



NORMATIVAS



Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tucumán
Presidente Sistema Provincial de Salud
Dr. Pablo Yedlin

Secretario Ejecutivo Médico del Sistema Provincial de Salud
Dr. Fernando Avellaneda

Directora
Dirección General de Programa Integrado de Salud - SIPROSA
Dra. Sandra Tirado

Dirección de Salud de las Personas
Odont. Hugo Jovanovich

Responsable Editor y Compilador
Mg. Lic. Margarita del Valle Abraham

Diseño y Diagramación
A. Marcela Gómez - D.G.

Coordinación Técnica-Científica

Lic. Débora Ponce. División Enfermería. División Enfermería
PRIS- SIPROSA-TUCUMAN.

Lic. Gabriela Tejerina. Hospital del Niño Jesús. SIPROSA-TUCUMAN.
Lic. Rosario Sosa de Calli. . Dirección Gral. Redes de Servicios de Salud
SIPROSA-TUCUMAN.

Colaboradoras:

Judith Silvana Wayar; Delicia del Valle Fuenzalida.

Comité de Revisión.

Prof. Lic. Cristina Arellano. Prof. Asociada. Cátedra de Enfermería Médica. Escuela de Enfermería Facultad de Medicina. UNT.

Lic. Patricia Pereira. Inspectora de Dirección Gral. Fiscalización Sanitaria. SIPROSA-TUCUMAN.

Dra. Mariel Fontenlla. Dpto. Materno Infanto Juvenil. Programa Integrado de Salud (PRIS). Tucumán.

Dra. Paola Robles. Dpto. Materno Infanto Juvenil. PRIS- SIPROSA-TUCUMAN.

Lic. Carolina Salim. División Salud Mental. PRIS. SIPROSA-TUCUMAN.

Dr. Ricardo Cortéz. División Inmunizaciones. PRIS. SIPROSA-TUCUMAN.

Lic. Yanina Hildebrant. División Inmunizaciones. PRIS. SIPROSA-TUCUMAN.

Dr. Luis Raya. Programa de Tuberculosis. PRIS. SIPROSA-TUCUMAN.

Lic. Josefina Corzo. División Nutrición. PRIS. SIPROSA-TUCUMAN.

Lic. Eliana Kwiatkiewicz. Hospital del Niño Jesús. SIPROSA-TUCUMAN.

Autores:

Mg. Lic. Margarita del Valle Abraham. División Enfermería. PRIS- SIPROSA-TUCUMAN.

Lic. Débora Ponce. División Enfermería. PRIS- SIPROSA-TUCUMAN.

Lic. Rosario Sosa de Calli. Dirección Gral. Redes de Servicios de Salud. SIPROSA-TUCUMAN

Lic. Gabriela Tejerina. Hospital del Niño Jesús. SIPROSA-TUCUMAN.

Prof. Lic. María Cristina Arellano. Cátedra de Enfermería Médica. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. UNT

Prof. Lic. Angelina Ester Liezún. Cátedra de Enfermería Médica. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. UNT.

Lic. María Angélica Almazán. Cátedra de Enfermería Médica. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. UNT.

Prof. Lic. Carmen Chemes de Fuentes. Cátedra Enfermería Quirúrgica. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. UNT.

Lic. Ofelia Condorí. Hospital Nicolás Avellaneda. SIPROSA-TUCUMAN.

Lic. Roxana Garay. Hospital Nicolás Avellaneda. SIPROSA-TUCUMAN.

Dra. Gabriela Filtrin. División Salud Respiratoria. PRIS. SIPROSA-TUCUMAN.

Dra. Teresa Mena. División Salud Respiratoria. PRIS. SIPROSA-TUCUMAN.

Lic. Nelly Miranday. Hospital Eliseo Canton. SIPROSA - LULES.

Lic. Mariana Obando Velázquez. División Nutrición. PRIS. SIPROSA-TUCUMAN.

Lic. Josefina Corzo. División Nutrición. PRIS. SIPROSA-TUCUMAN.

Enf. Alberto García. Hospital del Niño Jesús. SIPROSA-TUCUMAN.

Lic. Verónica Espino Ojeda. Dirección Gral. Redes de Servicios de Salud. SIPROSA.

Lic. Patricia Espíldora. Área Programática Centro. Dirección Gral. Redes de Servicios de Salud. SIPROSA-TUCUMAN.

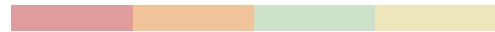
Lic. Beatriz Brito. Área Programática Sur. Dirección Gral. Redes de Servicios de Salud. SIPROSA-TUCUMAN.

Lic. Marcela Morhill. Área Programática Este. Dirección Gral. Redes de Servicios de Salud. SIPROSA-TUCUMAN

Lic. Víctor Díaz. Área Programática Oeste. Dirección Gral. Redes de Servicios de Salud. SIPROSA-TUCUMAN.

INDICE

INDICADORES DE ENFERMERÍA - LEYES.....	Pag. 005
Principales indicadores de Enfermería.....	Pag. 006
Leyes.....	Pag. 008
Glosario.....	Pag. 015
NORMAS DE SERVICIO.....	Pag. 017
Primer Nivel de Atención: Enfermería en Atención Primaria de la Salud.....	Pag. 018
Misiones y Funciones del Jefe de Enfermería del Área Operativa.....	Pag. 018
Misiones y Funciones del Personal de Enfermería de CAPS.....	Pag. 020
Planta física y Equipamiento: Normas, Oficce de Enfermería.....	Pag. 022
Registros de Enfermería.....	Pag. 025
Planillas de Enfermería.....	Pag. 027
CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	Pag. 029
Seguridad del Paciente.....	Pag. 030
Signos Vitales: tensión arterial, pulso, respiración y temperatura.....	Pag. 035
Vacunas: cadena de frío, manipulación de vacunas, plan de contingencia, desecho, vacunación segura, monitoreo.....	Pag. 039
Crecimiento: técnicas y procedimientos, implementación de curvas, IMC.....	Pag. 046
Controles y Cuidados durante el Embarazo: flujograma de asistencia de enfermería a la embarazada, IMC.....	Pag. 053
TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.....	Pag. 057
Lavado de Manos.....	Pag. 058
Curaciones de Heridas.....	Pag. 061
Pie Diabético.....	Pag. 064
Sondaje Nasogástrico.....	Pag. 070
Administración de Medicamentos.....	Pag. 072
Bioseguridad.....	Pag. 094
ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA.....	Pag. 101
Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia.....	Pag. 102
Ficha 1: Signos Generales de Peligro en Niños de hasta 5 años.....	Pag. 102
Ficha 2: El niño con Enfermedades Respiratorias.....	Pag. 103
Ficha 3: Enfermedades Diarreicas (E.D.).....	Pag. 115
Ficha 4: Síndrome Febril.....	Pag. 119
Ficha 5: Signos de Desnutrición, Anemia y Parasitosis.....	Pag. 123
GUÍA PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.....	Pag. 133
Planificación de una Clase Educativa.....	Pag. 134
Alimentación Saludable.....	Pag. 135
Alimentación de 0 a 2 Aós - Lactancia Materna.....	Pag. 136
Acompañando el Desarrollo del Niño y la Niña.....	Pag. 141
Aspectos Principales de la Detección del Maltrato Infante-Juvenil.....	Pag. 144
Violencia hacia la Mujer.....	Pag. 150
Factores de riesgo Cardiovascular.....	Pag. 153
Obesidad.....	Pag. 154
Alcoholismo.....	Pag. 155
Tabaquismo.....	Pag. 158
Dislipemias.....	Pag. 160
Hipertensión Arterial (HTA).....	Pag. 161
Diabetes Millitus.....	Pag. 165
Sedentarismo.....	Pag. 168
El Ambiente y su Influencia en la Salud de los Adultos.....	Pag. 169
Medidas Preventivas para Evitar Chagas y Dengue.....	Pag. 171
EMERGENCIAS.....	Pag. 173
BIBLIOGRAFÍA.....	Pag. 197



Indicadores de Enfermería-Leyes



PRINCIPALES INDICADORES DE ENFERMERIA

En base a las normas del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica se elaboraron los siguientes Indicadores de Atención.

Un indicador o estándar es una exposición descriptiva del grado de actuación requerida, con el que se podrá cuantificar la cantidad de la estructura, proceso y resultado.

Se iniciará con la implementación de indicadores o estándares de procesos.

Los seleccionados serán los de la práctica habitual de la enfermería. Los mismos son para mejorar la calidad de la asistencia y para la contención de los costos; frecuentemente están dirigidos a la mejora de síntomas, eliminación de riesgo, simplificación de tratamientos, prevención de complicaciones y rapidez de la rehabilitación.

NORMA 1: las actividades de enfermería prestadas al paciente durante el proceso de atención consideran las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de acuerdo a sus necesidades y con participación del paciente y su familia.

NORMA 1-2: la planta física donde enfermería cumple sus funciones específicas, debe reunir una serie de características básicas. Permitiendo un desempeño adecuado y brindar la calidad de atención que todo individuo se merece.

NORMA 1-3: los registros de enfermería deben reflejar la evolución del paciente, el planeamiento del cuidado y la continuidad de la atención de enfermería.

a) Atención de Enfermería

$$\frac{\text{Total de pacientes atendidos por enfermería}}{\text{Total de la población atendida en el periodo de 1 año en los Servicios del Primer Nivel}} \times 1000$$

b) Consulta de Enfermería

$$\frac{\text{Nº Total Mensual de Pacientes en Consulta de Enfermería}}{\text{Nº total mensual de Hs. trabajadas en Atención directa de Enfermería en los Servicios del Primer Nivel}} \times 1000$$

c) Prestaciones

$$\frac{\text{Nº total de prestaciones mensuales realizadas por enfermería}}{\text{Nº total mensual de pacientes atendidos por enfermería}} \times 1000$$

NORMA 2: el Servicio de Enfermería se compromete a responder por la cantidad y calidad del cuidado de enfermería que se brinda a los pacientes.

NORMA 2-1: el personal de enfermería deberá valorar los signos vitales:

Presión arterial: pacientes con antecedentes de hipertensión o con factores de riesgo (obesidad, tabaquismo, alcoholismo, cardiopatía) con una frecuencia mínima de 3 veces.

Temperatura: paciente pediátrico un control mínimo en cada atención.

$$\frac{\text{Control de signos vitales c/frecuencia mínima de 1-3 veces}}{\text{N° total de controles (presión arterial o temperatura o pulso o respiración)}} \times 100$$

NORMA 2-2: vacunación. El personal de enfermería deberá realizar las actividades de vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Observación: estos indicadores hacen referencia solo a los niños incluidos bajo programa lo que nos permitirá determinar las actividades de vacunación que realiza el personal de enfermería. Se pretende la cuantificación de la prestación, es decir las vacunas que debería tener el menor de un año, mayores, al ingreso escolar y de 11 años.

$$\frac{\text{N° de vacunas realizadas en niños menores de 1 año a los que se ha administrado BCG, 3° dosis de Pentavalente y Sabin, 2° Neumo 13 y antigripal}}{\text{N° total de niños menores de 1 año incluidos en el Programa en el período evaluado}} \times 100$$

$$\frac{\text{N° de vacunas realizadas en niños de 12 y 18 meses (Hepatitis A, Triple Viral, 4° dosis de cuádruple y sabin, 3° dosis Neumo 13)}}{\text{N° total de niños mayores de un año incluidos en el Programa en el período evaluado}} \times 100$$

$$\frac{\text{N° de vacunas aplicadas en niños al ingreso escolar (Sabin, 2° Dosis de Triple Viral, Triple bacteriana refuerzo)}}{\text{N° total de niños al ingreso escolar bajo Programa en el período evaluado}} \times 100$$

$$\frac{\text{N° de vacunas aplicadas en niños de 11 años (3° Hepatitis B, 3° HPV, Triple o Doble Viral, Triple acelular)}}{\text{N° total de niños de 11 años bajo Programa en el período evaluado}} \times 100$$

NORMA 2-3: el personal de enfermería deberá realizar las actividades de control de Crecimiento según programa de atención materno infantil

a) Control de Crecimiento

$$\frac{\text{N° Total de controles realizados en niños menores de 24 meses (inclusive)}}{\text{Población de niños de 24 meses (inclusive) bajo Programa de Crecimiento y Desarrollo}} \times 100 =$$

$$\frac{\text{N° Total de controles realizados por enfermería en niños entre 25 a 59 meses (5 años)}}{\text{Población de niños entre 25 a 59 meses (5 años) bajo Programa de Crecimiento y Desarrollo}} \times 100 =$$

$$\frac{\text{N° Total de controles realizados por enfermería en embarazadas}}{\text{Población total de embarazadas captadas semestralmente en los Servicios del Primer Nivel}} \times 100 =$$

NORMA 3: cada paciente recibe su atención de enfermería sin riesgo por medio de la ejecución eficiente, conciente y adecuada de las prácticas del personal de enfermería y de la utilización racional de materiales y equipos en buenas condiciones.

NORMA 3-1: el personal de enfermería cumple las indicaciones médicas de curar dos veces a los pacientes en forma correcta y humana favoreciendo su pronta recuperación

$$\frac{\text{Número total de curaciones complejas realizadas bajo prescripción médica}}{\text{Nº total de curaciones simples y complejas realizadas en el periodo evaluado}} \quad X 100$$

NORMA 3-2: el personal de enfermería realiza la preparación y administración de los medicamentos en forma apropiada y humana de las indicaciones prescriptas por personal médico.

a) Administración de Medicamentos:

$$\frac{\text{Nº de hidratación parenteral realizadas bajo prescripción médica (E.V)}}{\text{Nº total de pacientes atendidos por enfermería en el período evaluado}} \quad X 100$$

$$\frac{\text{Nº de pacientes con tratamiento inhalatorio (puff en 20 minutos)}}{\text{Nro. Total de Consultas por IRA}} \quad X100$$

$$\frac{\text{Nº de pacientes con tratamiento inhalatorio (puff en 1hs)}}{\text{Nro. Total de Consultas por IRA}} \quad X100$$

$$\frac{\text{Nº de pacientes con tratamiento inhalatorio (puff en 2hs)}}{\text{Nro. Total de Consultas por IRA}} \quad X 100$$

NORMA 4: todo niño de 0 a 6 años con controles programados debe realizarse un control mensual de enfermería. Las acciones a desarrollar consistirán en la captación precoz del niño, control periódico y atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia.

NORMA 5: el personal de enfermería educará a los pacientes y a la comunidad para promover la salud y prevenir las enfermedades del niño y su familia .

$$\frac{\text{Nº de actividades educativas programadas}}{\text{Nº de población objetivo}} \quad x 100$$

$$\frac{\text{Nº de individuos que participan en las actividades educativas realizadas por enfermería}}{\text{Nº de pacientes incluidos según programa desarrollados.}} \quad X 100$$

LEYES

- LEY Nacional N° 24.004: Ejercicio de la Enfermería

CAPITULO I- CONCEPTOS Y ALCANCES:

ARTICULO 1: En la Capital Federal y en el ámbito sometido a la jurisdicción nacional el ejercicio de la enfermería, libre o en relación de dependencia, queda sujeto a las disposiciones de la presente ley y de la reglamentación que en su consecuencia se dicte.

ARTÍCULO 2: El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes. Asimismo será considerado ejercicio de la enfermería la docencia, investigación, y asesoramiento sobre temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer las enfermería.

ARTÍCULO 3: Reconócese dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

- a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia;
- b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión.

Por vía reglamentaria se determinará la competencia específica de cada uno de los dos niveles, sin perjuicio de la que se comparta con otros profesionales del ámbito de la salud. A esos efectos la autoridad de aplicación tendrá en cuenta que corresponde al nivel profesional el ejercicio de funciones jerárquicas de dirección, asesoramiento, docencia e investigación. Asimismo corresponde al nivel profesional presidir o integrar tribunales que entiendan en concursos para la cobertura de cargos del personal de enfermería.-

CAPITULO II DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS

ARTICULO 4 - Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida en la presente ley participar en las actividades o realizar las acciones propias de la enfermería. Los que actúen fuera de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3 de la presente ley serán pasibles de las sanciones impuestas por esta ley, sin perjuicio de las que correspondieren por aplicación de las disposiciones del Código Penal.

Asimismo las instituciones y los responsables de la dirección, administración, o conducción de las mismas, que contrataren para realizar las tareas propias de la enfermería a personas que no reúnan los requisitos exigidos por la presente ley, o que directa o indirectamente las obliguen a realizar tareas fuera de los límites de cada uno de los niveles antes mencionados, serán pasibles de las sanciones previstas en la ley 17.132, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pudiere imputarse a las mencionadas instituciones y responsables.

ARTICULO 5 - El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado sólo a aquellas personas que posean:

- a) Título habilitante otorgado por universidades nacionales, provinciales o privadas reconocidas por autoridad competente;
- b) Título de enfermero otorgado por centros de formación de nivel terciario no universitario, dependiente de organismos nacionales, provinciales o municipales, o instituciones privadas reconocidos por autoridad competente;
- c) Título, diploma o certificado equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad.

ARTICULO 6 - El ejercicio de la enfermería en el nivel auxiliar está reservado a aquellas personas que posean el certificado de Auxiliar de Enfermería otorgado por instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas reconocidas a tal efecto por autoridad competente. Asimismo podrán ejercer como Auxiliares de Enfermería quienes tengan certificado equivalente otorgado por países extranjeros, el que deberá ser reconocido o revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia.

ARTICULO 7 - Para emplear el título de especialistas o anunciarse como tales, los enfermeros profesionales deberán acreditar capacitación especializada de conformidad con lo que se determine por vía reglamentaria.

ARTICULO 8 - Los enfermeros profesionales de tránsito por el país contratados por instituciones públicas o privadas, con finalidades de investigación, asesoramiento o docencia, durante la vigencia de usu contratos estarán habilitados para el ejercicio de la profesión a tales fines, sin necesidad de realizar la inscripción a que se refiere el artículo 12 de la presente.

CAPITULO III

ARTICULO Nº 9

Son derechos de los profesionales y auxiliares de la enfermería:

- a) Ejercer su profesión o actividades de conformidad con lo establecido por la presente ley y su reglamentación.
- b) Asumir responsabilidades acordes con la capacitación recibida, en las condiciones que determine la reglamentación.
- c) Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, siempre que de ello no resulte un daño inmediato o mediato en el paciente sometido a esa práctica.
- d) Contar, cuando ejerzan su profesión bajo relación de dependencia laboral o en función pública, con adecuadas garantías que aseguren y faciliten el cabal cumplimiento de la obligación de actualización permanente a que se refiere el inciso e del artículo siguiente.

ARTICULO Nº 10

Son obligaciones de los profesionales o auxiliares de la enfermería:

- a) Respetar en todas sus acciones de dignidad de la persona humana, sin discusión de ninguna naturaleza.
- b) Respetar en las personas el derecho a la vida y a su integridad desde la concepción hasta la muerte.
- c) Prestar su colaboración que sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias.
- d) Ejercer las actividades de la enfermería dentro de los límites de competencia determinados por esta ley y su reglamentación.

- e) Mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente, de conformidad con lo que al respecto determine la reglamentación.
- f) Mantener el secreto profesional con sujeción a lo establecido por la legislación vigente a la materia.

ARTICULO Nº 11

Les esta prohibido a las profesionales y auxiliares de la enfermería:

- a) Someter a las personas a procedimientos o técnicas que entrañen peligro para la salud.
- b) Realizar, propiciar, inducir o colaborar directa o indirectamente en práctica que signifiquen menoscabo de la dignidad humana.
- c) Delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad.
- d) Ejercer su profesión o actividad mientras padezcan enfermedades infectocontagiosas o cualquier otra enfermedad inhabilitante, de conformidad con la legislación vigente, situación que deberá ser fehacientemente comprobada por la autoridad sanitaria.
- e) Publicar anuncios que induzcan a engaño público. Particularmente les esta prohibido a los profesionales enfermeros actuar bajo relación de dependencia técnica o profesional de quienes solo estén habilitados para ejercer la enfermería en el nivel auxiliar.

Ley Provincial de Ejercicio de la Enfermería Nro: 6656

La Legislatura de la Provincia de Tucumán, sanciona con fuerza de

LEY:

Artículo 1º.- Adhiere la Provincia de Tucumán, a lo establecido por Ley Nacional Nº 24.004 (Ejercicio de la Enfermería), en sus Capítulos I, II y III.

Artículo 2º.- Para el ejercicio de la enfermería, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, se deberán inscribir previamente los títulos, diplomas o certificados habilitantes en el Sistema Provincial de Salud, quien autorizará el ejercicio de la respectiva actividad, otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial.

Artículo 3º.- La matriculación en el Sistema Provincial de Salud implicará para el mismo el ejercicio del poder disciplinario sobre el matriculado y el acatamiento de éste al cumplimiento de los deberes y obligaciones fijados por esta ley.

Artículo 4º.- Son causa de la suspensión de la matrícula:

- a) Petición del interesado.
- b) Sanción del Sistema Provincial de Salud, que implique inhabilitación transitoria.

Artículo 5º.- Son causa de cancelación de la matrícula:

- a) Petición del interesado.
- b) Anulación del título, diploma o certificado habilitante.
- c) Sanción del Sistema Provincial de Salud que inhabilite definitivamente para el ejercicio de la profesión o actividad.

Artículo 6º.- El Sistema Provincial de Salud (SI.PRO.SA), será la autoridad de aplicación de la presente ley, y en tal carácter deberá:

- a) Llevar la matrícula de los profesionales y auxiliares de la enfermería comprendidos en la presente ley.
- b) Ejercer el poder disciplinario sobre los matriculados.
- c) Vigilar y controlar que la enfermería, tanto en su nivel profesional como en el auxiliar, no sea ejercida por personas carentes de títulos, diplomas o certificados habilitantes, o no se encuentren matriculados.
- d) Ejercer todas las demás funciones y atribuciones que la presente ley le otorga.

Artículo 7º.- El Sistema Provincial de Salud en su calidad de aplicación de la presente, podrá ser asistido por una Comisión Permanente de asesoramiento y colaboración, de carácter ad-honorem, que se integrará con los matriculados que designen los Centros de Formación y las asociaciones profesionales que los representen, de conformidad a lo que se establezca por vía reglamentaria.

Artículo 8º.- El Sistema Provincial de Salud ejercerá el poder disciplinario a que se refiere el inciso b) del artículo 6º con independencia de la responsabilidad civil, penal administrativa que pueda imputarse a los matriculados.

Artículo 9º.- Las sanciones serán:

- a) Llamado de atención;
- b) Apercibimiento;
- c) Suspensión de la matrícula;
- d) Cancelación de la matrícula;

Artículo 10.- Los profesionales y auxiliares de enfermería quedarán sujetos a las sanciones disciplinarias previstas en esta ley por las siguientes causas:

- a) Condena Judicial que comporte la inhabilitación profesional;
- b) Contravención a las disposiciones de esta ley y su reglamentación;
- c) Negligencia frecuente, ineptitud manifiesta u omisiones graves en el cumplimiento de sus deberes profesionales.

Artículo 11.- Las medidas disciplinarias contempladas en la presente ley se aplicarán graduándolas en proporción a la gravedad de la falta o incumplimiento en que hubiere incurrido el matriculado.

Artículo 12.- En ningún caso será imputable al profesional o auxiliar de enfermería que trabaje en relación de dependencia el daño perjuicio que pudieren provocar los accidentes o prestaciones Insuficientes que reconozcan como causa la falta de elementos indispensables para la atención de pacientes, la falta de personal adecuado en cantidad y/o calidad o inadecuadas condiciones de los establecimientos.

Artículo 13.- Las personas que, a la fecha de entrada en vigencia de la presente, estuvieren ejerciendo funciones propias de la enfermería, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, contratadas o designadas en instituciones públicas o privadas, sin poseer el título, diploma o certificado habilitante que en cada caso corresponda, podrán continuar con el ejercicio de esas funciones con sujeción a las siguientes disposiciones:

- a) Deberán inscribirse, dentro de los noventa (90) días de entrada en vigencia de la presente, en un registro especial que a tal efecto abrirá el Sistema Provincial de Salud.
- b) Tendrán un plazo de hasta tres (3) años para obtener el certificado de auxiliar de enfermería y de hasta seis (6) años para obtener el título profesional habilitante, según sea el caso.

Para la realización de los estudios respectivos tendrán derecho al uso de licencias y franquicias horarias con un régimen similar al que rige para la Administración Pública Provincial.

- c) Estarán sometidas a especial supervisión y control, de la autoridad de aplicación, la que estara facultada, en cada caso para limitar y reglamentar sus funciones si fuere necesario, en resguardo de la salud de los pacientes.
- d) Estarán sujetas a las demás obligaciones y régimen disciplinario de la presente.
- e) Se les respetarán sus remuneraciones y situación de revista y escalafonaria, aun cuando la autoridad de aplicación les limite sus funciones de conformidad con lo establecido en el inciso c) del presente artículo.

Artículo 14.- La autoridad de aplicación verificará la aplicación de normas, disposiciones y leyes vigentes que establezcan regímenes especiales de reducción horaria, licencias, jubilación, condiciones de trabajo y/o provisión de elementos de protección, para todo el personal que ejerciere funciones propias de la enfermería, tanto en el nivel profesional o auxiliar.

Artículo 15.- La autoridad de aplicación, al determinar la competencia específica de cada uno de los niveles, podrá también autorizar para el nivel profesional la ejecución excepcional de determinadas prácticas, cuando especiales condiciones de trabajo o de emergencia así lo hagan aconsejable, estableciendo al mismo tiempo las correspondientes condiciones de habilitación especial.

Artículo 16.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de su publicación.

Artículo 17.- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a la presente.

Artículo 18.- Comuníquese.-

DECRETO REGLAMENTARIO: 595/21 MAS

Visto que la ley N° 6656 de ejercicio de la enfermería y:

CONSIDERANDO:

Que por la precitada ley se adhiere la provincia de Tucuman a las disposiciones de la ley nacional numero 24004 en sus capítulos I, II y III referentes al concepto de ejercicio de enfermería, niveles, personas comprendidas y sus derechos y obligaciones;

Que en lo relacionado a la matriculación (autoridad de aplicación), causas para la cancelación de la matrícula, medidas disciplinarias, etc., la ley provincial citada prevé normas expresas;

Que por el artículo 16 de la ley de adhesión N° 6656 se ordeno la reglamentación de la norma a los efectos de darle operatividad para su correcta aplicación,

Que si bien el artículo 1 de la ley N° 24004 dispone el ejercicio de la enfermería libre o en relación de dependencia queda sujeto a las disposiciones de la presente Ley y de la reglamentación que en su consecuencia se dicte la adhesión realizada por Ley Provincial N° 6656 sople lo hace con relación a la Ley siendo por ende necesaria la reglamentación

integral de la misma en el ámbito provincial a los fines de fijar los alcances y la competencia específica del nivel profesional alcanzado entre otras cosas,

Que las exigencias de una adecuada y responsable atención de la salud hacen necesario el dictado de las normas operativas que jerarquicen el ejercicio de la enfermería a la vez que posibiliten una mayor formación profesional de los habilitados para ejercer esta función.

Que ante la proximidad del nuevo milenio la enfermería como profesión auxiliar de la salud debe estar en condiciones de ejercerse con conocimientos y estrategias actualizados en consonancia con las exigencias de los servicios de salud; Que los organismos técnicos competentes en la materia de Sistema Provincial de Salud, toman intervención sin efectuar objeciones (fs. 2/3 25/26 y 38);

Que en consecuencia, se estima procedente dictar del pertinente acto administrativo que reglamente la ley en cuestión. Por ello y atento al dictamen número 2228 del 29/9/99 emitido por Fiscalía de Estado a fs. 39,

Artículo 1º - Conceptos y alcances: El ejercicio libre y autónomo de la Enfermería queda reservado al nivel profesional al que se refiere el artículo 3º inciso a) de la Ley Nacional 24004 pudiendo desarrollarse en gabinetes privados en domicilio de particulares en locales instituciones o establecimientos públicos o privados y en todos aquellos ámbitos en donde se autorice el desempeño de su competencia, exigiéndose en todos los casos habilitación de los lugares y la pertinente autorización para ejercer.

Los locales o establecimientos dedicados a las actividades de enfermería, deben contar con un enfermero/a profesional cuyo título será exhibido convenientemente.

La habilitación de locales o establecimientos y la aprobación de su denominación deberá estar sujeta a las normas establecidas por el organismo de aplicación.

Artículo 2º - son deberes del profesional de, los siguientes: a) Contratar que quienes se desempeñen como profesionales o auxiliares estén matriculados, registrados y autorizados para ejercer por la autoridad sanitaria de aplicación y que sus actividades se realicen dentro de los límites de esa autorización.

b) velar para que los pacientes reciban cuidados y tratamientos adecuados garantizados por parte del personal, respeto y consideración hacia la persona del paciente.

c) Adoptar las medidas necesarias a fin que en aquellos ámbitos en donde se desempeñen sus competencias reúna los requisitos exigidos por las autoridades.

d) Adoptar los recaudos necesarios para documentar las prestaciones de enfermería.

e) Denunciar los hechos que pudieran tener carácter delictuoso, accidentes de trabajo, enfermedades o cualquier circunstancia que pudieran comprometer la salud de la población adoptando las medidas necesarias dentro de su competencia para evitar su propagación.

La responsabilidad del profesional a cargo de los locales o establecimientos no excluye a los demás profesionales o auxiliares ni de las personas físicas o ideales propietarias de los mismos.

Artículo 3º - La docencia investigación, asesoramiento y administración de los servicios estarán a cargo de los profesionales incluidos en el nivel establecido en el inciso a) del artículo 3º de la Ley N° 24004.

Artículo 4º - Es de competencia específica del nivel profesional a que se refiere el artículo anterior: lo establecido en perfiles e incumbencias de los títulos habilitantes de licenciado/a en Enfermería, Enfermero/a. A todos ellos se les está permitido:

1) Planear, organizar, ejecutar, dirigir, supervisar y evaluar la atención de enfermería en la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

2) Brindar cuidados de enfermería a las personas con problemas de salud de cualquier complejidad asignando al personal a su cargo acciones de enfermería de acuerdo a la situación de las personas y al nivel de preparación y experiencias de personal.

3) Realizar la consulta de enfermería y la prescripción de la atención de enfermería.

4) Administrar servicios de enfermería en los diferentes niveles del sistema de salud utilizando criterios tendientes a lograr una atención de enfermería personalizada y libre de riesgo.

5) Establecer normas de previsión y control de materiales y equipos para la atención de enfermería.

6) Planificar, ejecutar y evaluar programas de salud juntamente con el equipo multidisciplinario, en los niveles nacional y local.

7) Programar y/o participar en actividades de educación para la salud, tendientes a mantener y mejorar la salud del individuo, familia y comunidad.

8) Participar en los programas de higiene y seguridad en el trabajo en la prevención de accidentes laborales, enfermedades profesionales y del trabajo.

Desarrollar y/o participar en el desarrollo de la tecnología apropiada para la atención de la salud.

1) Planificar, organizar coordinar, desarrollar y evaluar programas educacionales de formación de enfermería en sus distintos niveles y modalidades guardando correspondencia con el perfil que otorga su título.

- 2) Participar en la formación y actualización de otros profesionales de áreas de sus competencia.
 - 3) Realizar y/o participar en proyectos de investigación.
 - 4) Asesorar sobre los aspectos de su competencia en el área de la asistencia, docencia, administración e investigación.
 - 5) Participar en jurados de concursos para la cobertura de puestos.
 - 6) Integrar jurados de calificación al personal.
 - 7) Elaborar normas de funcionamiento de los servicios de enfermería en sus distintas modalidades de atención y auditar su cumplimiento.
 - 8) Integrar los organismos competentes de Municipalidad, los ministerios de asuntos Sociales, Sistema Provincial de Salud, de Cultura y Educación, relacionados con la formación y utilización del recurso Humano de Enfermería y los organismos técnicos administrativos del sector.
 - 9) Realizar todos los cuidados de enfermería encaminados a satisfacer las necesidades de las personas en las distintas etapas del ciclo vital según lo siguiente:
 - a) Valorar el estado de salud del individuo sano o enfermo y diagnosticar sus necesidades o problemas en el área de su competencia e implementar acciones tendientes a satisfacer las mismas.
 - b) Participar en la supervisión de las condiciones del medio ambiente de acuerdo a su condición.
 - c) Controlar las condiciones de uso de los recursos materiales y equipos para la prestación de cuidados de enfermería.
 - d) Supervisar y realizar las acciones que favorezcan el bienestar de los pacientes.
 - e) Colocar sondas y controlar su funcionamiento.
 - f) Controlar drenajes.
 - g) Realizar control y registro de signos vitales.
 - h) Observar, evaluar y registrar signos y síntomas que presentan los pacientes, decidiendo las acciones de enfermería a seguir.
 - i) Colaborar en los procedimientos especiales de diagnósticos y tratamientos.
 - j) Planificar, preparar, administrar y registrar la administración de medicamentos, vacunas y sueros por vía enteral, parenteral, mucosa cutánea y respiratoria, natural y artificial, de acuerdo con las prescripciones medicas escrita, completa, armada y actualizada.
 - k) Realizar curaciones simples y complejas, que no demanden tratamiento quirúrgico.
 - l) Realizar punciones venosas periféricas.
 - m) Controlar a los pacientes con respiración y alimentación asistida y catéteres centrales otros.
 - n) Participar en los tratamientos quimioterapicos, en diálisis peritoneal y hemodiálisis.
 - o) Brindar cuidados de enfermería a pacientes criticos.
 - r) Participar en la asistencia a pacientes, en traslados por vía aérea, terrestre, fluvial y marítima.
- Realizar el registro de evolución y de prestaciones de enfermería a pacientes o a sus familias, consignando fecha, firma, y numero de matricula.

Artículo 5° - es de competencia del nivel de auxiliar de enfermería, a que se refiere el inciso b) del artículo 3° de la Ley N° 24004:

- 1) Realizar aquellos procedimientos básicos autorizados o indicados por la enfermera profesional en la internación y egresos de los pacientes en las instituciones de salud.
 - 2) Preparar y acondicionar los materiales y equipos de uso habitual para la atención de los pacientes.
 - 3) Ejecutar medidas de higiene y bienestar de los pacientes.
 - 4) Apoyar las actividades de alimentación de los pacientes.
 - 5) Ayudar al paciente para la eliminación vesical e intestinal espontánea.
 - 6) Administrar enemas evacuantes, según prescripción medica.
 - 7) Realizar los controles de rutina.
 - 8) Informar a la enfermera/o y/o medico acerca de novedades de los pacientes.
 - 9) Aplicar inmunizaciones previa capacitación.
 - 10) Preparar al paciente para exámenes de diagnostico y para tratamientos.
 - 11) Participar en programas de salud comunitaria.
 - 12) Realizar curaciones simples.
 - 13) Colaborar con la enfermera en procedimientos especiales.
 - 14) Participar en los procedimientos postmortem de acondicionamiento del cadáver.
 - 15) Informar y registrar las actividades realizadas.
 - 16) Aplicar procedimientos indicados para el control de infecciones.
- Únicamente a las personas contempladas en el artículo 13 de la Ley N° 6656, podrán continuar en el ejercicio de las funciones de enfermería por el plazo establecido por el inciso b) del mismo artículo, sin poseer título , diploma o certificado habilitante o auxiliares de enfermería que estén ejerciendo actividades fuera de su nivel.

Artículo 6° - Son títulos habilitantes los de enfermero/a universitario licenciado/a en enfermería y los que en el futuro se obtengan a partir del título de grado.

La revalida de los títulos estará a cargo del Estado según normas, planes y programas vigentes y/o convenios de reciprocidad. Los organismos pertinentes establecerán las condiciones de revalida en el plazo no mayor de 180 días a partir de la publicación de la **presente reglamentación**.

Artículo 7° - La revalida de los certificados de auxiliares de enfermería será realizada por el estado, de acuerdo a condiciones que se establezcan en un plazo no mayor de 180 días a partir de la aprobación de la presente reglamentación.

Artículo 8° - Podrán emplear el título de especialista o enunciarse como tales aquellos profesionales que acrediten alguna de las siguientes condiciones:

- a) Poseer certificación otorgada por comisiones especiales de evaluación designada por autoridad de aplicación, conformadas por Licenciados/as en Enfermería especialistas.
- b) Ser profesor universitario de la materia, en actividad, obtenido por concurso, en el nivel de titular, asociado o adjunto, o denominación similar con tres (3) años, de desempeño como mínimo en la especialidad.
- c) Poseer certificado de residencia en la especialidad de una duración no menor de tres (3) años, reconocida por el estado.
- d) Poseer título de especialista universitario otorgado o revalidado por Universidad nacional o Privada reconocida.
- e) Poseer certificado otorgado por entidad científica, asociaciones profesionales, escuelas o instituciones reconocidas para tal fin por la autoridad de aplicación, acumulando o menos de cinco (5) años de graduación como profesional y no menos de tres (3) en el ejercicio de la especialidad y un curso de no menos de 800 horas teórico-prácticas.

La autoridad de aplicación con la colaboración de la Comisión mencionada en el artículo 7 de la Ley N° 6656, elaborará una nómina de especialidades, las que se actualizará periódicamente.

Cada cinco (5) años se revalidará la autorización para emplear el título de especialista en las condiciones que establezca la autoridad de aplicación, con la participación de la Comisión mencionada en el artículo anterior.

Artículo 9° - los profesionales de tránsito por el país contratados por instituciones públicas o privadas deberán:

- a) Limitar sus actividades para las que hayan sido especialmente requeridos, no pudiendo ejercer la profesión libre o en relación de dependencia en otras funciones.
- b) Los contratos no podrán exceder de un (1) año no renovable.
- c) Las instituciones deberán comunicar al Sistema Provincial de Salud y a la Organización Profesional de Enfermería la identidad del contrato y acreditar su idoneidad.
- d) Deberán inscribirse en un registro especialmente habilitado para tal fin en el organismo competente de la autoridad de aplicación. La inscripción caducará automáticamente con la finalización del contrato.

Para gozar del derecho establecido en el inciso c) del artículo 9° de la Ley N° 24004, el profesional o auxiliar de enfermería deberá justificar su negativa e informar a su superior jerárquico con la adecuada anticipación a fin de que este adopte las medidas de sustitución para que la asistencia de enfermería no resulte afectada.

Artículo 10° - el personal de enfermería deberá realizar periódicamente actividades o cursos de actualizaciones de acuerdo a los avances científico-técnicos de la medicina en general y de su profesión en particular. Para ello las instituciones deberán garantizar el cumplimiento del artículo 9° inciso d) de la Ley 24004 y su reglamentación.

Artículo 11° - el personal dependiente de instituciones públicas o privadas, tanto en nivel profesional como auxiliar, que a la fecha de entrada en vigencia de la presente reglamentación no hubiera cumplido con el requisito de matriculación tendrá un plazo de noventa días para regularizar su situación.

Artículo 12° - la cancelación de la matrícula por fallecimiento, se dará de baja mediante la presentación de certificado de defunción o cuando correspondiere, por disposición judicial.

Artículo 13° - el Sistema Provincial de Salud, procederá a designar la Comisión Permanente de asesoramiento y colaboración a la que se refiere el artículo 7° de la Ley número 6656 en un plazo de treinta (30) días a partir de su publicación en el Boletín Oficial de la presente reglamentación, la que tendrá las funciones:

- a) Evaluar periódicamente el cumplimiento de la Ley y su reglamentación promoviendo las modificaciones que considere pertinentes.
- b) Asesorar sobre la interpretación de derechos, deberes y obligaciones enunciados y las eventuales transgresiones a los mismos.
- c) Promover la actualización de las competencias de los niveles del ejercicio de la enfermería del artículo 3° de la Ley N° 24004.
- d) Asesorar y/o participar en la elaboración de estándares y normas sobre el ejercicio individual e institucional de la actividad.
- e) Elaborar sus propias normas de funcionamiento y promover la creación de subcomisiones.
- f) Auditar la aplicación de las disposiciones relativas a la profesión de la salud y de la seguridad del personal de enfermería.

Artículo 14° - para continuar en el ejercicio de sus funciones por los plazos que fija el artículo 13 de la Ley N° 6656, el interesado deberá inscribirse en el Sistema Provincial de Salud. Transcurridos cuatro años de vigencia de la presente reglamentación, el organismo de aplicación con la comisión permanente del artículo 7° de la Ley, evaluará el cumplimiento de los plazos previstos en el presente artículo y en su caso, determinar las modificaciones pertinentes. Los plazos comenzarán a tener vigencia a partir del primer ciclo lectivo, siguiente a la publicación de la presente reglamentación.

Artículo 15° - el presente decreto será refrendado por el señor ministro de Asuntos Sociales.

Artículo 16° - dese al Registro Oficial de Leyes y decretos, comuníquese, publíquese en el Boletín Oficial y archívese.
– JULIO ANTONIO MIRANDA, Gobernador de Tucumán.- Dr. José Luis Sarzano, Ministro de Asuntos sociales.

GLOSARIO

Enfermería: Es la ciencia y el arte que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarios para atender correctamente la necesidades del individuo, la familia y la comunidad, referido a la salud, su conservación, promoción y su restablecimiento.

Resultado Asistencial: es la consecuencia final de las actividades de enfermería, un cambio mensurable en el estado de salud de un paciente ocasionado por las actuaciones de las enfermeras.

Oficce de Enfermería: los locales donde enfermería cumple sus tareas específicas debe reunir una serie de características que permiten el buen cuidado de los pacientes y el desempeño adecuado y económico de las tareas del personal. Estas características se refieren a ubicación, dimensionamiento, condiciones ambientales de luz, temperatura y ventilación, sonoridad y color.

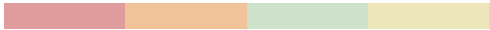
Norma: criterios mediante los cuales se puede medir la cantidad y/o grado de desempeño de las funciones. Una regla o ley que sirve de guía a todos los empleados para llevar a cabo su trabajo. -

Procedimiento: es una serie de labores unidas que constituyen la sucesión cronológica y la manera de ejecutar un trabajo. Las labores por los procedimientos deben mantenerse dentro de los límites señalados por las políticas. Los procedimientos se consideran aplicables a trabajos que se repiten, comúnmente es llamado “rutina”.

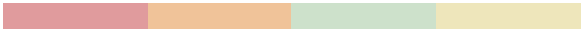
Método: es la determinación de la manera de efectuar una labor determinada, tomando debidamente en cuenta el objetivo, las facilidades disponibles y el gasto total del dinero, tiempo y esfuerzo, teniendo en cuenta a la vez, la seguridad del paciente y personal actuante. El método constituye uno de los pasos de un procedimiento, comúnmente es llamado “técnica”.

Estándar: Aquello que es establecido por una autoridad, por la costumbre o por el consentimiento general como un modelo, criterio o regla de medida. Un estándar dice lo que debemos y podemos hacer sirve como modelo para guiar las acciones de otro. Es una norma cualitativa que expresa claramente un comportamiento esperado y deseado, o condición que debería existir, la cual resulta en un producto de grado o nivel.

Indicadores: son medidas cuantitativas de calidad relacionadas al la estructura, proceso y resultado de la atención de enfermería.



Normas de Servicio



PRIMER NIVEL DE ATENCION: constituye la puerta de entrada a la red de servicios o sistemas, realiza acciones de promoción y protección de la salud, diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de la morbilidad percibida, búsqueda de demanda oculta, control de salud de la población y mecanismos explícitos de referencia y contrareferencia.

ENFERMERIA EN APS

Introducción: la necesidad de implementar un modelo de Atención basada en la estrategia APS requiere el perfil profesional de enfermería que se constituya en “Motor del Cambio” esperado.

La atención de Enfermería en los equipos de Atención Primaria debe constituir un servicio organizado con identidad propia, que se presta principalmente a través de la consulta de enfermería, la visita domiciliaria y la educación sanitaria, logrando la extensión de cobertura y la adecuación de los servicios de salud a la realidad local.

La aplicación de las presentes normativas permitirá la utilización de una metodología de trabajo científico que evite la improvisación, unificando conceptos y planificando acciones de elevada cantidad.

El personal de enfermería conjuntamente con el resto del equipo de salud debe participar en la determinación de prioridades y objetivos, elaboración de programas, planificación y organización de actividades, distribución de recursos, así como en la evaluación de todo el proceso.

Funciones de la Enfermería en la APS

- a) **Asistencia:** desarrolla funciones de atención centradas en la comunidad. Fundamentalmente, la ayuda consiste en lograr la máxima participación de los miembros de la comunidad en la planificación de la atención de la salud, en la prevención, en el tratamiento y en la prestación de la asistencia.
- b) **Docencia:** la actividad más significativa del enfermero en APS es la de inducir o motivar a las personas, por medio de la educación, a modificar sus comportamientos para prevenir enfermedades y mantener la salud.
- c) **Administración:** esta actividad exige habilidades que aseguren una efectiva utilización de los recursos humanos, materiales y financieros. Demanda conocimientos de administración y otras ciencias afines que se traduzcan en prácticas de apoyo, tales como programación, normatización auditoría, evaluación y otras que tengan efecto en una mejor atención de enfermería.
- d) **Investigación:** adopta la investigación como un instrumento de trabajo que le permite generar conocimientos y adecuar sus funciones a los constantes cambios que se suceden en el mundo actual y que no pueden pasar inadvertidos en su ejercicio profesional.

NORMA 1: las actividades de enfermería prestadas al paciente durante el proceso de atención consideran las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de acuerdo a sus necesidades y con la participación del paciente y su familia.

