionales de enfermería". Autores: Lic. Eugenia Meyer y Lic. Matías López y "Uso del celular del personal de enfermería en servicios de cuidados críticos". Autora: Mg. Mirta Donaire

Enfermería en la semana del prematuro (12 al 18 de noviembre 2018)

Como todos los años y a través del compromiso asumido por el derechos de los niños, con motivo de la semana del prematuro, incitativa mundial impulsada por UNICEF, se desarrolló en ambas sedes del Sanatorio Allende Festejos para la semana del Prematuro. Además se realizaron actividades de extensión a la comunidad con el fin de difundir el derecho Nº 3 del Decálogo de los Prematuros: *"El recién nacido tiene derecho a recibir atención acorde a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales, pensando en su futuro".*

¿Sabía Ud. que?

En el Coloquio de ***Investigación en Enfermería*** llevado a cabo en la ciudad de la Habana, Cuba, los primeros días del mes de noviembre del 2018, se presentaron dos trabajos a poster y uno de ellos fue premiado!!! Todos realizados por enfermeros y enfermeras del S Allende Cerro y Nueva Córdoba. Les contamos:

1. Poster Premiado: Buenas prácticas en seguridad de los pacientes.
2. Poster: Enfermería lidera la seguridad en la comunicación, pase de guardia y traslado inter-hospitalario.

El Congreso importante: ***Annual Conference of the International Council of Nurses CN 2019,*** se realiza en Singapur en junio del año 2019. Aquí su web: https://www.icn.ch/es/eventos/congreso-del-cie-en-singapur

¿Qué significa Nursing Now?
Nursing Now es una campaña global de tres años de duración realizada en colaboración con el Consejo internacional de enfermeras y la Organización Mundial de la Salud. Se trata de un programa del Fondo Burdett para la enfermería, que tiene como objetivo mejorar el estado y el perfil de la enfermería. Se trabaja para capacitar a las enfermeras para que ocupen un lugar en el corazón para enfrentar los desafíos de salud del siglo XXI.
Participa: ***https://www.icn.ch/es/que-hacemos/campanas/nursing-now***

El ***Consejo Internacional de Enfermería*** ha realizado un ***Llamado a la acción de Women*** deliver dirigida a Priorizar la diabetes gestacional para salvar mejorar la salud materna y frenar la transmisión intergeneracional de ENT. La diabetes gestacional es un problema de salud que no está debidamente reconocido ni priorizado y que tiene implicaciones significativas para las mujeres, los recién nacidos y los niños a lo largo de sus vidas. Lee mas en:
https://www.icn.ch/es/noticias/llamada-la-accion-de-women-deliver-dirigida-priorizar-la-diabetes-gestacional-para-salvar

Recuerdos

Premio Porta Hermanos 2018 al cuidado humanizado en Sanatorio Allende Cerro para el enfermero Jorge Villarroel.

Premio Porta Hermanos 2018 al cuidado humanizado en Sanatorio Allende Nueva Córdoba para la enfermera Mabel Zerpa.

Normas para la publicación de trabajos

Para que los trabajos sean publicados en la revista Notas de Enfermería deben ser enviador:
Por correo postal: Revista Notas de Enfermería. Obispo Oro 42. Sanatorio Allende. C.P.: 5000. Córdoba, Argentina.
Por e-mail: biblioteca@sanatorioallende.com

Consideraciones para la publicación de trabajos:

1.Podrán escribir profesionales de enfermería y de otras disciplinas, siempre que la temática verse temas relacionados con la ciencia de la enfermería.

2. Los artículos científicos podrán versar sobre temas técnicos/científicos relacionados con la gestión, docencia, investigación y otros que resulten aceptados por el Comité Editor y asesor correspondiente.

3. Las publicaciones deben ser originales y no publicadas con anterioridad.

4. Con el artículo se adjuntará una nota de autorización para su publicación, con la firma de los autores.

5. El artículo no debe extenderse a más de 8 páginas, se presentará en disquete 3 y medio word, y copia impresa en papel blanco A4, con márgenes de 25mm, letra Arial en 10 puntos a doble espacio. Deberá contener, de forma genérica, las siguientes secciones:

- ***Título del artículo:*** en español y no más de 70 caracteres.
- ***Autor/es:*** nombre y apellido, categoría profesional y lugar de trabajo.
- ***Resumen:*** la extensión del mismo no debe ser superior a 250 palabras, dará a conocer los objetivos del trabajo, metología utilizada, resultados más relevantes y conclusiones.
- ***Palabras claves:*** cinco palabras claves.
- ***Introducción:*** en las que se definen los objetivos del trabajo y la justificación, y las referencias más relevantes que permitan conocer el tema de estudio.
- ***Material y método:*** se describirán las principales características metodológicas utilizadas, sujetos de estudios, procedimientos, tipos de análisis, timepo, etc.
- ***Resultados:*** destaque de las observaciones más importante, el texto no debe repetir los datos proporcionados por tablas, cuadros y figuras.
- ***Discusión:*** interpretación de los resultados y comparación de los mismo, relacionándolos con otros estudios pertinentes. Limitaciones del estudio.
- ***Conclusiones:*** consideraciones finales de los autores en relación con la discusión y los objetivos.
- ***Bibliografía:*** las referencias bibliográficas se citarán y se ajustarán a los “requisitos uniformes de los manuscritos para revistas biomédicas” confeccionados por el Comité Internacional de Directores de revistas Científicas, según las normas de Vancouver.
- ***Traducción al inglés del título y del resumen.***
- ***Key words:*** traducción al inglés de las palabras claves.

6. El Comité Editor se reserva el derecho de efectuar las correcciones ortotipográficas y de diseño que considere pertienentes.

Ficha Nº 33

METAS DE SEGURIDAD

INTERNACIONAL

Objetivos de organismos internacionales (OMS. JCI), para promover mejoras específicas en Seguridad del Paciente. Destacan áreas problemáticas de la atención sanitaria y describen soluciones consensuadas para estos problemas basadas tanto en la evidencia como en el conocimiento de expertos. Se centran en soluciones que abarquen TODO el sistema, siempre que sea posible.

META 1

La institución de salud desarrolla e implementa un proceso para mejorar la precisión de la identificación de los pacientes.

OBJETIVO: Identificar de manera segura a cada paciente como la persona a quien un servicio o tratamiento está destinado y luego hacer coincidir el servicio o tratamiento con el paciente.

POLITICA INSTITUCIONAL: se definen 2 datos identificadores:

APELLIDO, NOMBRE (como figura DNI) y **NUMERO DOCUMENTO**

Corroborar identidad siempre en las siguientes instancias:

- Al ingreso o transferencia de áreas y servicios dentro y fuera del sanatorio, todo personal involucrado.
- Antes de administrar medicación, medios de contraste, hemocomponentes de la sangre, tratamientos o pruebas diagnósticas, terapia respiratoria terapia física.
- Antes de entregar dietas.
- Antes de colocar o reemplazar la pulsera.

Con el apoyo en Calidad y Seguridad de Pacientes de RIENSEP

Informar al paciente que se le va a preguntaren forma reiterativa sobre su nombre y apellido

...por su seguridad me podria decir su APELLIDO NOMBRE Y DNI?

RECORDA

CHEQUEA

CONFIRMA

CUIDA

Recomendaciones

NO USAR habitación ni ubicación del paciente para identificarlo.

Las muestras SIEMPRE se rotulan en el lugar y en el mismo momento de su obtención.

Rotular TODOS los insumos que se utilizaran con el paciente.

Elementos Medibles

Indicador	Que mide	Frecuencia
Nº de pacientes con pulsera correcta / Total de Internación en ese sector	Presencia de pulsera con datos correctos	cuatrimestral
Nº correcto de identificaciones / Total de observaciones	Observación de cumplimiento de los momentos de utilización	cuatrimestral
Nº de reportes de Identificación x 100 / Total de reportes	Cultura de seguridad en relación	cuatrimestral

SANATORIO ALLENDE

Procedimiento en el caso de que paciente este identificado incorrectamente:

Comunicar a su supervisor, quien será el responsable de gestionar en Admisión la pulsera correcta y su posterior colocación.

Paciente ambulatorio de consultorio externo

Personal administrativo hace ingreso y corrobora datos solicitando documento

El médico re chequea que el APELLIDO Y NOMBRE del llamador/ historia clínica corresponda a la PERSONA que está atendiendo .

EN CASO DE TRASPASO DE UNIDADES DE HEMODERIVADOS (ej: servicio de aislamiento y cirugía) EL TECNICO DE HEMOTERAPIA NO SE RETIRA HASTA QUE LA UNIDAD ESTE SIENDO INFUNDIDA EN EL PACIENTE PREVIO DOBLE CHEQUEO DE IDENTIDAD