Para brindar atención de calidad y cumplir eficientemente con las actividades de enfermería es necesario conocer cual es la Misión y Función, que debe desempeñar en el cargo para lo cual fue designado. Cabe destacar que si cada uno de los miembros del equipo de atención de un CAPS, cumple con sus funciones, se podría lograr resolver de esta manera el 80% de los problemas de demanda normal de los usuarios.

Supervisor/a de enfermería de área operativa

(Establecimientos de Complejidad V y VII - Ley N° 6.268)

Puesto de nivel:

- “a” Para Licenciados en Enfermería.
- “b” Para Enfermeros universitarios.
- “c” Para Enfermeros con diploma terciario, no universitario.

Función jerárquica: 30% sobre básico de Nivel.

Requisitos Generales:

- No estar inhabilitado para la función pública.
- Ser apto física y psíquicamente.
- Exhibir un perfil de funcionario acorde a su jerarquía.
- Poseer antecedentes personales y profesionales intachables.

Requisitos Específicos:

- Ser Enfermero/a profesional.
- Preferentemente poseer formación en Administración de Servicios, Salud Pública o APS.
- Tener por lo menos 5 (cinco) años de desempeño en Servicios Asistenciales preferentemente, en CAPS.

Dependencia: depende del director del área operativa.

Misión: planificar, organizar, ejecutar y controlar todo lo relacionado a las actividades de Enfermería de los distintos Servicios del Area Operativa de acuerdo a normas vigentes y necesidades de los mismos.

Funciones:

- Evaluar las condiciones de eficiencia de los sectores de enfermería de los CAPS a su cargo, diseñando en consecuencia, las líneas de acción.
- Programar con los/as enfermeros/as las actividades del CAPS que ha de contar con el conocimiento del Médico Jefe y la aprobación de las autoridades correspondientes del Area Operativa.
- Mantener reuniones periódicas con los Jefes de Enfermería de las restantes Areas Operativas para establecer criterios de modo que las decisiones tengan el aval del Area Programática a que pertenecen y se unifiquen las acciones generales.
- Propiciar políticas de personal tendientes al crecimiento personal y profesional de todos los agentes de enfermería que se desempeñen en el Area Operativa.
- Cumplir y hacer cumplir las disposiciones emanadas de la superioridad.
- Supervisar y evaluar permanentemente el desempeño del personal de enfermería.
- Desarrollar actividades educativas de acuerdo a los programas locales que se llevan a cabo.
- Elevar a las autoridades del Area los problemas de personal detectados, aportando sugerencias factibles, para su solución.
- Participar activamente en las programaciones del Area.
- Participar en la elaboración normas y procedimientos que perfeccionen las prestaciones de Enfermería.
- Controlar la calidad de las informaciones producidas por Enfermería.
- Participar en el desarrollo de programas de Educación a la Comunidad.
- Calcular las necesidades de aprovisionamiento al sector.
- Proponer modificaciones en los sistemas de uso habitual, tendientes a mejorar la eficacia y la eficiencia, participando en su implementación y evaluación de resultados.
- Integrar Jurados de Concursos de Selección de Enfermeras de CAPS, de Auxiliares de Enfermería.
- Elaborar y/o actualizar el manual de Procedimientos técnicos para personal de Enfermería.
- Fomentar el trabajo en equipo de salud, con integración y participación activa de la comunidad.
- Planificar las actividades para cada año, evaluando los alcances al finalizar el período.

- Mantener presente que el asiento del cargo es el Area Operativa y el lugar de desempeño en su mayor parte es en los CAPS.
- Coordinar actividades con los miembros del equipo de salud participando activa y productivamente.
- Fiscalizar el cumplimiento estricto de las actividades que le correspondan a Enfermería, en Programas especiales, cada vez que sea necesario, con el límite de tiempo no mayor a tres meses.
- Realizar o participar en proyectos de investigación tendientes a mejorar la oferta.
- Colaborar en actividades prácticas de estudiantes que asistan a los servicios.
- Mantener reuniones periódicas con el equipo de Enfermería.
- Asistir a Cursos, Talleres, etc. sobre temas inherentes a la labor que desarrolla.
- Procurar el sostenimiento de una actitud de servicio de los enfermeros/as hacia la comunidad.
- Participar en actividades intersectoriales y en acciones de salud que se desarrollan en espacios convencionales o no convencionales.

Misiones y funciones del personal de enfermería que se desempeña en los Centros de Atención Primaria de salud

Puesto de nivel: se refiere a la designación del cargo con el cual se ingresa al Sistema de Salud de la provincia. (Ley de Carrera Sanitaria 5809).

- “a” para Licenciados/as en Enfermería.
- “b” para Enfermeros/as con título universitario.
- “c” para Enfermeros/as con título terciario.
- “d”/“e” Auxiliar de Enfermería.

Requisitos generales y específicos:

- Gozar de buena salud física y mental.
- No estar inhabilitado para la función pública.
- Poseer conducta profesional y personal intachable.
- Poseer título y/o Certificado habilitante (Matriculado y/o Registrado).
- Preferentemente formación en Salud Pública, Atención Primaria de la Salud y/o Materno-Infantil.

Dependencia: depende del jefe del centro de Atención Primaria de la Salud y técnicamente del Supervisor/a de Área Operativa.

Misión: dar prestaciones de Enfermería según normas establecidas a las personas que asisten al sector. Contribuir en actividades de promoción, protección y recuperación de la salud.

Funciones: es el conjunto de actividades y tareas que debe realizar el personal de enfermería, estas son:

- Mantener una conducta respetuosa y cordial con los usuarios. · Trabajar integradamente con el equipo de Salud y la comunidad.
- Cumplir con la Ley de Ejercicio de la Enfermería (Nacional N° 24.004, Provincial N° 6656 y Decreto Reglamentario 595/21-MAS).
- Mantener el secreto profesional.
- Informar al Jefe de CAPS cualquier novedad ocurrida en el sector.
- Contribuir a mantener la disciplina del CAPS.
- Conocer y acatar las normas del sector, aportando sugerencias para su perfeccionamiento.
- Velar para que su sector se mantenga en condiciones de estricto orden y meticulosa higiene.
- Cumplir y vigilar el cumplimiento estricto de normas de asepsia, antisepsia y esterilización.
- Recibir, almacenar, disponer la utilización de materiales de trabajo según normas establecidas.

- Colaborar en el control periódico sobre la existencia de medicamentos y alimentos certificando fechas de vencimiento.
- Preparar y conservar el instrumental para ser utilizado en cantidad suficiente para una prestación oportuna y adecuada.
- Realizar los controles de Enfermería establecidos por el SI.PRO.SA.
- Administrar con exactitud tratamientos “únicamente” indicados por el médico.
- Informar al médico los errores que advirtiere en el cumplimiento de las prescripciones.
- Actuar en emergencias, bajo órdenes médicas permanentes.
- Asistir al médico, cuando sean solicitados sus servicios.
- Explicar al paciente, las indicaciones médicas, asegurándose de su comprensión. Si es necesario, hacerlo, además, por escrito.
- Administrar y controlar la existencia de vacunas certificando fecha de vencimiento, según normas del P.A.I.
- Citar a las madres, a través de los agentes sanitarios u otros medios, cuando observe inasistencia a los controles periódicos del niño.
- Realizar visitas domiciliarias programadas según necesidad, autorizadas y supervisadas por el Jefe del CAPS.
- Registrar con exactitud todas las actividades que sean de su responsabilidad en fichas registros, historia clínica, cuaderno de novedades u otros.
- Participar en el desarrollo de los Programas del CAPS en actividades de su competencia.
- Promover en la comunidad el cumplimiento de las normas del programa materno-infantil y la prevención de enfermedades en general.
- Colaborar en la elaboración, ejecución y evaluación de actividades de Educación para la Salud.
- Asistir a programas de capacitación continua.
- Participar en la revisión de normas y procedimientos de enfermería.

NORMA 1-2: la planta física donde enfermería cumple sus funciones específicas, debe reunir una serie de características básicas. Permitiendo un desempeño adecuado y brindar la calidad de atención que todo individuo se merece.

Pediatría y Vacunatorio: dimensiones 7,50 m², como mínimo.

Oficce de enfermería: mesada amplia con doble bacha (aérea limpia/sucia).

La mesada debe ser de material no poroso, el ideal es acero inoxidable. Bajo mesada con puertas metálicas y/o MDF cubierta con melamina. Los estantes de mampostería con cerámicos o azulejos y/o MDF con melamina.

Si hubiere desagote a resumidero debe tener tapa ciega y/o giratoria. Es necesario contar con luz de emergencia propia del sector.

Observaciones: los locales deben reunir condiciones de higiene y seguridad, buena ventilación, calefacción, iluminación natural y artificial, paredes y piso lavables y antideslizantes.

Equipamiento:

- Balanza pediátrica y adultos c/tallímetro
- Pediómetro
- Cinta inextensible (para control braquial y cefálico)
- Conservadoras (2 chicas y 1 mediana)
- Heladera 14 pies
- Bandejas
- Cajas con tapa
- Descartadores

C.A.P.S. Planta Física: Normas Oficce de Enfermería (fig. 1)

- Frasco para agua limpia (hervida y fría)
- Algodón
- Material descartable
- Tachos (con tapa) para residuos (comunes y patológicos) con sus respectivas bolsas.
- Recipiente para algodón.
- Tensiómetro pediátrico.
- Estetoscopio pediátrico.
- Fichero-calendario.
- Termómetro, recipiente para el mismo.
- Reloj de pared.

Mobiliario:

- Camilla real
- Escritorio
- Sillas (3)
- Tablero informativo (avances de meta)
- Cartografía

ACTIVIDADES:

Horario de Atención : Turno de 6 horas : 07:00 a 13:00 y 13:00 a 19:00

- Registros de temperatura en la heladera y trasladar las vacunas a la conservadora para su aplicación, según normas PAI
- Control de niños de acuerdo al fichero calendario, programados (peso, talla, perímetro cefálico, Tº) y registros en historias clínicas.
- Vacunas: aplicación de la misma y registros en el carnet pediátrico e historias clínicas y en las planillas diarias de vacunación.
- Confección del Avance de Meta. (Conocer el seguimiento epidemiológico de las enfermedades inmunoprevenibles)
- Almacenamiento de material descartable (jeringas, descartadores, algodón, frascos c/ agua, etc.)
- Descongelar la heladera según normas y lavado de conservadores según necesidad.
- Solicitar la cantidad de vacunas de acuerdo a programación local del Servicio al Área Operativa.
- Confección de cuaderno de charlas educativas de enfermería.
- Confección de cuaderno de inscriptos- Niños desnutridos- Confección de registro de actividades.

Enfermería: Clínica y Guardia: dimensiones 7,50 m² , como mínimo (ver fig. N°1).

Oficce de enfermería: mesada amplia con doble bacha (área limpia/sucia).

Equipamiento:

- Carro de curaciones
- Soporte para sueros (o accesorios)
- Nebulizador (ultrasónico y común)
- Tubos de O2 (con manómetro funcionando)
- Aspirador
- Otoscopio
- Laringoscopio de tres ramas
- Tensiómetro universal
- Estetoscopio (común y Pinar)
- Termómetro

- Cajas de cirugía menor
- Cajas de curaciones
- Bandejas, riñoneras
- Martillo para reflejos
- Reloj de pared
- Balanza para adultos
- Tacho (con tapa) para residuos (comunes y patológicos) con sus respectivas bolsas
- Elementos para emergencias
- Antisépticos varios (en frascos de vidrio y opacos)
- Material descartable
- Hidrófilos

Mobiliario

- Vitrina o armario para fármacos, materiales descartables, maletín de emergencias.
- Sillas (2)
- Escritorio
- Camilla o mesa de examen

Actividades Asistenciales: realizar todas las actividades en función de las competencias otorgadas por ley de ejercicio profesional (Nº 6656- Dcto. 595/21 MAS)

- Nebulizaciones
- Curaciones
- Inyectables
- Controles de peso y talla (embarazadas y adultos)
- Control de signos vitales
- Registros diarios de prestaciones de enfermería
- Registro diario mensual
- Cuaderno de charlas educativas
- Cuaderno de novedades
- Curaciones - Nebulizaciones
- Signos vitales: Inyectables
- Tratamiento por vía endovenosa
- 1ros. Auxilios: ACV, Edema de Pulmón, IAM (Infarto de Miocardio), Politraumatizados, quemados, intoxicados, convulsiones
- Shock hipoglucemiantes o hiperglucemiantes
- Mordedura de can y serpientes
- Aspiraciones
- Cateterismos (nasogástrica, vesical, Abocath)
- Oxigentoterapia
- Insulinoterapia
- Hemorragia digestiva (alta baja)
- Rescates de IRA
- Vacunación
- Accu Chek
- Glucotest (cintas)

Actividades Administrativas:

- Planilla de enfermería
- Cuaderno de novedades
- Pedido de farmacia
- Pedido de oxígeno

- De IRA
- De materiales (descartables, librería, etc.).
- De charlas educativas
- Historia clínica
- Carnet de vacunación
- Libro de vacunas
- Otros

Actividades Docencia e Investigación:

- Capacitación en servicio, programadas o incidental
- Participar de proyectos de investigación

Sector Esterilización: deberá funcionar como un área independiente funcionalmente, considerando las siguientes áreas, recepción, lavado, preparación, esterilización propiamente dicha, almacenamiento (en alacenas, armarios, vitrina) para reserva y entrega del material.

Equipos: estufa y autoclave.

Limpieza de Oficce de Enfermería:

Técnica doble balde- Doble trapo

- Mesada una vez por turno y cuando estuviese sucia
- Observación de la limpieza
- Pisos dos veces por día y cuando estuviesen sucios
- Armarios y cajones cada quince días
- Techo y paredes junto con puertas y vidrios una vez por mes y cuando estuviesen sucios
- Tachos de residuos, cada vez que se reemplaza una bolsa
- Heladera, se descongelaran una vez por mes y se limpiaran una vez por semana y cuando estuviese sucia
- Lavabos (piletas) se limpiaran una vez por turno y cuando se encuentren sucias

Para Registrar: se considerarán las normas legales que determinen la obligatoriedad del registro de los procedimientos y observaciones efectuados a los pacientes y los requisitos para la confección, uso y seguridad de los mismos y que se incluyen en la historia clínica de cada paciente.

NORMA 1-3: los registros de enfermería deben reflejar la evolución del paciente, el planeamiento del cuidado y la continuidad de la atención de enfermería. Toda actividad realizada por el personal de enfermería deberá ser registrada según corresponda en: historia clínica, hoja diaria (ver anexo), cuaderno de novedades, carnet u otros.

Responsabilidades del personal de enfermería

- Registrar en forma ordenada y legible todas las novedades (que requieran observación) referidas al paciente y al servicio y/o sector al finalizar la jornada de trabajo.
- Dar lectura de los informes y hacer las aclaraciones correspondientes al personal que recibe el turno o la guardia.
- Colaborar con el equipo de salud, aportando informaciones y sugerencias que permiten solucionar los problemas que ocurriesen en cada turno.
- Al finalizar las novedades el / o los responsable de las anotaciones deberán firmar y aclarar sea escrito o utilizando el sello personal. Legalmente está prohibido hacer uso y/o préstamo de los sellos personales.

Aspectos que se deben considerar para la confección de las novedades

1. Las anotaciones serán escritas con lapicera negra o azul. Se utilizará rojo para remarcar acciones o alertas para el personal. Si se comete un error no se borra; se puede tachar con una sola línea y colocar la palabra error, luego escribir lo correcto.
2. No se debe dejar espacios en las hojas de registros.
3. Se escribe en forma ordenada, sintética y legible lo siguiente: Anotaciones sobre pacientes que requieren observación, cuidados por tratamientos especiales, traslados de pacientes, autorización del médico para realizar el traslado del paciente.
4. Anotaciones sobre alteraciones de signos vitales.
5. Registrar indicaciones nuevas, suspensión o cambios de tratamientos dispuesto por el médico. El personal de enfermería de turno solicitará que el mismo sea registrado en la hoja de indicaciones y lo avale con su firma y sello.
6. Especificar las tareas que no fueron posibles desempeñar indicando en todos los casos el o los motivos.
7. No usar términos prejuiciosos para referirse a un paciente. Por ejemplo: vago, sucio, negativo, etc.
8. Identificar claramente los cuidados brindados por otros miembros del equipo y registrar claramente quien lo hizo.
9. Anotar con precisión cualquier información que notifique al médico como: cambios en el estado de un paciente, agravamiento de sus síntomas, indicar hora que se dio aviso, nombre y apellido del profesional y lo que exactamente comunicó y la respuesta que el médico le dio.
10. Informar toda situación que pudiera afectar al personal del próximo turno.
11. Indicaciones al personal sobre equipos, materiales e insumos (cantidad, cambios, reposición, arreglos y otros que se considere necesario informar).
12. El cuaderno de novedades, deberá permanecer en el office de enfermería. El mismo solo podrá ser retirado del lugar, en situaciones especiales y con la expresa orden escrita de las autoridades que lo requieran.
13. Se conservará por un período de 2 (dos) años, como documento de consulta. Posteriormente se labrará un acta para su baja.

Como se debe confeccionar el cuaderno de novedades: se elaborará considerando las siguientes partes:

Encabezamiento:

Fecha: día, mes y año correspondiente.

Turno: ejemplo de 7 a 13hs., 13 a 19 o guardia de 7 a 7 hs.

Nombres y Apellidos del Personal, que corresponde al turno.

Novedades del Pacientes: solo se registrarán las novedades de los pacientes que lo requieren por su situación especial. En la cual se consignará, apellido y nombres, N° de cama o sector, diagnóstico (de no tener diagnóstico se colocará en observación o en estudio).

Novedades de Equipos, Materiales e Insumos: (cantidad, cambios, reposición, arreglos y otros que se considere necesario informar).

Novedades del Personal: anotación informando modificaciones en la diagramación, sea por ausentismo, por llegada tarde, por retirarse de la guardia con la justificación correspondiente.

RECUERDE: CUMPLIR CON EL LLENADO CORRECTO DE LAS PLANILLAS DIARIA Y DIARIA MENSUAL. ¡ SU MEJOR DEFENSA SON LOS REGISTROS CLAROS Y PRECISOS !!!

TURNO..... FECHA...../...../.....
HORAS DE ATENCION A PACIENTES.....

TOTALES →

Inicial de Controles: E=Embarazada P=Puerpera P=Peso T=Talla P/C=Perímetro Cefálico Signos Vitales: R=Respiración P=Pulso T=Temperatura P/A=Presión Arterial

Inicial de Prestaciones: G=Glucemia N=Nebulización P=Puñf S=Simple C=Compleja I=Inyección V=Vacuna O=Oral P=Parenteral S=Sondaje A/S=Aspiración de Secreciones O/P=Otras Prestaciones

Firma del Enfermero/a

REGISTRO DIARIO MENSUAL DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

AREA PROGRAMÁTICA.....

SERVICIO.....

AREA OPERATIVA.....

MES.....

ESTABLECIMIENTO.....

AÑO.....

D i a	Hs Atnc Pcte	Num de Pctes	EDAD							CONTROLES								PRESTACIONES													
										E	P	P	T	P/C	Signos Vitales				G	N	P	Curacion		I	V	Hidratac		S	A/S	O/I	
			R	P	T*	P/A	S	C	O						P																
a	Pcte	Pctes	0a2	3a5	6A9	10a14	15a19	20a64	65y+																						
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															
17																															
18																															
19																															
20																															
21																															
22																															
23																															
24																															
25																															
26																															
27																															
28																															
29																															
30																															
31																															
Totales																															

Inicial de Controles: E=Embarazada P= Puerpera P=Peso T=Talla P/C=Perímetro Cefálico Sig Vitales :R=Respiración P=Pulso T=Temperatura

P/A=Presión Arterial

Inicial de Prestaciones: G=Glucemia N=Nebulización P=Puff S=Simple C=Compleja I=Inyección V=Vacuna O=Oral

P=Parenteral S=Sondaje A/S=Aspiración de Secreciones O/P=Otras Prestaciones

Firma del Enfermero/a

Firma y sello del Director



Cuidados de Enfermería



SEGURIDAD DEL PACIENTE

La OMS, crea “la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” para promover esfuerzos con políticas, programas y recursos que minimicen los riesgos en la atención en salud y que vinculen la participación social de los pacientes y sus familias en la protección de la vida.

Silvina Malvárez, afirman que “La presencia, la permanencia, continuidad y contingencia son condiciones de un cuidado de enfermería por la seguridad humana puesto que provee protección, confort, apoyo y disminuye o minimiza los riesgos para la integridad de los sujetos del cuidado”

Desde el ámbito comunitario y desde la promoción de la salud hay evidencias que muestran como claramente la educación para la salud, la prevención de la enfermedad disminuye hasta el 70% la carga de morbilidad y su efecto en los servicios de Salud. Hoy más que nunca se habla del aporte de la enfermería al logro en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio, y como desde la enfermería comunitaria, en especial desde los procesos de prevención de las enfermedades, el impacto en la salud de madre y el niño, en la minimización de los riesgos para enfermedades como VIH/SIDA, la sífilis congénita son un acto por la seguridad humana.

Es así como desde la enfermería comunitaria la categoría de la seguridad como una necesidad humana es esencial para el cuidado de enfermería, dado que implica, conocer y comprender la dimensión del ser humano, la creación de vínculos que lo protegen, el desarrollo de capacidades para su auto cuidado y la búsqueda de un conexión y un diálogo permanente con los sistemas de salud para garantizar la continuidad, permanencia y presencia del cuidado en todas las dimensiones y entornos o ámbitos clínico y social comunitario.

Historia natural y prevención de los sucesos adversos:

A lo largo del proceso se pueden diferenciar las siguientes fases :

- Un período **prepatogénico** Transcurre desde que comienza la interacción de los factores causales hasta que se inicia la enfermedad.
- Un periodo **patogénico**

Se pueden diferenciar dos fases:

- o La etapa subclínica o de latencia, en la que la enfermedad no se puede detectar.
- o La etapa de evidencia clínica, en la que los signos y síntomas sobrepasan el umbral de detección y la enfermedad se hace aparente.

Finalmente la historia concluye, bien con la curación, -la clínica desciende por debajo del horizonte clínico, bien con la cronicación, o bien con el fallecimiento del paciente.

El conjunto de intervenciones sociales, médicas, de cuidados, dirigidas a erradicar, reducir la probabilidad de aparición o bien interrumpir la progresión el impacto de la enfermedad, constituye la prevención. En función de la etapa de la historia natural de la enfermedad en que se aplican, las intervenciones preventivas se agrupan clásicamente en tres categorías: prevención primaria, secundaria y terciaria:

- La **prevención primaria**, precede al inicio de la enfermedad y tiene por objetivo evitar la aparición de nuevos casos de la misma. Incluye todas aquellas actividades que incrementan la salud y aquellas dirigidas a reducir potenciales factores de riesgo: medidas legislativas, de promoción de la salud, medioambientales,...
- La **prevención secundaria**, actúa en las fases iniciales del desarrollo de la enfermedad con la finalidad de mejorar el pronóstico, retardar el desarrollo de la misma y sus consecuencias. El diagnóstico y el abordaje terapéutico precoces son sus instrumentos más conocidos.
- La **prevención terciaria**, más tardía, actúa cuando la enfermedad ya está bien establecida y su finalidad, al igual que la secundaria, es retardar su evolución, reducir las consecuencias de la enfermedad (incapacidad, dolor, complicaciones, recurrencias y secuelas).

En la historia natural de un suceso adverso pueden diferenciarse una serie de momentos y etapas determinantes:

- Antes y después de que actúen las barreras del sistema existentes para evitarlos.
- Antes y después de que las personas cometan errores que pueden desencadenarlos. Por su parte, la prevención de los sucesos adversos, tiene una triple finalidad:
- Disminuir el riesgo de que aparezcan.
- Abordarlos precozmente para disminuir su evolución y mitigar las consecuencias.
- Evitar su reaparición y reducir su impacto.

1. Prevención primaria

La prevención primaria de los sucesos adversos precede a su aparición y tiene como finalidad reducir su incidencia, incrementando aquellos factores que mejoran la seguridad del paciente y reduciendo aquellos que contribuyen a la aparición de errores y fallos latentes del sistema.

Actividades destacadas en este nivel de prevención son, entre otras:

- Fomento de la cultura de la seguridad en la organización.
- Formación y entrenamiento de los profesionales en técnicas y procedimientos complejos.
- Evitar procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios y sin evidencia de su valor para el paciente.
- Erradicación de procedimientos diagnósticos y tratamientos para los que existen alternativas más seguras.
- Aplicación de la mejor evidencia disponible en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidados y organización de la actividad asistencial: prácticas clínicas seguras, normativas y guías clínicas basadas en la evidencia.
- Establecimiento de alertas clínicas encaminadas a evitar sucesos adversos.
- Uso de tecnología de seguridad en aparataje médico-quirúrgico, dispositivos clínicos, sistemas de prescripción y dispensación de medicamentos,...
- Diseño de procesos evitando la aparición de previsibles fallos y errores en su desarrollo (análisis modal de fallos y efectos).

2. Prevención secundaria

Por medio de la detección y abordaje precoz de los sucesos adversos, su finalidad es mitigar sus consecuencias para el paciente y los servicios sanitarios. Incluye, las siguientes actividades:

- Mantenimiento de sistemas de vigilancia y notificación de incidentes y algunos efectos adversos, tales como infecciones nosocomiales, caídas de pacientes, úlceras por presión, reacciones adversas a medicamentos,...
- Además de facilitar la detección precoz de incidentes y efectos adversos, estos también contribuyen a la prevención primaria de otros sucesos adversos, ya que permiten conocer los factores que contribuyen a su aparición y establecer acciones preventivas dirigidas a evitarlos.
- Mejora de los sistemas de comunicación entre estamentos profesionales y servicios, a fin de detectar lo más precozmente posible, situaciones de riesgo y sucesos adversos.
- Actuación proactiva con el paciente, comunicándole precozmente la aparición del efecto adverso, las actuaciones a seguir para minimizar sus consecuencias y evitar que vuelva a producirse.

3. Prevención terciaria

Cuando los dos niveles anteriores han fracasado, el efecto adverso ha ocurrido, y sus consecuencias clínicas son patentes; el objetivo de las actuaciones a desarrollar es doble: reducir el impacto y las consecuencias derivadas del efecto adverso: incapacidad, dolor, complicaciones clínicas (iatrogenesis en cascada), litigios,... y evitar su reaparición.

A tal fin, las actividades más apropiadas son las siguientes:

- El análisis detallado, profundo y pormenorizado de las causas que han contribuido a la aparición del efecto adverso, por medio de la técnica del análisis de causas raíz u otras similares.
- El dialogo, -cuidadosamente planificado-, con el paciente y la atención clínica y personal esmerada al paciente que ha sufrido el efecto adverso.
- La actuación de comités de conciliación y negociación de las indemnizaciones a que hubiera lugar.

Además de los niveles clásicos anteriores, se ha comenzado a hablar más recientemente de un cuarto nivel de actuaciones, agrupado bajo la denominación de prevención cuaternaria, que incluye aquellas acciones desarrolladas para atenuar o evitar las consecuencias del intervencionismo médico excesivo, innecesario y sobre el que existe insuficiente evidencia y alternativas éticamente aceptables^{3,4}.

La cultura de la seguridad: prevención primordial de los sucesos adversos:

La cultura se define como el conjunto de valores, actitudes y comportamientos predominantes que caracterizan el funcionamiento de un grupo o una organización. En definitiva, la cultura de un determinado hospital, servicio o centro de salud, es el modo en que se sienten y se hacen “las cosas” en el mismo.

La cultura de seguridad es el resultado de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta de los individuos y el grupo que desempeñan su actividad en un determinado hospital, centro de salud, servicio clínico, etc. Actualmente, la cultura predominante en los escenarios en que se presta la asistencia sanitaria se caracteriza, entre otros aspectos por los siguientes:

La seguridad es una propiedad accesoria y secundaria del sistema y no una cualidad inherente y prioritaria.

- El silencio y la ocultación de los fallos y errores que ocurren y se cometen son conductas habituales, debido al temor a sanciones, litigios y pérdida de crédito y prestigio profesional.
- Prevalecen las actuaciones reactivas frente a la aparición de efectos adversos más que las dirigidas a preverlos y evitarlos.
- Predominio del individualismo sobre el trabajo en equipo. Persiste una actitud artesanal de la práctica clínica que se expresa en una notable variabilidad de la misma.
- Ejercicio de una medicina defensiva que favorece los errores y efectos adversos ligados a la sobreutilización.
- Confianza excesiva en dispositivos y tecnologías médicas, a veces insuficientemente evaluadas.
- Despersonalización de la asistencia, que se acompaña de una atención centrada en el profesional y la tecnología, más que en el paciente.

Conseguir cambiar la cultura de ocultación de los errores o de simple reacción frente a los efectos adversos por otra, en la que los errores no sean considerados fallos personales, sino consecuencia de la interacción de múltiples factores y oportunidades para mejorar el sistema y evitar el daño, es el primer paso para mejorar la seguridad del paciente.

Lo más importante cuando surge un problema no es “¿Quién?”, sino “¿Qué ocurrió?”, “¿Cómo?”, “¿Cuándo?”, “¿Por qué?”, “¿Cómo se podría haber evitado?” y “¿Qué puede hacerse para que no vuelva a ocurrir?”.

Este planteamiento supone un cambio cultural caracterizado por:

Considerar la seguridad como componente esencial de la calidad asistencial y una prioridad del sistema, de modo que hacer las cosas bien sea lo “natural”.

El desarrollo de un sistema de gestión del riesgo asistencial, con un talante y una conducta proactiva para detectar los problemas antes de que se manifiesten.

Fomento de un clima de lealtad, comunicación abierta y confianza entre gestores, profesionales de la asistencia y pacientes, dirigido a obtener como beneficio, una mayor confianza de los pacientes en el sistema y sus profesionales y unos profesionales motivados y satisfechos con su trabajo.

Trabajo en equipo:

Estandarización de procedimientos basados en el mejor conocimiento disponible, a fin de reducir la variabilidad de la práctica clínica y mejorar su eficiencia y efectividad.

Atención centrada en el paciente, mejorando los aspectos de transparencia de la comunicación, respeto y participación en la toma de decisiones.

La existencia de una cultura con tales características constituye la prevención primordial de la aparición de efectos adversos relacionados con la asistencia y un requisito irrenunciable para conseguir la calidad y la sostenibilidad por los sistemas sanitarios del siglo XXI. Estos deberían caracterizarse, por las siguientes reglas:

1. Basarse en unas relaciones de continuidad. Además de las visitas tradicionales cara a cara, el sistema desarrollará otras fórmulas de atención a través de Internet, teléfono y otros medios.
2. Atención en función de las necesidades y valores del paciente.
3. Decisiones compartidas con el paciente, para los que se les debe proporcionar la información necesaria y adecuada para que puedan tomar decisiones en relación a su salud.
4. Comunicación. Profesionales sanitarios y pacientes deben comunicarse de forma efectiva y compartir la información.
5. La toma de decisiones clínicas debe basarse en el mejor conocimiento disponible. Los cuidados no deberían variar sin razón justificada.
6. La seguridad debe ser una propiedad inherente al sistema. Los pacientes deben estar a salvo de lesiones y accidentes debidos a la atención recibida. Reducir riesgos y asegurar la calidad requiere gran atención a los sistemas a fin de evitar los errores y mitigar sus consecuencias.
7. La transparencia es necesaria. El sistema debe proporcionar a los pacientes y sus familiares, la información que les permita tomar decisiones informadas para escoger centros, facultativos o tratamientos alternativos. La información debe incluir datos sobre el funcionamiento del sistema en cuestiones de seguridad, práctica basada en la evidencia y satisfacción de los pacientes.
8. El sistema debe anticiparse a las necesidades de los pacientes. Debe ser proactivo y no reactivo frente a los problemas.
9. El sistema no debe minimizar las pérdidas de recursos y de tiempo.
10. La colaboración entre el personal sanitario es una prioridad. Facultativos e instituciones deben cooperar activamente y comunicarse para asegurar la coordinación y un intercambio apropiado de información.

TABLA DE TERMINOLOGÍA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Términos antiguos	Términos nuevos
Riesgo clínico	Seguridad del Paciente: Identificación, análisis y gestión de los riesgos e incidentes relacionados con pacientes, para hacer el cuidado de los mismos más seguro y minimizar los posibles daños Incidente de Seguridad del Paciente: Cualquier incidente inesperado o no intencionado que pueda producir o inducir daño para una o más personas que están recibiendo asistencia sanitaria financiada por el NHS.
Incidente adverso Evento Adverso Incidente Clínico Incidente Crítico Fallo Clínico Fallo Médico Error Médico Evento Centinela	«Incidente de Seguridad del Paciente» es un término paraguas que se usa para describir un incidente aislado o una serie de incidentes que ocurren a lo largo del tiempo. Términos como adverso, error, fallo sugieren acción individual y culpa. Error Médico, en particular, sugiere que la causa principal es la profesión médica.
Evento sin daño	Incidente de Seguridad del Paciente: (Nivel de severidad: no daño). Un incidente de seguridad del paciente que no causa daño, pero no ha sido prevenido (impacto no prevenido) o un incidente de seguridad del paciente que ha sido previsto.
Cuasi-error	Incidente de Seguridad del Paciente: (previsto) Cualquier incidente en la seguridad del paciente que potencialmente puede causar daño, pero que ha sido previsto. Como resultado no se producen daños a los pacientes del sistema sanitario NHS

TABLA DE EJEMPLOS DE CATEGORÍAS DE EVENTO ADVERSO EN SEGURIDAD

Título	Subtítulo
Acceso, admisión, transferencia (incluidos pacientes perdidos)	• Retraso o fallo en la asistencia • Re-admisión inesperada • Dificultad para obtener asistencia clínica • Retraso en el alta
Asesoramiento clínico (incluyendo diagnóstico, pruebas, consejos...) Consentimiento, comunicación, confidencialidad	• Diagnóstico equivocado • No recibir resultados de pruebas • Pérdida de resultados de pruebas • Abuso de confianza • Fracaso en la comunicación fuera del grupo • Paciente erróneamente identificado
Comportamiento inapropiado, agresivo Documentación (Incluidos datos identificativos)	• Físicamente • Verbalmente • Retraso en la obtención de los datos médicos o de la tarjeta sanitaria • Dato médico perdido • Pruebas perdidas
Implementación del tratamiento y seguimiento posterior Incidente en un proceso infeccioso	• Retraso en detectar complicaciones con el tratamiento • Alargamiento del tratamiento • Fallo en la esterilización o contaminación del material • Infección cruzada

TABLA DE TÉRMINOS Y DEFINICIONES PARA CLASIFICAR EVENTO ADVERSO EN SEGURIDAD POR SU IMPACTO

Términos antiguos	Términos nuevos
Ninguno/ insignificante	Sin daño: • Impacto previsto: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente con potencial para causar daño pero que ha sido previsto y como resultado no produce daño a los pacientes del sistema nacional de salud. • Impacto no previsto: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que ha tenido lugar que no ha producido daño a los pacientes del sistema nacional de salud.
Bajo/menor	Bajo: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que requiere observación o tratamiento menor y que causa un mínimo daño, a uno o más pacientes del sistema nacional de salud.
Moderado	Moderado: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que resulte en un aumento moderado en el tratamiento y que produce un daño a tener en cuenta, pero no es permanente, a uno o más pacientes del sistema nacional de salud.
Severo/mayor	Severo: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que aparentemente resulta en daño permanente a uno o más pacientes del sistema nacional de salud.
Muerte/ catastrófico	Muerte: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que directamente provoca la muerte de uno o más pacientes del sistema nacional de salud.

NORMA 2: el servicio de enfermería se compromete a responder por la calidad y cantidad del cuidado de enfermería que se brinda a los pacientes.

SIGNOS VITALES

NORMA 2-1: el personal de enfermería deberá valorar los signos vitales:

Concepto:

-Presión Arterial: es el empuje que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales.

-Tensión Arterial: resistencia que oponen esas paredes a la presión de la sangre, lo que expresa la elasticidad vascular.

Valores: Optima: < 120 < 80

Normal: 120 - 129 / 80 - 84

Equipo: Tensiómetro (mercurio, aneroido o digital)

Estetoscopio o biauricular

Manguitos para adultos: las dimensiones de la cámara de goma o manguito neumático deben ser de 13 cms de ancho por 25 a 30 cms de largo, contenida en un forro de tela de suficiente longitud como para envolver el brazo. En el caso de los adultos obesos, el ancho de la cámara de goma deberá ser de 14 a 15 cms, dado que al ser más angosto, se obtendrán cifras superiores a las reales.

Manguitos para niños: el manguito debe adecuarse al tamaño del brazo y no a la edad del niño.

Deben cumplirse las mismas especificaciones requeridas en el adulto:

- Circunferencia brazo: 5 a 7 cms , manguito recién nacido – ancho 3 cms, largo 5 cms.
- Circunferencia brazo: 7 a 13 cms, manguito lactante-ancho 5 cms- largo 8 cms.
- Corcunferencia brazo: 13 a 20 cms, manguito niños- ancho 8 cms- largo 13 cms

Recomendaciones para el control de la Presión Arterial:

Equipo: esfigmomanómetro calibrado y en buenas condiciones (el sistema no debe tener fugas de aire y la válvula debe funcionar correctamente). La cámara neumática o manguito de goma debe cubrir las 2/3 partes de la longitud del brazo y abarcar el 80% de su circunferencia. Utilizar un manguito adecuado al brazo del paciente.

Estetoscopio: Angular los auriculares hacia adelante y ubicar la oliva en el conducto auditivo externo

•**Paciente:** Debe estar en reposo 5 minutos antes de la medición. No debe haber ingerido café, o productos cafeinados o refrescos cola, ni haber fumado durante por lo menos 30 minutos previos al procedimiento. Debe asegurarse que no tenga deseos de orinar o defecar. El paciente debe estar sentado con apoyo dorsal o braquial, y el brazo desnudo o relajado a la altura del corazón. El paciente no debe moverse , ni hablar durante el procedimiento.

•**El Operador:** Deberá mantener una posición cómoda.

Se recomienda realizar el procedimiento sentado. La columna del mercurio o reloj anerode estará a la altura de sus ojos.

•**Ambiente:** Debe estar iluminado, sin ruidos molestos ni interferencias.

Técnica (Idem el resto)

- a. Explicar al paciente lo que se va a realizar., ya que muchas personas suelen ponerse nerviosas o intranquilas, factores que suelen modificar la tensión arterial.
- b. El brazo que apoyará sobre la superficie plana, debe estar con la palma hacia arriba. Brazo y mano deben estar relajados, porque la tensión de los músculos puede producir cifras inexactas de la tensión arterial.
- c. El paciente debe estar tranquilo, sin efectuar cambios posturales los 5 minutos previos al control.
- d. Antes de colocar el manguito debe palparse el pulso de la arteria humeral con dos dedos, para descubrir el punto en que la pulsación es más intensa.
- e. El manguito se coloca alrededor del brazo y su borde inferior quedará dos traveses de dedos por encima del pliegue del codo con la mitad de la cámara neumática aplicada sobre la arteria humeral (cara interna del brazo).
- f. Colocar la campana del estetoscopio firmemente en este punto. Con la otra mano tome la perilla del cierre con suavidad la válvula, girando el tornillo de control en sentido a al manecillas del reloj.
- g. La insuflación debe hacerse en forma lenta e ininterrumpida hasta 20mmHg o por encima del valor en que desaparezca el pulso radial controlado por palpación.
- h. Conserve la campana del estetoscopio en el brazo de la persona, observe la columna de mercurio, lentamente abra la válvula de escape de aire al girar el tornillo de control en sentido contrario a las manecillas del reloj. La columna de mercurio debe descender lentamente a razón de 2 a 3 mm por segundo.
- i. Cuando escuche las palpaciones de nuevo, este dato constituirá la presión sistólica (máxima).
- j. Se permitirá que el manguito siga desinflándose y descende la columna mercurial lentamente.
- k. El punto en que desaparece el sonido de las pulsaciones se tomará como la cifra de presión diastólica (mínima), en la columna de mercurio.
- l. Una vez tomada ambas lecturas se dejará todo el aire y se quitará el brazalete.
- m. Dejar cómodo al paciente.
- n. Registra en las planillas correspondientes.
- o. Acondicionar el equipo para usarlo nuevamente.

Generalidades:

- Valores de la tensión arterial se miden en milímetro de mercurio.

- Utilizando manguitos de un ancho inadecuado se miden valores falsos.
- Toda medición de la tensión arterial deberá llevarse a cabo en más de una vez para autocontrol.
- La medición de la tensión arterial en una persona excitada o temerosa, nos da valores falsos.

PULSO

Concepto: Cada vez que el corazón late impulsa sangre a la aorta y a las arterias del cuerpo, lo cual hace que las paredes de estos vasos se expandan o extiendan, y así surge una onda por dichas estructuras que puede palparse como un “golpecito”, rítmico en diversas zonas del cuerpo, esta sensación recibe el nombre de pulso.

Características del pulso :

- **Frecuencia:** es el número de pulsaciones que se perciben por minuto.
- **Amplitud:** se refiere al volumen de sangre que llevan las arterias (pulso amplio o lleno)
- **Regular:** es regular o rítmico, si cada onda está separada de la que le precede y de la que le sigue por un mismo espacio de tiempo. Si son desiguales se dice que es un pulso irregular o intermitente.
- **Igualdad:** cuando todas las ondas tienen la misma amplitud.
- **Tensión o dureza:** es la presión que debe efectuar la mano del operador para anular la sensación de choque o levantamiento de la arteria. Puede ser duro y se presenta en la esclerosis de la pared arterial o en la hipertensión. Su disminución se denomina pulso blando y se presenta en la hipotensión.

Valores Normales Aproximados:

- **Feto:** 140 a 160 por minuto.
- **Recién nacido:** 120 a 140 por minuto.
- **Niño:** 90 a 100 por minuto.
- **Adulto:** 72 a 80 por minuto
- **Adulto mayor:** 60 a 70 por minuto.

Sitios de Control de Pulso:

- Radial:** en la cara palmar de la muñeca (referencia dedo pulgar).
- Temporal:** inmediatamente arriba y por fuera del ángulo externo del ojo.
- Pedio:** en el dorso del pie.
- Carotídeo:** a lo largo del borde interno del músculo esternocleidomastoideo.
- Femoral:** en la ingle, entre la espina iliaca anterosuperior y la sínfisis del pubis, abajo del ligamento inguinal.
- Humeral:** por encima del pliegue del codo, cara interna del brazo.
- Apical o Central:** a nivel del cuarto espacio intercostal izquierdo (referencia, la tetilla).
- Braquial:** en el pliegue del codo, cara interna.
- Inguinal o crural:** en la ingle tercio medio.
- Popliteo:** detrás de la rodilla, en el hueco popliteo.
- Subclavia:** en el tercio medio de la clavícula.

RESPIRACIÓN

Concepto: es el acto de inspirar y espirar aire a los pulmones para introducir oxígeno y proporcionarlos a las células del organismo y eliminarlos como anhídrido carbónico, agua y otros productos de oxidación a través de los mismos, producto de la combustión celular.

Es el intercambio de gases entre el organismo y el medio ambiente que nos rodea.

Técnica:

- a) El mismo debe estar sentado o acostado, tranquilo o sin excitación.
- b) Observar en el reloj, la menecilla del segundero.
- c) Colocar la mano sobre el torax u observar el movimiento de inspiración y espiración.
- d) Controlar el minuto completo.
- e) Dejar al paciente cómodo
- f) Registrar en la planilla correspondiente.

Valores Normales Aproximados:

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| - Prematuro: 30/60 x minuto. | - 12-24 meses: 20/30 x minuto. |
| - RN: 30/40-50 x minuto. | - 2-6 años: 20/25 x minuto. |
| - 3-6 meses: 30/40 x minuto. | - 6-12: 16/20 16/20 x minuto. |
| - 6-12 meses: 24/30 x minuto. | - Más de 12 años: 14/18 x minuto. |

TEMPERATURA

Concepto: la temperatura es la resultante de un equilibrio entre la producción de calor (por oxidación de los alimentos) y el calor perdido por la transpiración; conducción, excreción, respiración).

Tener en cuenta: La temperatura es uno de los signos vitales más importantes, ya que aporta datos para el diagnóstico y orienta el tratamiento médico por lo tanto se requiere veracidad y exactitud en su registro y control. Se debe tomar la temperatura cada vez que el niño concurra al control y además, las veces que sea necesario.

Equipo: Termómetro (en lo posible digital). Torundas de algodón. Agua y jabón.

Técnica:

1. Lavado de manos según técnica.
2. Llevar el equipo al lado del paciente, quien puede estar acostado o sentado.
3. Informar lo que se le a realizar.
4. Extraer el termómetro del porta.
5. Leer el termómetro, sosteniéndolo horizontalmente a nivel de los ojos, hacerlo girar suavemente entre los dedos índice y pulgar, hasta que la columna de mercurio pueda verse con claridad.
6. Comprobar que la columna mercurial se encuentre en la marca más baja, o sea, 35°C y si no lo estuviera bajarla.
7. Secar la axila con la torunda de algodón o con la ropa del paciente sin friccionar.
8. Colocar el termómetro de manera que el bulbo de mercurio quede en contacto con la piel del hueco axilar.
9. Pegar el brazo al torax y poner el antebrazo sobre el pecho.
10. Dejar el termómetro durante 3 minutos
11. Retirar el termómetro, proceder a la lectura del mismo.
12. Dejar cómodo al paciente.
13. En el caso de disponer de termómetro digital se deberá limpiar con torunda con aticéptico desde la parte distal hacia la proximal (bulbo), tratando de no humedecer el visor. Colocar en el portatermómetro.
Si cuenta con termómetro de mercurio lavar con agua y jabón, secarlo y guardarlo en el portatermómetro.
14. Registrar la temperatura obtenida con exatitud en grados y décimas de grados.
15. Ordenar el equipo.

VACUNAS

NORMA 2-2: el personal de enfermería deberá realizar las actividades de vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACION

Edad	BCG (1)	Hepatitis B HB (2)	Neumococo conjugado (3)	Penta valiente DPT+HB+Hib (4)	Cuádruple DPT+Hib (5)	Sabin OPV (6)	Triple Viral SRP (7)	Gripe	Hepatitis A HA (8)	Triple Bacteriana Celular DPT (9)	Triple Bacteriana Acelular dTAp (10)	Doble Bacteriana dT (11)	VPH (12)	Doble Viral SR (13)	Fiebre Amarilla FA (14)	Fiebre Hemorrágica Argentina FHA (15)
Recién Nacido	Única dosis (A)	1 ^{ra} dosis (B)														
2 meses			1 ^{ra} dosis	1 ^{ra} dosis		1 ^{ra} dosis										
4 meses			2 ^{da} dosis	2 ^{da} dosis		2 ^{da} dosis										
6 meses				3 ^{ra} dosis		3 ^{ra} dosis										
12 meses			Refuerzo				1 ^{ra} dosis	Dosis Anual (E)	Única dosis						1 ^{ra} dosis	
18 meses					1 ^{ra} Refuerzo	4 ^{ta} dosis										
5-6 años (Ingreso escolar)						Refuerzo	2 ^{da} dosis			2 ^{da} Refuerzo						
11 años		Iniciar o completar esquema (C)					Iniciar o completar esquema (D)			Refuerzo	Refuerzo		3 dosis Mujeres (J)			
A partir de los 15 años												Refuerzo (I)				Única dosis
16 años												Refuerzo			Refuerzo	
Cada 10 años												Refuerzo (K)				
Mayores de 65 años								Dosis Anual								
Embarazadas								Dosis Anual (F)						Única dosis (D)		
Puerperio								Dosis Anual (G)								
Personal de salud		3 dosis						Dosis Anual		1 dosis (H)						

(A) Antes de egresar de la maternidad. - (B) en las primeras 12 hs. de vida. - (C) Si no hubiera recibido el esquema completo deberá completarlo en caso de tener que iniciarlo: aplicar 1^{ra} dosis al mes de la primera y 3^{ra} dosis a los 3 meses de la primera. - (D) Si no hubiera recibido 2 dosis de Triple Viral más una dosis de Doble Viral. - (E) Deberán recibir en la primovacunación 2 dosis de vacuna separados al menos por 4 semanas. - (F) En cualquier trimestre de la gestación. - (G) Madres de niños menores a 6 meses que no se vacunaron durante el embarazo. - (H) Personal de salud que atienda a niños menores a 1 año. - (I) Los que comenzaron el plan dTpa les corresponderá este refuerzo a los 21 años. - (J) Aplicar 1^{ra} dosis, 2^{da} dosis al mes de la primera y 3^{ra} dosis a los 6 meses de la primera. - (K) Iniciar o completar el esquema. - (L) BCG: Tuberculosis (formas invasivas). - (M) HB: Hepatitis B. - (N) Hib: (Prevalente) difteria, tétanos, tos convulsa. Hep B: Haemophilus influenza b. - (O) DTP - Hib: (Cuádruple) difteria, tétanos, tos convulsa, Haemophilus influenza b. - (P) OPV: (Sabin) poliomeilitis oral. - (Q) SRP: (triple viral) sarampión, rubéola, paperas. - (R) DTP: (Triple bacteriana celular) difteria, tétanos, tos convulsa. - (S) dTpa: (Triple bacteriana acelular) difteria, tétanos, tos convulsa. - (T) dT: (Doble bacteriana) difteria, tétanos. - (U) VPH: Virus papiloma humano. - (V) SR: (Doble viral) sarampión, rubéola. - (W) FA: (Fiebre amarilla) residentes o viajeros a zonas de riesgo. - (X) FHA: (Fiebre hemorrágica argentina) residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zonas de riesgo.

CADENA DE FRÍO

a) EQUIPO PARA EL ALMACENAMIENTO DE VACUNAS

Es importante recordar que la heladera es de uso exclusivo de vacunas y no deben guardarse ni medicamentos ni reactivos, por la posibilidad de que ocurriera algún error programático al confundir los insumos, y tampoco ningún tipo de alimento, no sólo por no tratarse de productos biológicos, sino porque la repetida apertura de la puertas altera la conservación de la temperatura.

Las siguientes recomendaciones deben aplicarse para el manejo y mantenimiento de las refrigeradoras a fin de asegurar la calidad de los inmunobiológicos.

Ubicación de la heladera:

- Instalar la heladera a la sombra y lejos de toda fuente de calor, a unos 15 cm como mínimo de la pared y del techo, en posición perfectamente nivelada.
- Cuando la heladera se detenga, comprobar que esté bien conectada a la red eléctrica. Compruebe si está bien enchufada. La temperatura se puede regular haciendo girar el botón de control (termostato). En general tienen marcas con numeración, cabe destacar que estos números NO corresponden a grados de temperatura. Recuerde que el número menor significa menos frío y el número mayor significa más frío. Las temperaturas deben mantenerse entre +2° y +8° C, que se registrará en planillas de control diario.
- En el espacio libre del refrigerador, se deben colocar determinado número de paquetes fríos que puedan congelarse en un periodo de 24 horas, teniendo cuidado que la temperatura interna del gabinete de conservación no exceda de 8°C.
- En los estantes inferiores del gabinete de conservación de la heladera, se deben ubicar las botellas plásticas llenas de agua, cerradas (dentro de la bandeja legumbrera). Estas botellas deben guardar entre sí una distancia de 2,5 cm. Para el caso de no contar con legumbrera, guardar similar distancia de las paredes de la refrigeradora, para que el aire que se encuentra dentro, circule con facilidad.
- Las bandejas pueden ser de cualquier tipo, siempre y cuando se adapten perfectamente a los espacios internos del gabinete; puede ser lo suficientemente hondas, de tal modo que cubran el biológico debido a que el aire frío baja; para captar el mismo las bandejas no deben tener perforaciones.
- Los frascos de vacuna se deben acomodar en bandejas, las que se colocan en los estantes centrales de la heladera. No almacenar vacunas en los estantes inferiores ni en la puerta. Mantenga la puerta siempre bien cerrada.
- Las vacunas susceptibles al congelamiento deben ser almacenadas en el segundo estante del refrigerador.
- No amontonar vacunas. Deje espacios para que circule el aire frío entre estas.
- Semanalmente, verifique la formación de hielo en el congelador. Si el grosor de la capa de hielo es superior a 1 cm, es necesario descongelar la refrigeradora.
- Si debe apagar la heladera, guarde las vacunas temporalmente en un termo o caja fría.
- Se debe programar la limpieza de la heladera, la que estará a cargo del personal de servicios generales bajo la orientación de la enfermera, como parte del mantenimiento preventivo periódico. La limpieza de la heladera debe quedar registrado por el personal de enfermería en la planilla de Control diario de temperatura.

Desinfección de la heladera:

Este procedimiento se realizará luego de cada descongelamiento, ante eventuales cortes de suministro eléctrico o derrame de biológicos.

Se debe realizar SIEMPRE con el equipo desenchufado

Materiales necesarios: trapos limpios y secos, un balde de plástico, un par de guantes de tipo domiciliario, detergente neutro y desinfectante (como hipoclorito de sodio diluido entre 150 a 200 cc de lavandina común en 10 litros de agua).

Procedimiento:

1. Llenar el balde con agua potable y agregar el detergente.
2. Colocarse los guantes y limpiar el interior de la heladera de arriba hacia abajo, enjuagar periódicamente el trapo en agua limpia.
3. Limpiar el exterior de la heladera, también de arriba hacia abajo y enjuagar.
4. Descartar el contenido del primer balde y enjuagar hasta retirar todo el detergente.
5. Preparar el balde con agua potable y el desinfectante, aplicarlo en el interior de la heladera de arriba hacia abajo. Dejar actuar 10 minutos, para dar tiempo de actuar al desinfectante y posteriormente retirar con agua limpia para evitar la acción corrosiva.
6. Desinfectar la parte exterior de la heladera, de arriba hacia abajo.
7. Con otro paño limpiar la parte posterior de la heladera. Tome precauciones dado que a veces está a alta temperaturas.
8. Dejar secar y reconectar la heladera.
9. Se tendrá cuidado que el burlete, los cajones y accesorios plásticos reciban el mismo procedimiento.

b- MANIPULACIÓN DE VACUNAS

Temperaturas de conservación

Todas las vacunas deben conservarse a entre 2 y 8 °C en todos los niveles.

Mantenidas siempre a las temperaturas adecuadas, las vacunas pueden utilizarse hasta el mismo día o último día del mes de vencimiento, indicada por el laboratorio productor.

Vacunas que no deben congelarse

Hay vacunas que no pueden congelarse. Lo importante es que el personal de enfermería, conozca las condiciones de conservación que demandan los productos biológicos, cumplir y respetar las recomendaciones del laboratorio productor de las vacunas.

Todas las vacunas (liquidas) adsorbidas en hidróxido de aluminio, o fosfato de aluminio, independientemente del tipo de vacunas que se trate (viral, bacteriana o toxides), no deben exponerse a bajas temperaturas y mucho menos congelarse. A éste grupo corresponden por ejemplo las vacunas DPT, TT, dT, Hepatitis B, y Hib. VPH, antineumococcica, Antigripal. Estas vacunas deben almacenarse y conservarse, en todo momento, a temperaturas de refrigeración (2 a 8 °C). La exposición a bajas temperaturas de estas vacunas pueden degradarlas.

Los paquetes fríos a ser utilizados en los termos o conservadoras, pueden ser aquellos que contienen agua o soluciones eutécticas.

Las normas de Cadena de frío, demandan que todo paquete frío, al ser retirado de un congelador, debe estar a temperatura adecuada antes de introducirlos en los termos. Cuando el paquete frío presenta signos de descongelación, y no hay presencia de escarcha en su superficie, estará a la temperatura de 0° C siempre y cuando el contenido del paquete frío sea de agua.

Si contiene agua: esto demandará unos pocos minutos dependiendo de la temperatura ambiente. A éstos no se les debe adicionar ninguna sustancia que pueda bajar la temperatura de congelación (sal, alcohol). Si contienen soluciones eutécticas, ésta actividad puede demandar un tiempo mayor (15-40 minutos); hasta dos horas, dependiendo del tipo de sustancia en su interior y de la temperatura del medio ambiente. Estas soluciones pueden estar a temperaturas bajo cero y estar en estado líquido en su interior.

Manejo y transporte de vacuna

El transporte general entre los diferentes niveles de Cadena de frío, así como el traslado de las vacunas, a los puntos de vacunación en terreno, deben hacerse en los termos o conservadoras con su correspondiente dotación de paquetes fríos y a la temperatura adecuada para mantener debidamente las vacunas.

Preparación de las vacunas para su transporte.

Al preparar los implementos térmicos para transportar las vacunas, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Estimar el tiempo que durara el transporte, así como las condiciones ambientales y logísticas del recorrido.
- Elegir los implementos térmicos adecuados.
- Tener en cuenta el tipo de vacuna a transportar y la temperatura requerida en cada caso.
- Preparar los paquetes fríos a ser utilizados en los termos, considerando que hay vacunas que no deben exponerse a bajas temperaturas y otras sí.
- Cuando se utiliza soluciones eutécticas, si lo permite el tamaño del termo pueden cubrir las cuatro paredes o dos (enfrentados), rodeando las vacunas (para no dejar pasar el calor del exterior). Recordar que previamente al traslado de las vacunas a la conservadora se debe controlar la temperatura interna del termo (2 a 8 °C).
- Una vez preparados los recipientes térmicos deben mantenerse debidamente cerrados, colocados a la sombra y alejados de toda fuente de calor.
- Durante el transporte, los recipientes térmicos deben mantenerse a la sombra, no deben exponerse a los rayos directos del sol, y de ser posible, llevar las ventanillas del vehículo Abiertas para mantenerse fresco el ambiente

c) PLAN DE CONTINGENCIA

Se denomina plan de contingencia, a aquellos pasos que debemos tener planificados por escrito para actuar ante cualquier incidencia que rompa la continuidad del frío. Este plan debe ser consensuado con todo el equipo de salud. Se detallan allí el procedimiento, los insumos, el responsable operativo, los algoritmos de comunicación, la forma de disposición de los insumos o su derivación a otro sitio en caso de necesidad. El mismo debe permanecer a la vista ya sea pegado en la puerta de la heladera o una de sus paredes laterales

d) DESECHO DE VACUNAS

Toda vacuna desechada cualquiera sea su causa (resto de vacuna luego de un jornada de trabajo, vencimiento, exceso en el tiempo de apertura, pérdida de cadena de frío, etc), se apartaran para su disposición final. El encargado de farmacia de cada efector, dispondrá todas las vacunas desechadas en bolsa roja precintada para su tratamiento final; debiendo actuar según Normas de decomiso de Medicamentos “Vencidos incinerables” especificadas en la Circular N°14-2011-DGRS. En ésta se detalla entre otros puntos que, “TODO MEDICAMENTO O PRODUCTO FARMACEUTICO (VACUNA) que en su composición NO POSEA ALGUNOS DE LOS COMPUESTOS QUIMICOS INCLUIDOS EN LA LISTA Y3, SERÁ INCINERABLE.”

3) VACUNACION SEGURA

Dentro de los eventos adversos graves que se pueden producir posteriores a la aplicación de una dosis de vacuna es la Anafilaxia.

La anafilaxia es un síndrome clínico que presenta las siguientes características: Aparición repentina, progresión rápida de signos y síntomas, compromiso de múltiples sistemas orgánicos (más de dos), a medida que progresa (cutáneo, respiratorio, cardiovascular y gastrointestinal).

ES UNA EMERGENCIA MÉDICA QUE REQUIERE ATENCIÓN INMEDIATA. En caso de ser personal único proceder como lo menciona el Manual de Enfermería: Educación Continua en APS (en el punto 8 de la pág. 25), que dice “Las órdenes verbales del médico se deben aceptar solamente cuando Usted es personal único, en ese momento y bajo determinadas condiciones. La orden médica, puede recibirse por Radio de la guardia de emergencia o bien por vía telefónica (107 emergencia de la provincia) con la precaución que la indicación sea repetida por el médico a un familiar u otro testigo que se encuentre en el hecho. Inmediatamente deberá registrar lo sucedido. De ésta manera se protege legalmente.”

EL DIAGNOSTICO ES FUNDAMENTALMENTE CLINICO. Debe presentar uno de los siguientes criterios

Criterio 1: Inicio súbito (minutos o pocas horas), con afectación de la piel y mucosas y al menos uno de los siguientes síntomas	A- Compromiso respiratorio (disnea, sibilancia, estridor, hipoxemia). B- Disminución de la TA sistólica o hipoperfusión (síncope, hipotonía, incontinencia)
Criterio 2: Dos o más de los siguientes síntomas que ocurren rápidamente después de la exposición.	A- Afectación de la piel y mucosas (urticaria, enrojecimiento, prurito, angiodema) B- Compromiso respiratorio C- Disminución de la TA sistólica o síntomas asociados a hipoperfusión. D- Síntomas gastrointestinales persistentes (dolor abdominal, vómitos)
Criterio 3: Disminución de la Tensión arterial tras la exposición	A- Lactantes de 1 mes a 12 meses: tensión arterial > a 70mmHg B- Niños de 1 año a 10 años: tensión arterial < (70 mmHg + edad en años x 2) C- Niños > 11 años: tensión arterial sistólica < 90 mmHg o descenso 30 % de su tensión basal

TRATAMIENTO DEL SHOCK ANAFILACTIC

1. Colocar al paciente en posición en decúbito supino o con los pies elevados.
2. ADRENALINA: Es el pilar del tratamiento, se debe administrar de inmediato. El retraso de su administración empeora el pronóstico. No existe contraindicación absoluta en pacientes con anafilaxia grave. Vía de administración: Intramuscular/ Subcutánea.

Dosis: 0.01mg/kg (0.01ml/kg de la concentración 1:1000, hasta un máximo de 0.5 ml IM). Puede repetirse cada 10 minutos. Por ejemplo, si el paciente pesa 20 Kg, se aplicarían 0,2ml que corresponde a dos

decimas de una jeringa de 1 ml. (Ver figura) “Tener en cuenta la concentración que indica el laboratorio productor”.



Prevención:

- Interrogar sobre posibles antecedentes de alergias antes de aplicar la vacuna, recordar que las alergias leves no son contraindicaciones para la vacunación.
- Mantener en control a cada paciente 20-30 minutos luego de la administración de la vacuna.
- Todos los Vacunatorios deben tener disponible el Kit de anafilaxia.
- Es recomendable que los pacientes con antecedentes de reacciones graves reciban las dosis posteriores de vacuna en un centro hospitalario, con supervisión del paciente y pre medicación.

MONITOREO DE VACUNAS

El monitoreo de las coberturas de vacunación, es el más importante para evaluar la marcha del Programa Regular de Inmunizaciones.

La cobertura de vacunas debe ser calculada por grupos de edad y área geográfica, lo que permite dirigir las acciones de vacunación para los grupos menos protegidos y las áreas de más alto riesgo.

« La cobertura de vacunación es el porcentaje de la población objeto que ha sido vacunada».

$$C.V = \frac{N^{\circ} \text{ de población objeto vacunada con esquema completo}}{N^{\circ} \text{ total de la población objeto}} \times 100$$

Cada Servicio de Salud deberá realizar esta actividad para cada una de las vacunas usando 5 gráficas separadas.

Pasos para utilizar el gráfico de monitoreo de coberturas

Determine el número de niños menores de un año. <i>2.400, por ejemplo.</i> Divida el total de niños a vacunar por 12, para saber la población a cubrir por mes, $2.400 / 12 = 200$. Coloque el número de niños a vacunar por mes en las casillas verticales. Al final de cada mes, coloque el número de niños menores de un año que se han vacunado en el mes, en la fila A y el acumulado de niños durante el año, correspondiente al mes que terminó, en la fila B.	Cada mes, actualice el gráfico colocando un punto en la coordenada correspondiente al mes, según los datos acumulados (fila B). Al conectar los puntos se obtiene una curva de producción. Si ésta es igual o superior a la diagonal del 100%, será el dato ideal. Si es inferior a la diagonal, es decir menor al 100%, se deben tomar los correctivos necesarios. En el ejemplo se llegará a una cobertura de aproximadamente 60% que obviamente es insuficiente. No olvide llenar los datos sobre los municipios, el Organismo de Salud, tipo de biológico en la gráfica.
--	---

Ejemplo:

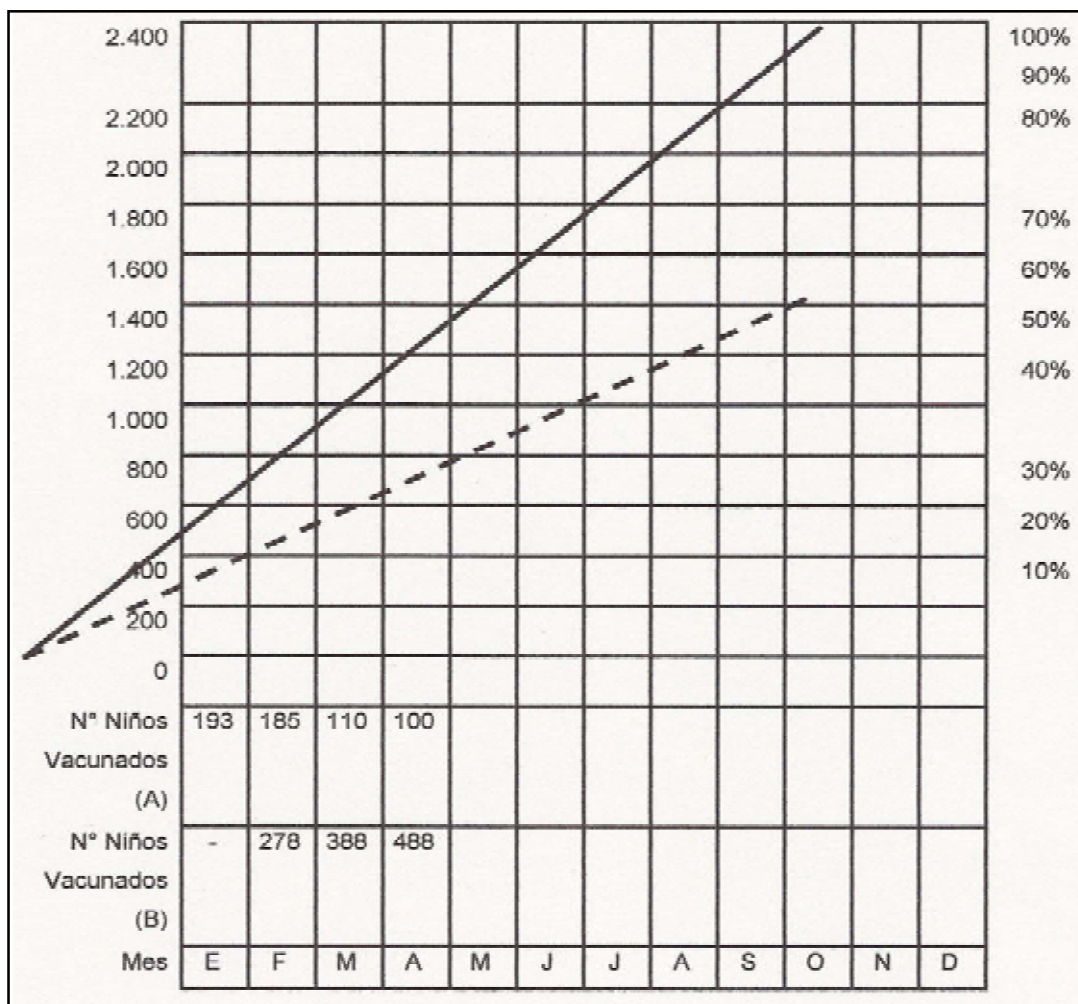
Enero	193	Acumulado	193
Febrero	185	Acumulado	278
Marzo	110	Acumulado	388
Abril	100	Acumulado	488

Gráfica para el monitoreo de coberturas en niños menores de 1 año.

Municipio: Servicios de Salud

Año: Total de Niños Menores de 1 año: 2.400

Vacuna: Antipolio



CRECIMIENTO

NORMA 2-3: el personal de enfermería deberá realizar las actividades de control de crecimiento según Programa de Atención Materno Infantil.

Definiciones Operativas:

Crecimiento: es el aumento en el número de células y del tamaño de las mismas. Por lo general se mide fácilmente a partir de la longitud corporal o de la talla y el peso.

La comparación con la norma establecida (gráficos de peso para edad o de peso para talla) permite determinar si el crecimiento de un niño se encuentra dentro de lo esperado.

Desarrollo: es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones (OPS/Paltex 33). Se mide cualitativamente, mediante la observación de la presencia o ausencia de determinadas conductas y capacidades en las distintas edades. Ej: la marcha, lenguaje, sonrisa social, la coordinación óculo manual, etc.

La supervisión del crecimiento físico constituye uno de los componentes importantes de las acciones que se llevan a cabo en cumplimiento de los programas de atención materno-infantil; provee un eje de fácil comprensión para desarrollar acciones de educación y de participación comunitaria; se puede enseñar y aprender. Constituye, en suma una verdadera «palanca para la acción» en el campo de la salud infantil.

Técnica y Procedimiento para el control del Peso y la Talla

Para determinar el peso para la edad:

a) Calcular la edad del niño en meses.

b) Pesar al niño:

- Usar balanza que pese con precisión. Para lactante hasta 16 kg. o pediátrica según el caso.
- Para pesar recién nacidos deberá contar con divisiones para lectura cada 10 gramos o menos; en niños mayores las lecturas serán cada 100 gr. o menos.
- Controlar que se encuentre en una superficie plana, que el plato esté adecuadamente colocado en la balanza para lactantes.
- El niño debe estar sin ropas, o en su defecto con ropa liviana, sin pañales, sin abrigo, suéter ni zapatos. Se deberá descontar luego el peso de la prenda usada.
- El niño debe estar colocado en el centro de la plataforma de apoyo de la balanza, efectuar la lectura con el riel en el centro de su recorrido hasta 50 a 100 gr. completos (según se trate de balanzas para lactantes o niños mayores). La balanza debe ser controlada y calibrada una vez cada 6 meses.
- Sus pies y manos no deben tocar la superficie de apoyo de la balanza ni la pared o el piso, (si se trata de un lactante hasta el año de vida).
- En la balanza de pie, el niño debe estar erguido, mirando al frente y sin moverse.
- La madre debe colaborar en el procedimiento y estar junto al niño, hablándole para que esté tranquilo.
- Efectuar la lectura en kilos y en gramos.
- Registrar.

Para determinar longitud corporal en decubito supino (Niño acostado):

Debe medirse hasta el año. De esta edad en adelante se medirá en posición de pie.

Instrumento: cualquiera sea el instrumento usado, debe reunir las siguientes condiciones:

- 1) Una superficie horizontal dura.
- 2) Una regla con cinta métrica inextensible graduada en milímetros a lo largo de la mesa o superficie horizontal. A los fines prácticos es mejor que la cinta metálica graduada esté fija a la mesa.
- 3) Una superficie vertical fija en un extremo de la mesa y de la cinta graduada, en ángulo recto con la horizontal.
- 4) Una superficie vertical móvil que se desplace horizontalmente manteniendo un ángulo recto con la superficie horizontal y sin “juego” en sentido lateral.

Técnica para la Talla:

Es necesario que la medición se efectúe con un ayudante, que puede ser la Madre del niño.

Se coloca al niño en decúbito supino sobre la superficie horizontal plana. El ayudante mantiene la cabeza en contacto con el extremo cefálico de dicha superficie, contra el plano vertical fijo. El observador que mida al niño estira las piernas de éste y mantiene los pies en ángulo recto, deslizando la superficie vertical móvil hasta que éste firmemente en contacto con los talones del niño, efectuándose entonces la lectura. En los recién nacidos, se debe hacer contactar la pieza móvil con el talón izquierdo solamente, porque es muy difícil estirar ambas piernas en forma suave.

Para determinar longitud corporal debe medirse hasta los dos años. De esta edad en adelante se medirá en posición de pie.

Estatura - Instrumento: Cualquiera sea el instrumento que se use, deberá contar con la siguientes características :

- 1) Una superficie vertical rígida (puede ser una pared construida a plomada) .
- 2) Un piso en ángulo recto con esa superficie, en el cual el niño pueda pararse y estar en contacto con la superficie vertical. Puede ser el piso de material de una vivienda o escuela.
- 3) Una superficie horizontal móvil que se desplace en sentido vertical manteniendo el ángulo recto con la superficie vertical .
- 4) Una escala de medición graduada en centímetros o milímetros, inextensible.

Muchos instrumentos usados comúnmente para medir estatura consisten en barras verticales no rígidas, a las cuales se ajustan otra barra horizontal angosta que se pone en contacto con la cabeza del sujeto, pero no necesariamente con la parte más alta del cráneo como ocurriría si se usara una superficie plana. Frecuentemente estas barras tienen tanto juego en su extremo distal que pueden ser movidas un centímetro o más sin afectar la lectura sobre la escala vertical. Este tipo de instrumento no es útil para este fin.

Hay, básicamente dos maneras de lograr el movimiento vertical en escuadra de una superficie horizontal móvil: 1) con la mano, 2) con una guía.

En este último caso la superficie pueden requerir que se las desplace con la mano, venciendo cierta resistencia, o puede subir y bajar libremente, al punto de que si se la deja suelta cae al piso. La mejor alternativa es esta última, ya que permite que el observador queden con sus dos manos libres para sostener la cabeza del paciente.

Técnica: el sujeto se para de manera tal que sus talones, nalgas y cabeza estén en contacto con la superficie vertical. Puede ser necesario que un asistente sostenga los talones en contacto con el piso, y las piernas bien extendidas, especialmente cuando se trata de medir niños pequeños.

Los talones permanecen juntos y los hombros relajados para minimizar la lordosis. La cabeza debe sostenerse de forma que el borde inferior de la órbita esté en el mismo plano horizontal que el conducto auditivo externo (plano de Frankfurt) .

Las manos deben estar sueltas y relajadas. Se desliza entonces una superficie horizontal hacia abajo a lo largo del plano vertical y en contacto con éste, hasta que toque la cabeza del sujeto. Se le pide que haga una inspiración profunda, que relaje los hombros y se estire, haciéndose lo más alto posible. El estiramiento minimiza la variación en estatura que ocurre durante el día y que puede llegar hasta 2 cms. Se efectúa entonces la lectura hasta el último centímetro completo.

IMPLEMENTACIÓN DE LAS CURVAS DE LA OMS

Desde el Dpto. de Maternidad e Infancia se decidió los siguientes criterios para la utilización de las curvas de la OMS.

Se utilizarán las siguientes curvas según la edad:

EDAD	TABLAS
0 A 1 AÑO	PESO /EDAD OMS DE 0 A 24 MESES SEGÚN SEXO PERIMETRO CEFÁLICO DE 0 A 5 AÑOS OMS SEGÚN SEXO LONGITUD/EDAD 0 A 24M OMS SEGÚN SEXO
1 A 6 AÑOS	IMC DE 1 A 6 AÑOS SEGÚN SEXO LONGITUD/EDAD 0 A 19 AÑOS OMS SEGÚN SEXO
6 A 19 AÑOS	IMC 5 A 19 AÑOS OMS SEGÚN SEXO LONGITUD/EDAD DE 0 A 19 AÑOS OMS SEGÚN SEXO
EMBARAZADAS	IMC /SEGÚN EDAD GESTACIONAL, ARGENTINAS
NIÑOS CON SD DOWN Y PREMATUROS	Tablas Vigentes

CALCULO DE INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO DEL INDIVIDUO}}{\text{TALLA}^2}$$

Se clasificará a los niños evaluados según el percentilo en que se encuentren de la siguiente manera:

PAR LA TABLA DE IMC/ EDAD SEGÚN SEXO INFANTO JUVENIL

Por debajo del percentilo 3	BAJO PESO
Entre los percentilos 10 y 3	RIESGO NUTRICIONAL
Entre los percentilos 10 y 85	NORMAL
Entre el percentilo 85 A 97	SOBREPESO
Por encima del percentilo 97	OBESIDAD

SOBREPESO Y OBESIDAD ADULTO (A PARTIR DE LOS 19 AÑOS) IMC

ESTADO NUTRICIONAL	IMC
SOBREPESO	25 A 29.9
OBESIDAD GRADO 1	30 A 34.9
OBESIDAD GRADO 2	35 A 39.9
OBESIDAD MORBIDA	= 0 más de 40

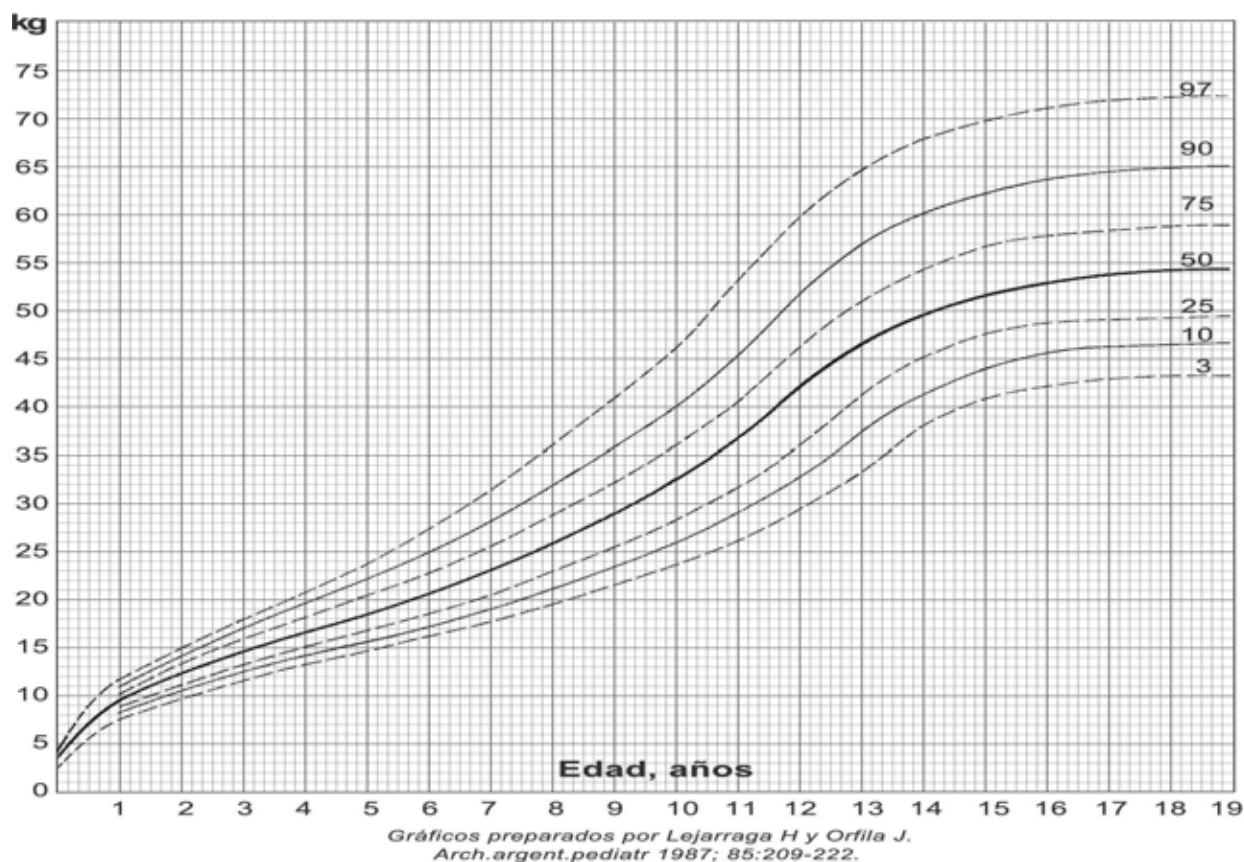
EMBARAZO: SEGÚN EDAD Y IMC DE INICIO

ESTADO NUTRICIONAL	KILOGRAMOS
SOBREPESO	Un aumento de 7 a 9 Kg.
OBESIDAD	Un aumento de 5 a 7 Kg.

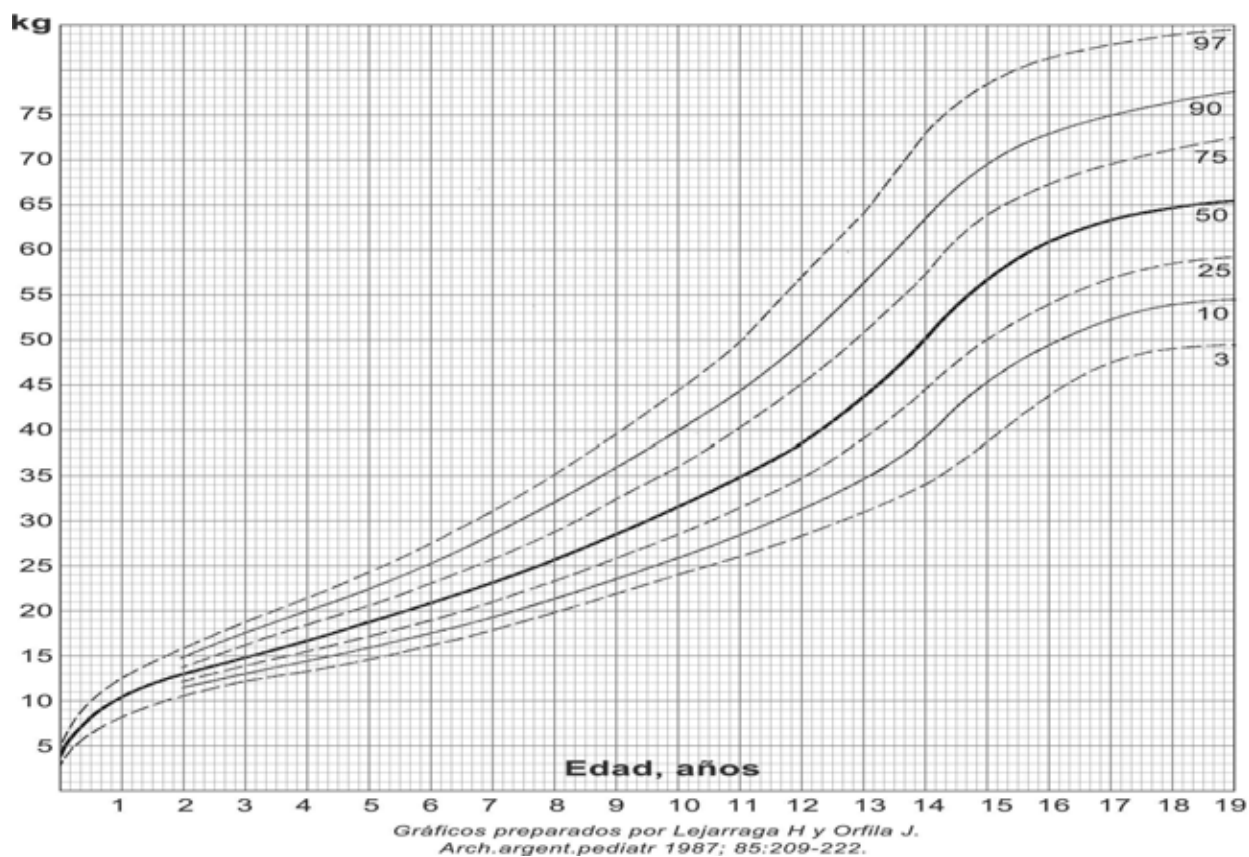
Fuente: REMEDIAR- REDES Y PRIS

Para la frecuencia de los controles médicos y de enfermería se deberán considerar aspectos tales como: edad - estado nutricional - factores de riesgo - etc.

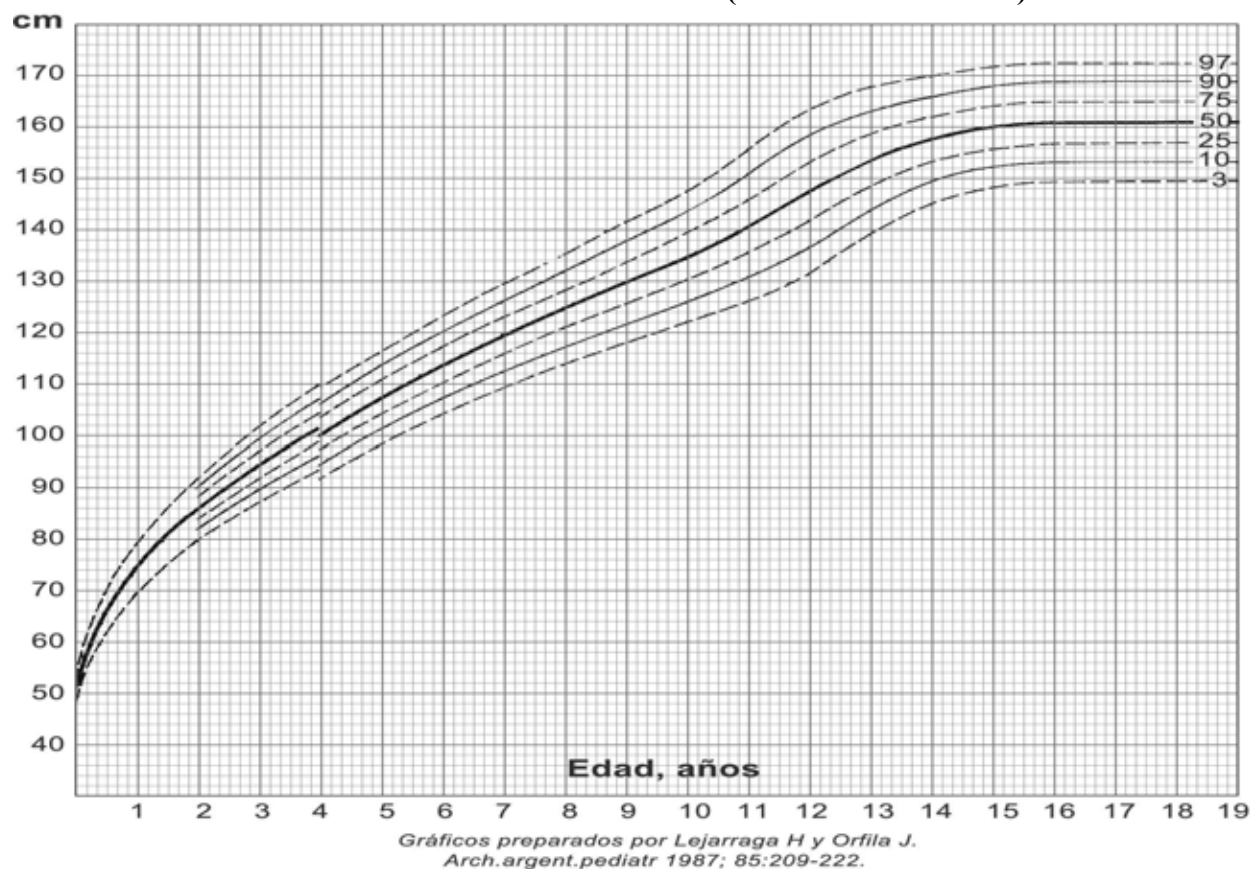
Sociedad Argetina de Peditría - GUIAS PARA LA EVALUACION DEL CRECIMIENTO 59
Grafico N° 5 - NIÑAS PESO (Nacimiento - 19 años)



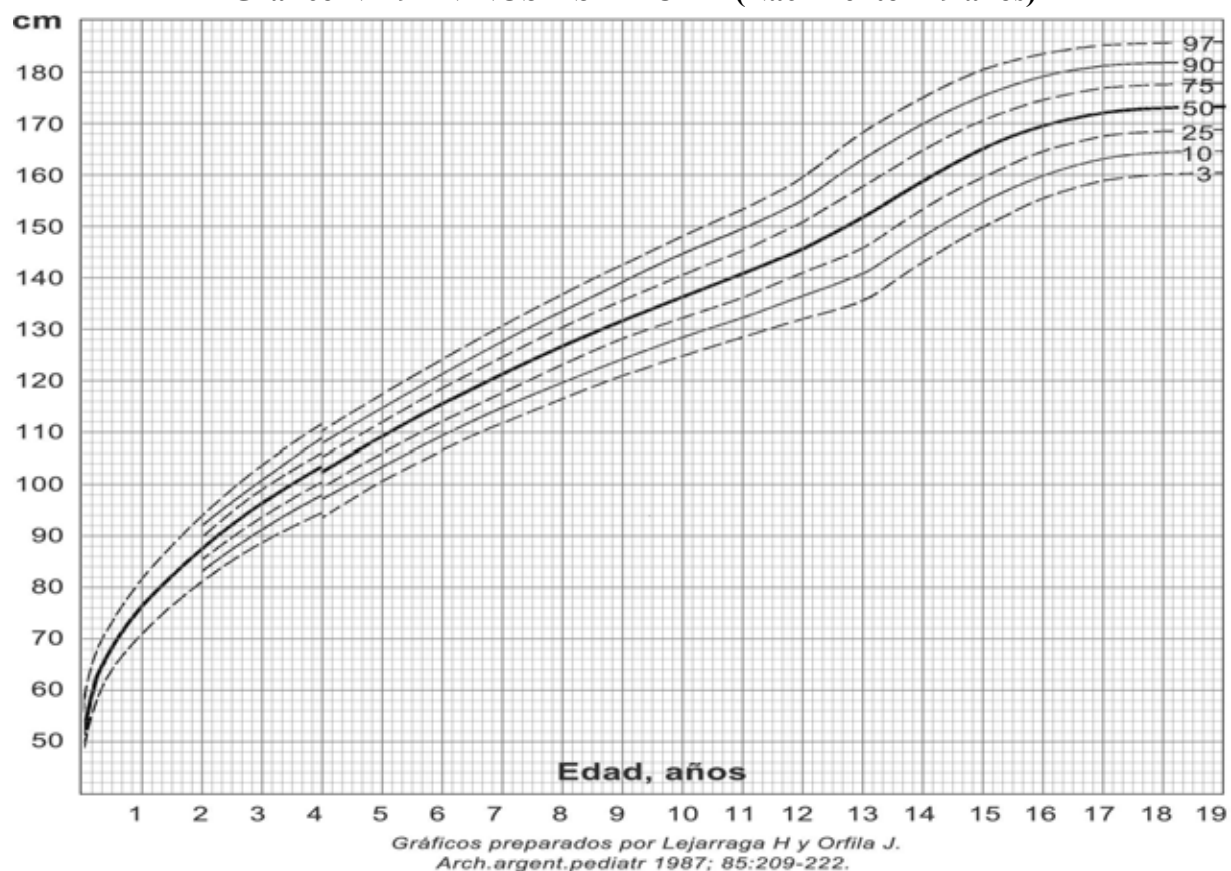
Sociedad Argetina de Peditría - GUIAS PARA LA EVALUACION DEL CRECIMIENTO 59
Grafico N° 18 - NIÑOS PESO (Nacimiento - 19 años)



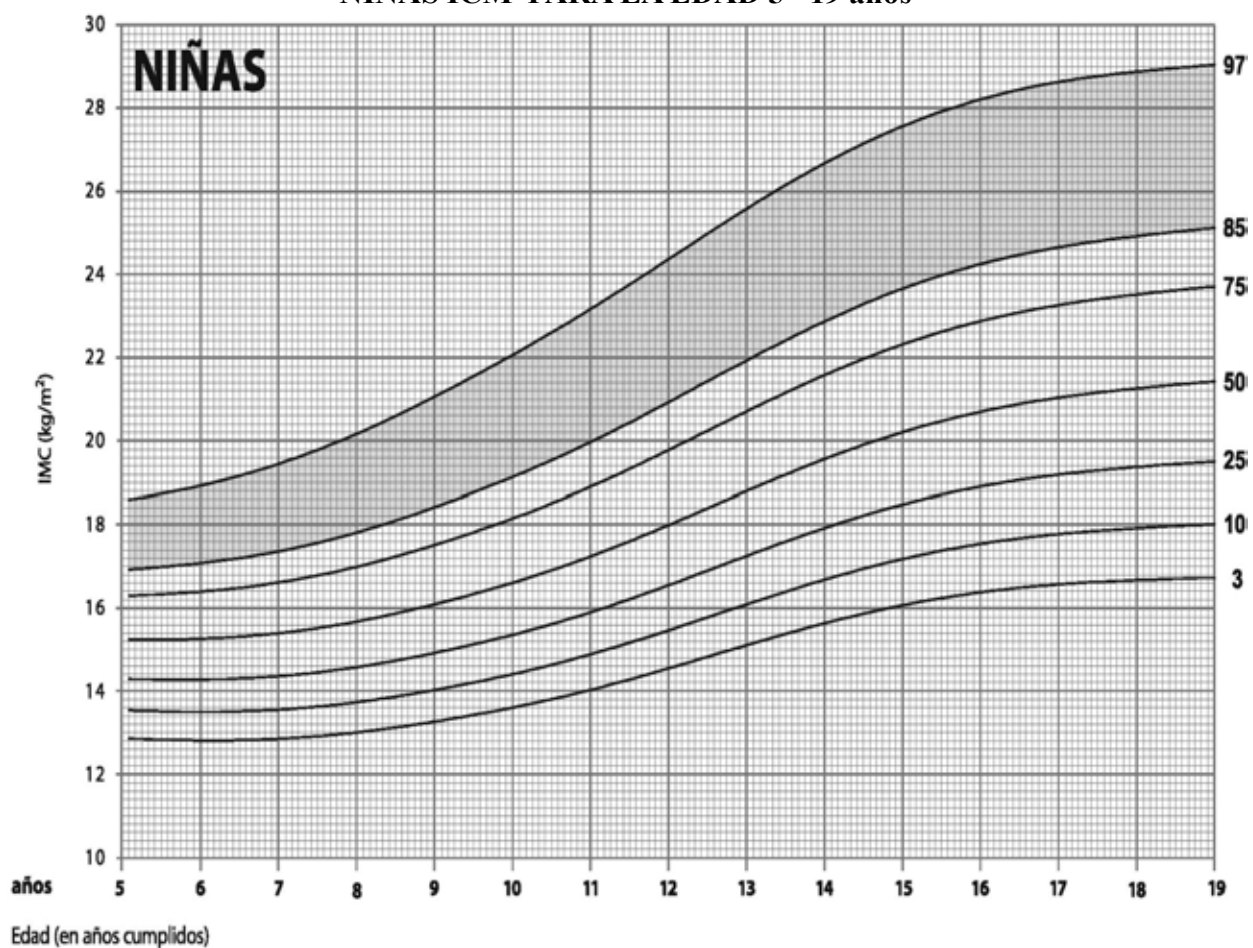
Sociedad Argetina de Peditría - GUIAS PARA LA EVALUACION DEL CRECIMIENTO 59
Grafico N° 6 - NIÑAS ESTATURA (Nacimiento - 19 años)



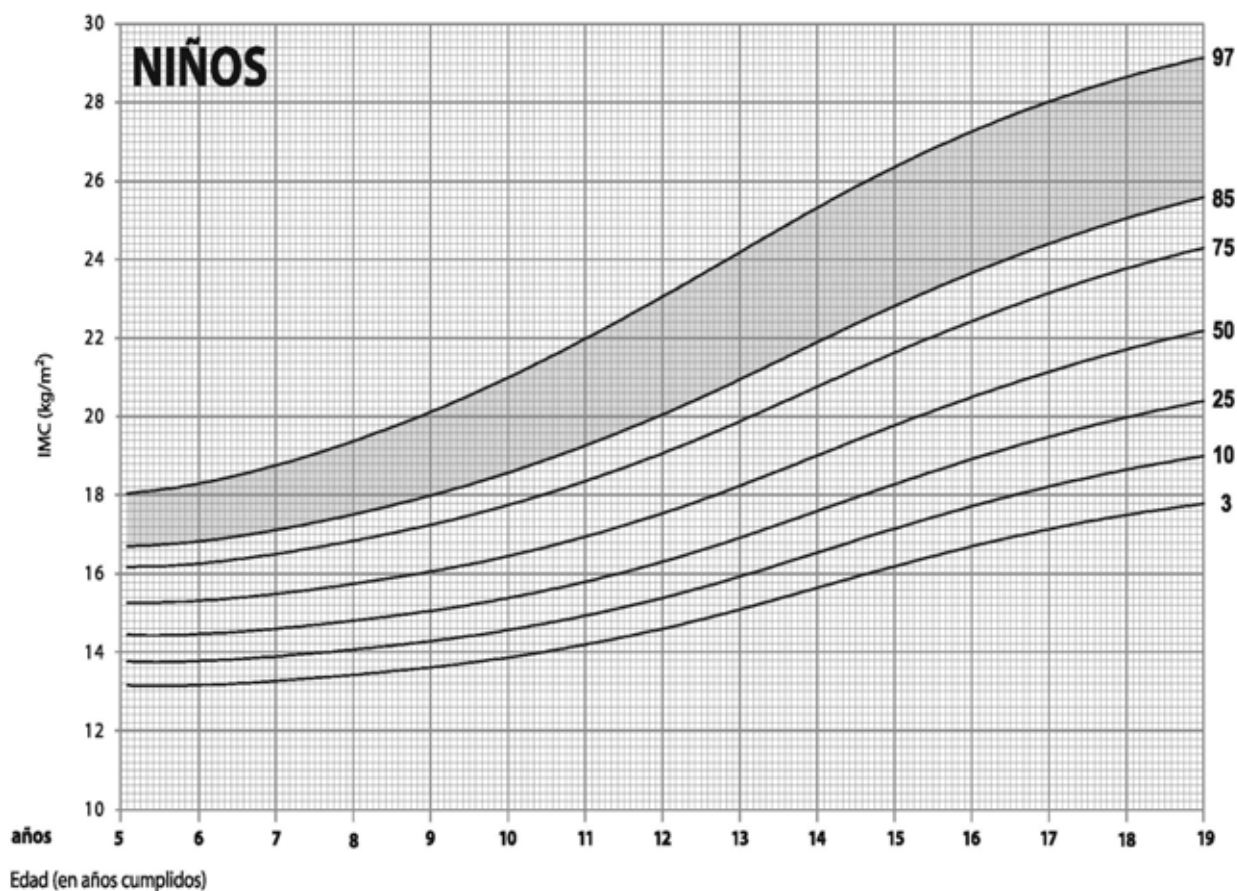
Sociedad Argetina de Peditría - GUIAS PARA LA EVALUACION DEL CRECIMIENTO 59
Grafico N° 19 - NIÑOS ESTATURA (Nacimiento - 19 años)



NIÑAS ICM PARA LA EDAD 5 - 19 años



NIÑOS ICM PARA LA EDAD 5 - 19 años



CONTROLES Y CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO

Las necesidades del niño empiezan cuando está en la panza de su mamá. Por eso es importante que la mamá se cuide y haga sus controles en el Servicio de Salud.

Buena alimentación: es conveniente comer, 4 a 5 veces por día, alimentos como hígado y todo tipo de carne que la mamá tenga a disposición; verduras, especialmente de hoja verde, y frutas de la zona. Se recomienda tomar suplemento de hierro durante el embarazo y hasta 3 meses después del parto. Las pastilla de hierro deben tomarse 1/2 hora antes o después de la comida. También es importante tomar ácido fólico para el buen desarrollo neuronal del embrión.

Otros cuidados:

- Es muy importante mantener el aseo de su cuerpo y usar ropas cómodas, que no ajusten.
- Evitar fumar, tomar bebidas alcohólicas o tomar medicamentos que el médico no haya recetado.
- El afecto y la ayuda en las tareas domésticas de los familiares son muy necesarios.
- No debe levantar pesos ni hacer trabajos pesados.

En los siguientes cuadros usted verá la frecuencia de controles en cada etapa del embarazo, los servicios que brinda el Servicio de Salud y los signos de peligro que usted y la mamá deben conocer para pedir ayuda.

Meses de embarazo	Frecuencia de control	Signos de peligro (amenazas, infecciones, trastornos gastrointestinales)	
1° mes 2° mes 3° mes	1 control mensual	· Fiebre · Sangrado por genitales externos · Ardor al orinar · Vómitos abundantes	Amenaza de aborto
4° mes 5° mes 6° mes	1 control mensual	· Edema de piernas y manos · Dolor de cabeza · Contracciones o dolores c/15' · Hemorragia o abundante flujo	Amenaza parto prematuro
7° mes 8° mes 9° mes	1 control quincenal y semanal	· Edema de cara, manos y pies · Pérdida de líquido o hemorragia · El bebé no se mueve · Contracciones o dolores c/10'	

Servicios que debe prestar el CAPS:

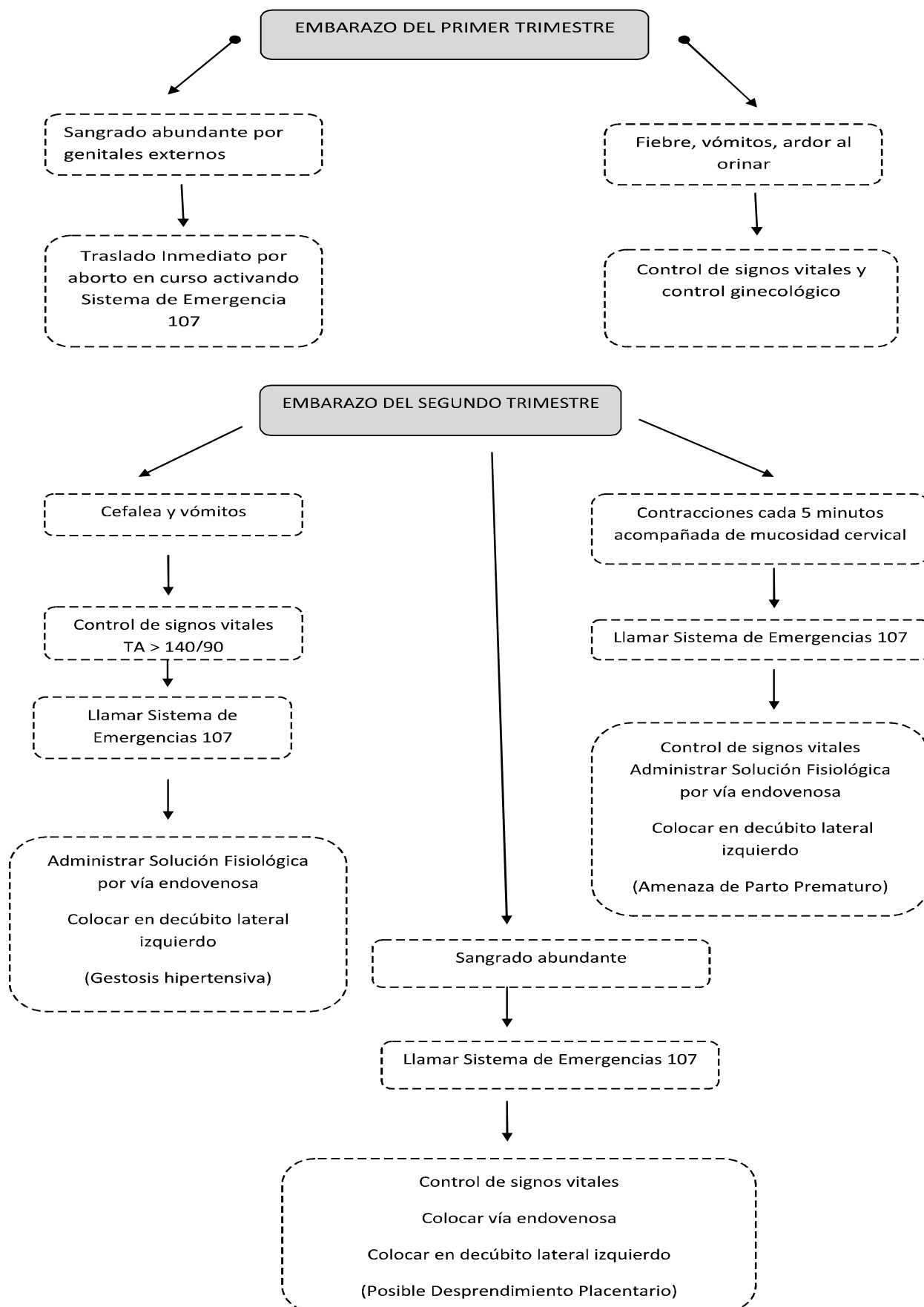
- Exámenes médico dental.
- Análisis de sangre y orina.
- Control de peso y de presión.
- Vacunas y suplemento de hierro.
- Detección de cáncer.

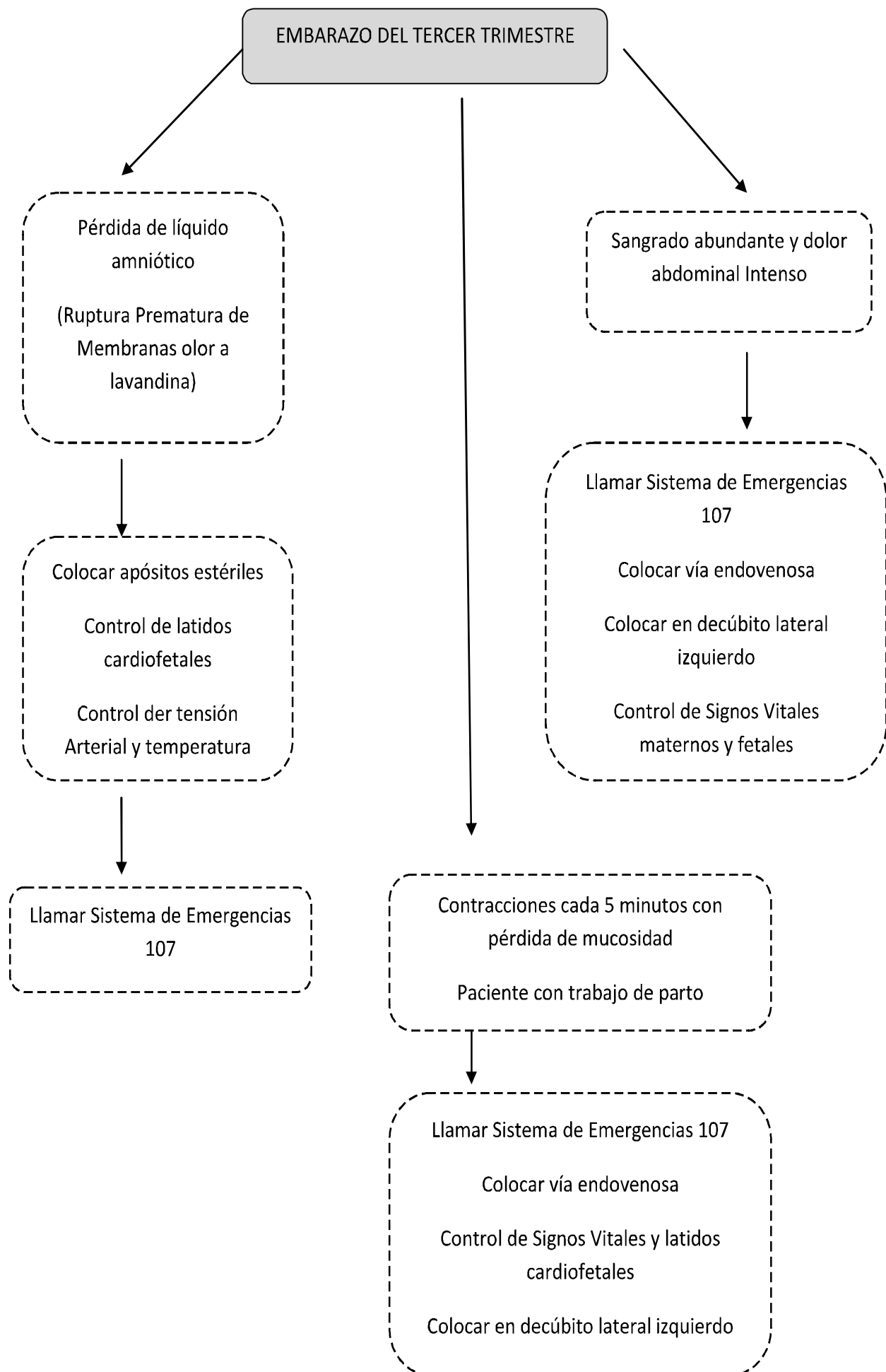
Información sobre:

- Alimentación adecuada.
- Preparación para el parto y la lactancia.
- Salud reproductiva.
- Cuidados del bebé.

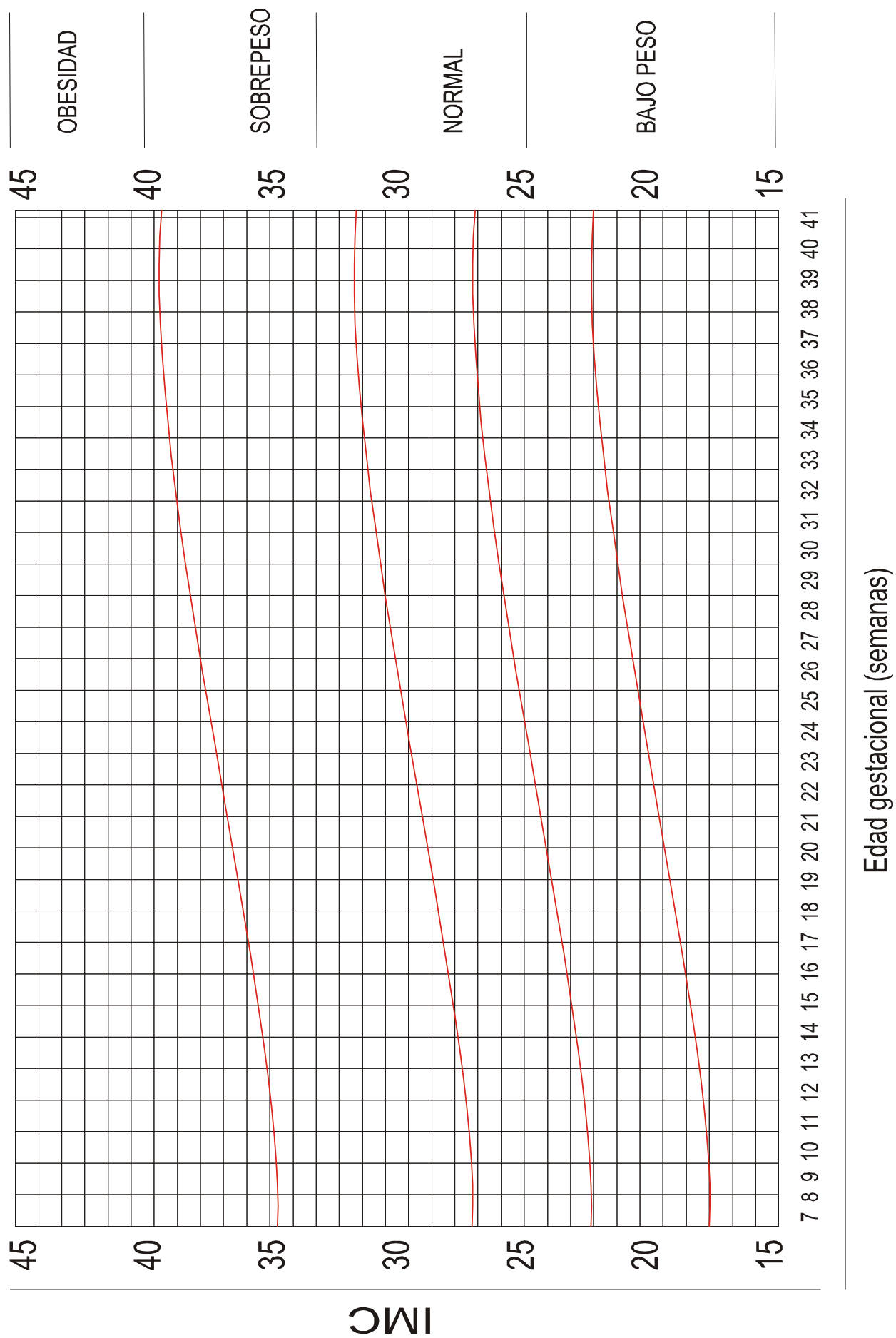
“Flujograma de Asistencia de Enfermería a la embarazada de Riesgo para el traslado a Instituciones de Alta Complejidad”

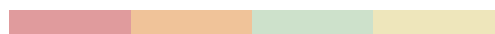
TOMA DE DECISIONES





EMBARAZO: SEGÚN EDAD Y IMC DE INICIO
INDICE DE MASA CORPORAL POR EDAD GESTACIONAL





Técnicas y Procedimientos



NORMA 3: Cada paciente recibe su atención de enfermería sin riesgo por medio de la ejecución eficiente, conciente adecuada de las prácticas del personal de enfermería y de la utilización racional de materiales y equipos en buenas condiciones.

LAVADO DE MANOS

Hace ya más de un siglo las infecciones han sido reconocidas como uno de los problemas más críticos que afectan la calidad de atención de pacientes. Muchos investigadores han coincidido en que al menos la tercera parte de estas infecciones pueden evitarse y la principal medida para su control es, sin duda, la implementación y el cumplimiento de una política institucional de lavado de manos.

Antes de establecer la estrategia institucional, debemos repasar algunos conocimientos básicos que nos ayudarán a comprender e implementar mejor las medidas de control.

Consideraciones generales sobre el lavado de manos

Durante los primeros minutos, la eficacia del lavado de manos depende del **tiempo** que se dedique al procedimiento.

Lamentablemente en la práctica diaria, este tiempo es habitualmente breve (8 a 20 segundos promedio).

La mayor reducción de flora de las manos se logra en los primeros **30 segundos** del procedimiento.

A continuación se mencionan los más importantes requerimientos básicos y estructurales a tener en cuenta:

Las piletas para el lavado de manos deben ser profundas amplias y de superficies lisas.

Las canillas deben funcionar correctamente.

Las toallas descartables y el jabón o solución antisépticos deben estar colocados en dispensadores de fácil extracción.

Los jabones líquidos o soluciones antisépticas deben almacenarse en dispensadores descartables, en caso contrario estos dispensadores deben ser lavados, enjuagados y secados antes de rellenarse nuevamente. Se han documentado epidemias por la contaminación de jabones en envases rellenos.

Si el jabón se presenta en barra, debe cortarse en pedacitos y descartarse después de un tiempo de usado.

Técnica de lavado de manos

- Antes de comenzar el lavado de manos, sacarse el reloj, los anillos y otras alhajas.
- Abrir la canilla correspondiente al paso del agua manteniéndose alejada de la piletta.
- Mojarse las manos con agua tibia si se utiliza jabón líquido, o si se trata de jabón en barra, tomarlo con la mano seca.
- Colocarse en las manos una dosis de jabón o solución antiséptica.
- Cubrir todas las superficies de las manos y muñecas, no olvidar frotar palmas con palmas, dorso de mano con palmas, espacios interdigitales y región subungueal, durante 10 a 30 segundos, fuera del chorro de agua.
- Enjuagar con abundante agua.
- Secar las manos con una toalla preferiblemente de papel.
- Cerrar la canilla.

Distintos tipos de lavado de manos

Se conocen por lo menos cuatro procedimientos para lograr la limpieza de las manos:

1. Lavado de manos social.
2. Lavado de manos con antiséptico.
3. Lavado seco (hand-rub).
4. Lavado de manos quirúrgico.

Para nuestro curso y actividad, nos interesa desarrollar, los dos primeros, de acuerdo a las actividades que lleva a cabo el Personal de Enfermería de un CAPS.

a) Lavado de manos social: Su objetivo es remover la flora transitoria y la suciedad de la piel de las manos. Es el que se realiza antes y después de la atención básica del paciente y cuando se van a realizar procedimientos no invasivos (ej. control de signos vitales, baños, preparación de medicación y otros), se seguirá la técnica antes descripta. El tiempo mínimo recomendado para la fricción de manos con la solución jabonosa es de 10 segundos. Debe realizarse con soluciones jabonosas comunes.

b) Lavado de manos antiséptico: Su objetivo es remover y destruir la flora transitoria de la piel de las manos. Es el lavado que debe emplearse siempre antes de realizar un procedimiento invasivo y antes de atender a pacientes inmunodeprimidos y colonizados con microorganismos resistentes. Para evitar la irritación excesiva de la piel, deberá sugerirse al personal que lo alterne con el lavado social de acuerdo a cada situación particular. Debe realizarse con soluciones jabonosas antisépticas durante un tiempo de fricción no menor de 30 segundos.

Recomendaciones Especiales: es importante respetar las medidas que se mencionan a continuación, para lograr una mayor adhesión al lavado de manos, y contribuir así a la disminución de la tasa de morbilidad y mortalidad asociadas a las infecciones.

Uñas: las uñas deben estar cortas y preferentemente, sin esmalte ya que los gérmenes se desarrollan y acumulan debajo de éstas, si están largas.

Alhajas: las alhajas deben retirarse antes de la atención de los pacientes. El lavado de manos no remueve las bacterias que se pueden encontrar bajo los anillos, donde se acumulan durante la frecuente atención a los pacientes.

Uso de guantes: los guantes deben ser cambiados entre la atención de un paciente y otro. El lavado de manos es requerido independientemente de que los mismos sean cambiados.

Conclusiones y Recomendaciones: El uso de guantes no debe ser considerado como una alternativa frente al lavado de manos. Los guantes son una protección para el personal de salud y para los pacientes. Recuerde que es fundamental que usted le dedique tiempo al lavado de manos.

La piel lesionada siempre es un perfecto medio para el desarrollo bacteriano por eso el Personal de Enfermería debe cuidar sus manos.

Recuerde existe un principio fundamental, es prioritario mantener las manos limpias.

Evaluar las características del tipo de pacientes que maneja y conocer la disponibilidad, ventajas y desventajas de cada producto antiséptico. Es importante destacar el cumplimiento de las normas de lavado de manos, cuyos resultados nos permitan implementar los cambios necesario para mejorarlos.

En la actualidad, la recomendación para optimizar la adhesión del Personal de Enfermería al lavado de manos, exige considerar diferentes estrategias e incorporar técnicas eficaces que permitan realizar la tarea

en tiempos cortos.

Dentro de las mayores dificultades para lograr que el Personal de Enfermería se lave las manos oportunamente, encontramos: efectos secundarios de los antisépticos, falta de recursos materiales apropiados, escasa disponibilidad de tiempo, falta de educación y entrenamiento en el control de infecciones y la relación subóptima entre Enfermero-Paciente y Médico-Paciente.

La Norma de lavado de manos debe ser evaluada por un Comité de Bioseguridad, como mínimo cada 2 años para mantenerse actualizada.

RECOMENDACIONES DE LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS DE LAVADO DE MANOS SEGÚN TIPO DE TAREA

TIPO DE TAREAS	Lavado de Manos
<u>GENERALES:</u> Al iniciar las tareas Antes y después de hacer uso del baño Después de toser o estornudar, tocarse el cabello etc. Al finalizar las tareas y retirarse del Centro	Social Social Social Antiséptico
<u>EN RELACION CON EL PACIENTE:</u> Antes de tener contacto con un paciente Entre la atención de un paciente y otro, y según el procedimiento por realizar Antes y después de realizar un procedimiento invasivo Antes y después de tocar heridas Después del contacto con pacientes colonizados o elementos probablemente contaminados Después del contacto con secreciones respiratorias, sangre o excretas Antes de preparar medicaciones o soluciones parenterales.	Social Social o Antiséptico Antiséptico Antiséptico Antiséptico Antiséptico Social

PROCEDIMIENTO DE LAVADO DE MANOS



CURACIONES DE HERIDAS

NORMA 3-1: el personal de enfermería cumple las indicaciones médicas de curar 2 veces a los pacientes en forma correcta y humana favoreciendo su pronta recuperación.

Concepto de curación: procedimiento que se realiza con rigurosa técnica aséptica para evitar complicaciones o lesiones mayores o mejorar la evolución de la herida.

Elementos de Carro de Curaciones:

- Carro Curaciones
- Frascos de 250 cm³ de vidrio oscuro para antiséptico.
- Equipo de curación simple (tres elementos)
- Gasas

Antisépticos:

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| · Agua oxigenada | · Apósitos |
| · Alcohol yodado | · Venda |
| · Iodopovidona solución | · Tela adhesiva |
| · Iodopovidona jabón | · Guantes estériles |
| · Pervinox | |

Observaciones: la enfermera de turno, será la responsable del mantenimiento de los elementos del carro de curación, para las prestaciones de enfermería.

Luego de cada prestación de enfermería deberá dejar ordenado y limpio, y con los elementos para la próxima prestación.

De acuerdo a la complejidad del tratamiento, se agregará elementos al carro de curación:

- Caja con gasa furacinada
- Caja con gasa iodoformada
- Caja cirugía menor (seis elementos)

Objetivos: fomentar el proceso de cicatrización. Evitar infecciones.

Normas de Curación de Rutina – Técnica

- En el recipiente de desechos se colocará bolsas plásticas, según normas de bioseguridad.
- La enfermera deberá lavarse las manos con jabón antiséptico.
- Colocará el carro de curaciones al lado de la camilla del paciente
- Se abrirá la caja de curaciones cuidando de no contaminar el equipo, colocando la tapa de la caja en forma invertida o utilizando el papel del equipo como campo estéril.
- Cuando se abre el paquete de gasa se tendrán los mismos cuidados que con la caja de curaciones.
- El apósito sucio se eliminará evitando la contaminación de las manos, se podrá colocar en este caso manoplas o guantes descartables, que se descartará con los elementos sucios de la curación.
- La enfermera observará cualquier signo de inflamación, exudado o mal olor, así como el color del área de la herida.
- La limpieza de la herida, se efectuará humedeciendo la gasa, tomada con pinzas, con solución salina pasando en forma suave en círculos desde la herida hacia la periferia.
- En la antisepsia de la herida se procederá de igual forma pero humedeciendo la gasa con solución antiséptica.

- Los tejidos necróticos se pueden eliminar con tijera o bisturi, siempre y cuando no se toque el tejido sano, no producirá dolor.
- Se procederá a secar de igual manera que al limpiar la herida.
- Se cubre la herida con gasa estéril y si fuera necesario con apósitos estériles. La cantidad de los mismos dependerá de acuerdo a los requerimientos del paciente y del estado de la herida.
- Se fijará con tela adhesiva.
- Una vez concluida la curación se retirará el equipo y el carro de curación, se limpiará y acondicionará, desechará los residuos y elementos descartables.
- Las observaciones y procedimientos se registrarán describiendo el estado de la herida en el registro hasta el nuevo turno de consulta.
- La enfermera cuidará la privacidad y pudor del paciente.

Normas de Curación de Herida Infectada: toda herida corre riesgo de infectarse, normalmente las defensas del cuerpo aíslan y destruyen los microorganismos que penetran en él, a través de las lecciones de la piel.

Objetivos: los objetivos del cuidados local de las heridas infectadas son prevenir la extensión de la infección efectuando la extracción de cualquier material o cuerpo extraño para volver la herida al estado de cicatrización.

Signos de alarma:

- Supuración
- Olor
- Hematoma
- Drenaje de sangre u otro fluido
- Aumento de temperatura



Técnica:

- La enfermera procederá a efectuar la preparación del equipo y paciente como en la curación plana.
- Sus manos perfectamente lavadas de acuerdo a técnica.
- Se efectuará la apertura de la caja de curaciones cuidando de no contaminar.
- Se procederá a efectuar la limpieza de la zona circundante a la herida, con solución iodopovidona jabonosa con gasa estéril.
- De idéntica manera se pincelará con solución antiséptica.
- Luego se procederá a la limpieza de la herida con solución povidona, con gasa estéril retirando toda secreción, tejido muerto o exudado .
- Se realizará la antisepsia de igual modo cuidando siempre no contaminar los elementos del equipo.
- Si estuviera indicado se colocará la medicación correspondiente.
- Para la curación de quemados o erosiones se podrán usar cremas antisépticas o gasas impregnadas con antisépticos.
- La herida se podrá cual el caso lo amerite mantener abierta con gasa de forma que se efectúe un drenaje efectivo.
- Para cubrir la herida se colocarán gasas estériles y sobre ellas apósitos absorbentes.
- Se fijará con tela adhesiva y vendaje si fuera necesario.
- La enfermera podrá usar guantes estériles durante el procedimiento cuando la situación lo determine.
- Concluido el tratamiento se desechará el material descartable en bolsa color rojo correspondiente al material contaminado.

- Procederá a ordenar el carro de curación.
- Colocará el material quirúrgico y caja a descontaminar, durante una hora con hipoclorito de sodio al 1% para luego esterilizar con doble tratamiento.
- Registrará la característica de la herida en el cuaderno o planilla de enfermería.
- Dejar los elementos en condiciones para el próximo tratamiento.

Normas de Curaciones Dermatológicas: la piel es una estructura indispensable para la vida humana ya que forma una barrera de protección contra diversos microorganismos y participa en funciones vitales como sensitiva, equilibrio del agua, regulación de la temperatura.

Objetivos:

- Aliviar el proceso dermatológico.
- Evitar las lecciones en piel sana.
- Evitar las infecciones secundarias.

Puntos a tener en cuenta:

- Deberá lavarse la piel sana usando jabón neutro para su protección y asegurarse que el enjuagado elimine completamente el jabón, secar sin friccionar.
- Si el proceso es infeccioso el personal de enfermería usará guantes descartables.
- El material hidrófilo quitado de la piel infectada se descartará en bolsas plásticas rojas.
- Las compresas generalmente se usarán a temperatura ambiente.
- Antes de aplicar las compresas
 - Reducir la inflamación al producir vasoconstricción ;
 - Limpiar la piel de exudados, costras escamas ;
 - Mantener el drenaje de las áreas infectadas;
- Se usan compresas húmedas para padecimientos vesiculares, ampollosos,
- Pustulosos y ulcerosos, también en procesos inflamatorios agudos, superficies exudativas y costrosas.
- Las compresas descubiertas exigen cambios frecuentes, porque la evaporación es rápida;
- Antes de colocar una compresa, el personal de enfermería se pondrá guantes ó manoplas plásticas.
- Las compresas, generalmente se usarán a temperatura ambiente.
- Deberán retirarse cada 5 minutos, para impregnar nuevamente en la solución y volverse a aplicar.
- En caso de que se tuviera que cubrir un área extensa con compresas, se recordará que el enfermo no deberá pasar frío, y se cuidará su individualidad.
- Antes de aplicar las compresas, deberán saturarse en la solución prescrita.
- Si se prescribieran compresas, tibias, se tendrá que vigilar la zona con mayor cuidado pues existe mayor peligro por las quemaduras en piel.
- Concluido el tratamiento se desechará el material descartable en bolsa de color rojo correspondiente al material contaminado.
- Colocará en material quirúrgico y caja a descontaminar, durante una hora con hipoclorito de sodio al 1% para luego esterilizar con doble tratamiento.
- Procederá a ordenar todo lo utilizado.
- Registrará el tratamiento realizado y observaciones si la hubiera.
- Dejar los elementos en condiciones para el próximo tratamiento.

PIE DIABETICO

I. INTRODUCCIÓN:

Definición: El síndrome de pie diabético es definido por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como la ulceración, infección y/o gangrena del pie asociado con la neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad arterial periférica y como resultado de la interacción compleja de diferentes factores, principalmente metabólicos.

II. EPIDEMIOLOGÍA:

El pie diabético constituye un problema de SALUD PUBLICA por su alta frecuencia y sus enormes costos sanitarios y sociales generados por el elevado número de ingresos hospitalarios, las prolongadas internaciones, la demanda de atención médica, y la incapacidad laboral de los pacientes, entre otros.

Investigaciones epidemiológicas dicen que:

- Aproximadamente un 20% de los pacientes diabéticos desarrollan úlceras del pie en algún momento de sus vidas.
- En nuestro medio la diabetes es causa del 48% de las amputaciones no traumáticas. Es responsable de la ocupación de alrededor del 8% de las camas de los hospitales públicos con mayor estadía y costo.
- En Argentina se realizan 19 amputaciones diarias en diabéticos con un costo de cada una de aproximadamente 30.000 pesos.
- Solo un tercio de los pacientes controla adecuadamente la salud de sus miembros inferiores.

III. FACTORES DE RIESGO DE ULCERACION EN EL PIE DIABETICO

<i>FACTORES INTRINSECOS</i>	<i>FACTORES EXTRINSECOS</i>
Neuropatía Vasculopatía Inmunopatía Deformaciones ↓ De movilidad articular Neuropatía Edad Duración de la Diabetes Agudeza visual Úlceras previas	Traumatismo Callos Cambios térmicos Productos químicos Pedicuria casera Riesgos de trabajo Vivir solo Fumar Falta de Educación Diabetológica Factores psicológicos

IV. ETIOPATOGENIA:

Las lesiones observadas en el pie diabético son la resultante de serios trastornos neuropáticos, vasculares y ortopédicos, pero desencadenados por traumatismos externos o internos, que pueden prevenirse. El 60% de pacientes con úlceras presentan neuropatías periféricas dominante, un 20% presenta vasculopatía periférica y el 20% restante una combinación de ambas.

El estrés repetido (relacionado con el calzado) y la falta de sensibilidad son los factores desencadenantes en el 35% de los casos que llevan a la amputación.

Los factores relacionados entre si en la producción de lesiones son cuatro:

- 1- Factores neuropáticos. Neuropatía periférica.
- 2- Factor vascular. Enfermedad vascular periférica.
- 3- Factor ortopédico.
- 4- Factor infeccioso.

A estos factores se puede agregar un quinto factor que es el cuidado personal.

1- Neuropatías periférica: a los fines prácticos se divide a la neuropatía en: sensitiva, motora y autonómica.

a) Sensitiva:

Síntomas:	Signos:
- Calambres. - Parestesias. - Disestesias. - Dolor. - Anestesias.	- Pie caliente o tibio. - Pulsos presentes. - Sensibilidad alterada. - Necrosis. - Ulceras o callos.

Exploración: estudio de la sensibilidad, score sensitivo.

El dolor neuropático es un dolor de reposo, en forma de bota y nocturno. Está muy relacionado al mal control metabólico. Las parestesias se refieren como embotamiento, hormigueo, sensación de quemazón. Las anestias son causa de traumas y de inestabilidad en la marcha. El paciente refiere caminar sobre algodones.

Instrumentos para el score sensitivo: temperatura: lápiz de dos metales.

- Dolor: lanceta o neuropen. Vibración (diapazón). Reflejos aquilianos y rotuliano (martillo de reflejos).
- Presión (monofilamento de Semmens Weinstein).

b) Motora: Su alteración predispone al traumatismo y ulceraciones.

Síntomas:	Signos:
- Debilidad muscular. - Dolor muscular. - Alteraciones en la marcha. - Dolor en la planta del pie.	- Engrosamiento de las uñas - Atrofia muscular. - Dedos en martillo o en garra. - Caída de las cabezas de los metatarsianos. - Hiperapoyo. - Hiperqueratosis en la planta del pie

Exploración- examen físico: Evaluar la función motora de los pies a través de diferentes maniobras, entre ellas: la maniobra de empuje en el pie presionando la cabeza de los metatarsianos para valorar si hay o no deformidad y si esta se corrige. El signo del abanico donde se estudian los músculos Inter. Óseos del pie; se inspecciona el grosor de la almohadilla plantar, etc.

a) Autonómica:

- Disminuye la sudoración: piel seca.

- Hiperqueratosis y grietas son puertas de entrada a la infección.
- Afectación de los nervios simpáticos: autsimpatectomía que produce una vaso dilatación, reabsorción ósea, colapso articular y deformación (neuro-artropatía de Charcot)

Exploración y valoración:

- A nivel general puede provocar la hipotensión ortostática, taquicardia de reposo, etc.
- La neuropatía autonómica puede además comprometer otros órganos como, el aparato digestivo, genitourinario y corazón.

2- Enfermedad vascular periférica:

El compromiso vascular en el paciente diabético afecta a todo el árbol arterial. Tienen gran influencia los factores de riesgo como tabaquismo, dislipemia, hipertensión arterial, sedentarismo, obesidad, microalbuminuria e hiperinsulinismo.

Síntomas:	Signos:
- Dolor al caminar. (claudicación intermitente) - Dolor de reposo.	- Pie frío. - Uñas engrosadas. - Ausencia de fanereos. - Piel fina y brillante. - Piel azulada o rojiza. - Disminución o ausencia de pulso.

Estudios diagnósticos:

- Eco Doppler.
- Palpación de pulsos: pedios, tibiales posteriores, y femorales.
- Inspección de piel y fanereas.
- Relleno capilar.

3- Factor ortopédico: El pie es una estructura que cumple varias funciones:

- Soporte.
- Transporte.
- Amortiguación y adaptación a terrenos irregulares.

Aproximadamente el 80% de las personas tienen alguna alteración del apoyo y los diabéticos entran en la estadística, agravado por la neuropatía, que es fundamental para que las deformaciones se produzcan.

Alteraciones: Caída del arco anterior del pie.

- Hallus valgus (juanetes)
- Dedos en garras o en martillo.
- Limitación de la movilidad articular.

Estas deformaciones llevan a la alteración de la estática del pie con alteración de los puntos de apoyo. Entonces se produce una reacción, como mecanismo de defensa en esas zonas (hiperqueratosis) generando al formación de úlceras como el MAL PERFORANTE PLANTAR.

Exploración y métodos de diagnóstico:

- Radiografía de ambos pies.

- Pedígrafa, podoscopio.
- Inspección de pie.

4- Factor infeccioso: generalmente se producen por hongos, falta de higiene, humedad constante, contagios, etc.

La experiencia clínica sugiere que los pacientes diabéticos debido a la insuficiencia vascular y a la neuropatía presentan un mayor riesgo de lesión en los pies que los individuos no diabéticos y que una vez que se ha establecido la lesión representa una mayor gravedad. La extremidad isquémica no responde a la infección con incremento de la perfusión local, formación de edema e infiltración leucocitaria de la misma forma que una extremidad bien vascularizada. Tampoco los antibióticos llegan al sitio de la infección en una concentración adecuada debido a una mal perfusión tisular.

Exploración y métodos de diagnóstico:

- Inspección de la lesión; valorar características como tamaño, profundidad, ubicación, color, edema, presencia de tejido necrótico, secreciones, cantidad, olor, temperatura de la extremidad del paciente, etc.
- Cultivo de secreciones y/o tejido.
- Radiografía.

Clasificación de Wagner: Teniendo en cuenta la evolución del pie diabético según su cronobiología, es importante contar con una clasificación para categorizar las lesiones del pie. Ello permite tener un criterio preventivo y evolutivo además de hablar todos el mismo idioma y así, evaluar más apropiadamente las diversas conductas preventivas o terapéuticas.

Grado 0: no hay solución de continuidad de la piel

- Pie normal.
- Disminución de flujo sanguíneo o alteración de la sensibilidad.
- Agregar alteraciones de la presión de apoyo del pie.
- Antecedentes de úlceras o amputaciones.

Grado 1: hay lesiones de continuidad en la piel que no van más allá del tejido celular subcutáneo.

Grado 2: hay lesión más profunda que afecta tendones y articulaciones.

Grado 3: la lesión afecta hueso, fascias o hay un absceso u osteítis.

Grado 4: hay gangrena de dedos, varios dedos o el antepié.

Grado 5: la gangrena toma todo el pie o afecta la pierna.

Los pacientes deben ser
derivados al hospital

V. CATEGORIZACION DEL RIESGO:

A todos los pacientes diabéticos se les debe realizar un examen anual del pie y determinar el grado de riesgo.

Bajo riesgo: no presenta ninguno de los 5 ítems descriptos para alto riesgo. Se debe realizar un examen anual, valorar y recomendar adecuado calzado y medias. Hacer educación para el auto cuidado.

Alto riesgo: uno o más ítems:

- Pérdida de sensación protectora.
- Ausencia de pulsos pedios.
- Deformación del pie.

- Historia de ulcera de pie.
- Amputación anterior.

VI. VALORACION INICIAL:

Examen exhaustivo del pie - Objetivos: este examen debe permitir:

- Recolectar los datos necesarios para valorar el riesgo de complicaciones.
- Evaluación nutricional.
- Determinar el grado de riesgo en el pie.
- Determinar la necesidad de calzado adecuado.
- Determinar la presencia de alteraciones ortopédicas o vasculares del pie que requiera tratamiento por parte de especialistas.
- Evaluar las habilidades asistenciales del diabético con respecto a las complicaciones y a los cuidados para la prevención de esas complicaciones.
- Desarrollar un plan de cuidados adecuados al paciente.
- Realizar educación para el auto cuidado de acuerdo a las características de cada persona.
- Planear citas y consultas para después del alta.
- Evaluar los resultados esperados.

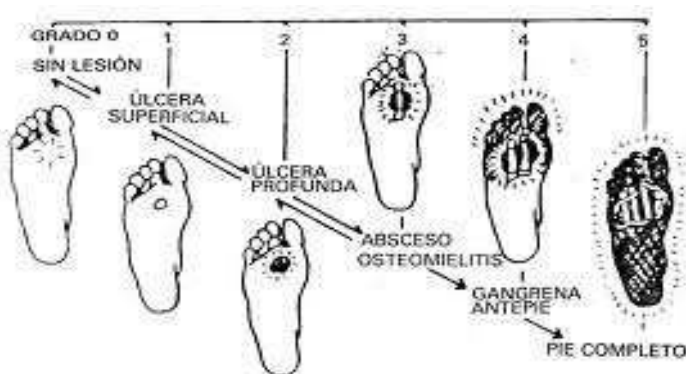
VII. TRATAMIENTO: Comprende dos aspectos fundamentales:

1) Tratamiento preventivo:

- Pacientes de bajo riesgo.
- Pacientes de alto riesgo.

2) Tratamiento de complicaciones:

- Pie neuropático
- Enfermedad vascular.
- Componente ortopédica.



1- Tratamiento preventivo:

Los pacientes diabéticos deben recibir una adecuada EDUCACION DIABETOLGICA para el control metabólico y el cuidado de los pies.

Esta educación diabetologica se hará acorde al riesgo que presente el paciente.

a) Paciente de bajo riesgo: será instruido sobre:

- Higiene de los pies.
- Uso de calzados y medias adecuados.
- Evitar traumatismos.
- No fumar.
- Control metabólico.

b) Paciente de alto riesgo: se dará educación al paciente y su familia para:

- Inspeccionar diariamente los pies.
- Comprender la relación entre las neuropatías periféricas, la enfermedad vascular y las lesiones de los pies. Una pequeña lesión que no duele, puede infectarse, tener compromiso vascular y terminar en una amputación.

- Recomendaciones específicas para consultas a su especialista en diabetes o al médico: cualquier lesión en el pie por pequeña que sea, calambre o dolor de alguna zona de las piernas que obliguen a detener la marcha o aparezcan estos en reposo, infecciones en cualquier zona del pie (dedos, uñas talones, etc.), edema de pies o piernas, cambios de color en la piel.
- La educación diabetológica debe ser continuada y el paciente y su familia puedan demostrar un adecuado cuidado de los pies.

2- Tratamiento de las complicaciones: incluye:

- Control metabólico.
- Estado nutricional.
- Corrección de los factores de riesgo.
- Según el componente predominante.

a- Neuropatía periférica: pie neuropático

Tratamiento del dolor. En presencia de infecciones procurar preservar el miembro afectado.

- Antibióticos (vía oral).
- Reposo de la zona de la zona afectada, mantener hasta la cicatrización.

b- Enfermedad vascular: pie isquémico.

- Sin dolor, ni infección → ejercicios.
- Con dolor, infección → reposo.
- Antiagregantes e aspirina.
- Tratamiento quirúrgico: reconstrucción arterial como angioplastia y la amputación como último recurso.

c- Componente ortopédico:

Corrección de las deformidades del pie antes que ocasionen traumatismos internos y úlceras en zonas de hiperapoyo.

- Tratamiento: técnicas ortésicas, descargas.
- Tratamientos quirúrgicos: corrección de Hallus Valgus o dedos en garra, etc.

VIII. EL CUIDADO ENFERMERO EN LESIONES DE PIE

Luego de la valoración inicial del paciente y ante la presencia de una lesión en el pie, el tratamiento local se elegirá en función de las características de la úlcera.

Es fundamental la elección de los elementos terapéuticos como apósitos de hidrocoloides, alginatos, poliuretanos, etc.

Se pretende alcanzar lo siguientes objetivos:

- Limpiar y desbridar la herida.
- Proteger de agentes contaminantes.
- Estimular la epitelización y cicatrización.
- Prevenir la amputación.



HERIDAS CORTANTES

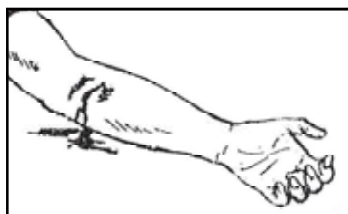
- a) Detener la hemorragia. Si ésta no es producida en un vaso importante, se podrá detener por simple compresión de la herida con gasa estéril si en menos de media hora la herida no vuelve a sangrar, se continua con su tratamiento.
- b) Limpieza de la herida: Limpie la piel que rodea a la herida y los bordes de la misma. Si el interior de la misma presenta cuerpos extraños, debe limpiarse con un chorro de solución fisiológica y extraer el mismo con una pinza estéril.
- c) Asepsia la piel con antiséptico y cubrirla con apósito estéril y fijarla con tela adhesiva. Derivar si necesitara sutura y si ya pasaron más de 6 a 8 horas de producida la lesión.

Heridas contusas: Si la herida abarca piel y el tejido celular y los bordes son netos, se tratará la herida como una cortante. En caso que la piel tuviera los bordes irregulares y fuera profunda, lesionando músculos u otros tejidos, será necesario, anestesia local para cortar los tejidos muertos modificándola en una herida cortante y se proseguirá a su curación como tal. Si la herida fuera profunda con un compromiso mayor se derivará inmediatamente al hospital más cercano para su tratamiento quirúrgico.

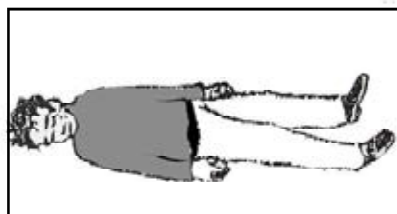
Heridas por armas de fuego: Su gravedad radica en que son penetrantes, atravesando el cráneo, el tórax o el abdomen, o quedando alojado el proyectil en dichas cavidades. El efecto de una bala depende si es de revólver, pistola o fusil porque presentan orificio de entrada, un trayecto y un orificio de salida. El médico determinará por el trayecto de la bala y el examen del herido, cual son los órganos lesionados y obrará en consecuencia; derivándolo a un centro de mayor complejidad.

Peligros de las heridas:

Hemorragia



Choque



Infección



Tratamiento: detener la hemorragia comprimiendo con fuerza.

Forma sencilla de aproximar entre sí los bordes de una herida superficial. En algunos casos de heridas muy pequeñas y superficiales, y una vez limpias realizada la antisepsia, se pueden unir sus bordes con tela adhesiva. Para desinfectar esta última, puede pasarse ligeramente por una llama en su parte media, lo cual también hará que pegue mejor. Cúbrase la herida con gasa esterilizada, fijando esta gasa con un vendaje o con tela adhesiva.

SONDAJE NASOGASTRICO

1. **Concepto:** Consiste en la introducción de una sonda a través de una fosa nasal hasta el estómago.
2. **Objetivos:** Eliminar el tóxico del tubo digestivo.
3. **Equipo:** una bandeja conteniendo:

- Sonda nasogástrica (k30, k9) según edad. Descartable.
- Gasas.
- Jeringa, 10, 20 o 60 cm².

- Tela adhesiva.
- Biauricular.
- Guantes o manoplas.
- Lubricante (solución fisiológica, agua destilada y/o vaselina).
- Riñonera o recipiente cristalino.



4. Procedimiento:

- Lavado de manos.
- Informar a la madre y/o al niño sobre el procedimiento a realizar.
- Realizar un correcto lavado de manos.
- Trasladar el equipo a la unidad del paciente.
- Verificar indicación médica.
- Ubicar al niño en decúbito dorsal colocando una almohada o rodillo debajo de los hombros.
- Solicitar a la madre que colabore con la inmovilización.
- Realizar higiene de las fosas nasales, observando las condiciones de las mismas, instalando unas gotas de agua destilada en la narina seleccionada.
- Colocarse guantes o manoplas.
- Retirar la sonda del envoltorio.
- Medir la longitud de la sonda a colocar desde el lóbulo de la oreja hasta la punta de la nariz y desde allí al apéndice xifoides, observar marca de la sonda que indicará los centímetros que se introducirá.
- Lubricar la sonda con agua destilada.
- Coloque la cabeza del niño ligeramente hacia atrás.
- Sujetar la sonda con la mano, utilizando los dedos pulgar, índice y dejando libres unos centímetros del extremo proximal, introducir la misma a través del orificio nasal antes seleccionado, deslizar la sonda a lo largo del piso de la cavidad nasal en dirección al occipucio con movimientos de medio giro suaves hasta la marca predeterminada.
- Emplear el menor tiempo posible, sobre todo cuando se trate de lactantes muy pequeños, ya que éstos presentan una respiración nasal.

Verificar la posición de la sonda: Métodos:

a) Inyectar en la sonda un pequeño volumen de aire (3 a 5 cc) auscultando simultáneamente con el biauricular a la altura del epigastrio, teniendo como referencia el apéndice xifoide, escuchándose el burbujeo del aire en el contenido gástrico. Si se duda, repetir el procedimiento.

b) Aspirar con una jeringa acoplada el extremo distal de la sonda, para extraer contenido gástrico. Comprobada la ubicación y funcionamiento correcto de la sonda, fijar la misma.

Tener en cuenta cual es el objetivo del sondaje para fijar en posición adecuada su extremo distal; abierta baja.

Infundir solución fisiológica o agua, cantidad necesaria luego bajar la sonda para drenar el contenido gástrico las veces que sea necesario hasta que este sea claro.

Infundir carbón activado si el niño no quiere beber.

Riesgos: introducir sonda en la tráquea: los signos de alarma son: tos intensa, empañamiento de la sonda y/o cianosis, ante ello se debe retirar inmediatamente la misma.

Estacamiento de la sonda en faringe (signos de náuseas excesivas y/o arcadas. Retirar y colocar nuevamente).

Punto a tener en cuenta: utilizar materiales descartables.

Observar en cada turno la fosa nasal, ante la presencia de signos de ulceración retirarla.

El retirado de la sonda nasogástrica

Equipo: bandeja que contenga:

- Riñonera.
- Toalla (de tela descartable).
- Guantes o manoplas.



Procedimiento:

- Lavado de manos.
- Se informa a la madre que ubique al niño en posición semisentado y coloque sobre el torax la toalla. Una vez ubicado se indica que sostenga la riñonera debajo del mentón del niño.
- El operador se coloca los guantes, retira la tela adhesiva que fija la sonda y con movimientos suaves retira la misma depositándola en la riñonera.
- Se limpia la nariz con la toalla y se deja confortable al paciente.
- Todos los elementos son trasladados al área sucia del office de enfermería donde se eliminará el material descartable en bolsa roja y el material lavable se lavará según normas del servicio.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

NORMA 3-2:el personal de enfermería realiza la preparación y administración de medicamentos en forma apropiada y humana de las indicaciones prescriptas por personal médico

Introducción: la administración de los medicamentos es una de las funciones de mayor responsabilidad del personal de enfermería.

Con la llegada de innumerables medicamentos al mercado y el avance tecnológico de la industria farmacéutica, la administración de medicamentos se tornó una tarea más compleja, que requiere cada vez más responsabilidad, conocimientos farmacológicos, anatómicos, fisiológicos y habilidades técnicas.

Es propósito de éste trabajo trazar lineamientos básicos que faciliten a los enfermeros el desempeño de sus funciones en la administración de los medicamentos, contribuyendo de ésta manera a mejorar la calidad de atención que se brinda a los pacientes.

1. Conceptos generales:

1.1. Fármaco: son sustancias capaces de modificar alguna función de los seres vivos. Al utilizar estas sustancias con fines terapéuticos se denominan medicamentos. (Castells, Silvia y Hernández, Margarita, 2001)

1.2. Placebo: sustancia que carece de acción terapéutica; pero produce algún efecto curativo en el enfermo si este la recibe convencido que esa sustancia posee realmente tal acción.

1.3. Genéricos: las drogas identificadas por su Denominación Común Internacional (D.C.I.) se conocen como genéricos. Un medicamento genérico puede fabricarse cuando termina la patente del original: son más económicos porque no necesitan demostrar que el fármaco es eficaz y seguro.

1.4. Monodroga: medicamento compuesto por una sola droga, puede ser genérico o no.

1.5. Medicamentos esenciales: según la Organización Mundial de la Salud, se trata de unas 325 drogas que cubren las necesidades terapéuticas del 95% de las patologías. La OMS aconseja que cada país establezca su propio listado de medicamentos esenciales teniendo en cuenta las enfermedades más comunes

de la población.

2. Formas farmacéuticas: Los fármacos se elaboran en diferentes formatos, que se denominan formas farmacéuticas.

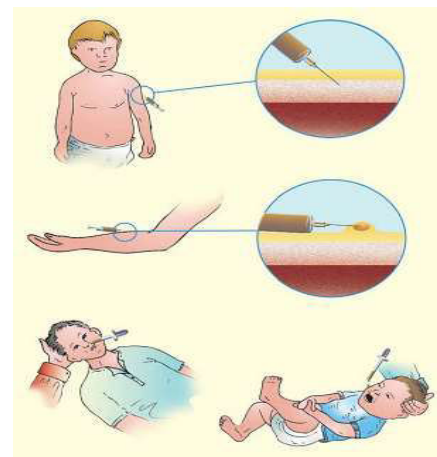
- **Comprimidos:** la droga sólida, en forma de polvo, se comprime en aparatos especiales. Pueden presentarse ranurados para facilitar la administración de dosis pequeñas. Pueden fabricarse con una **cubierta entérica** para evitar la degradación por los jugos gástricos o el efecto irritante del fármaco en la mucosa. Algunos son de liberación retardada porque ceden lentamente el principio activo. También existen comprimidos masticables y efervescentes.
- **Grageas:** son comprimidos que están envueltos por una capa, generalmente de sacarosa. Se utilizan para enmascarar el mal sabor de algunos medicamentos o como cubierta entérica para que el fármaco se libere en el intestino delgado.
- **Cápsula:** el principio activo se encuentra recubierto por una envoltura a base de gelatina soluble. De esta manera se facilita su deglución o se lo dota de una cubierta entérica.
- **Sobres:** el fármaco sólido, en polvo, se presenta protegido de la luz y la humedad.
- **Soluciones:** son mezclas homogéneas en la que está disuelto un sólido o un líquido en otro líquido. Las soluciones pueden ser acuosas u oleosas.
- **Jarabe:** es una solución concentrada de azúcares en agua. Se utilizan como vehículos de medicamento con sabor desagradable.
- **Gotas:** medicamento que se administra en pequeñas cantidades principalmente en mucosas (ocular, nasal) y en oído. Suelen ser soluciones acuosas y no irritantes.
- **Suspensiones:** es la dispersión de un sólido insoluble en un líquido acuoso. Debe agitarse siempre antes de su administración.
- **Loción:** suspensión en forma líquida, para aplicación externa.
- **Pomada:** suspensión en la que el medicamento se mezcla con una base de sustancia grasa (Ej. Vaselina).
- **Pasta:** suspensión espesa de polvos dispersos en vaselina.
- **Supositorios:** preparados sólidos en una base de cacao o gelatina.
- **Óvulos:** se utilizan para la vía vaginal y tienen iguales características que los supositorios.
- **Emulsión:** un líquido está disperso en otro líquido (aceite en agua o agua en aceite).
- **Crema:** emulsión de aceite en agua, con la solución medicamentosa.
- **Aerosoles:** nebulización con la dispersión de un gas se administran partículas líquidas o sólidas muy pequeñas.
- **Cámaras espaciadoras:** son útiles cuando no hay coordinación entre la inspiración en el momento de la inhalación del fármaco y la pulsación.

3. Vías de administración: concepto: la vía de administración es el lugar o la zona por donde el medicamento entra al organismo (Castell Silva y otros - 2001).

La vía de administración depende entre otros factores de:

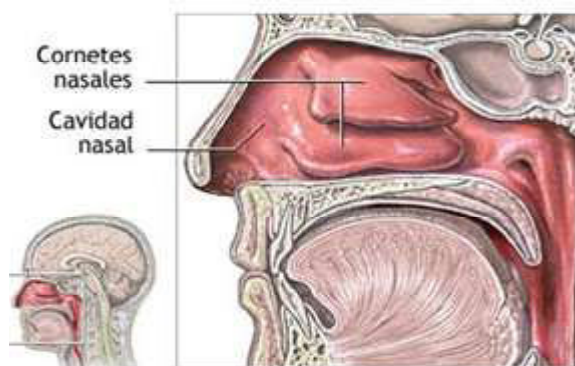
- Edad del paciente.
- Efecto esperado.
- Propiedades físico-químicas del fármaco.
- Estado físico- mental del paciente.

Clasificación de las vías de administración:



- Vías indirectas:

- Mucosas del aparato digestivo.
- Mucosas del aparato respiratorio.
- Mucosas del aparato genitourinario.
- Mucosa ocular.
- Oído externo.
- Piel.



- Vías directas o parenterales:

- Intradérmica.
- Subcutánea.
- Intramuscular
- Intravenosa.



4. Vía digestiva o enteral:

Vía oral: el medicamento ingresa al organismo a través de la boca. En el estómago se absorben pocas sustancias como el alcohol y la aspirina, pero la mayor absorción se produce en el intestino delgado por su gran superficie y vascularización.

Puntos a tener en cuenta:

- La administración de un fármaco junto con alimentos retarda su absorción y en consecuencia su acción.
- En caso de que el medicamento produzca irritación de la mucosa gástrica se recomienda su ingestión después de las comidas.
- Algunos fármacos deben ingerirse en ayunas por lo menos 30 minutos antes del desayuno.

“ La vía oral es la forma de administración de medicamentos más utilizada por ser la más fisiológica, económica, cómoda y segura.Desventajas: absorción lenta e irregular. No puede ser utilizada en pacientes desorientados, inconscientes, con vómitos”.

Vía sublingual: el medicamento se deposita debajo de la lengua. Se absorbe a través de la mucosa sublingual y pasa a la circulación sistémica a través de la vena cava. Al evitar el paso por el estómago, intestino e hígado se consigue un efecto más rápido e intenso. La absorción es fácil y rápida debido al escaso espesor del epitelio y su rica vascularización.

Vía rectal: la absorción por esta vía es irregular. Se utiliza para administrar fármacos que producen irritación gastrointestinal o son destruidas por el pH o las enzimas digestivas. Es útil en pacientes con vómitos. Se elude parcialmente el metabolismo hepático ya que las venas hemorroidales media e inferiores son afluentes de la vena cava.

5. Vía respiratoria: la absorción puede darse en la mucosa nasal, en la tráquea, en los bronquios y en los alvéolos pulmonares. El fármaco se absorbe rápidamente por tratarse de una gran superficie muy vascularizada y no atraviesa la barrera hepática.

Se administra gases y líquidos volátiles a través de aerosoles, nebulizaciones, cámaras espaciadoras.

6. Vía genitourinaria: la mucosa vaginal absorbe medicamentos que pasan a la circulación sistémica sin atravesar la barrera hepática.

7. Vía conjuntival: el fármaco actúa a nivel local. Sin embargo a través del drenaje por el conducto nasolagrimal el medicamento puede llegar a la circulación sistémica y provocar efectos indeseables. No atraviesa la barrera hepática.

8. Vía otica: el conducto auditivo externo se comporta como la piel. Los fármacos son de acción tópica.

9. Vía cutánea - Piel: las células de la piel tienen función de protección y no de absorción por lo que no deja pasar agua ni sustancias solubles en agua. Es una vía de absorción de fármacos deficiente. En la vía transdérmica el principio activo se absorbe a una velocidad programada o para un determinado período de tiempo.- ej. Parches de estrógeno.

10. Reglas para la administración segura de medicamentos:

- **Antes de preparar y administrar un medicamento, lavarse las manos.**
- **Administrar el medicamento correcto:**
 - 1) Identificar el medicamento y verificar la fecha de vencimiento.
 - 2) Controlar que el nombre del medicamento coincida con el de la indicación.
 - 3) Controlar el horario de administración.
- **Preparar dosis correcta.**
- **Administrar el medicamento al paciente indicado:**
 - 1) Identificar al paciente.
 - 2) Informar al paciente sobre el medicamento que recibirá.
 - 3) Investigar antecedentes alérgicos a los medicamentos.
- **Administrar el medicamento por la vía correcta:**
 - 1) Asegurar que la vía de administración sea la correcta. Si la vía de administración no aparece en la indicación, consultar.
- **Administrar el medicamento a la hora correcta:**
 - 1) Se debe prestar especial atención a la administración de antibióticos u otro medicamento que requiera un intervalo de horario estricto.
- **Recordar que la persona que prepara el medicamento es quién debe administrarlo.**
- **Las agujas no deberán doblarse ni reencapucharse.**
- **Los elementos cortapunzantes tales como agujas, caléters, hojas de bisturí deberán ser descartados en recipientes de paredes rígidas.**
- **Siempre deberá usarse guantes antes de administrar medicamentos por vía endovenosa.**
- **Registrar el medicamento administrado.**

11. Vía oral: Técnica:

a) Equipo: bandeja conteniendo:

1. Medicamento.
2. Indicación médica.
3. Dosificador (jeringa, vasito, cuchara, gotero).
4. Vaso con agua.
5. Servilleta.
6. Bolsa para residuos.



b) Procedimiento: tenga en cuenta las normas para la administración seguro de los medicamentos.

- Coloque el medicamento en su recipiente sin tocarlo (si es líquido el dosificador debe estar a la altura de los ojos del operador en el momento de su llenado).

- Deposite el recipiente en las manos del paciente (adulto) y pídale que lo ingiera.
- Ofrezcale el vaso con agua.
- Si se trata de un niño hágalo tomar el medicamento. Utilice el dosificador. En niños menores de 3 años la posición del paciente debe ser semisentado (en brazos de un adulto).
- Permanezca con el paciente hasta que haya tragado el medicamento.
- Valore la respuesta del paciente a los 15 – 30 minutos de la toma.

Comprimidos:

- Preservar de la humedad
- No partir si no están ranurados, por la dificultad para precisar la dosis.
- No triturar ni diluir las formas de liberación controlada ni las que tengan cubierta entérica.
- Disolver completamente las formas efervescentes.

Grageas y cápsulas:

- No triturar ni quitar la cápsula protectora
- No administrar con leche o alcalinos medicamentos con cubierta protectora, porque estos desintegran prematuramente a la cubierta.

Polvos: administrar inmediatamente después de la dilución.

Suspensiones:

- Agitar antes de administrar
- Las suspensiones antiácidas no deben diluirse para favorecer el efecto local.

12. Vía sublingual: tenga en cuenta las reglas para la administración segura de los medicamentos.

- Coloque el medicamento debajo de la lengua o entre la encía y la mejilla.
- Valore la respuesta del paciente a los 10 minutos de la administración.

13. Vía rectal: tenga en cuenta las reglas para la administración segura de los medicamentos.

Técnica:

a) Equipo: Bandeja conteniendo:

- Medicamento.
- Indicación.
- Guantes o manoplas.
- Gasas.
- Bolsa para residuos.



b) Procedimiento: recomendación:

- Si se trata de supositorio, manténgalo en la heladera o bajo un chorro de agua fría antes de extraerlo del envoltorio.
- En caso de enemas se debe recubrir con un lubricante hidrosoluble el aplicador.

Administración:

- Coloque al paciente en decúbito lateral izquierdo o posición de Sims.
- Separe los glúteos. Indique al paciente que respire hondo e introduzca el supositorio o el aplicador hasta sobrepasar el esfínter anal interno, aproximadamente unos 2 o 3 cm.
- Valore los resultados entre los 5 – 30 minutos siguientes.

14. Vía respiratoria: Nebulización: el fármaco entra en la vía respiratoria por la boca y nariz y se absorbe a nivel bronquial y/o alveolar. Aunque su acción es local al pasar al torrente sanguíneo puede producir efectos sistémicos no deseados.

Técnica:

a) Equipo: Bandeja conteniendo:

- Nebulizador
- Medicamento
- Indicación
- Servilleta de papel
- Recipiente para residuos



b) Procedimiento: tenga en cuenta las reglas para la administración segura de los medicamentos.

- Coloque el medicamento y su diluyente en el nebulizador.
- Coloque al paciente en posición de sentado.
- Conecte el nebulizador a la fuente de oxígeno o compresor
- Observe la formación de niebla al abrir la llave del oxígeno o compresor
- El paciente adulto debe sujetar el nebulizador y realizar un inspirar prologando y espirar, luego colocar la mascarilla en la boca.
- En caso de niños pequeños la posición será semisentado (en brazos de un adulto).

Manejo de la Válvula reguladora de oxígeno:

a) Cuenta con dos manómetros: uno con escala desde 0 hasta 2.50 que indica la presión del gas en el tubo de oxígeno y otro con escala de 0 a 18 que indica la cantidad de litros de oxígeno que pasa por minuto.

b) Válvula de escape: se acciona automáticamente cuando se sobrepasa los límites de oxígeno que debe pasar a los dispositivos a accionar, perfectamente indicados en el manómetro con una flecha roja.

Puntos a tener en cuenta:

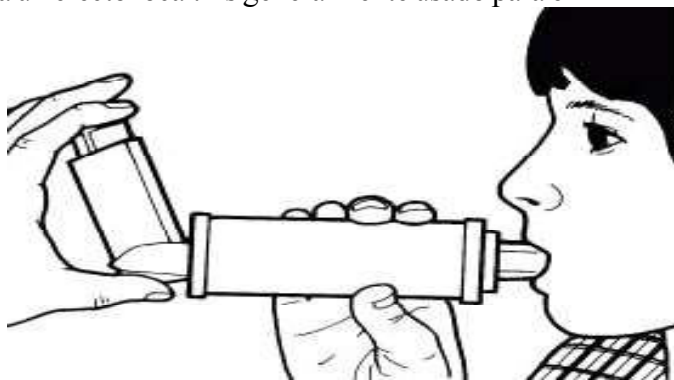
- No abrir el paso de oxígeno, si la llave del equipo (válvula) no está cerrada. Un excesivo paso de oxígeno por éste manómetro, sobre los límites hasta los 18, indicados en el reloj, puede destruirlo.
- Cuenta con un dispositivo porta-junta y no tuerca de ajuste.
- La tuerca debe girar libremente, el endurecimiento de la misma se debe generalmente a restos de plástico de la junta en la rosca. Si esto ocurre, sacar la junta deteriorada y cambiar.
- No ejercer excesiva presión para el ajuste del equipo, se debe observar el grado de deterioro de la junta.
- Nunca se coloque frente al equipo cuando valla a abrir la llave de paso del oxígeno.
- No debe lubricarse la rosca de ajuste.
- Para realizar oxigenoterapia, observar los límites establecidos en el manómetro correspondiente.

Inhaladores: el tratamiento con inhaladores introduce en el tracto respiratorio una dosis controlada de un medicamento que produce en mayor medida un efecto local. Es generalmente usado para el tratamiento del paciente ambulatorio.

Técnica:

a) Equipo: bandeja conteniendo.

- Medicamento.
- Indicación médica.
- Boquillas.
- Pañuelos de papel.



b) Procedimiento: tenga en cuenta las reglas para la administración segura de los medicamentos.

- Colocar al paciente en posición sentado.
- Ajustar el frasco al inhalador.
- Explicar al paciente los pasos usados para administrar la dosis indicada.
- Quitar la tapa del inhalador.
- Sostener el inhalador entre el pulgar y los dedos índice y mayor.
- Agitar enérgicamente el envase.
- El paciente debe inclinar la cabeza ligeramente hacia atrás y espirar el aire.
- Colocar el inhalador en la boca y cerrar firmemente los labios a su alrededor.
- Comenzar a inspirar lenta y profundamente a través de la boca.
- Presionar el inhalador firmemente con el dedo pulgar.
- Continuar inspirando.
- Quitarse la boquilla.
- Mantener la respiración durante 10 segundos.
- Espirar lentamente.
- Si se han prescrito 2 o más inhalaciones, esperar 5 a 10 minutos y repetir el procedimiento.
- Registrar en la hoja de enfermería la técnica enseñada y la capacidad del paciente para realizarla.
- Lavar regularmente la boquilla con agua caliente.

Micronebulizaciones: se utilizarán en pacientes con trastornos respiratorios severos que necesiten una humidificación profunda del árbol respiratorio. Las partículas que se forman llegan hasta los alvéolos. El micronebulizador se carga con agua destilada estéril. El resto del procedimiento es similar al anterior.

15. Vía parenteral:

Los medicamentos se administran a través de inyecciones que pueden ser intradérmicas, subcutáneas, intramuscular o intravenosas. Es útil en pacientes con vómitos, que no pueden deglutir, inconscientes, no colaboradores.

Riesgos que ofrece la vía parenteral:

- Siempre que se introduzca una aguja en los tejidos existe el riesgo de **infección**. Este riesgo se reduce al mínimo cuando se respeta una técnica aséptica.
- Las drogas inyectadas pueden resultar extrañas, en consecuencia el paciente reacciona en forma **alérgica**. Este es un riesgo que debe ser correctamente valorado por las graves consecuencias que puede provocar.

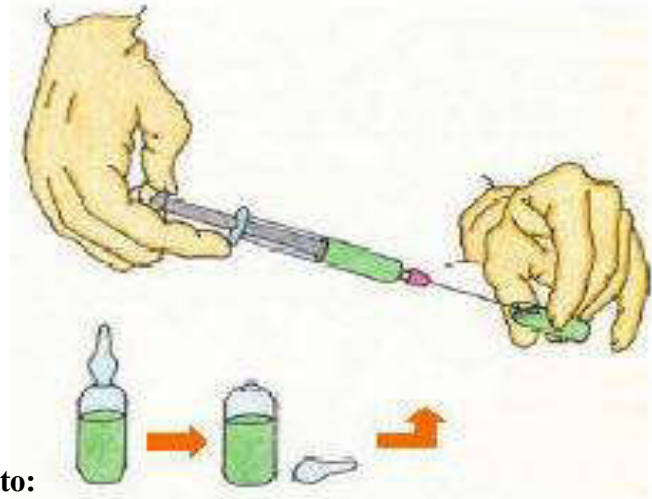
- Todo fármaco administrado en dosis no terapéuticas es capaz de provocar un cuadro de **intoxicación**. De modo que podemos afirmar que todos los medicamentos son potencialmente nocivos (si excedemos la dosis).
- El **trauma tisular**: acompaña inevitablemente a toda inyección. Si la punción se lleva con habilidad la destrucción de tejidos es mínima, pero es posible lesionar un nervio con una aguja o bien romper la aguja quedando parte de la misma alojada en los tejidos. Las agujas varían en sus dimensiones generalmente desde 5 a 12 décimas de milímetro de diámetro. En cada caso debe elegirse la aguja más fina que pueda brindar éxito.
- **Trauma psíquico**: es un factor que hay que tener en cuenta en la terapéutica parenteral. Siempre que sea posible administrar drogas por vía oral deben evitarse las vías no naturales.

Preparación de medicamentos inyectables:

Técnica:

a) Equipo básico:

- Indicación médica.
- Torundas de algodón.
- Antiséptico.
- Jeringa y aguja.
- Medicamento.
- Bolsa de papel.
- Descartador rígido.



b) Procedimiento para cargar un medicamento:

- Lavarse las manos.
- Preparar la jeringa, adaptando la aguja a la misma y colocarla en la bandeja.
- Embeber dos torundas de algodón con antiséptico y colocarla en la bandeja.
- Verificar si coincide el nombre del medicamento con la tarjeta correspondiente.
- Limpiar el cuello de la ampolla con una torunda de algodón. Si la ampolla no es autofracturable limar el cuello de la misma protegiendo su dedo índice con la torunda de algodón. Romper el cuello de la ampolla y desechar la torunda de algodón.
- Descubrir el tapón de goma del frasco ampolla.
- Verificar nuevamente si el medicamento (ampolla y frasco ampolla) coincide con la indicación médica.
- Introducir la aguja, en la ampolla, sostener con la misma mano ampolla y jeringa, dejando libre la otra mano para tomar el émbolo de la jeringa.
- Apoyar el bisel de la aguja en la pared posterior de la ampolla y aspirar lentamente su contenido, mientras se inclina la ampolla para evitar aspirar aire.
- Tomar el frasco ampolla con una mano y con la otra la jeringa con el solvente e introducir la aguja en el centro del tapón del frasco ampolla inyectando el líquido.
- Retirar la jeringa con su aguja del frasco ampolla, cubrir la aguja con el protector.
- Para favorecer la dilución del soluto, realizar movimientos rotatorios con el frasco ampolla, haciéndolo girar entre las manos. No se debe agitar porque ello provocaría la formación de espuma que dificultaría la posterior aspiración.
- Una vez obtenida la solución homogénea, inyecte igual cantidad de aire en el frasco ampolla que de líquido a aspirar. Al punzar el frasco ampolla cuide de no introducir demasiado la aguja porque ello dificultará la aspiración.
- Invertir el frasco ampolla y la jeringa para que el aire empuje el líquido, facilitando su aspiración. Si es necesario hacer girar suavemente el émbolo.
- Retirar la aguja y jeringa del frasco ampolla

- Cubrir la aguja con el protector y colocar la jeringa con su correspondiente tarjeta y la torunda de algodón con antiséptico en la bandeja.
- Si dispone de otra aguja puede cambiarla, caso contrario utilizar la misma aguja para administrar el medicamento.
- Antes de desechar el frasco ampolla y la ampolla verifique nuevamente si el medicamento coincide con la tarjeta de indicación.

16. Vía intramuscular:

Concepto: la administración de un medicamento por vía intramuscular consiste en la introducción de una droga a través de una punción en el tejido muscular.

Características de la solución a inyectar: las soluciones pueden ser de vehículo acuoso u oleoso. Las soluciones no deben ser muy irritantes.

Cantidad de solución: por esta vía pueden administrarse hasta 5 cc en un adulto, 2 cc en un niño y 1 cc en recién nacido.

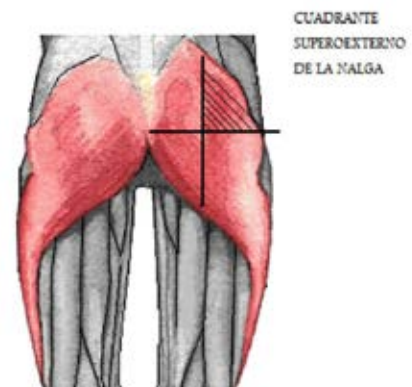
Zonas de administración: la zona de elección para punción y el tamaño de la aguja dependerá del desarrollo muscular del paciente.

Glúteos: cuadrante superior externo: a fin de evitar lesiones del nervio ciático o sus ramificaciones se divide el glúteo en cuatro cuadrantes, la zona de elección es el cuadrante superior externo.

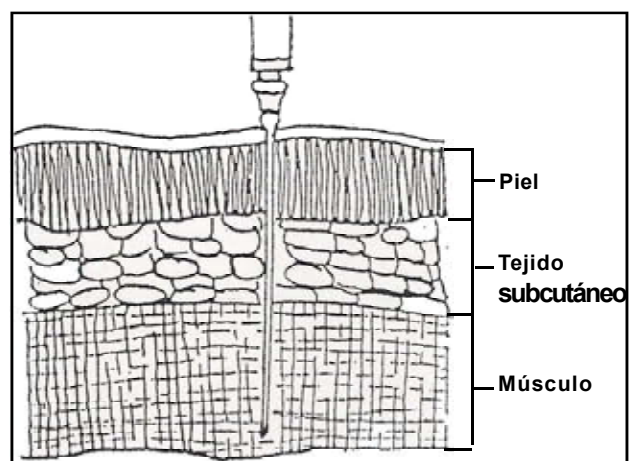
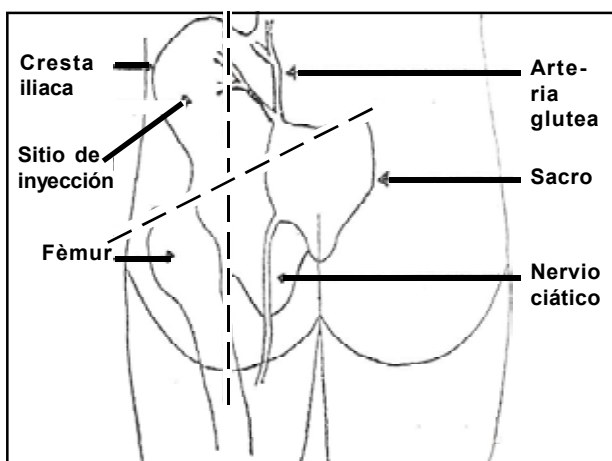
Brazo: músculo deltoides: la cara externa del músculo deltoides en el tercio superior del brazo admite pequeñas cantidades de medicamentos.

Muslo: músculo vasto externo - cara anteroexterna, tercio medio del muslo.

El músculo vasto externo está bien desarrollado al nacimiento, por ello es el sitio de elección en niños menores de 2 años.



Zonas gluteas



Maniobras que favorecen la absorción del medicamento:

Calor local: la vasodilatación aumenta la absorción.

Masajes: aumenta el aporte sanguíneo local y con ello la absorción.

Riesgos:

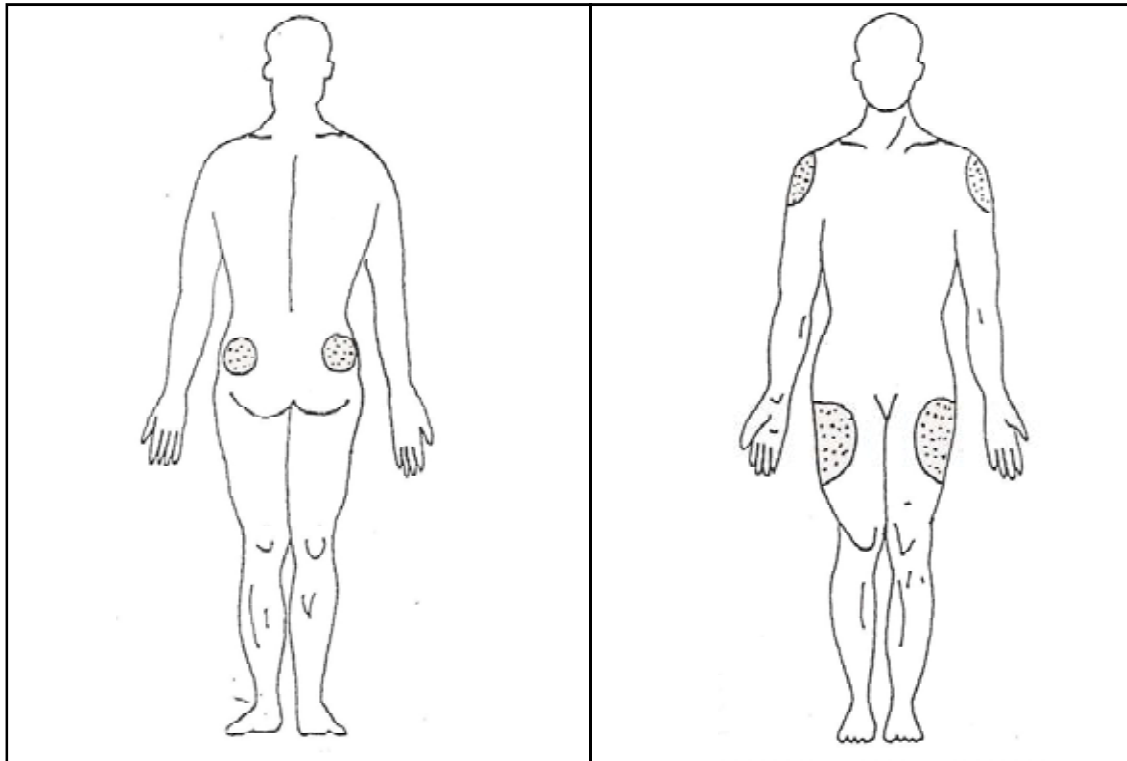
- **Reacciones locales: nódulos o induraciones** que suelen formarse por hematomas en vías de reabsorción. También puede suceder que cierta cantidad de la droga quede encapsulada. Estos hechos pueden ser atribuidos a sustancias irritantes o a una técnica deficiente.
- **Embolia:** la inyección accidental de una sustancia oleosa en un vaso es capaz de producir una embolia; que según su localización, produce daños de diferente magnitud, pudiendo llevar al paciente a la muerte.
- **Parálisis:** la punción del nervio ciático o de sus ramas puede provocar consecuencias de distinta complejidad conforme sea la magnitud de la lesión y su localización. Puede ir desde una simple irritación local hasta la parálisis y posterior atrofia de los músculos de los miembros inferiores. Cabe recordar que el dolor agudo, fuera de lo esperado en cuanto a intensidad y extensión (el paciente acusa dolor urente e irradiado hacia la rodilla y el pie) obliga a suspender la medicación.

Recomendaciones para la inyección I. M.:

- **Posición del paciente:** la posición horizontal es la más conveniente por el riesgo de lipotimia.
- **Elección de la zona:** debe elegirse una zona libre de edemas, induraciones, enrojecimientos, hematomas, etc., que dificultan la absorción y agrava el estado de la zona.
- **Antisepsia de la zona:** la antisepsia de la zona se hace alrededor del punto elegido en un diámetro de aproximadamente 7 cm preferentemente con una solución de povidona yodo; se recomienda realizar movimientos circulares partiendo del área central hacia fuera.
- **Relajación muscular:** puede lograrse distrayendo al paciente, pidiéndole que respire en forma profunda o preguntándole algo. Esta maniobra favorece la punción.
- **Punción:** la punción se efectúa en dirección perpendicular a la piel, (ángulo de 90°) estirando la misma o bien tomando un pliegue si la masa muscular es escasa. **Se recomienda la punción con aguja y jeringa juntas**, éste método ofrece menor riesgo **Aspiración:** seguidamente debe aspirarse retirando el émbolo. En caso de introducción accidental de la aguja en un vaso fluiría sangre. En este caso cambiar el sitio de punción.
- **Forma de inyectar:** la inyección debe ser lenta. Una vez finalizada, se retira la jeringa y la aguja con rapidez, luego hacer un ligero masaje para favorecer la absorción. Si sangra en el sitio de punción aplicar presión con el algodón con antiséptico.
- **Observación:** se debe observar la aparición de reacciones como: sudoración, vértigo, vómitos, erupciones cutáneas, edema de labios, dolor en el tórax, dificultad para respirar, pulso rápido, debilidad, palidez o enrojecimiento, prurito, etc.
- **Registro:** se consignará el procedimiento realizado y las observaciones que hubiere.



Zonas de Administración de inyectables por vía I.M



Técnica:

a) Equipo: equipo básico para inyectable, al que se agrega las agujas que serán seleccionadas teniendo en cuenta la edad del paciente y su contextura física.

Musculo Seleccionado	Medidas de las agujas según la edad		
	Adultos		Niños
	Delgado	Obeso	
Glúteos	40/6 40/7 40/8	50/6 50/7 50/8	25/6 16/5
Deltoides	25/6 25/7 25/8	25/6 25/7 25/8	16/5 15/6
Vasto Externo	25/6 25/7 25/8	40/6 40/7 40/8	15/5

La longitud de las agujas varía entre 1,6 cm. y 5 cm. dependiendo de la edad del paciente y de la zona elegida.

Calibre: las agujas delgadas se emplean para líquidos más fluidos y las más gruesas para soluciones de mayor densidad. El calibre varía entre 5 y 8 décimas de milímetro.

b) Procedimiento: recuerde la regla para la administración segura de los medicamentos

- Cargar el medicamento según técnica.
- Colocar al paciente en posición adecuada, evitando exposiciones innecesarias.
- Seleccionar la zona de punción.
- Realizar la antisepsia de la piel.
- Introducir la aguja en un plano perpendicular a la piel, en ángulo de 90°.
- Aspirar.
- Si no vuelve sangre, introducir el líquido lentamente mientras se observa al paciente.
- Retirar la aguja rápidamente, presionar y masajear con la torunda de algodón.
- Dejar cómodo al paciente.
- Observar reacciones.
- Registrar.
- Acondicionar el equipo.
- Valorar al paciente a los 10 – 30 minutos.

17. Vía subcutánea:

Concepto: la administración de un medicamento por vía subcutánea consiste en la introducción de pequeñas cantidades de droga en el tejido celular subcutáneo.

Características de la solución a inyectar:

- Las soluciones empleadas por vía S.C. deben ser de vehículo acuoso.
- Las drogas no serán irritantes porque producirán intenso dolor y aún destrucción de tejidos-escaras.
- La mayoría de las drogas que se absorben por vía S.C. también lo hacen por vía I.M.

Cantidades de solución: el volumen a inyectar debe ser pequeño para disminuir el dolor por distensión. En general el volumen varía entre 0,5 a 2 cc.

Zonas de administración: las zonas más usadas son:

- Cara lateral externa del brazo, tercio medio, por debajo de la inserción del deltoides.
- Cara anteroexterna del muslo, tercio medio.
- En el tejido subcutáneo de la cintura abdominal anterolateral y posterolateral, respetando la región periumbilical y a distancia de una eventual herida.

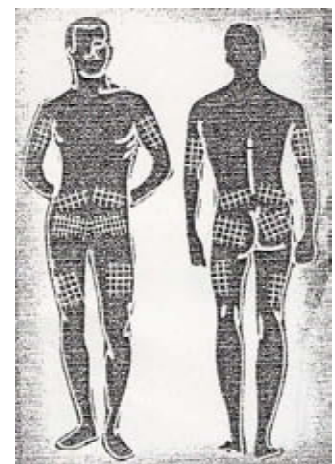
Técnica:

a) Equipo:

- Equipo para inyectables en general.
- Agujas: preferentemente N° 16/5. En niños, 12/4.

Zonas de administración de inyectables por vía S.C

Sitios de colocación de Insulina



b) Procedimiento: recuerde la regla para la administración segura de los medicamentos.

- Cargar el medicamento según técnica.
- Colocar al paciente en la posición adecuada. El paciente puede estar acostado o bien sentado.
- Elección de la zona: cuando deben realizarse sucesivos inyectables se rotarán los sitios en que se realiza la inyección para evitar la formación de nódulos, la atrofia de la grasa subcutánea y favorecer la absorción del medicamento.
- Antisepsia de la zona preferentemente con povidona yodo o alcohol iodado.
- Aplicación del inyectable: la aguja se introduce con el bisel hacia arriba, en un ángulo de 45-60° avanzando con firmeza para disminuir el dolor. Si se quiere inyectar el medicamento en el tejido subcutáneo profundo, se toma el área de inyección con el pulgar y el índice para formar un pliegue y se inyecta en forma perpendicular a la masa del tejido.
- Aspiración: siempre debe aspirarse aunque es poco probable la inyección accidental en un vaso sanguíneo.
- Introducción del medicamento: el medicamento se inyecta lentamente y luego se masajea la zona para favorecer la absorción. En ciertos medicamentos como heparina e insulina no se masajea sino que se realiza una compresión digital durante algunos minutos.
- Observación de reacciones indeseables.
- Registro.
- Acondicionamiento del equipo.
- Valorar al paciente a los 15 – 30 minutos.

Normas de Insulinoterapia

Insulinoterapia

- Es la administración de insulina que se realiza frente a la constatación, por laboratorio de la enfermedad denominada Diabetes, que es un trastorno de los Hidratos de Carbono y que se presenta a causa de una deficiente producción de insulina segregada por las células Betas de los islotes de Lagerhans pancreáticos.
- La insulina:
 1. Es una hormona que se encarga de regular el metabolismo de la glucosa y el metabolismo intermedio de las grasas, glúcidos y proteínas.
 2. Disminuye el nivel sanguíneo de glucosa y favorece la entrada de glucosa en los músculos y otros tejidos.
 3. Se administra en dosis individuales que dependerá de: peso, edad y aporte que necesita el paciente.
 4. La insuficiencia de ésta produce Hiperglucemia (aumento en sangre por arriba de los valores normales).
 5. Se incrementa su requerimiento por: fiebre, estrés, embarazo, cirugías, hipertiroidismo.Los límites normales de glucosa en sangre son: 0,80 a 1,20 gr %

Tipos de Insulina:

La insulina es un preparado farmacéutico de hormonas. Puede alterarse con temperaturas extremas (calor o frío).

Los tipos de insulina dependen de la acción de las mismas.

TIPO	PREPARADO	VIA DE ADM	COMIENZO ACCION	MAXIMO EFECTO	FIN DEL EFECTO
Ins. Rápida	Ins. corriente	I.V. I.M. S.C.	Inmediato 4 - 5 min. 20 - 30 min.	20 min. 60 min. 2 - 3 hs.	2 HS. 3 - 4 HS. 6 - 8 HS.
Ins. de Acción Intermedia	Ins. lenta Ins. NPH	S.C. S.C.	1 - 2 hs. 1 - 2 hs.	3 - 6 hs. 3 - 6 hs.	18 - 22 HS.
Ins. de Acción Retardada	Ins. zinc Protamina	S.C	6 hs.	16 hs.	30 - 36 HS.

Hipoglucemia: Es cuando la glucemia se encuentra, entre los valores de 50mg/dl o menos con o sin síntomas.

Es la acción adversa más frecuente en la insulino terapia.

Los síntomas son;

“Confusión, sudoración, visión borrosa, debilidad, cefalea, temblores, hambre, coma”.

Los pacientes diabéticos deben llevar siempre consigo 2 o 3 tabletas de glucosa o 5 caramelos de fácil ingestión y una tarjeta o identificación de portar la enfermedad.

Causas:

- Sobredosis de insulina
- Aumento de la actividad física
- Saltar las comidas
- Descenso de peso
- Insuficiencia renal
- Alcohol



Tratamiento:

A. Si está lucido y puede deglutir:

Dar 10 a 15 gramos de azúcar disueltos en ½ vaso de agua (o 2 sobres de azúcar).

- 2 ½ cucharadas de té de azúcar
- 1 vaso grande de jugo
- ½ vaso de gaseosa
- 2 cucharadas de mermeladas o miel
- 4 o 5 caramelos

Continuar posteriormente con la ingestión de hidrato de carbonos de absorción lenta: galletas, pan, frutas: esperar 5 a 10 minutos, si no cede volver al paso anterior.

B. Si se encuentra sin conocimiento o dificultad para deglutir no dar nada por boca. Administrar:

1. Paciente Pediátrico: generalmente se administra: Glucosado hipertónico al 25% por vía endovenosa 2cc x kg y si no se puede conseguir una venoclisis administrar por sonda naso gástrica.

2. Paciente Adulto: Glucagon 1 cc vía subcutánea o glucosado hipertónico al 25% o al 50% por vía endovenosa, 25ml o 50ml.

Coma Diabético (deficiencia de insulina)

Síntomas:

- Aparición lenta de los síntomas (más rápido en niños).
- Piel seca y caliente.
- Olor frutal en el aliento.
- Mucha sed, náuseas y vómitos.
- Respiración profunda y pesada.
- Pérdida de conciencia.

Procedimiento

Objetivos: lograr que en personal de enfermería conozca la administración correcta de insulina.

Equipo:

- Bandeja
- Indicación médica
- Jeringa de insulina con aguja
- Torunda con alcohol



Zonas de Aplicación: Subcutánea (SC)

- En la cara anterior de los muslos y brazos
- Alrededor del ombligo, siendo esta la forma más correcta.

La zona de administración se debe rotar continuamente

Endovenosa (EV): se administra en una vena distal de miembros superiores o en el diafragma del perfus (push) en caso de encontrarse con venoclisis.

Medición de la Insulina: se mide en Unidades Internacionales, los frascos por lo general tienen 10cc de solución, graduados en:

- 40 U. I. /ml.
- 80 U.I./ml.
- 100 U.I./ml

Siendo siempre:

- Cada 1 cc ————— 40 U.I. frasco de 40U.I.
- Cada 1 cc ————— 80 U.I. frasco de 80U.I.
- Cada 1 cc ————— 100 U.I frasco de 100U.I.

Manejo de la Jeringa: el personal en enfermería trabajará con jeringas de 1cc, la cual cuenta con aguja incorporada y tiene impreso en su camisa, una escala subdividiendo el cm en 100 partes marcadas de 10 en 10. Ejemplo: 0,1- 0,2- 0,3, etc.

Si se indicara **5U.I.** de 40U, considerando que a 1 cc corresponden las 40, las 5U se marcarán en 0,1. (esto se logra aplicando regla de tres simple).

$$\begin{array}{rcl} 1\text{cc} - 40\text{ U} & \frac{5 \times 1}{40} & = 0,125 \\ X - 5\text{ U} & & \end{array}$$

Técnica:

- Lavarse las manos según técnica.
- Acondicionar el equipo y paciente.
- Seleccionar el sitio de aplicación y limpiar.
- Estirar la piel y aplicar en ángulo de 45°.
- Retirar y dejar cómodo al paciente
- Acondicionar el equipo.
- Registrar en hoja de enfermería.

Recomendaciones:

- Se utilizará técnica estéril.
- No se emplearan jeringas corrientes.
- No se utilizarán jeringas congeladas.
- No se administrará por Vía Oral ya que los jugos gástricos la destruyen.
- El frasco debe girarse entre la manos para homogeneizar la solución (NPH).
- Se guardará en la heladera.
- Se verificará siempre fecha de vencimiento.
- Prestar atención a las indicaciones médicas para el correcto cargado de acuerdo a las unidades indicadas.
- No inyectar insulina fría porque produce dolor, dejar que alcance T° ambiente.
- Aplicar la insulina antes de las comidas y esperar el tiempo necesario de acuerdo a la insulina administrada, para darle tiempo a las hormonas que se absorban antes que se eleve la glucemia por las comidas.
- Recordar que los análogos ultrarrápidas se aplican 10 a 15 antes de las comidas y las rápidas 30 minutos antes.

18. Vía intradérmica:

Concepto: Administrar un medicamento por vía intradérmica consiste en aplicar una dosis pequeña de medicamento entre las capas de la piel.

Características de la solución a inyectar: esta vía se utiliza más bien con fines diagnósticos.

Por esta vía suelen administrarse sustancias muy activas, vacunas, alergenicos, en pequeñas dosis, cuando se desea observar la reacción local de los tejidos al material inyectado.

Cantidad de solución: generalmente se administra entre 0,1 a 0,3 c.c.

Zona de administración: cara anterior del antebrazo, tercio medio, en el límite de la zona pilosa con la no pilosa. Puede utilizarse también la región deltoide (vacuna BCG).

Técnica:

a) Equipo

- Equipo básico para inyectables al que se agrega
- Jeringa de tuberculina
- Aguja N° 10/5. La longitud de las agujas es de 1 cm y su diámetro de 5 décimas de milímetros.

b) Procedimiento: recuerde la regla para la administración segura de los medicamentos.

- Antisepsia de la piel. La antisepsia de la piel se hará sólo con alcohol y en algunos casos con agua y jabón. No se utilizarán antisépticos colorantes porque dificultarían
- la observación de reacciones locales.
- Aplicación de la inyección. La aguja se introduce unos dos milímetros con el bisel hacia arriba, estirando la piel, y en un ángulo sumamente reducido. Suele verse a través de la piel el bisel de la aguja.
- No realizar aspiración.
- Inyectar el medicamento en forma lenta. La piel adquiere el aspecto de piel de naranja
- Al retirar la aguja la piel no debe sangrar. No se debe masajear, sólo presionar la zona de la punción para evitar reflujos.
- Observar la reacción local y/o general a los 20 minutos.

19. Vía intravenosa:

Concepto: La inyección intravenosa es la introducción de drogas en solución directamente en la circulación a través de una vena.

Características de la solución a inyectar: las soluciones por vía intravenosa deben ser:

Soluciones acuosas y nunca oleosas.

Pueden contener sustancias irritantes.

La inyección lenta permite que los medicamentos se diluyan rápidamente en la sangre.

Cantidad de solución: el volumen a inyectar está determinado por la necesidad terapéutica. La venoclisis permite la administración de volúmenes grandes.

Absorción: en esta vía se elimina la absorción, ya que la droga se administra directamente en el torrente sanguíneo.

Sitio de la inyección: a pesar de que la mayoría de las venas superficiales del cuerpo pueden ser punzadas, las de la fosa antecubital o pliegue del codo (mediana basílica y mediana cefálica) son las elegidas con mayor frecuencia por sus grandes calibres y su fácil acceso para la administración de medicamentos por vía I.V.

Otras venas del miembro superior son la basílica o la cefálica por arriba de la fosa antecubital y las dorsales de la mano.

Las venas cefálicas accesorias y la mediana antebraquial son venas muy utilizadas sobre todo cuando se trata de administraciones prolongadas de soluciones.

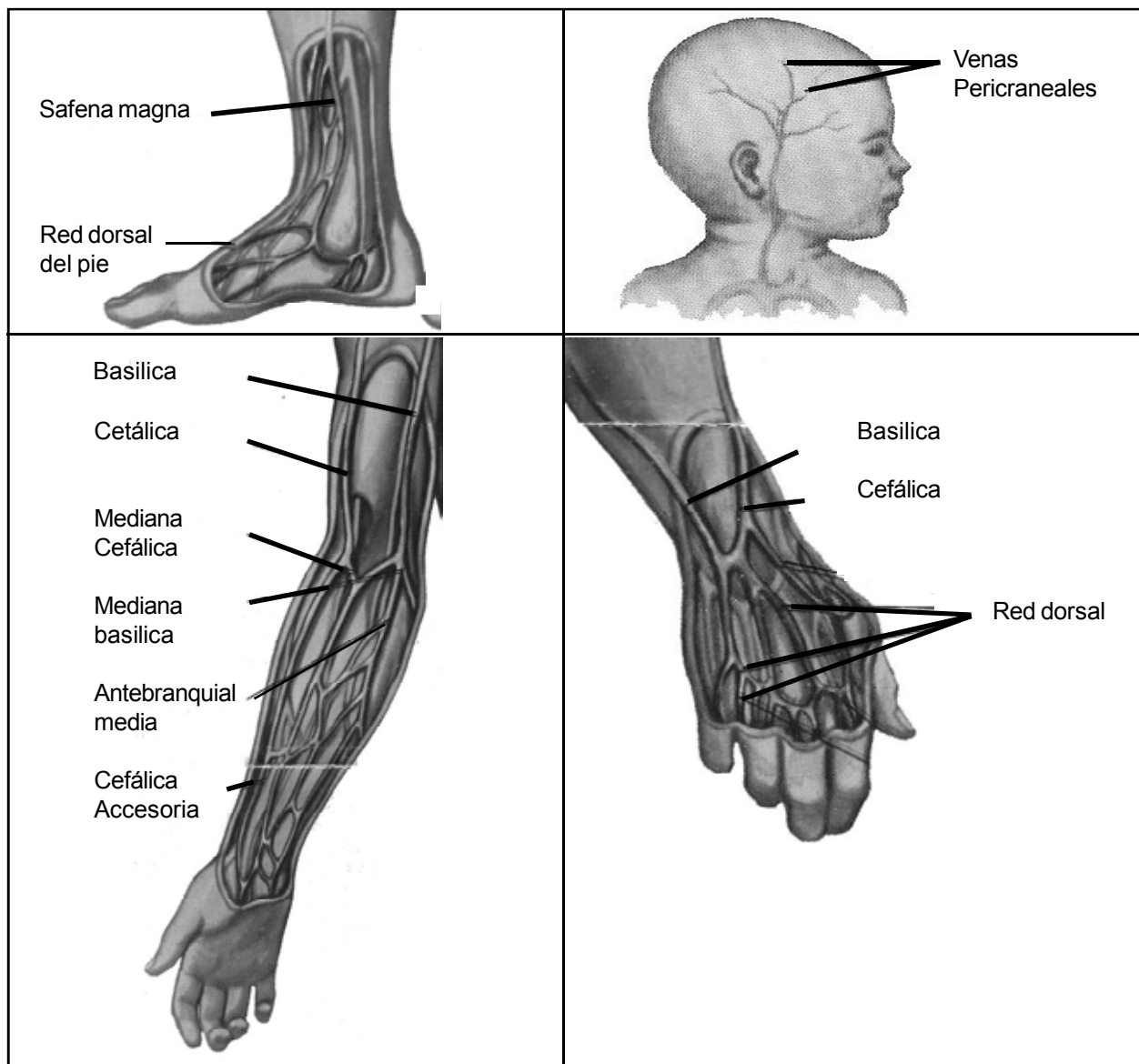
Es importante recordar que las inyecciones repetidas en un mismo sitio de punción tienden a esclerosar las paredes vasculares.

Estabilizar la vena con el pulgar de una mano e insertar la aguja con la otra.

Técnica:

a) Equipo:

- Equipo básico para inyectables al que se agrega
- Ligadura de goma
- Aguja N° 25/5 – 25/6 – 25/7 o (butterfley o abbocath)



b) Procedimiento: recuerde la regla para la administración segura de los medicamentos

- Seleccione la zona a punzar y realice la antisepsia de la piel con alcohol iodado o iodóforos. Deje secar para producir el mejor efecto antiséptico. Si es necesario bañe al paciente (especialmente si es un niño), o lave la zona a punzar con agua y jabón antes de efectuar la antisepsia de la piel.
- Dilate las venas aplicando un torniquete unos 20-25 cm por encima del lugar elegido. Alternativamente golpee con suavidad la vena y dígame al paciente que abra y cierre el puño o que deje colgando el brazo junto a la cama.
- Estabilice la vena con el pulgar de una mano e inserte la aguja con la otra.
- La aguja debe perforar la piel, aproximadamente de 1,5 cm a 2 cm por debajo del punto en que penetre en la vena.
- Al introducir la aguja (con el bisel hacia arriba) debe formar con la piel un ángulo de aproximadamente 30°; después de perforar la piel se disminuirá el ángulo.
- Con la mano libre palpe la vena mientras la aguja va penetrando.
- Si la sangre no fluye espontáneamente, aspire haciendo girar el émbolo. Asegúrese que la aguja penetre en la vena por lo menos 1 cm para evitar que cualquier movimiento provoque su salida del vaso.
- Suelte la ligadura.

- Introduzca lentamente el medicamento mientras se observa la reacción del paciente y aspire en forma intermitente mientras inyecta el medicamento.
- Suspenda la administración del medicamento ante la aparición de cualquier reacción indeseable.
- Concluida la administración del medicamento, retire suavemente la jeringa con la aguja y haga presión en el sitio de punción durante 30 a 60 segundos. Es útil además pedir al paciente que eleve el brazo durante un minuto. Si el paciente recibe anticoagulantes debe levantarlo por lo menos cuatro minutos.
- Deje cómodo al paciente.
- Registre la medicación administrada y la reacción observada.
- Acondicione el equipo.

19. Venoclisis periférica:

Concepto: se denomina venoclisis o fleboclisis a la administración por goteo, a velocidad constante, de un gran volumen de líquidos, a través de una vena periférica.

Objetivo: transfundir a través de una vena periférica sangre fresca, glóbulos rojos sedimentados, plasma, albúmina, soluciones parenterales o medicamentos diluísos en dichas soluciones.
Servir como vehículo para administrar drogas.

Cantidad de solución: por esta vía pueden inyectarse entre 3 y 5 litros diarios y más (en un adulto) dependiendo de las necesidades del paciente y la respuesta de su mecanismo de eliminación.

Sitios de venopunción:

Antebrazo: las venas antebraquiales basílicas y cefálica son relativamente de buen calibre, largas y rectas. Posibilitan sitios convenientes para la terapia intravenosa prolongada, al igual que la cefálica accesoria y antebraquial media.

Mano: el dorso de la mano está provisto de pequeñas venas que ofrecen un sitio excelente para la venopunción. Estos vasos son superficiales, pueden ser dilatados fácilmente y permiten la movilidad del brazo.

Fosa antecubital: venas mediana cefálica (externa) y mediana basílica (interna). Debido a que en este sitio las venas atraviesan una articulación, no es recomendable una terapia intravenosa prolongada, a menos que el miembro esté inmóvil.

Pierna y pie: las piernas presentan las grandes venas safenas y femorales. En el pie se encuentran los plexos venosos del dorso, el arco dorsal. Cuando se utilizan venas de los miembros inferiores el operador debe asegurarse que no existen varicosidades en el sitio de la punción, como tampoco en el sector proximal de la vena a punzar. De este modo se evitará el éstasis de la droga a inyectar con los consiguientes efectos generales y la posibilidad de desencadenar complicaciones locales. Las extremidades son consideradas secundarias en la venoclisis periférica, no obstante proveer el acceso al sistema vascular cuando otros sitios se hacen inaccesibles.

Antisepsia: la limpieza de la zona de inyección debe ser tenida muy en cuenta.

La sola aplicación de alcohol con una gasa no garantiza una correcta higiene y por consiguiente tampoco la antisepsia necesaria. Es recomendable usar soluciones jabonosas que eliminan los gérmenes por arrastre. Posteriormente se aplicará un antiséptico.

Una vez aplicado el antiséptico se deja que actúe durante unos segundos. Se realiza la punción cuando

éste se ha secado para evitar el arrastre de sustancia con la aguja, hacia los tejidos profundos. Cuando esto ocurre, pueden aparecer reacciones dolorosas e inflamación local, pudiendo llegar a producirse flebitis de la zona punzada.

Complicaciones de la Venoclisis: los trastornos que pueden producir las inyecciones intravenosas además de infecciones virales (hepatitis, sida) son principalmente:

- Escaras: son frecuentes cuando se usan soluciones irritantes.
- Flebitis: la flebitis se presenta en el sitio de entrada de la aguja y se extiende hasta una cierta distancia a través de la vena. Además del dolor hay enrojecimiento, calor, ligera tumefacción y se puede observar el trayecto enrojecido de la vena.
- Infección: Se deben realizar procedimientos prolijos para evitar la contaminación de las soluciones cuando se añaden medicamentos. El equipo intravenoso debe cambiarse cada 48-72 horas.
- Shock: puede ocurrir como resultado de administración demasiado rápida de soluciones que contienen medicamentos. Las concentraciones tóxicas del fármaco provocan shock. Se caracteriza por disminución de la presión sanguínea, mareo, pérdida de conciencia, vómito, disnea y aún muerte.
- Embolia gaseosa: no siempre ocasiona trastornos evidentes cuando se trata de pequeñas cantidades de aire, pero en algunos casos incluso 10 ml de aire pueden ser mortales. La embolia gaseosa se manifiesta por cianosis, hipotensión, pulso rápido y débil y pérdida de conciencia.

Medidas preventivas:

- Fijar correctamente la aguja o el catéter en el sitio de inserción.
- Cambiar el sitio de inserción al menos cada 72 horas.
- Usar venas de gran calibre para líquidos irritantes debido al mayor flujo sanguíneo que diluye con rapidez al irritante.
- Diluir suficientemente los fármacos que generan irritación antes de administrarlos.

Técnica:

a) Equipo: equipo básico para inyectable al que se agrega:

- Frasco rotulado con la solución a perfundir.
- Tubuladura para goteo.
- Catéter.
- Tela adhesiva en trozos.
- Ligadura.
- Gasas.
- Férula (niños, pacientes inconscientes o enfermos mentales)
- Soporte para goteo.

b) Procedimiento: recuerde la regla para la administración segura de los medicamentos:

- Lavar el sachet y ligadura.
- Cortar el extremo del sachet y conectarlo a la tubuladura y al catéter.
- Purgar el sistema.

- Colocar el equipo y la indicación en la bandeja.
- Colgar el frasco con la solución en el soporte a una altura de 60 a 90 cm por encima de la cama.
- Seleccionar el punto de punción. Palpar la vena con la punta de los dedos para estimar su calibre y plenitud, así como para determinar el mejor ángulo de inserción de la aguja. De este modo se podrán emplear venas que aunque no puedan visualizarse si pueden palpase.
- Ligar el miembro.
- Realizar la antisepsia de la piel con povidona yodo. Dejar secar y colocar una nueva capa de antiséptico. Dejar secar. Si es necesario a los efectos de visualizar la vena, limpiar con una torunda humedecida en alcohol.
- Punzar piel con bisel hacia arriba introduciendo la totalidad de la aguja.
- Observar retorno sanguíneo, desligar el miembro y despinzar tubuladura.
- Fijar el catéter a la piel con tela adhesiva.
- Colocar una férula si fuera necesario.
- Colocar la férula si es necesario. Al fijar la férula al miembro del paciente proteja la piel colocando una gasa y sobre ella la tela adhesiva. La férula debe tener una longitud suficiente como para inmovilizar la articulación proximal y distal al sitio elegido.
- Regular el goteo a la velocidad indicada.
- Verificar la correcta ubicación del catéter colocando el frasco de solución a un nivel igual al sitio de punción, observando la presencia de sangre.
- Dejar cómodo al paciente.
- Registrar el procedimiento realizado.
- Acondicionar el equipo
- Valore la respuesta inmediata del paciente

Cálculos de goteos:

I. Para calcular el N° de micro gotas a pasar por minuto en 24 hs o tiempo indicado, se utiliza la siguientes formulas;

$$\text{Microgotas} = \frac{\text{Cantidad de solución o volumen a administrar}}{\text{N° de hs a pasar}}$$

Observaciones:

- De Macro goteo a micro goteo se multiplica por 3
- De Micro goteo a macro goteo se divide por 3
- Los frascos de solución estar contiene 500cc de solución, existen frasco de 250cc
- Cuando el Médico dice alternado: significa que voy a ir alternando un frasco de dextrosa con una fisiológica.
- Cuando el Médico dice dextrosa al 7,5%: significa que en un frasco de dextrosa al 5% de 500 cc desecho 50cc y agrego 50cc de glucosado hipertónico al 25%.
- Cuando el Médico dice dextrosa al 2,5%: significa que en un frasco de dextrosa al 5% de 500cc desecho 250 y agrego 250 de solución fisiológica o agua destilada.
- Cuando el cálculo de goteo sale en decima se redondea en más o menos.(si es $200\text{cc}/3=66,6$ es decir puede redondearse a 66 micro gotas o 67 micro gotas)
- Los frascos deben rotularse indicando tipo de solución, agregado si los tuviera, hora de iniciación, hora de finalización, goteo fecha y enfermera que preparó.
- No se olvide de controlar por lo menos dos veces en el turno el goteo, ya que el mismo puede desregularizarse de acuerdo al mecanismo del pertus con el que se trabaja, y a la manipulación del paciente y/ o familiares.

EJEMPLOS:

1. Si la indicación es; Administre 500cc de solución fisiológica en 24hs;

Entonces el goteo a pasar es de

$$\text{Microgotas} = \frac{500}{24\text{hs}} = 21$$

Es decir si tengo 500cc a pasar en 24hs con perfus micro gotero la solución debe gotearse a 21 micro gotas.

Si tengo perfus macro gotero, divido las N° micro gotas en 3

$$\text{Macrogotas} = \frac{21 \text{ microgotas}}{3} = 7 \text{ gotas}$$

Es decir si tengo 500cc a pasar en 24hs con perfus macro gotero la solución debe gotearse a 7 gotas.

II. Para calcular el Tiempo de paso de una solución de venoclisis, utilizamos la siguiente formula.

$$\text{Tiempo a pasar solución indicada} = \frac{\text{VOLUMEN TOTAL A PASAR}}{\text{GOTEO INDICADO}}$$

EJEMPLOS:

2. Si la indicación es; Administre 500cc de solución fisiológica a 25 micro gotas por minuto;

Entonces el tiempo a pasar este frasco de 500 cc es de

$$\text{tiempo} = \frac{500\text{cc de solución a pasar}}{25 \text{ microgotas}} = 20 \text{ hs}$$

Pero sí, la indicación es; Administre 500cc de solución fisiológica a 25 macro gotas por minuto.

1° multiplico N° macro gotas por 3

$$\text{Microgotas} = 25 \text{ macrogotas} \times 3 = 75 \text{ microgotas}$$

2° saco

$$\text{Tiempo a pasar de solución indicada} = \frac{500\text{CC}}{75\text{microgotas}} = 6,6 \text{ hs}$$

Es decir un frasco de 500cc a 75 micro gotas me durará aproximadamente 6hs y media.

Alimentación por sonda naso gástrica:

Observaciones:

- Solo se trabaja con macro gotero porque el micro gotero se obstruye con la solución a pasar.
- El tiempo debe programarse teniendo en cuenta el tiempo entre cada una de las alimentaciones dejando un tiempo para reposo gástrico que no debe ser menor a 1- 2 hs entre alimento y alimento.
- Algunas fórmulas comerciales vienen para administrarse en forma continua durante 24 hs sin reposo gástrico, si pasada las 24hs la fórmula no terminó de pasar por error de cálculo o regulación de goteo, la misma debe ser desecharse aunque este casi llena, y reemplazársela por una nueva, porque se considera que esa fórmula ya está contaminada y solo generará diarrea.
- Para el cálculo se aplica misma fórmula que el goteo de soluciones para venoclisis.

BIOSEGURIDAD

NORMA 3-4: El Personal de Enfermería utilizará rutinariamente los métodos de barrera apropiados cuando deban intervenir en maniobras que los pongan en contacto directo con la sangre o los fluidos corporales de los pacientes. Estas precauciones deben ser aplicadas en forma universal y en relación con todo tipo de pacientes.

Bioseguridad se define como la aplicación de conocimientos, técnicas y equipamientos para prevenir a personas, laboratorios, áreas hospitalarias y medio ambiente de la exposición a agentes potencialmente infecciosos o considerados de riesgo biológico. Son todas las medidas preventivas destinadas a disminuir el riesgo ocupacional de exposición a diversas enfermedades infecciosas. La falta de precaución por parte del personal en el contacto con pacientes, materiales biológicos, residuos, etc., lo exponen continuamente a sufrir un accidente laboral.

La implementación de los programas de bioseguridad en los organismos de salud surgió en el Centro de Control de Enfermedades (C.D.C.) de Atlanta (USA), en 1987, porque expertos estaban preocupados en desarrollar guías para prevenir el V.I.H. entre el personal de salud, es así como establecen las normas o precauciones universales destinadas a proteger a toda persona que está en riesgo de infectarse con sustancias contaminadas con sangre del paciente portador de V.I.H. virus de la Hepati-tis B, virus de la Hepatitis C, entre otros.

Riesgo ocupacional

Referente al peligro al que está expuesto un trabajador en su medio laboral. Apunta a adoptar un conjunto de medidas, normas y procedimientos destinados a controlar y minimizar el riesgo biológico en el personal de la salud.

Riesgo biológico

Es aquel en donde el agente capaz de producir el daño es un ser vivo (bacteria, virus, etc) quedando claro que el riesgo cero no existe.

Personal de Salud

Todo individuo cuyas actividades involucren contacto con sangre, tejidos u otros fluidos corporales de pacientes, en los distintos niveles de atención.

Principios de Bioseguridad

- **Universalidad:** Las medidas involucran a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer su serología o no. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente.
- **Uso de barreras:** Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. La utilización de barreras (Ej. Guantes) no evitan los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las consecuencias de dicho accidente.
- **Medios de eliminación de material contaminado:** Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo.

PRECAUCIONES ESTÁNDARES

1. **Higiene de manos:** Es una medida simple que se la realiza entre contactos con los pacientes y después del contacto con sangre y fluidos corporales y equipos o artículos contaminados con ellos. Es la más importante para prevenir la transmisión de microorganismos entre una persona y otra y entre dos sitios diferente de un mismo paciente
2. **Guantes:** Se recomiendan en procedimientos donde haya contacto con sangre y fluidos corporales. Proveen una barrera eficaz y reducen la contaminación de las manos cuando se tocan sangre o fluidos corporales, membranas mucosas o piel no intacta y elementos contaminados. Lavarse las manos antes de colocárselos y después de sacárselos. Entre pacientes, deberán cambiárselos.
3. **Protectores oculares, barbijos y protección facial:** Se usan para proteger las membranas mucosas de ojos, nariz y boca durante procedimientos que puedan generar salpicaduras de sangre y fluidos corporales. El barbijo debe ser descartable, de triple capa, triple tableado y resistente a los líquidos, cubrir boca y nariz, tener ajuste adecuado. Para la sujeción, se atan las tiras superiores por encima de la cabeza y las tiras inferiores por detrás de la nuca, para evitar la formación de pliegues a los costados de la cara y el potencial ingreso de fluidos corporales. Los barbijos son descartables, por lo tanto no deben ser trasladados en el bolsillo ni en el cuello.
4. **Camisolines:** Especialmente indicado en procedimientos quirúrgicos. En las áreas de internación, se recomiendan en procedimientos donde haya posibilidades de derrames o salpicaduras de sangre y fluidos corporales. Los camisolines descartables se desechan después de usados como residuo patológico en bolsas de plástico rojo.
5. **Equipos e instrumental biomédico:** Ningún equipo usado con un paciente debe ser reusado sin un proceso de limpieza, desinfección o esterilización según corresponda. En el Servicio donde los materiales fueron usados se debe realizar el pre-lavado sumergiéndolo en detergente enzimático durante 15 minutos, luego enjuagarlos y trasladarlos húmedos al Servicio de Esterilización. Este procedimiento se realiza con guantes, antiparras y camisolín.
6. **Cuidados del medio ambiente:** Todo elemento en contacto con el paciente y/o fluidos corporales debe recibir un proceso de limpieza y desinfección. El procedimiento de elección es limpiar con agua y detergente, enjuagar y luego desinfectar con hipoclorito de sodio. Los pisos, paredes y todo aquello que no esté en contacto con el paciente o sus fluidos no requiere desinfección a menos que se hayan ensuciado con sangre o fluidos corporales. Ante la presencia de sangre o fluidos, el operador deberá ponerse guantes, absorber el derrame con una toalla de papel,

descartarlo en bolsa roja y proceder a la limpieza habitual (detergente, enjuague y luego desinfección). No utilizar plumeros, escobas o trapos secos, para evitar la dispersión de polvo o materia en suspensión.

7. **Descarte del material corto punzante:** Tomar las precauciones para evitar injurias por agujas, hojas de bisturí y otros elementos cortopunzantes durante la limpieza y durante el descarte. Tener en cuenta: No doblar las agujas, no encapucharlas, no romperlas, no manipular las agujas para separarlas de las jeringas. Los descartadores deben estar lo más cerca posible del lugar de uso del cortopunzante. Los descartadores deben ser de paredes rígidas, contar con aperturas para descartar agujas y mandriles o jeringas incorporadas etc. Deben tener tapa para que se puedan cerrar en forma segura y sobre todo, no llenarlos en su totalidad, sino hasta sus $\frac{3}{4}$ partes.
8. **Manejo de residuos:** Se usará bolsa roja para residuos patológicos (residuos provenientes de los servicios de internación, consultorios, guardias, hemoterapia, quirófanos, laboratorios) y bolsa negra para residuos comunes (oficinas, Los restos de vidrio (ampollas, frascos, tubos etc.) deben descartarse en cajas de cartón previa a su eliminación en las bolsas rojas. La vestimenta del personal encargado de los residuos debe ser: uniforme de trabajo, botas de goma de caña alta, guantes industriales y barbijo.
9. **Salud del personal:** Evitar fumar, beber y comer cualquier alimento en el sitio de trabajo. No tocar con las manos enguantadas, alguna parte del cuerpo ni manipular objetos diferentes a los requeridos en la labor y otras superficies. Mantener los elementos de protección personal en óptimas condiciones de aseo, en un lugar seguro y de fácil acceso. Evitar la manipulación directa de materiales contaminados si presenta lesiones exudativas o dermatitis hasta que éstas hayan desaparecido. Mantener actualizados los esquemas de vacunación. Las mujeres embarazadas que trabajen expuestas al riesgo biológico, deberán ser muy estrictas en el cumplimiento de las precauciones estándares, y cuando el caso lo amerite, reubicarlas en áreas de menor riesgo. En caso de accidentes laborales con riesgo biológico hacer la denuncia inmediata de acuerdo al algoritmo que manejen en su Institución. Los trabajadores sometidos a tratamiento con inmunosupresores no deben trabajar en áreas de riesgo biológico.

PRECAUCIONES DE CONTACTO

Para aquellas enfermedades que se transmiten por contacto directo. Así tenemos las infecciones gastrointestinales, respiratorias, de piel, herida quirúrgica o colonización con Microorganismos multirresistentes, infecciones entéricas por *Clostridium difficile*, *Shigella*, Hepatitis A, Rotavirus, E. Coli, virus Sincytial respiratorio, Parainfluenza, infecciones virales entéricas en infantes o niños pequeños. Impétigo, Herpes simplex (neonatal o mucocutáneo), Difteria (cutánea), Pediculosis, Escabiosis. Abscesos mayores (no contenidos por la curación), celulitis, úlceras por decúbito. Forunculosis estafilococcica en infantes o niños pequeños, Síndrome de la piel escaldada por estafilococo. Zoster diseminado o en huéspedes inmunocomprometidos. Conjuntivitis viral hemorrágica. Fiebres hemorrágicas (Lassa, Marburg).

- ✓ Se aplicará la separación o cohorte.
- ✓ Lavado de manos durante la atención de pacientes.
- ✓ No compartir elementos biomédicos sin previo lavado y desinfección.
- ✓ Limpieza de la Unidad y de Superficie.

PRECAUCIONES POR GOTAS

Se produce cuando las gotas generadas por una persona infectada que contienen microorganismos son expelidas a corta distancia (menos de 1 metro) y se depositan en las conjuntivas, mucosa nasal, o boca del huésped susceptible. Estas gotas se generan desde una persona fuente durante la tos, el estornudo, al hablar y aspiración de secreciones. Estas gotas no permanecen suspendidas en el aire por lo que no se requiere un manejo especial del aire y la ventilación para prevenir la transmisión por gotas.

Indicado para infecciones por meningococo, haemophilus tipo B, Coqueluche, Influenza, Adenovirus.

- ✓ Separación o cohorte de los pacientes.
- ✓ Utilizar barbijo en contacto cercano con el paciente.
- ✓ Si es necesario trasladar al paciente, este usará barbijo.
- ✓ Visitas restringidas.
- ✓ Limpieza de la Unidad y de Superficie.

PRECAUCIONES POR AIRE

Ocurre por la diseminación de núcleos de gotas generadas en la vía aérea (partículas pequeñas, de 5µm o menores) o partículas de polvo que contienen microorganismos y permanecen suspendidos por largos períodos de tiempo. Las partículas conteniendo los microorganismos infectantes pueden ser transportadas por el aire desde un paciente o al remover polvo. Los microorganismos vehiculizados así se dispersan a través de corrientes de aire y pueden ser inhalados por un huésped susceptible dentro de la misma habitación o a través de distancias mayores cuando el sistema de ventilación es compartido. En este tipo de transmisión se requieren medidas especiales de manejo del aire y la ventilación para prevenir la diseminación de microorganismos

Hay pocos microorganismos que se transmiten por esta vía: Mycobacterium tuberculosis, sarampión, y varicela.

- ✓ Habitación individual o cohorte.
- ✓ Usar barbijo de Alta Eficacia (N95) para entrar a la sala o habitación.
- ✓ Si se tuviera que trasladar al paciente, éste usará barbijo común o quirúrgico.
- ✓ Visitas restringidas.

EXPOSICIÓN OCUPACIONAL

Es toda exposición accidental que un trabajador sufra en virtud de la tarea que desempeña. Se considera exposición de riesgo a:

- Injuria percutánea
- Contacto con piel no intacta o mucosa

Se consideran materiales infectantes: Sangre, tejidos, secreciones vaginales, semen. A los líquidos: sinovial, cefalorraquídeo, pleural, pericárdico, peritoneal, amniótico.

La orina, lágrimas, saliva, sudor, vómitos y materia fecal no deben ser considerados contaminantes a menos que sean visiblemente hemorrágicos.

Las Precauciones estándares consideran infectantes a la sangre y los fluidos corporales (excepto el sudor) **de todos los pacientes**, en forma independiente de su diagnóstico y su enfermedad de base. Se aplican también para el contacto con piel no intacta y membranas mucosas.

Manejo de la exposición ocupacional

- ✓ Ante un accidente por **punción percutánea o corte** estimular el sangrado de la herida, lavar con abundante agua y jabón y curar con antiséptico disponible.
- ✓ Dependiendo del tamaño de la herida, será o no necesario cubrir con gasas estériles.
- ✓ Ante **salpicaduras en mucosas** lavar con abundante solución fisiológica o agua destilada.
- ✓ Ante salpicaduras sobre **piel no intacta**, lavar con abundante agua y realizar cura con antisépticos.
- ✓ Ante salpicaduras con sangre u otros fluidos contaminados **en piel sana**, lave la zona con agua y jabón.
- ✓ Se hará la denuncia (si el accidentado tiene ART) dentro de las 2 hs de producido el accidente, para ello deberá seguir los siguientes pasos:
 1. Solicitar en Personal de su trabajo o en Caja Popular el Formulario de Accidente Laboral por triplicado.
 2. Completar los datos y hacerlo sellar en Personal.
 3. Con fotocopia de su DNI y de su Boleta de Sueldo, presente el Formulario completo y las fotocopias en Catamarca 444 (POPULART) para su sellado.
 4. Una de las hojas queda en POPULART, otra debe entregarla en su trabajo y la tercera debe presentarla en el Centro de Microbiología Médica (Rondeau 877)

Seguimiento del trabajador con exposición ocupacional (EO)

A todo el que sufra una EO se le solicitará una serología basal por ELISA, que se repetirá a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses del accidente.

Si el personal accidentado **NO cuenta con beneficios de ART** omitir el comunicado a la Oficina de Personal, sólo comunicar inmediatamente al Servicio de Guardia Médica, Guardia Policial y al Servicio de Infectología quienes determinarán las conductas a seguir.

Al personal accidentado se realizará el estudio serológico en una muestra de sangre la que será rotulada como “muestra tiempo 0”, tomada el mismo día del accidente tratando de hacer lo mismo con el paciente fuente previa autorización del mismo. Se extraerán 5 ml., de sangre (colocar en tubo de laboratorio sin ningún agregado) y se estudiará para antiHIV, antiHVC y HbsAg (antígeno de superficie de la Hep. B y detecta la presencia del virus) y dosaje de anticuerpos de hepatitis B. (Centro Médico de Microbiología)

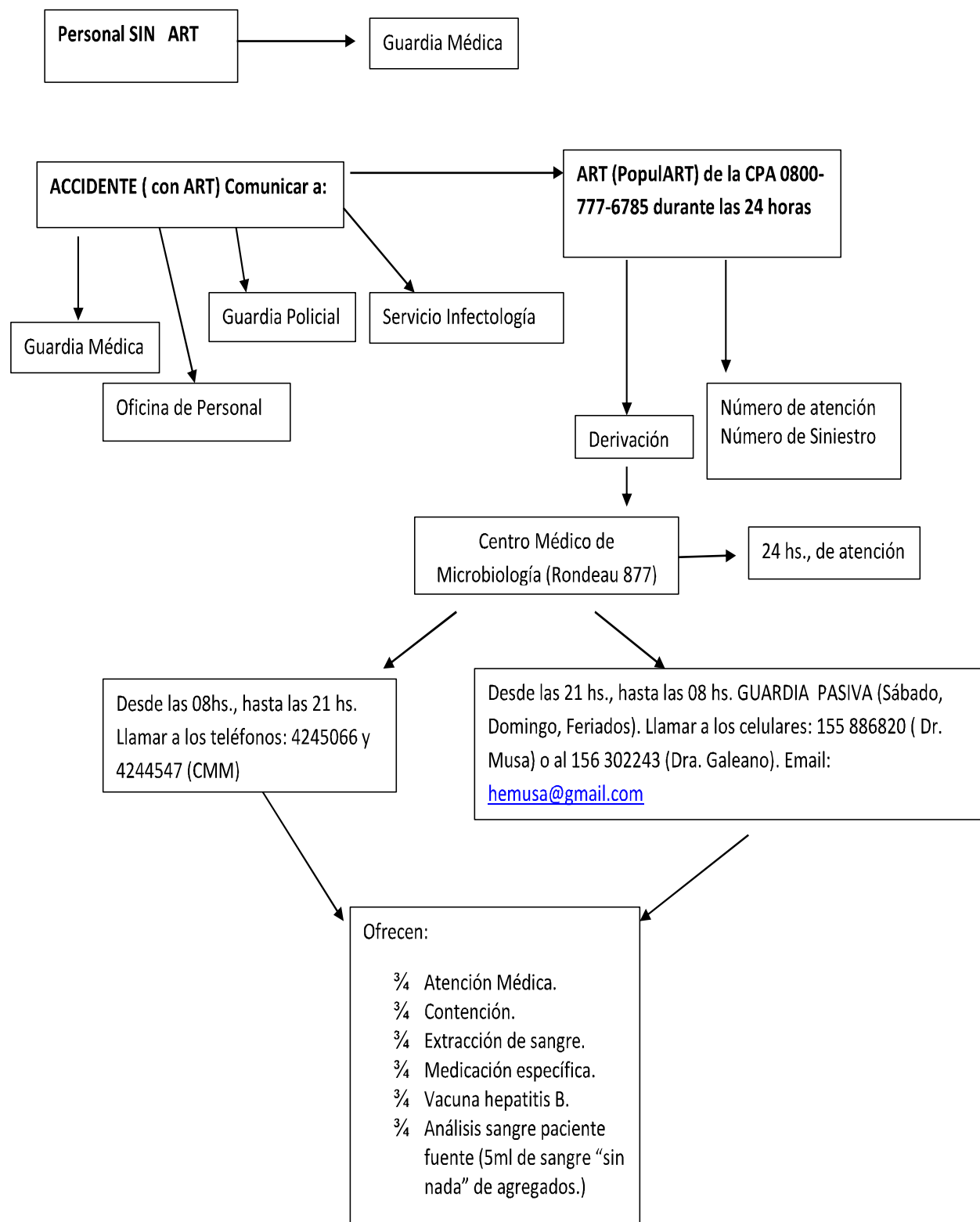
La autoridad interviniente (médico de la ART o médico infectólogo según corresponda) valorará la conveniencia de ofrecer profilaxis post exposición (PPE).

Asesoramiento

Entre las primeras 6 – 12 semanas, período en el que se espera el mayor número de seroconversión, los trabajadores expuestos deben extremar las medidas para evitar el riesgo de transmisión. Incluye no donar

sangre, el uso de protección adecuada durante el acto sexual e informar cualquier episodio febril agudo en las primeras cuatro semanas post- exposición (en especial si cursa con rash y/o linfadenopatías generalizadas). Ofrecer también apoyo psicológico.

**Algoritmo para accidentes corto- punzantes en el Personal de
Salud. Actualizado noviembre 2013**



ESTERILIZACIÓN:

Es la técnica de saneamiento cuya finalidad es la destrucción de toda forma de vida, aniquilando todos los microorganismos, tanto patógenos como no patógenos, incluidas sus formas esporuladas, altamente resistentes. La esterilización supone el nivel más alto de seguridad (y por lo tanto de letalidad, o eficacia biocida) en la destrucción de microorganismos o de sus formas de resistencia.

La esterilización de materiales puede llevarse a cabo por calor seco (Horno tipo FAETA) y por calor Húmedo o vapor (hospitalarios industriales y/o autoclave de mesa) ambos equipos requieren de un empaquetado especial con envoltorios de grado médico, que contiene una parte transparente y otra opaca. A) Papel de fibra no tejida (llamado papel Crepado): se usa en paquetes grandes. B) Papel mixto: de celulosa y plástico. C) Papel kraft: derivado de la celulosa, es un material certificado. El empaquetado se utiliza para interponer como una barrera frente a la contaminación y de esta manera poder manipularlo en condiciones de asepsia.

Esterilización por calor seco (Estufa FAETA):

El objetivo es que el aire caliente destruya por oxidación las proteínas microbianas. Es un proceso lento que necesita altas temperaturas. Utiliza indicador de proceso como cinta testigo para calor seco.

Ventajas: sencillez en las instalaciones, nula toxicidad residual, esteriliza cajas metálicas herméticas al actuar por conducción y no por penetración.

Inconvenientes: las altas temperaturas pueden llegar a deteriorar elementos articulados que tengan distintas aleaciones. Para medir el tiempo de exposición, se debe esperar hasta que la cámara alcance la temperatura programada. También puede haber zonas frías en la cámara.

Materiales a Esterilizar por calor seco Porcelana e instrumental de acero inoxidable, como equipos de curaciones, objetos de vidrio termo resistente, aceites, vaselinas y polvos.

Temperatura - Tiempo de Exposición: 170 a 180 - 60 min; 160 - 120 min; 150 - 150 min.

Esterilización por calor Húmedo: Autoclave de mesa Emplea vapor saturado para producir hidratación, coagulación e hidrólisis de las albúminas y las proteínas de las células microbianas. Utiliza indicadores de proceso como cinta testigo para autoclave de uso en cada contenedor de material hidrófilo y la validación con el tes Bowie-Dick que se realiza diariamente antes de que el autoclave empiece a esterilizar.

Materiales esterilizables: instrumental metálico, material textil, goma, látex, líquidos y plásticos termo resistentes.

Ventajas: gran eficacia, rapidez y nula toxicidad residual, costo bajo en relación con su rendimiento, proceso digital de fácil monitorización.

Inconvenientes: elevada temperatura que imposibilita la utilización de material termo sensible.

Material a Esterilizar en Autoclave: *Material de tela:* compresas de tela, camisolines de tela. *Material hidrófilo:* gasas, apósitos, vendas, compresas, apósitos Marino.- **Temperatura:** 134 °C - **Tiempo total de todos los ciclos:** 50 a 70 minutos

Almacenamiento: Recordar que las zonas de depósito o almacenamiento de productos médicos esterilizados como también las zonas de depósito de materias primas (piezas de gasas) o insumos, se evita la incidencia directa de la luz solar sobre dichos elementos y la presencia de humedad condensante. Todo material estéril debe ser almacenado en vitrinas o alacenas cerradas. Pasada 48hs en estas condiciones, el material deberá ser re- esterilizado.

Registros de Procesos de Esterilización: Llevar un registro por separado de cada método de esterilización empleado en el que se detalle:- Fecha.- Número de ciclos (vacío, vapor y aireación) - Tipo de ciclo y parámetros.- Material que se procesa.- Hora de inicio y finalización del proceso.- Nombre del operador.- Equipo utilizado (si hay más de uno indicar el número).- Resultado de los controles realizados.- Observaciones.

Bibliografía: Manual de Desinfección y Esterilización. S, Acosta Gnass. S. Valeska Andrade. OPS, 2008. Resolución 102/2008 Directrices de Organización y Funcionamiento de Centrales de Esterilización y Procesamientos de Productos Médicos en los Establecimientos de salud Públicos y Privados.



Enfermería en Pediatría



ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

NORMA 4: todo niño de 0 a 6 años con controles programados debe realizarse un control mensual de enfermería. Las acciones a desarrollar consistirán en la captación precoz del niño, control periódico e integral del niño sano, enfermo y desnutrido.

Simbología a Utilizar

Los símbolos que a continuación se detallan estarán incluidos en cada ficha con la finalidad de orientarlo a su accionar de enfermería:



De MUCHO PELIGRO: la enfermedad es muy grave y el niño puede **morir**.
Derive inmediatamente.



De PELIGRO: la enfermedad es peligrosa y el niño puede empeorar. Se hace atención de urgencia y se evalúa la evolución. Si no mejora se deriva.



De POCO PELIGRO: la enfermedad no es grave y se puede tratar en el hogar.



CUIDADOS EN EL HOGAR: explique y muestre como se debe realizar el cuidado del niño.



NORMAS DE ATENCION DE ENFERMERIA: se refiere a la guía de atención que usted debe realizar.



FICHA 1



SIGNOS GENERALES DE PELIGRO EN NIÑOS DE HASTA 5 AÑOS

Evalúe los signos

Interrogatorio previo: Preguntar bajo que circunstancias el niño se enfermó.

Dificultad para alimentarse: Se alimenta poco o rechaza el alimento o el pecho. Vomita lo que toma.

Nivel de la conciencia: tendencia al sueño, difícil de despertar o no despierta, no sonríe, facie ansioso o

no alerta. Convulsiones.

Calidad del llanto: llanto débil, con quejido o inconsolable.

Hidratación: Piel pastosa o signo del pliegue. Mucosas secas, ojos sin brillo o hundidos.

Coloración de la piel: palidez de extremidades o generalizada, cianosis moteada o generalizada. Petequias o erupciones.

Patrón respiratorio: Estridor grave, tiraje universal, respiración paradojal (incardinada). Frecuencia Respiratoria mayor de 60 x min, apneas o falla respiratoria.

Patrón cardiovascular: frecuencia cardíaca mayor de 140 x min o menor de 60 x min con mala perfusión de extremidades y pulso débil.

Temperatura corporal: Fiebre persistente mayor de 38°C, hipotermia T° menos de 36 °C. (mayor relevancia en menor de 30 días).

Respiración rápida: 60 o más respiraciones por minuto.

Tiraje: se hunde el tórax debajo de las costillas y se notan cuando inspira.

Decida qué hacer

Clasificar como: La presencia de cualquiera de estos signos permite clasificar como Enfermedad grave

Tratamiento: Inicio medida de sostén: tratar la fiebre, hidratar, oxigenar, tratar vómito, Tratar dolor. RCP. Referir urgente al Hospital: solicitar ambulancia de complejidad.

Referencia: Red de Derivación –Referencia para Patologías Neonatales y Traslado Neonatal. Patologías Pediátricas llamar al 107. Red de derivación para patologías respiratorias.



FICHA 2



EL NIÑO CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Valoración del estado de gravedad del SBO

Escala de "TAL" modificada en menores de 2 años

P U N T O S	Frec. respiratoria		Sibilancias	Cianosis	Retracciones
	≤ 6 m.	> 6 m.			
0	≤ 40	≤ 30	No (*)	No	No
1	41 - 55	31 - 45	Fin de la espiración con estetoscopio	Perioral con el llanto	(+) Subcostal
2	56 - 70	46 - 60	Inspiratorio y espiratorio con estetoscopio	Perioral en reposo	(++) Subcostal e Intercostal
3	> 70	> 60	Audibles sin estetoscopio	Generalizada en reposo	(+++) Universal

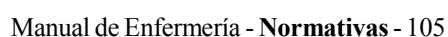
(*) si no hay sibilancia por insuficiente entrada de aire debe anotarse 3 puntos.

Diagrama de decisiones para SBO en niños/as menores de 45 días



Derivación con red
de traslado neonatal

Fuente: División Salud Respiratoria Tucumán



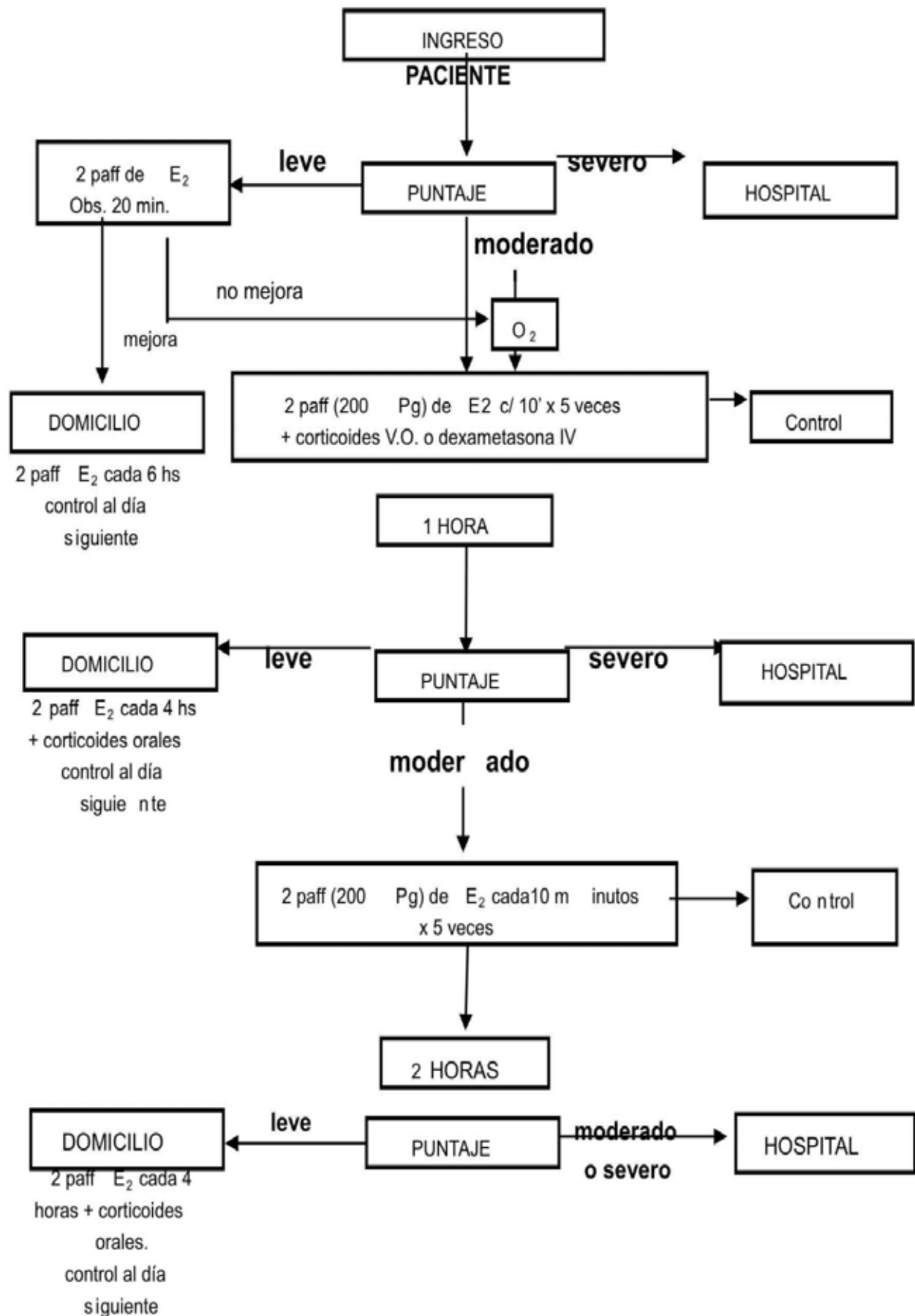
PUNTAJE DE GRAVEDAD DE S.B.O. PARA NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS

VARIABLE	LEVE	MODERADO	SEVERO
FRECUENCIA RESPIRATORIA			
2 - 3 AÑOS	- 34 x´	35 a 39 x´	+ 40 x´
4 - 5 AÑOS	- 30 x´	31 a 35 x´	+ 36 x´
6 - 12 AÑOS	- 26 x´	27 a 30 x´	+ 31 x´
> 12 AÑOS	- 23 x´	24 a 27 x´	+ 28 x´
SATURACION DE OXIGENO	+ 95% (con aire ambiental)	90 - 95% (con aire ambiental)	- 90 % - (con aire ambiental u oxígeno suplementario)
AUSCULTACION	Respiración normal o sibilancia al final de la espiración.	Sibilancias espiratorias	Sibilancias inspiratorias y espiratorias. Ruidos respiratorios disminuidos o ambos.
TIRAJE	Ausente o intercostal	Intercostal y subesternal	Intercostal, subesternal y supraclavicular.
DISNEA	Habla en oraciones o arrullos y balbuceos.	Habla en oraciones parciales o en pequeños gritos.	Habla en palabras simples o en pequeñas frases o gruñidos.

Con la evaluación de uno de los parámetros se puede categorizar



**FLUJOGRAMA DE DECISIÓN TERAPEÚTICA PARA EL SÍNDROME BRONQUIAL
OBSTRUCTIVO(SBO) EN NIÑOS MAYORES DE 2 A 5 AÑOS**



Uso del espaciador

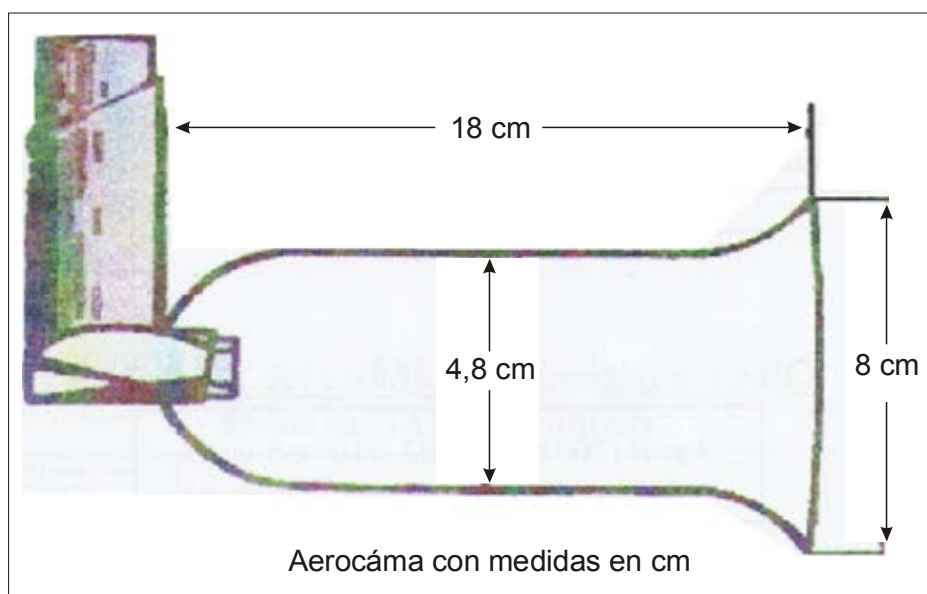


Instrucciones para el tratamiento

Indicaciones para la administración de medicamento en aerosol presurizado en dosis medida, con espaciador.

- Agitar el aerosol 1 minuto, retirar la tapa y colocarlo invertido en el orificio posterior del espaciador.
- Espaciador horizontal y aerosol vertical invertido.
- Niño sentado hacia adelante; solo, en el regazo de la madre.
- Niño quieto, no sujetarlo.
- Si lucha, la madre o el familiar le sujeta con mano derecha la frente y con el brazo izquierdo los brazos del niño cruzados delante del cuerpo.
- Personal de Equipo de Salud:
 - ✓ Mano derecha: espaciador.
 - ✓ Mano izquierda: por debajo del mentón del niño sujeta las mejillas y fija la máscara.
- Presionar el aerosol.
- Esperar 10 segundos (cuente hasta diez). Retirar la Aerocámara.
- Al minuto, repetir el puff con igual técnica, a partir del primer punto.
- Enseñar al familiar la técnica correcta y el reconocimiento de Signos de Alarma y Cuidados del niño.

AEROSOL MÁS ESPACIADOR



Lavado del espaciador: se lava con agua y detergente, sin enjuagar, se lo deja escurrir hasta secar.

Observaciones: recordar que al usar el espaciador sus paredes deben permanecer totalmente secas.

Medidas y Conductas para prevenir las IRA

Conductas y medidas preventivas

Control de salud.

Vacunas.

Lactancia materna.

Seguimiento del recién nacido a través de visitas domiciliarias.

Lavado frecuente de manos.



Medidas preventivas para el hogar:

Protección de vivienda (higiene).

Calefacción (braseros no).

Evitar contaminación ambiental.

Animales fuera del hogar.

Ambientes libres de humo de cigarrillo.

Lavado frecuente de manos.



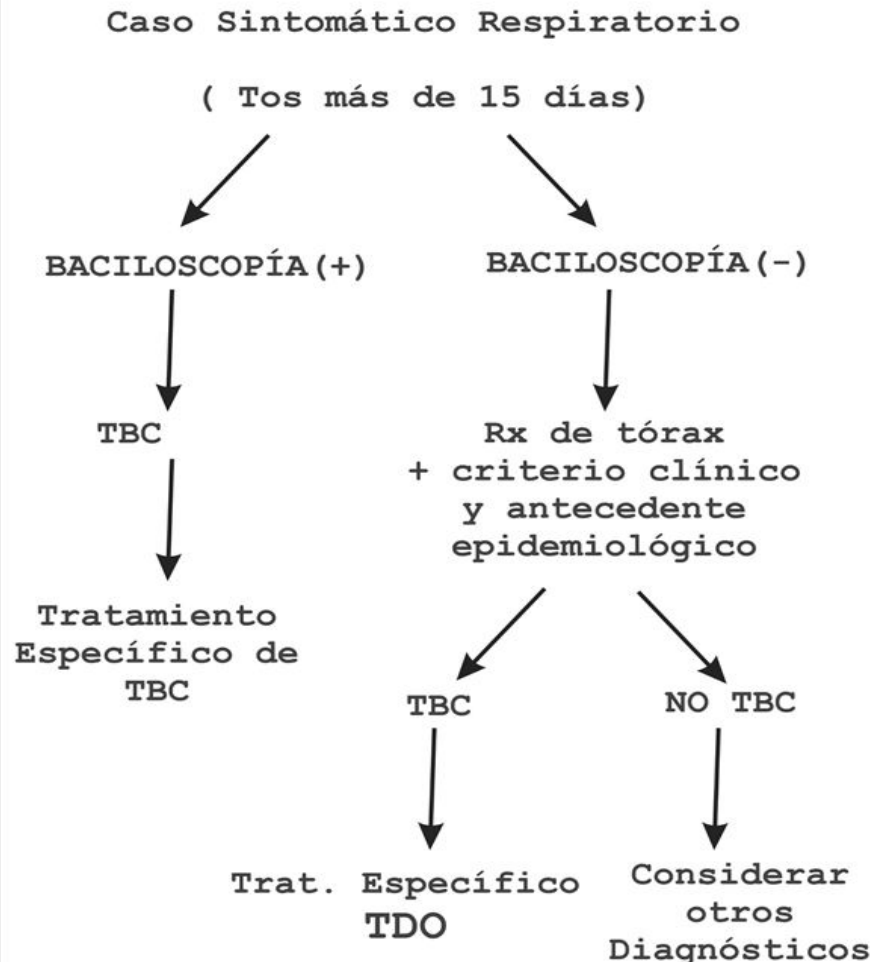
TUBERCULOSIS



SI USTED TRABAJA COMO PERSONAL DE SALUD RECUERDE:

- PIENSE EN TUBERCULOSIS, si una persona tiene tos y expectoración por más de quince días.
- Pida un examen de esputo (dos muestras) a toda persona que tengan tos o expectoración durante quince días. Envíe a laboratorio para una baciloscopía.
- Si se confirma una tuberculosis inicie el tratamiento al enfermo y coordine con él para SUPERVISAR la toma de los medicamentos (TDO).
- Evalúe el estado de salud de TODOS LOS CONTACTOS CERCANOS del enfermo. Puede que alguno de ellos tenga síntomas de tuberculosis.
- Si algunos de los contactos estudiados tiene tos y expectoración, pida la baciloscopía para descartar o confirmar tuberculosis.
- Si se confirma el diagnóstico iniciar el tratamiento específico en forma inmediata.
- Informe al enfermo sobre la importancia del cumplimiento regular del tratamiento hasta su finalización; brinde apoyo para que no abandone al sentirse mejor.
- Controle periódicamente la evolución del tratamiento del enfermo. Al pasar de 1ª a 2ª fase y al finalizar el tratamiento pida Baciloscopia de control.
- Notifique el caso al referente local del Programa de Control de Tuberculosis.

FLUXOGRAMA DE SOSPECHA DE TBC



PROBLEMAS DE OÍDO

Evalúe los signos

- **Dolor.**
- **Fiebre.**
- **Supuración.**

Preguntar:

¿Tiene dolor de oídos el niño? (el dolor puede significar qué hay infección).
¿Está supurando el oído del niño?.
¿Desde cuándo?.....días.
¿Este es el único episodio en los 4 últimos meses?.

Observe:

Si drena secreción purulenta por oído.

Palpe:

Detrás de la oreja para constatar inflamación sensible.

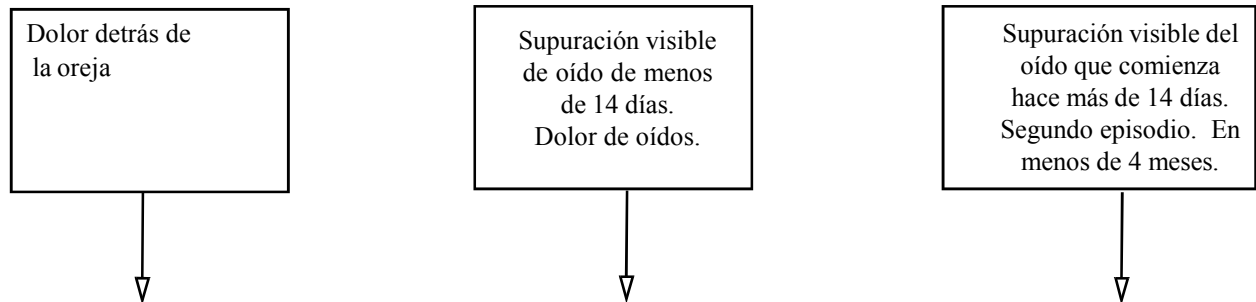
Decida que hacer

- Calmar el dolor (administración de analgésico según prescripción médica).
- Bajar la temperatura (a través de medios físicos: paños húmedos y/o administración de antitérmico según prescripción médica).
- Realizar higiene del oído según técnica correcta.
- Control de evolución del cuadro clínico.
- Enseñanza a la madre sobre técnica de higiene del oído.

Los problemas de oído son muy frecuentes en los niños. Aunque en algunos casos no son graves, causan incapacidades y molestias. Además, son la principal causa de sordera y ésta puede llevar a problemas de aprendizaje. Por esto, es muy importante determinar si existe o no este problema.

LOS PROBLEMAS DE OÍDO SE CLASIFICAN EN

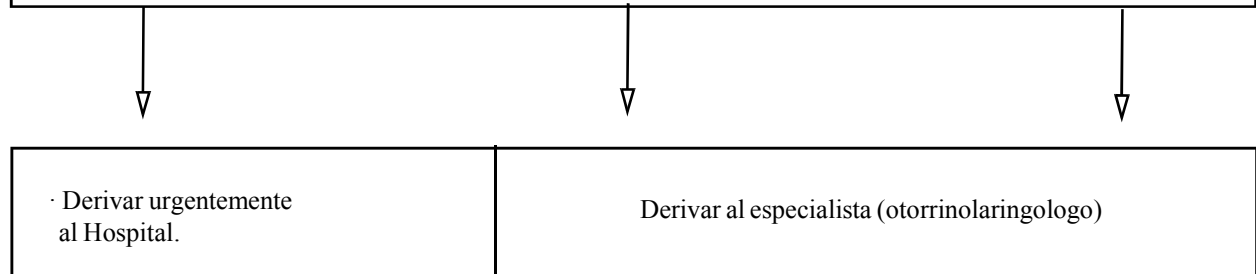
Signos



Patologías



Decida que hacer



Informe y Registre la Actividad

Cuidados en el hogar

Enseñe a la mamá:



- No introducir hisopos en los oídos.
- No automedicar con gotas o alcohol.
- No cartuchos de papel.

PROBLEMAS DE GARGANTA

Evalúe los signos

- Dolor.
- Fiebre.
- Disfagia.
- Pus
- Tamaño de ganglio.

Decida que hacer

Preguntar:

- ¿Puede beber el niño?.
- ¿Tiene dolor de garganta?.

Observe:

- Si hay dificultad para tragar (disfagia).
- Constate si esta con síndrome febril.

Palpe:

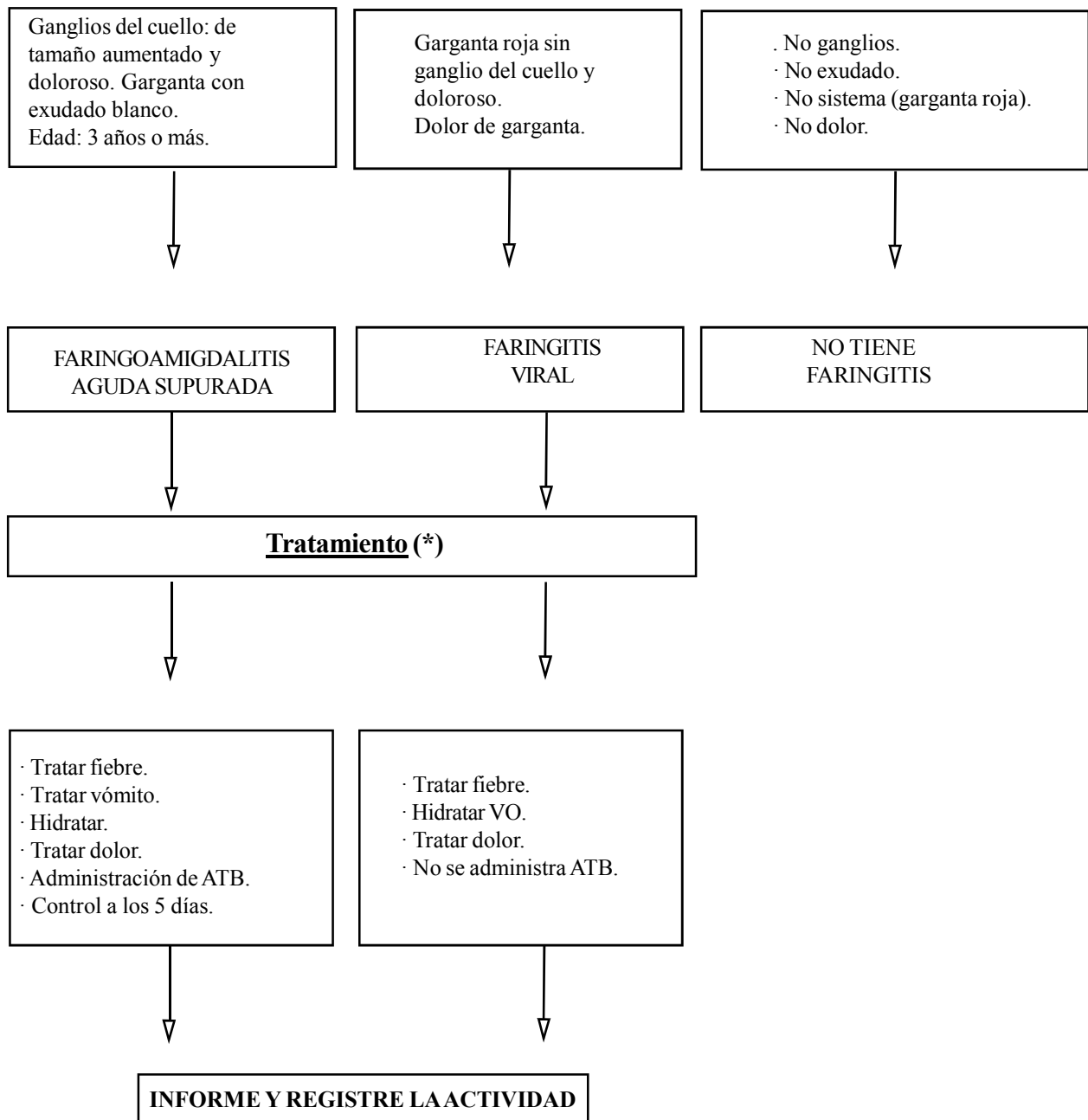
- Los ganglios que están en la parte delantera del cuello constatando si están aumentadas de tamaño.

Muchos cuadros de resfrío o gripe pueden darse acompañados con dolor de garganta al tragar.

Es necesario, cuando las mamás refieren ese signo en sus hijos, descartar que además del dolor aparezca pus en las amígdalas o en la garganta.

CUALES SON Y COMO SE PRESENTAN LOS SIGNOS

Signos



Consulta de seguimiento

- Mejora....Trate en el Hogar
- No mejora - empeora (evalúe signos de peligro en general)....Derive Hospital

(*) Solo realizarlo con la indicación médica por escrito

Los padres de estos niños con tos, estornudos, resfrío o fiebre recibirán las instrucciones para el tratamiento en el hogar y se les informará sobre los signos de alarma ante los cuáles deben concurrir con urgencia a un Servicio de Salud.

Cuidados en el hogar /



- Pregunte a la mamá que ha hecho para aliviar y cuidar al niño.
- Explique a la mamá la indicación dada por el médico.

Para evitar la tos y el dolor de garganta puede aconsejar:

Para el niño pequeño:

- Continuar amamantando al niño.



- **Evite:** jarabes para la tos o remedios para el resfrío o gotas nasales.

- **Si los mocos no lo dejan respirar ni comer, destape su nariz con solución fisiológica.**

- **En todas las edades, los niños deben tomar más líquidos, pecho, leche, jugos o agua: recomiende que se aumente la oferta.**

Repase con la mamá y el papá todas las indicaciones y anote en un papel lo que tienen que hacer; léanlo juntos y luego pídales que lo lean solos. Si fuera necesario, aclare las recomendaciones con dibujos.

3

FICHA 3

ENFERMEDADES DIARREICAS (E.D)

Diarrea aguda: La sociedad Argentina de pediatría, define como el cuadro en el que aumentan la frecuencia, fluidez y/ o volumen de las deposiciones, con pérdida variable de agua y electrolitos cuya duración es menor de 14 días. La OMS define la diarrea acuosa en menores de 2 años como la eliminación de heces semilíquidas en número de 3 a más en 12 hs, o una sola deposición asociada a la presencia de moco, pus, o sangre.

Gérmenes frecuentes son:

- * Rotavirus: frecuentes en meses fríos.
- * Escherichia coli enterotoxigénica.
- * Escherichia coli entero patógena.
- * Campylobacter yeyuni y shigella.

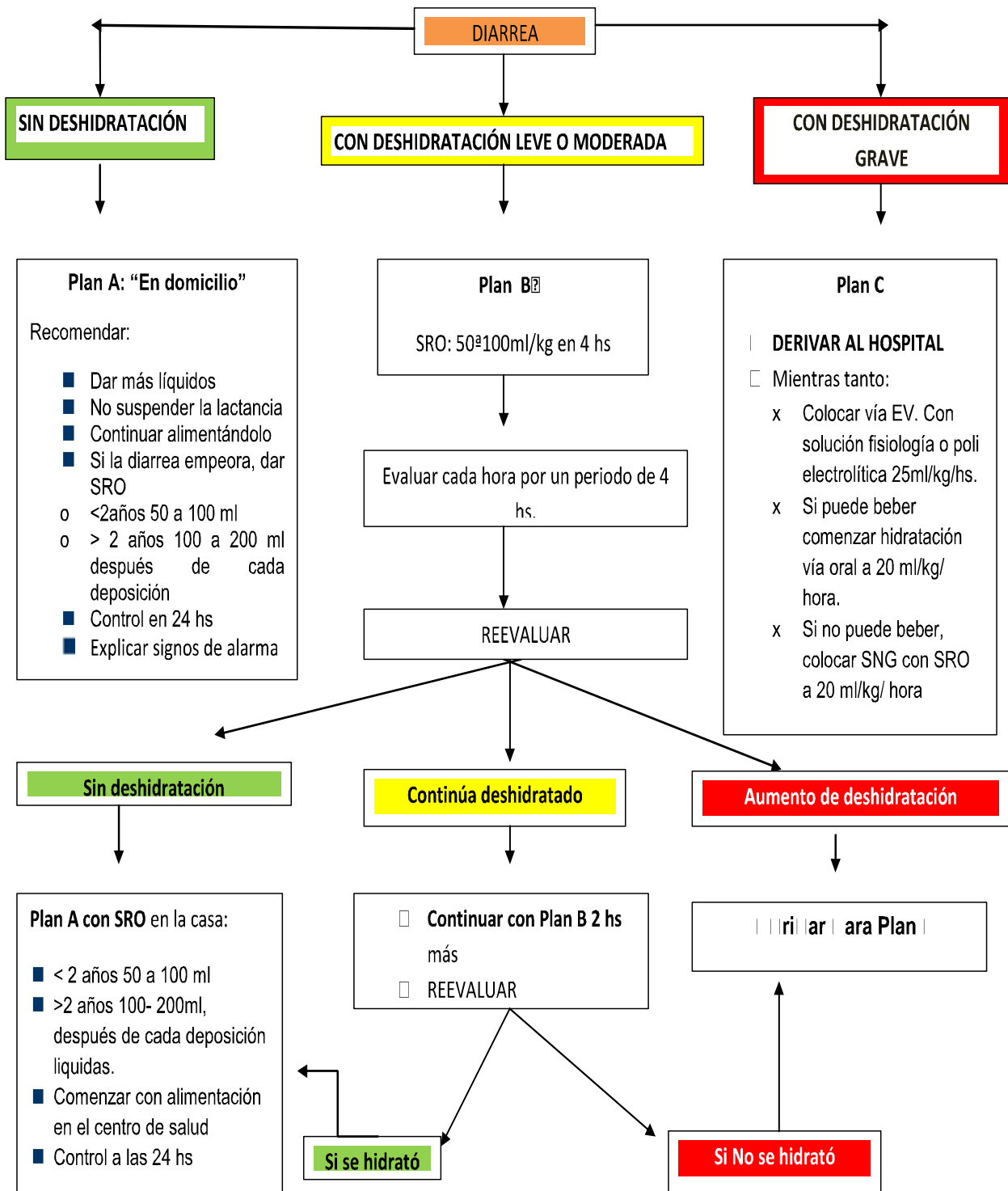


**Frecuentes en
meses cálidos**

Como evaluar hidratación de un paciente con Diarrea

	A	B	C	
1. PREGUNTE POR Sed Orina	Normal Normal	Más de lo normal Poca cantidad, oscura	Excesiva No orinó durante 6 horas	
2. OBSERVE Aspecto Ojos Boca y lengua Respiración	Alerta. Normales. Húmedas. Normal.	Irritado o decaído. Hundidos. Secas. Más rápida de lo normal.	Deprimido o comatoso. * Muy hundidos, llora sin lágrimas. Muy secas, sin saliva. Muy rápida y profunda.	
3. EXPLORE Elasticidad de la piel Fontanela Pulso Llenado capilar	El pliegue se deshace con rapidez. Normal. Normal. Menor de 2 seg.	El pliegue se deshace con lentitud. Hundida –se palpa. Más rápido de lo normal. De 3 a 5 segundos	El pliegue se deshace muy lentamente: más de 2 segundos. Muy hundida –se palpa y se observa.* Muy rápido, fino o no se palpa. Mayor de 5 segundos.*	
4. DECIDA	No tiene Deshidratación.	Si tiene dos o más síntomas o signos, tiene deshidratación.	Si tiene dos o más de estos síntomas o signos: tiene deshidratación grave. Si tiene uno o más de los signos marcados con * tiene deshidratación grave con shock hipovolémico.	
5. TRATAMIENTO	Aplique Plan A para prevenir la deshidratación.	Aplique Plan B para tratar la deshidratación.	Plan C Si el niño puede beber y no hay shock, comen zar por Vía Oral o por SNG.	Plan C Comenzar EV: Si hay shock Si hay vómitos incoercibles (abundantes o más de 4 en una hora) hay íleo convulsiones.

Flujograma de decisión terapéutica



2. Diarrea con sangre

Provocada por microorganismos entero invasivos. A menudo provoca un mayor compromiso del estado general.

Requiere un seguimiento más cuidadoso del estado clínico:

- ✓ Controlar cada 24 horas, para la pesquisa precoz de complicaciones.
- ✓ No está indicado el tratamiento antibiótico en pacientes ambulatorios.
- ✓ Si presenta un cuadro de compromiso del estado general o disentería grave (fiebre elevada, mal estado general), derivar al Hospital.

- ✓ Si se acompaña de palidez, oligo anuria, HTA y plaquetopenia.
- ✓ Tomar muestra para coprocultivo.

3. SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)

El SUH es una enfermedad que afecta principalmente a los niños menores de 5 años y puede comenzar con una diarrea leve acuosa, que luego se hace sanguinolenta. Los niños pueden presentar además palidez, irritabilidad, vómitos, edema, HTA, plaquetopenia, convulsiones y orinar poco.

En nuestro país es una enfermedad endémica, transmitida principalmente por alimentos contaminados por una bacteria llamada *Escherichia coli* entero hemorrágica. Se presenta durante todo el año, sobre todo en los meses cálidos.

RECORDAR:

- ✓ Esta enfermedad es la primera causa de insuficiencia renal aguda en menores de 5 años. Puede causar la muerte o dejar secuelas para toda la vida, como insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial y alteraciones neurológicas.
- ✓ Existen alrededor de 400 nuevos casos por año.
- ✓ Argentina es el país de mayor incidencia en el mundo. En la etapa aguda, la mortalidad es de 2-4% de los niños afectados.

Vías de transmisión:

- I. Carne mal cocida y jugo de carne cruda.
- II. Leche y jugos envasados no pasteurizados.
- III. Aguas contaminadas.
- IV. Contacto directo con animales de campo.
- V. Manos, superficies y utensilios contaminados y mal higienizados.

SRO:

La terapia de rehidratación oral (TRO) consiste en la reposición por vía oral de los líquidos que se pierden durante los episodios de diarrea, a fin de prevenir o tratar la deshidratación. Las sales de rehidratación oral (SRO), han reducido la mortalidad por esta enfermedad y son eficaces para prevenir y tratar la deshidratación por diarrea.

Pero;

¿Qué son las SRO?

Las SRO (sales de rehidratación oral) son una combinación especial de sales que, cuando se mezclan apropiadamente con agua segura, ayudan a rehidratar el cuerpo cuando se han perdido grandes cantidades de fluidos debido a la diarrea.

¿Dónde se pueden obtener las SRO?

En la mayoría de los países, los sobres de SRO se pueden obtener en los centros sanitarios, farmacias, mercados y tiendas.

Preparación de las SRO:

1. Ponga el contenido de un sobre de SRO en un recipiente limpio. Lea las instrucciones en el sobre y vierta la cantidad correcta de agua limpia. Muy poca agua puede agravar la diarrea.
2. Mezcle las sales con agua solamente. No disuelva las SRO en leche, sopa, jugo de fruta o una bebida refrescante. No añada azúcar.
3. Agite la mezcla bien y désela al niño con una taza limpia. No use una botella.

¿Cuál es la cantidad de SRO que debe administrarse?

- Procure que el niño beba la mayor cantidad posible.
- Un niño menor de dos años necesita por lo menos beber de una cuarta parte a la mitad de una taza grande de solución SRO después de cada deposición acuosa.
- Un niño mayor de dos años necesita por lo menos beber la mitad de una taza grande o toda la taza de solución SRO después de cada deposición acuosa.

Cuidados en el hogar :

1. Consumir sólo agua segura. Si no se cuenta con agua de red, colocar 2 gotas de lavandina por cada litro de agua o hervirla durante 3 minutos, tanto sea agua para beber, lavarse las manos o los dientes, cocinar o lavar las verduras y frutas.
2. Lavarse cuidadosamente las manos con agua y jabón, después de ir al baño, de cambiarle los pañales al bebé, y antes de comer o manejar los alimentos.
3. Lavar frutas y verduras con agua segura. Si se van a consumir crudas, dejarlas en un recipiente en agua con un chorrito de lavandina durante 10 minutos y luego enjuagarlas muy bien con agua segura.
4. Consumir únicamente alimentos bien cocidos o fritos, preparados higiénicamente. No consumir pescados o mariscos crudos, ni alimentos elaborados en la vía pública.
5. Mantener los alimentos bien tapados y refrigerados, ya que los microorganismos pueden ser transportados por insectos o por el polvo, y se multiplican con rapidez, especialmente en épocas de calor.
6. Alimentar al niño con leche materna durante los primeros 6 meses de vida. Entre las múltiples ventajas de la leche materna está la de proporcionar defensas contra las infecciones gastrointestinales.
7. Lavar adecuadamente las mamaderas. Éstas constituyen un excelente medio de cultivo para las bacterias causantes de la diarrea, por lo que es importante desechar todo resto de alimento que quede en ellas, lavarlas cuidadosamente con agua segura y jabón o detergente. También es recomendable esterilizarlas periódicamente, hirviéndolas durante unos 5 minutos en un recipiente con abundante agua.
8. Utilizar baños, letrinas o cualquier otro medio que garantice el aislamiento de las excretas.
9. Informar sobre los signos de alarma y cuando volver: debe volver a control a las 24 hs. Sin embargo si presenta alguno de los siguientes signos antes del control, debe ir con urgencia al efector más cercano: no es capaz de beber o tomar el pecho, empeora el estado general (está decaído, rechaza los alimentos), aumenta la diarrea, tiene fiebre, no orina, tiene sangre en las heces, tiene vomitos persistentes.

**Por lo general, la diarrea se cura en tres o cuatro días.
Si se prolonga más de una semana, es necesario consultar a un
agente capacitado de la salud.**

SINDROME FEBRIL**Evalúe los signos**

- Mal estado general.
- Fijación de la mirada.
- Quejido.
- Manchas en la piel (petequias).
- Rigidéz de la nuca.
- Abombamiento de la fontanela (en menores de un año).

En menores de 2 meses:

- Ataques convulsivos.
- Sarpullidos y manchas moradas.
- Somnolencia y difícil de despertar (letárgico).

En menores de tres meses:

- Letárgico, somnoliento y difícil de despertar.
- Mal comer.
- Inconsolable (lloran aunque estén en brazos).
- No quieren que los toquen.
- Agitados.

En niños de menos de 24 meses:

- Letárgico, somnolientos, difícil de despertar.
- Mal comer.
- Inconsolables.
- Irritables.
- No quieren jugar.
- Menos alertas.

Es importante derivar al Hospital más cercano, lo antes posible para evitar poner en riesgo la vida del paciente.

Decida qué hacer**Si el paciente presentara signos de alarma**

- Mantenerlo hidratado al paciente: con ingesta fraccionada de agua, dar la teta si es lactante.
- Vómitos, realizar antieméticos indicados por el médico y restaurar la ingesta de líquidos en pequeñas cantidades.
- Controlar signos vitales, con frecuencia, para establecer signos de alarma.
- Si persiste temperatura elevada y hay compromiso general, derivar inmediatamente a un centro asistencial de mayor complejidad.

Atención del paciente febril

Fiebre o pirexia: es un estado que representa la reacción del organismo ante un ataque tóxico infeccioso caracterizado por el aumento de temperatura corporal acompañado de algunos signos y síntomas.

Hipotermia: temperatura menor a 36° c.

Termómetro digital: consiste en un tubo de vidrio hueco, con una cara externa plana, graduada en escala de 35 a 42 °C y otra curva que amplía las líneas y números, facilitando su lectura. En uno de los extremos tiene un bulbo de mercurio.

Antes de tomar la temperatura al paciente, el nivel de mercurio no debe estar por encima de 35 °C.

- ✓ 36 a 37,1 Normal.
- ✓ 37,2 a 37,9 Febrícula.
- ✓ 38 a 39,6 Fiebre moderada.
- ✓ 39 o más Fiebre alta o hipertermia.

Hay diferentes tipos de termómetros estos varían en el bulbo para poder adaptarse a la zona donde se procederá a tomar la temperatura ej.: Rectal.

En el termómetro rectal el bulbo es redondeado con el fin de no dañar la mucosa intestinal y para la axila es alargado, llegando así al hueco axilar.

Tratamiento del paciente febril

Quite la ropa innecesaria.

Bañarlo con agua tibia hasta lograr bajar la temperatura.

Colocarle paños húmedos en la frente, axilas e ingle.



Sarampión

Es otra enfermedad grave que produce fiebre y puede llevar al niño a la muerte por complicaciones como neumonía grave, deshidratación grave o desnutrición grave.

El niño puede tener fiebre durante unos días sin otro signo hasta que aparece la erupción.

Que decisiones tomar ante la presencia de alguno de ellos y por qué

Coordinar con el agente sanitario para que realice una visita de seguimiento a la familia y compruebe que el niño fue asistido y que está recibiendo el tratamiento.

Cuidados en el hogar /



Pregunte a la mamá o al papá que han hecho para aliviar y cuidar al niño.
Explíqueles cuál es el mejor tratamiento para su hijo.

La fiebre alta es peligrosa para el niño. Por eso hay que bajarla.

¿Qué hacer?

Enseñe a la mamá, al papá, a otros adultos o a los hermanos mayores a colocar paños húmedos en la frente, axilas, ingle y abdomen como primera medida para bajar la fiebre.

También, si existe comodidad en la vivienda, recomendar un baño de **agua tibia**.

Si la fiebre no baja o sigue subiendo, use **antitérmico** (bajo prescripción médica) en gotas o en jarabe. Enseñe a la mamá como medir la dosis y compruebe que lo hace bien.

Recomiende que le den líquidos en abundancia, pecho, jugos, agua, leche.

Aunque el niño esté enfermo, es importante que se le ofrezcan alimentos, tratando de tentarlo con sus comidas preferidas.

Repase con la mamá y el papá todas la indicaciones y anote en un papel lo que tienen que hacer; léanlo juntos y luego pídales que lo lean solos. Si fuera necesario, aclare las recomendaciones con dibujos.

MENINGITIS

Evalúe los signos

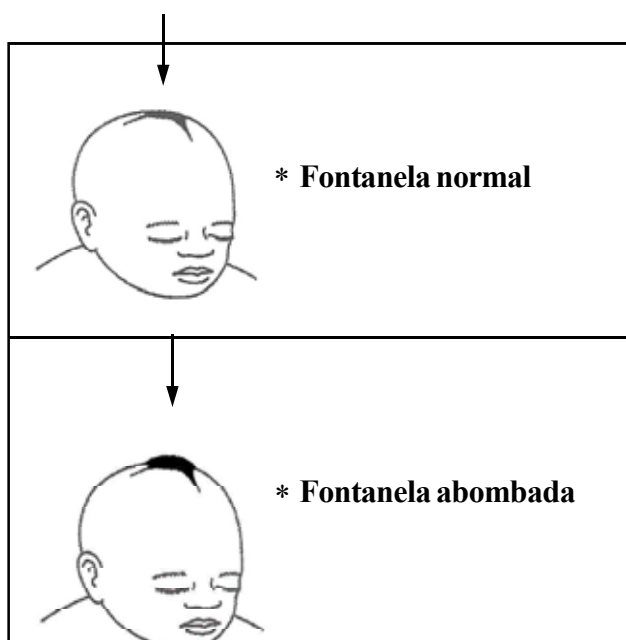
Comienzo agudo:

- Fiebre.
- Vómito.
- Letargia e irritación meníngea.
- Abombamiento en fontanelas en los lactantes.
- Rigidez de la nuca.
- Estupor progresivo o coma.

Decida qué hacer

Conducta a seguir:

- Derivar a Hospital.
- Denuncia obligatoria.
- Protección de contactos.



Medidas preventivas:

Vacunación con esquemas completos

Vigilancia para detectar algún caso en los grupos susceptibles.

Control del paciente, de los contactos y del medio ambiente.

SIGNOS DE DESNUTRICIÓN, ANEMIA Y PARASITOSIS

Evalúe los signos

- Muy bajo peso para la edad.
- Hinchazón de los pies o de todo el cuerpo.
- Palmas de las manos muy pálidas.

SÍ

- **Traslado de urgencia** del niño al Hospital de Niños o más cercano.
- Tranquile a la mamá y recomiéndele que le dé pecho durante el camino.

- Bajo peso para la edad.
- Poco activo o desganado.
- Palmas de las manos pálidas.
- Conjuntivas pálidas.
- Piel y faneras pálidas.

SÍ

- **Refiera** al niño al Hospital más cercano.
- Asegúrese de que los padres llevarán al niño al Hospital en el día.
- Visita de seguimiento a la familia: coordine con el Agente Sanitario.

- Ha bajado o no sube de peso.
- Se enferma con frecuencia.

SÍ

- **Aconseje a la madre sobre la alimentación** del niño.
- **Informe al médico sobre signos de alarma.**

Signos de Desnutrición y Anemia

¿Qué es la desnutrición?

Es un estado patológico potencialmente reversible, que se origina como resultado de una deficiente aporte de los nutrientes esenciales .

La mamá puede llevar al niño al Servicio de Salud porque tiene una enfermedad aguda, y puede estar malnutrido, o puede no tener trastornos que indiquen desnutrición. Debemos buscar signos de Desnutrición y Anemia.

El reconocimiento y tratamiento de niños desnutridos, ayuda a prevenir numerosas enfermedades graves como la Neumonía y la Diarrea, y la muerte y también las consecuencias que se relacionan con el desempeño futuro de los niños.

Los casos graves de Desnutrición deben ser derivados al Hospital, donde recibirán alimentación especial, transfusión de sangre o el tratamiento de la enfermedad que contribuye a la desnutrición.

¿Cómo clasificamos la Desnutrición?

La Desnutrición puede ser **primaria** o exógena cuando hay un déficit cualitativo o cuantitativo de nutrientes. O puede ser **secundaria** o endógena cuando el niño consume alimentos en cantidad y calidad suficientes, pero estos no pueden ser utilizados por los tejidos, para las necesidades del organismo.

También pueden considerarse cuatro formas clínicas de Desnutrición:

Desnutrición calórico-proteica:

Cuya forma más grave es el Marasmo. Afecta más a lactantes. Se desarrolla cuando el niño no obtiene de sus alimentos suficiente energía y proteínas para satisfacer sus necesidades nutricionales, o cuando por otras enfermedades, el apetito del niño disminuye y el alimento que consume no se utiliza eficientemente.

Ver pág. 48 - 52

- El niño marasmático pierde la masa muscular y el tejido graso. Sufre emaciación grave.
- Presenta retraso de crecimiento y peso demasiado bajo para su edad.
- La piel es seca y arrugada.
- La cara tiene un aspecto senil.
- El pelo es ralo, seco, fino y con zonas de pelada.
- La mucosa bucal está de color rojo.
- El abdomen es globuloso.
- Tiene poca tolerancia al alimento.
- El llanto es débil y monótono.

Desnutrición proteico-energética: cuya forma más extrema es el Kwashiorkor.

- Se presenta con frecuencia en niños mayores de 2 años.
- Los niños presentan crecimiento y desarrollo retardados.
- Presentan edemas que se hace más marcado en los pies y en las piernas.
- El peso puede ser normal por la retención de líquidos.
- La piel se presenta como descascarada, es reseca y pálida.
- El pelo es lacio, seco y rojizo, y tiende a caerse.
- Estos niños son apáticos y nunca están contentos.
- Tienen poco apetito.

Desnutrición mixta:

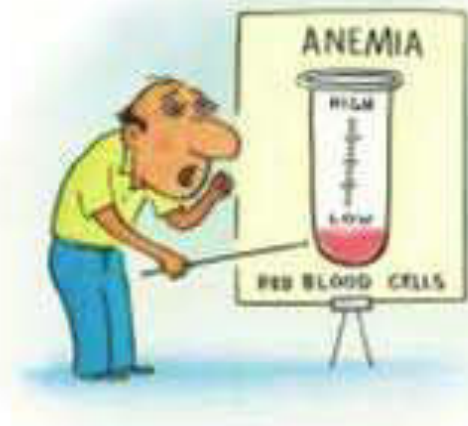
donde se combinan elementos de las formas anteriores.

¿Qué es la Anemia?

Anemia significa que el niño tiene un número reducido de glóbulos rojos en la sangre o una disminución de hemoglobina en sus glóbulos rojos. Como resultado de ello, se reduce la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre y de todos sus tejidos.
Una Anemia indica una deficiencia nutricional o un trastorno subyacente o una manifestación del mismo.

Pregunte a la madre:

· Edad del niño (lactante, escolar)
· Actitud (desgano, irritable)
· Qué come diariamente
· Si consultó últimamente por parasitosis (aparición de parásitos en materia fecal, rechinar de dientes nocturno, picazón en el ano).
· Como se porta en la escuela y si tiene actividad física.



Enseñanza:

- Minimizar el estrés del niño.
- Prevenir infecciones:
- Minimizar la necesidad de oxígeno (ejercicio físico).
- Fomentar la seguridad en el niño.
- Prevenir complicaciones.

¿Cómo evaluamos la Desnutrición y la Anemia?

Determinar si hay emaciación visible

Si es así el niño tiene marasmo. Está muy delgado, no tiene grasa (piel y hueso).

Se debe desvestir al niño y observar:

- Si hay atrofia muscular en hombros, brazos, glúteos, piernas.
- Si se ve fácilmente el contorno de las costillas.
- Si las caderas parecen más pequeñas que el tórax y el abdomen.
- Si no tiene grasa en los glúteos observándolo de perfil.
- Si hay muchos pliegues en la piel de los glúteos y los muslos.
- Si el abdomen está grande y distendido.
- Si el cabello es fino, ralo y se cae fácilmente.
- Si la piel está seca, escamosa.
- Si la cara, los pies o todo el cuerpo están edematizados.

Observar si hay palidez palmar

La palidez palmar exagerada de la piel es un signo de Anemia.

Se debe observar la piel de la palma de la mano:

- Si la piel se ve pálida, el niño tiene **palidez palmar leve**.
- Si está muy pálida o blanca, el niño tiene **palidez palmar grave**.

Observar y palpar si hay edemas en ambos pies

Un niño con edema en ambos pies puede tener Kwashiorkor. El edema se produce cuando se acumula una cantidad extraordinariamente grande de líquido en los tejidos del niño. Estos parecen hinchados o tumefactos.

Para evaluar el edema:

La hinchazón o edema en ambos pies se reconoce cuando al presionar suavemente la parte de arriba de los pies con el dedo pulgar por algunos segundos y levantar el dedo, queda la marca de éste en el pie.

Valorar el estado nutricional por peso y talla (ver pág. 48 - 52)

¿Qué decisiones tomar ante los signos y por qué?.

Si el niño tiene Anemia grave y/o Desnutrición Grave, corre riesgo de muerte por otras enfermedades:

Referir urgentemente al Hospital.

- Trasladar a la brevedad al niño con sus padres u otro familiar.
- Explique a los padres la necesidad del traslado.

Coordinar con el agente sanitario para que realice una visita de seguimiento a la familia y compruebe que el niño fue asistido y que está recibiendo el tratamiento

Repase con la mamá y el papá todas las indicaciones y anote en un papel lo que tienen que hacer; léanlo juntos y luego pídale que lo lean solos. Si fuera necesario, aclare las recomendaciones con dibujos.

Si se trata de un bebé menor de 6 meses:

Pregunte:

¿Le está dando otros líquidos además de leche materna?.

¿Cuántas veces al día y en la noche mama?.

Observe si cuando mama la posición, la prendida y la succión son correctas.

Si se trata de un niño entre 4 y 18 meses pregunte: ¿Toma hierro?.

Aconseje:

Solo leche materna cada vez que quiera, de día y de noche.

Si es menor de 6 meses, que no le den otro líquido; solo leche materna.

Si ha estado enfermo, darle pecho más veces y durante más tiempo.

Control de peso y talla en el Servicio de Salud cada mes.

Si se trata de un niño de 6 a 11 meses:

Pregunte:

¿Sigue tomando pecho?.

¿Come papillas? ¿Cuántas veces al día?.

Observe si la consistencia y la porción son adecuadas.

¿Está tomando hierro?.

Durante la enfermedad: ¿Han disminuido sus comidas en cuanto a cantidad y frecuencia?.

Aconseje:

Leche materna y además, tres a cinco papillas al día.

La ración debe ir aumentando de un cuarto a medio plato.

La papilla debe ser espesa y con alimentos variados.

Después de suministrarle las gotas de hierro, para que se absorba no hay que comer nada 1/2 hs. antes y después de su administración.

Durante y después de la enfermedad: Darle de comer más veces al día.

Realizar un control de su peso y talla en el Servicio de Salud todos los meses.

Si se trata de un niño de 1 a 4 años:

Pregunte:

¿Sigue tomando pecho?.

¿Está comiendo? ¿Cuántas veces al día?.

¿Qué come? ¿La porción es adecuada?

¿Quién le da de comer?.

Durante la enfermedad: ¿Han disminuído sus comidas?.

En el menor de 2 años: Después de suministrarle las gotas de hierro, para que ese absorba no hay que comer nada 1/2 hs. antes y después de su administración.

Aconseje:

Tres comidas al día y, además, dos refrigerios. Puede tomar pecho varias veces al día.

Debe recibir la mejor ración de la olla familiar.

Durante y después de la enfermedad comer más veces al día.

Realizar un control de su peso y talla cada dos meses en el Servicio de Salud



ANEMIA FERROPÉNICA. GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Se define anemia como “disminución de la masa de glóbulos rojos o de la concentración de Hemoglobina por debajo del segundo desvío estándar respecto de la media para edad y sexo” (tener en cuenta que, sobre la base de esta definición, se diagnosticarán como anémicos un 2,5% de niños normales). En las *Tablas 1 y 2* se muestran los valores normales a distintas edades. La causa más frecuente de anemia en el mundo es la deficiencia de hierro.

TABLA 1. Valores promedio normales de hemoglobina (g/dl) durante los primeros 3 meses de vida según peso de nacimiento

Edad	Peso de nacimiento			
	< 1.000 g	1.001-1.500 g	1.501-2.000 g	> 2.000 g
Nacimiento	16,5 (13,5)	16,5 (13,5)	16,5 (13,5)	16,5 (13,5)
24 horas	19,3 (15,4)	18,8 (14,6)	19,4 (15,6)	19,3 (14,9)
2 semanas	16,0 (13,6)	16,3 (11,3)	14,8 (11,8)	16,6 (13,4)
1 mes	10,0 (6,8)	10,9 (8,7)	11,5 (8,2)	13,9 (10,0)
2 meses	8,0 (7,1)	8,8 (7,1)	9,4 (8,0)	11,2 (9,4)
3 meses	8,9 (7,9)	9,8 (8,9)	10,2 (9,3)	11,5 (9,5)

TABLA 2. Valores normales de hemoglobina y hematócrito durante la infancia y la adolescencia

Edad	Hemoglobina(g/dl)	Hematocrito (%)
6 meses	11,5 (9,5)	35 (29)
12 meses	11,7 (10,0)	36 (31)
1 a 2 años	12,0 (10,5)	36 (33)
2 a 6 años	12,5 (11,5)	37 (34)
6 a 12 años	13,5 (11,5)	40 (35)
12 a 18 años-mujer	14,0 (12,0)	41 (36)
12 a 18 años-varón	14,5 (13,0)	43 (37)

Causas:

El estado nutricional de hierro de una persona depende del balance determinado por la interacción entre contenido en la dieta, biodisponibilidad, pérdidas y requerimientos por crecimiento. Existen períodos de la vida en que se debe recurrir al hierro de depósito para sostener una eritropoyesis adecuada. Durante esos períodos, una dieta con insuficiente cantidad o baja biodisponibilidad de hierro agrava el riesgo de desarrollar una anemia ferropénica. Dichos períodos son fundamentalmente tres:

- **Primer año de vida:** Los requerimientos por crecimiento son máximos, mientras que la ingesta es relativamente pobre.
- **Adolescencia:**
 - **Varones:** Los requerimientos por crecimiento son elevados y la dieta puede no aportar hierro suficiente.
 - **Mujeres:** A los elevados requerimientos por crecimiento se agregan las pérdidas menstruales. Como agravante, la dieta, por motivos socioculturales, suele ser marcadamente deficiente en hierro.
- **Embarazo:** Los requerimientos son elevados, desde 1 mg/kg/día al comienzo a 6 mg/kg/día en el tercer trimestre. La cantidad de hierro que asimila el organismo depende de la cantidad ingerida, la composición de la dieta y la regulación de la absorción por la mucosa intestinal. Los alimentos que más hierro aportan son los de origen animal. En las leches, su contenido y biodisponibilidad varían enormemente; la leche materna, con el menor contenido de hierro, presenta la máxima absorción –aproximadamente 50%. Los niños alimentados a pecho o con fórmulas

tienen cubierto su requerimiento diario mínimo, no así los alimentados a leche de vaca no modificada. La absorción de hierro por la mucosa intestinal está regulada por la cantidad de hierro corporal y el ritmo de eritropoyesis.

Causas de anemia ferropénica:

a. Absorción insuficiente

- Ingesta dietética insuficiente o inadecuada
- Síndrome de malabsorción
- Resección intestinal

b. Depósitos disminuidos

- Prematuros
- Gemelares
- Hemorragia intrauterina (transfusión feto-materna o gemelo-gemelar)

c. Aumento de requerimientos

- Crecimiento acelerado
 - Lactantes
 - Adolescentes
- Embarazo
- Lactancia

d. Pérdidas aumentadas

- Hemorragias perinatales
- Hemorragias digestivas
- Pérdidas menstruales excesivas
- Epistaxis reiteradas
- Pérdidas de sangre por otros órganos

Diagnóstico:

Debe basarse en:

1. Interrogatorio: prestar especial atención a:

- Tipo de dieta: déficit en la ingesta de alimentos ricos en hierro, exceso de carbohidratos y leche
- Antecedentes de prematurez, embarazos múltiples y déficit de hierro en la madre.
- Antecedentes de patología perinatal.
- Pérdidas de sangre: color de heces, epistaxis, disnea, hematuria, hemoptisis, etc.
- Trastornos gastrointestinales: diarrea, esteatorrea, etc.
- Procedencia geográfica: zonas de parasitosis (uncinariasis) endémicas.
- Trastornos cognitivos: bajo rendimiento escolar, etc.

2. Examen físico: la deficiencia de hierro puede provocar alteraciones a casi todos los sistemas del organismo. La palidez cutáneo-mucosa es el signo principal; también se puede observar: retardo del desarrollo pondoestatural, esplenomegalia leve, telangiectasias, alteración de tejidos epiteliales (uñas, lengua) y alteraciones óseas. Además, se ha asociado a la anemia ferropénica con el espasmo del sollozo y con elevada predisposición a desarrollar accidente cerebrovascular isquémico, aunque estas asociaciones no han sido aun plenamente establecidas.

3. Estudios de laboratorio:

- Hemograma.

- Pruebas que evalúan el estado del hierro.

4. Prueba terapéutica: consiste en administrar sulfato ferroso a dosis terapéuticas (3-6 mg/kg/día) y evaluar la respuesta eritropoyética. La positividad de la prueba puede establecerse por un pico reticulocitario a los 5-10 días o un aumento de hemoglobina ≥ 1 g/dl a los 30 días.

Detección:

Debido a la muy alta prevalencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses de edad en nuestro país, se la deberá pesquisar mediante la realización sistemática de hemograma en el lactante. El estudio se realizará entre los 9 y 12 meses de edad en los recién nacidos de término y entre los 6 y 9 meses de edad en los prematuros. También se recomienda realizar la pesquisa en adolescentes mujeres pasada la menarca.

Tratamiento:

El tratamiento debe apuntar a corregir la anemia, almacenar hierro en depósitos y corregir la causa primaria. En algunos casos puede ser necesaria una transfusión de glóbulos rojos sedimentados.

- **Corrección de la causa primaria**
Administración de la dieta adecuada, tratamiento de las parasitosis, control del reflujo gastroesofágico, manejo del síndrome de malabsorción, control de pérdidas ocultas, etc.
- **Tratamiento con hierro**
Puede administrarse indistintamente por vía oral o parenteral, ya que la eficacia y el ritmo de ascenso de la hemoglobina son similares.

Profilaxis:

Comprende cuatro aspectos:

- Suplementación con hierro medicinal:**
Se debe administrar a los siguientes grupos de riesgo: Prematuros, - Gemelares, Niños de término alimentados a leche de vaca; Niños de término alimentados a pecho que no reciban alimentos ricos en hierro a partir de los 6 meses; Niños con patologías que impliquen malabsorción o pérdida crónica de hierro; Niños que hayan sufrido hemorragias en periodo neonatal.
- Dieta compuesta por alimentos con alta biodisponibilidad de hierro.**
Se deben enfatizar la importancia de la lactancia materna y, una vez comenzada la alimentación con sólidos, la introducción precoz de alimentos ricos en hierro, según los lineamientos sobre biodisponibilidad.
- Ingesta de alimentos fortificados con hierro.**
Numerosos alimentos y algunas leches de vaca están suplementados con hierro de aceptable Biodisponibilidad. La fortificación de alimentos se considera una herramienta eficaz para la prevención de la ferropénica, pero su verdadera utilidad no ha sido aún claramente establecida.
- Incremento del hierro de depósito al nacimiento.**
Se recomienda la ligadura tardía del cordón umbilical (1-3 minutos luego del nacimiento), 30% y disminuir la incidencia de anemia ferropénica.

Recuerde:

Coordinar con el agente sanitario para realizar visitas y verificar si el niño cumple con el tratamiento.

Repase con la mamá y el papá todas las indicaciones y anote en un papel lo que tienen que hacer; léanlo juntos y luego pídale que lo lean solos. Si fuera necesario, aclare las recomendaciones con dibujos.

Aconseje a la madre sobre la alimentación del niño y especifique la alimentación según los grados de desnutrición.

PARASITOSIS

Evalúe los signos

· **Ascaris:** cuando los parásitos llegan a ser muy numerosos producen en el intestino acciones irritativas, traumáticas, obstruictivas con repercusión en el estado general sobre todo al tratarse de niños. Distensión abdominal.

· **Oxiurus:** los más comunes son: Prurito: pica intensamente en la zona anal sobre todo durante la noche.

· **Teniasis:** en general la sintomatología produce náuseas, pérdida de peso, aumento o pérdida del apetito, dolores en bajo vientre. En la mayoría de los casos la sintomatología se acentúa cuando el paciente observa en la defecación segmentos o partes del parásito provocando así un componente psicológico a quien lo porta.

· **Giardiasis (signos):** Desnutrición, náuseas, vómitos, diarreas, cólicos, meteorismo, anorexia, disminución de peso, deposiciones con mal olor, y alimentos sin digerir.

Decida qué hacer

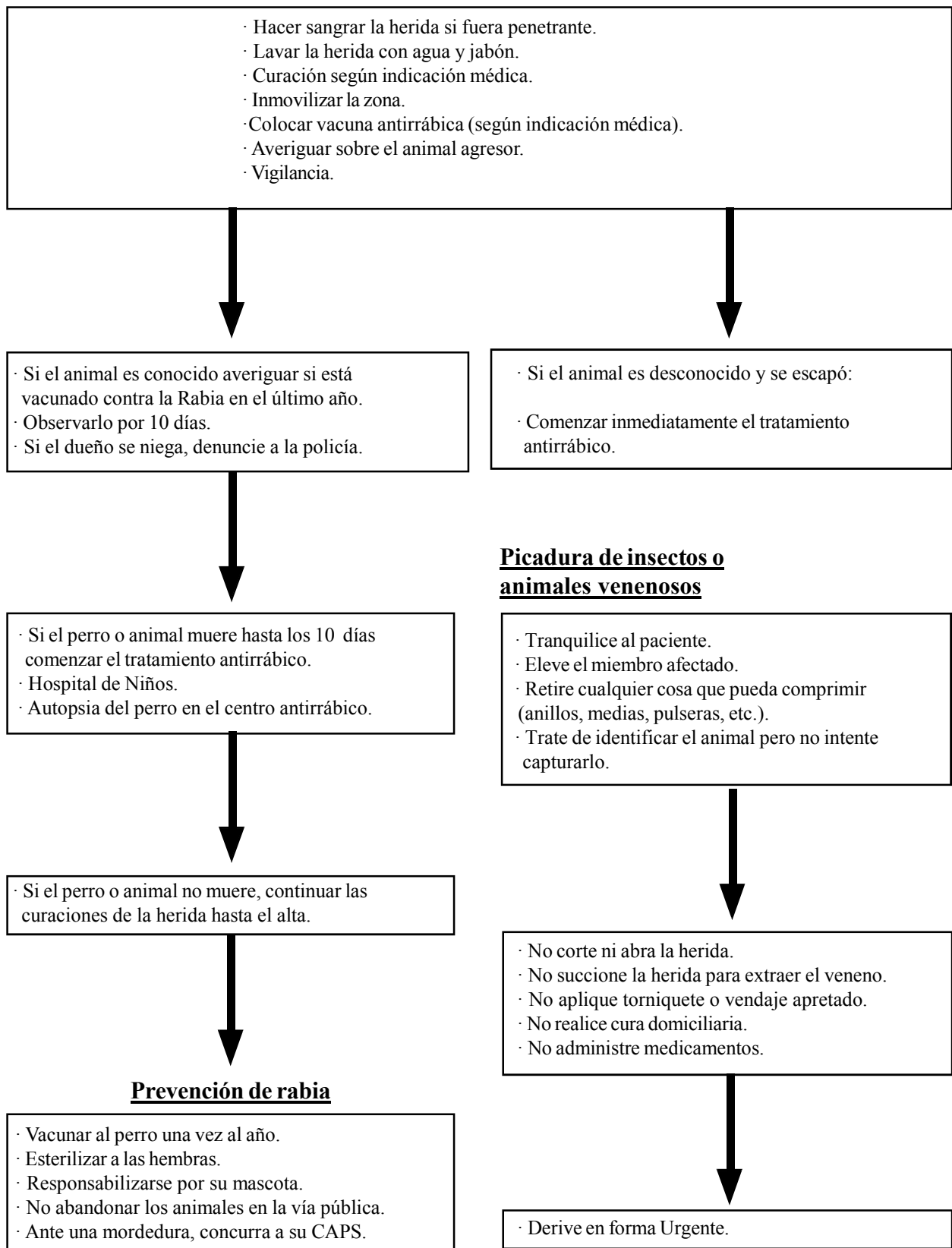
Medidas preventivas:

a) Evitar la diseminación de los parásitos:

- Protección de las fuentes de agua, los pozos, el agua de manantiales, arroyos y ríos. Hervir el agua por 3 minutos, o agregar 1 gota de lavandina por litro, para el consumo.
- Lavado correcto de las frutas y verduras con agua potable antes de ser consumidas. Un lavado correcto arrastra las suciedades adheridas a las hortalizas, sobre todo las que están entre los pliegues.
- Los alimentos deben ser guardados y protegidos de las moscas.
- Deben fomentarse buenos hábitos higiénicos: manteniendo las uñas cortas y lavando con agua potable las manos antes de preparar los alimentos, comer y después ir al baño.
- Se debe vigilar que los niños no coman tierra, ni lleven objetos sucios a la boca.
- Impedir que los niños jueguen y pisen descalzos en suelo contaminado, aconsejando el uso de calzados.
- Cuidar el aseo de la vivienda enterrando o quemando las basuras, para evitar que lleguen las moscas, cucarachas, ratas u otros animales.

b) Proporcione la información necesaria sobre la transmisión de la infección para que los contactos puedan ser debidamente examinados y tratados.

HERIDA, PICADURA O MORDEDURA DE UN ANIMAL





Guia para la Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades



NORMA 5: el personal de enfermería educará a los pacientes y a la comunidad para promover la salud y prevenir las enfermedades del niño y su familia .

Planificación de una clase educativa

1) Encabezamiento: Area Operativa:

- CAPS
- Tema a tratar
- Docentes
- Personas que concurren al servicio
- Fecha
- Hora
- Lugar
- Duración

2) Objetivos: redactar los objetivos terminados en ar/er/ir a través de los cuáles podemos valorar la comprensión del tema.

3) Escala Cronométrica: son los tiempos estipulados para cada parte de la clase.

- Introducción: 3 minutos
- Contenido: 10 minutos
- Resumen: 2 minutos
- Evaluación: 5 minutos

4) Contenidos: comprende los puntos más importantes de la clase.

5) Técnica Educativa: comprende las distintas técnicas que se pueden utilizar para desarrollar una clase, por ej: charla dialogada, sociodrama, torbellino de ideas, demostraciones, canciones, cuentos, refranes y otros.

6) Recursos Auxiliares o Medios Audiovisuales: son los elementos que la enfermera va a utilizar para graficar e ilustrar la clase, por ej: rotafolio, pizarrón, retroproyector, láminas folleto, muñeco y otros.

7) Actividades que los Asistentes deben realizar:

- Hacer preguntas
- Responder Preguntas
- Participar en juegos didácticos, sociodrama, etc.

8) Resumen: se hace un resumen resaltando los puntos más importantes.

9) Evaluación: se hará una breve interrogación o a través de juegos didácticos, demostración y otros.

10) Bibliografía a utilizar: comprende los libros, folletos, revistas con las cuales se elabora el contenido de la clase.

ALIMENTACION

La alimentación es un acto voluntario que realizamos cotidianamente. Sin embargo, es importante notar que no todos nos alimentamos de igual modo.

Alimentación Saludable: base de una alimentación saludable es comer en forma equilibrada todos los alimentos disponibles, consumir de todos los grupos a lo largo del día (variedad) y en proporciones adecuadas. Se puede lograr con la Gráfica de la Alimentación Saludable.

GRAFICA DE LA ALIMENTACION SALUDABLE



¿Cuáles son los grupos de alimentos que se encuentran en la gráfica?

La gráfica está formada por seis grupos de “alimentos fuente”:

1. Cereales (arroz, avena, cebada, maíz, trigo), sus derivados (harinas y productos elaborados con ellos: fideos, pan, galletas, etc.) y legumbres secas (arvejas, garbanzos, lentejas, porotos, soja): son fuente principal de hidratos de carbono y de fibra.
2. Verduras y frutas: son fuente principal de vitaminas C y A, de fibra y de sustancias minerales como el potasio y el magnesio. Incluye todos los vegetales y frutas comestibles.
3. Leche, yogur y queso: nos ofrecen proteínas completas que son fuente principal de calcio.
4. Carnes y huevos: nos ofrecen las mejores proteínas y son fuente principal de hierro. Incluye a todas las carnes comestibles (de animales y aves de crianza o de caza y pescados y frutos de mar).
5. Aceites y grasas: son fuente principal de energía y de vitamina E. Los aceites y semillas tienen grasas que son indispensables para nuestra vida.
6. Azúcar y dulces: dan energía y son agradables por su sabor, pero no nos ofrecen sustancias nutritivas indispensables. Para vivir con salud es bueno...
 - a) Comer con moderación e incluir alimentos variados en cada comida.
 - b) Consumir todos los días leche, yogures o quesos. Es necesario en todas las edades.
 - c) Comer diariamente frutas y verduras de todo tipo y color.
 - d) Comer una amplia variedad de carnes rojas y blancas, retirando la grasa visible.
 - e) Preparar las comidas con aceite preferentemente crudo y evitar la grasa para cocinar.
 - f) Disminuir los consumos de azúcar y sal.
 - g) Consumir variedad de panes, cereales, pastas, harinas, féculas y legumbres.
 - h) Disminuir el consumo de bebidas alcohólicas y evitarlo en niños, adolescentes, embarazadas y madres lactantes.

- i) Tomar abundante cantidad de agua potable durante todo el día.
- j) Aprovechar el momento de las comidas para el encuentro y diálogo con otros.

Higiene y seguridad de los alimentos:

- Es necesario cocinar muy bien las carnes y los pescados (no dejar a medio cocer) y consumirlos inmediatamente o refrigerar enseguida.
- Las preparaciones calientes deben mantenerse calientes y las frías, bien frías. Las bacterias se multiplican en alimentos tibios o a temperatura ambiente.
- Controlar fecha de vencimiento de todos los alimentos envasados.
- Para descongelar podemos cocinar directamente o bien utilizar el compartimento general de la heladera. No es recomendable hacerlo con agua caliente, al sol o a temperatura ambiente puesto que perdería sabor, textura y valor nutritivo y correría el riesgo de contaminarse. Siempre hay que cocinar a continuación. No se puede volver a congelar el producto una vez descongelado, salvo cuando pase de crudo a cocido.
- Recordemos lavar las frutas y verduras con agua potable.
- Las superficies de la cocina, los platos, los utensilios, los equipos y los paños deben mantenerse bien limpios y a salvo del polvo, los insectos y los roedores.
- No deben dejarse residuos o vajilla sucia de un día para otro.
- Debe secarse completamente la vajilla después del lavado.
- Para la limpieza de instalaciones y vajilla debe utilizarse agua potable caliente, productos limpiadores y lavandina.
- Los residuos debe disponerse en un área especial y aislada de las zonas de almacenamiento, preparación y consumo de alimentos. Luego de usados, los recipientes deben lavarse con agua bien caliente y lavandina, en una proporción de 1 taza por cada 10 litros de agua.
- Lavarnos muy bien las manos con agua y jabón antes de comenzar a trabajar y luego de ir al baño o de llevar a los niños a ese lugar.
- Tener las uñas cortas y limpias. Llevar el pelo recogido y limpio. Si tuviéramos alguna herida en las manos, debemos vendarla y aislarla con guantes de goma.
- Los gustos y los hábitos.
- Los alimentos que tengamos al alcance y podamos adquirir.
- Las costumbres de la familia y la sociedad en que vivimos.
- Ciertas creencias individuales y sociales.

ALIMENTACION DE 0 A 2 AÑOS - LACTANCIA MATERNA

En la Alimentación Infantil se pueden distinguir diferentes etapas:

Período Inicial: Lactancia exclusiva (0 a 6 meses): La leche humana es el mejor alimento y la mejor fuente de nutrición para el lactante, especialmente durante los primeros 6 meses de vida. Contiene todo el líquido que el bebé necesita. No le da agua, ni tectitos, ni jugos ni otros líquidos. La leche materna es más segura e higiénica porque el niño la toma directamente de su mama. Está disponible a toda hora y en cualquier lugar, y se conserva bien dentro del pecho materno. A través de la leche la mama le transmite factores de protección (anticuerpos). Alimento al bebe cada vez que lo pida, día y noche, es decir a demanda.

Para el bebé, menor de 6 meses - Solo leche materna

- La mamá debe darle el pecho de día y de noche, cada vez que el niño quiera.

- Por lo menos 8 veces al día.
- El bebé **no** necesita ninguna otra comida. Ni agua, ni jugos, ni té.

Para una buena lactancia: buena posición y buena prendida

- La mamá se sienta con la espalda bien apoyada y con los pies en el piso. Si está ubicada de costado, se apoyan ella y el bebé en almohadas.
- El cuerpo del bebé está pegado al cuerpo de la mamá y de frente a ella, panza con panza. El brazo de la mamá lo sostiene alineado.
- El cuello del bebé está derecho o un poco curvado hacia atrás.
- El bebé toca el pecho con el mentón.
- Tiene la boca bien abierta y el labio inferior volcado hacia fuera.
- La areola del pezón se ve más por arriba que por debajo de la boca del bebé.



Para sacar leche en forma manual

Esta técnica requiere paciencia y práctica, pero es muy importante para el bebé.

- Tomar el pecho poniendo el dedo pulgar encima y los demás dedos debajo (formando una C con la mano).
- Llevar hacia atrás el pecho girando la mano. Con los dedos presionar suavemente el pecho para que salga la leche.
- Repetir estos movimientos sin parar - presionar y girar, presionar y girar - para ir vaciando todos los conductos.
- Usar primero una mano y luego la otra en cada pecho.
- Recuerde que la leche debe conservarse en un frasco tapado en un lugar fresco. Para dar la leche al bebé véase en Medidas preventivas "**Cuidados para evitar la diarrea y parásitos**" el punto "**Para conservar y recalentar la leche materna**".



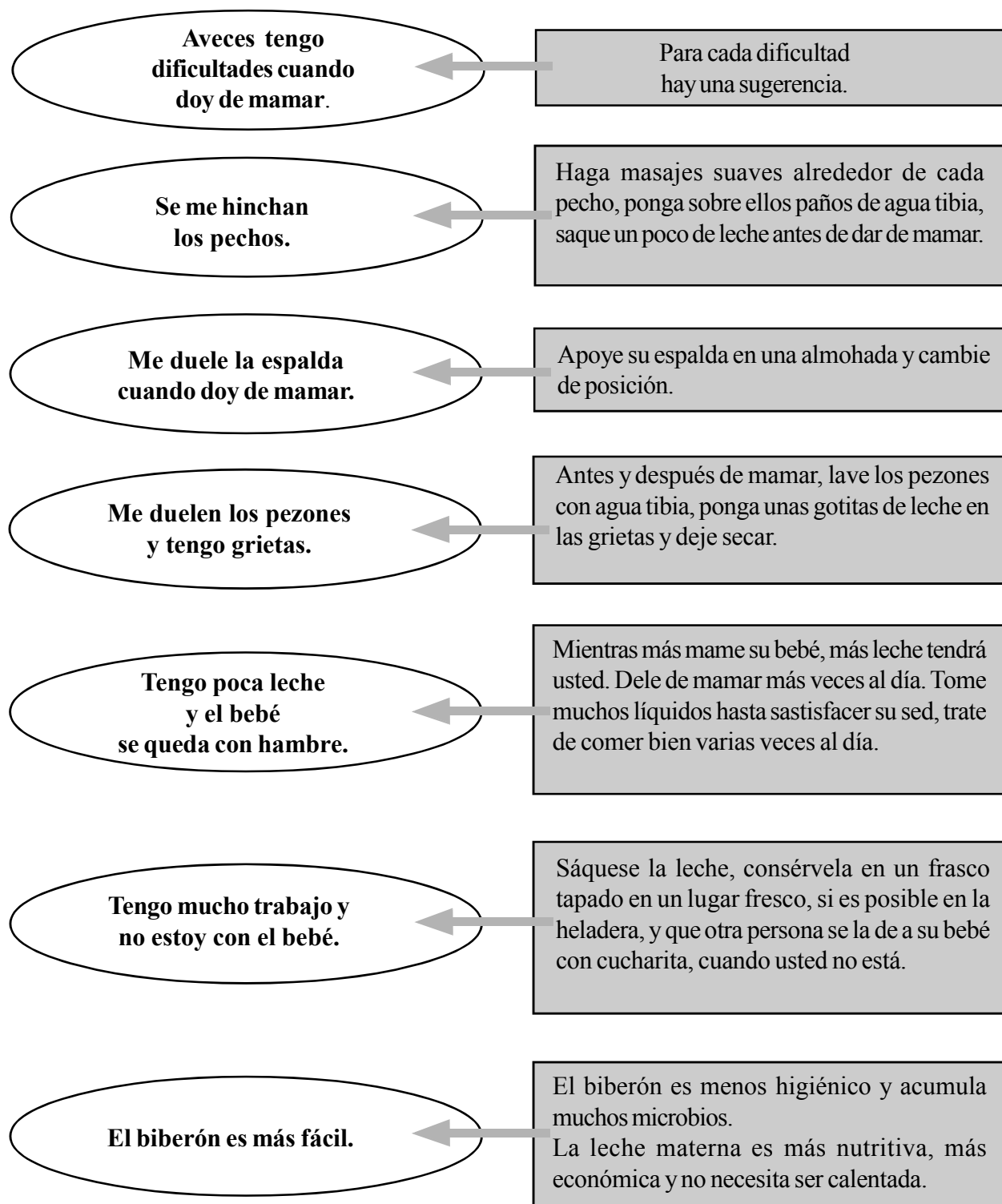
Para conservar y recalentar la leche materna

Cuando la mamá va a ausentarse y otra persona va a alimentar al niño, recordar que:

- Debe conservarse en un frasco limpio y tapado en un lugar fresco, si es posible en una heladera.
- Al recalentar la leche para dársela al bebé debe llenar un recipiente con agua caliente e introducir en él el frasco donde se llevó la leche materna.
- No debe recalentarse al fuego directo.
- La leche se le dará al bebé con una cucharita o un vasito. No use biberón.



Dificultades y sugerencias sobre la lactancia materna



LA ALIMENTACION DEL NIÑO

Para que los niños crezcan **sanos, fuertes e inteligentes**, la alimentación debe ser de calidad y en cantidad suficiente de acuerdo con la edad.

PERIODO DE TRANSICION: Alimentación Complementaria Oportuna (6 a 12 meses). El término oportuna hace referencia al momento óptimo para la introducción de alimentos complementarios.

En esta etapa tanto la maduración digestiva, la renal y la neurológica van progresando. El niño adquiere la capacidad de digerir y absorber otros alimentos extra lácteos. Desarrolla capacidades y movimientos de coordinación, puede deglutir alimentos sólidos y comienza a diferenciar sabores, colores y texturas de los alimentos. Además de aportar la alimentación la energía y nutrientes necesarios que ya no se cubren solo con la leche estimulan el desarrollo psicosensorial del niño, crea patrones de horarios y hábitos alimentarios, ayuda al desarrollo fisiológico de las estructuras de la cavidad orofaríngea y de los procesos masticatorios y finalmente promueve la conducta exploratoria del niño.

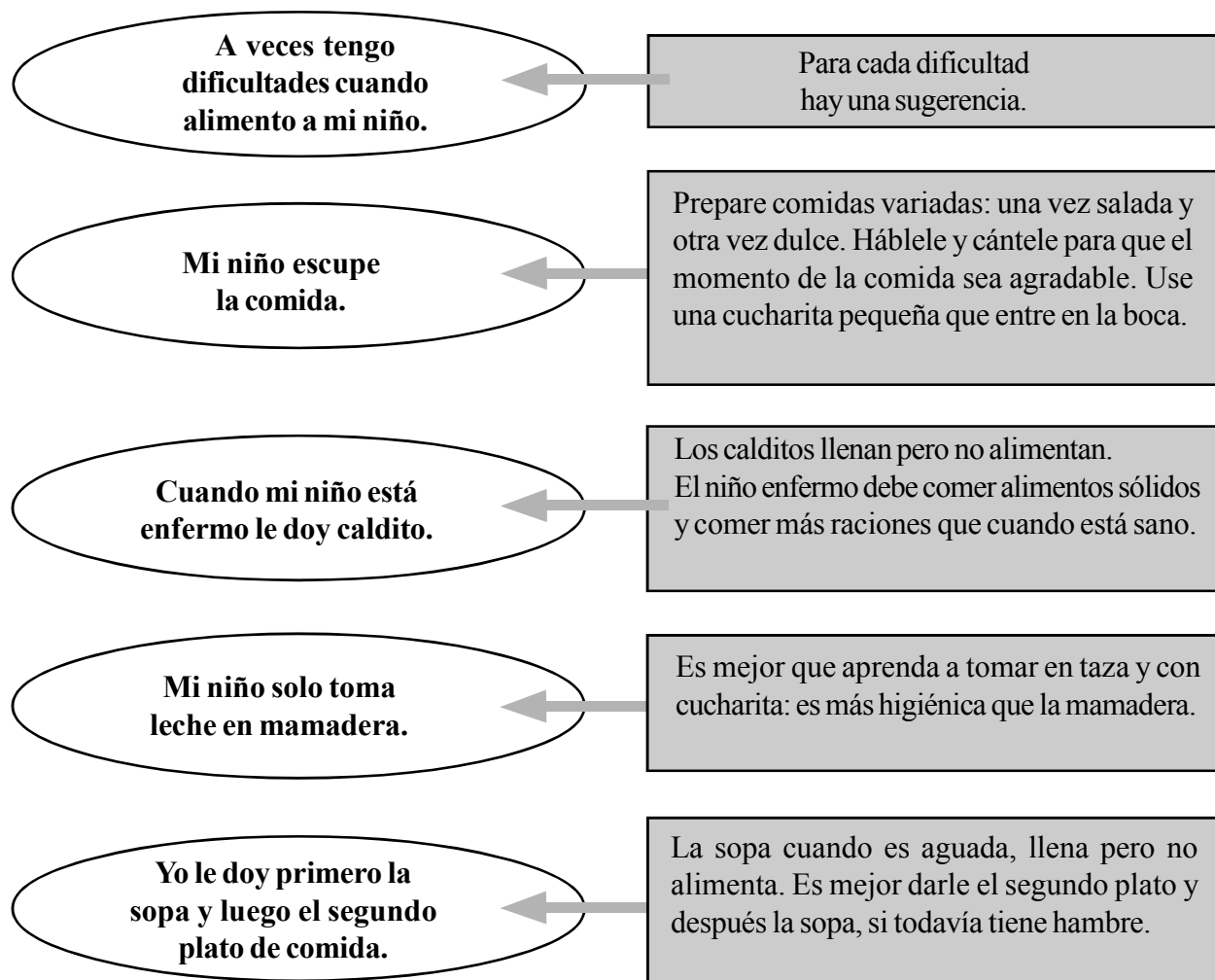
PERIODO DE INCORPORACION A PAUTAS FAMILIARES: (desde los 12 meses hasta la edad preescolar). Momento en que se establecen hábitos alimentarios saludables, que pueden persistir a lo largo de la vida. En este período las preparaciones deben ser espesas, las líquidas (sopas, caldos, jugos) por que los nutrientes se diluyen en el volumen total del líquido.

Recomendar que la madre continúe amamantando a su bebe. Es aconsejable amamantar primero y después ofrecer los alimentos distintos a la leche.

Recuerde que:

- *Si el niño recibe pecho debe comer una a dos veces por día.*
- *Si no recibe pecho debe comer tres veces por día y tomar leche.*

Dificultades y sugerencias sobre la alimentación



ALIMENTACION COMPLEMENTARIA
¿Que alimentos incorporar de acuerdo con la edad de los niños?

EDAD	ALIMENTOS	FRECUENCIA	OBSERVACIONES	L A C T A N C I A	M A T E R N A
0 A 6 M.	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	A demanda			
A partir de los 6 meses	- Polenta y arroz bien cocido. - Zapallo, zanahoria, papa o batata. - Carnes rojas, pollo sin piel cocido y cortado chiquito rallado. - Manzana rallada, banana bien madura y pisada, pera o durazno bien maduro y sin cáscara.	1 vez al día unas cucharaditas	- Recuerda que no hace falta agregar sal. - Agregar una cucharita de aceite vegetales crudos (maíz, girasol) en su platito. - Puede agregar al puré salsa blanca. - Para beber solo agua hervida, jugos de frutas naturales-colidos y diluidos con agua.		
De 7 a 8 meses	Se agrega: - Fideos finos, sémolas, harinas de trigo, avena arrollada, cebada. - Otros vegetales: zapallitos verdes, hojas de acelga. - Yema de huevo duro, pisada y agregada en preparaciones. - Papillas de legumbres: arvejas, garbanzos, lentejas. - Reemplazar un día la carne (roja o blanca) por hígado, bien cocido y rallado o cotado chiquito. - Postres con leche. - Pan, bizcochos secos tipo tostada, galletas de agua, galletas dulces simples (tipo vainillas). - Yogur entero sabores suaves (vainillao durazno) - Queso cremoso o cuartirolo.	2 a 3 comidas al día	Siga los consejos anteriores. - Solo agregue azúcar a los postres y no mucha. - No olvide todos los días frutas y verduras. - No es conveniente forzarlos a comer. - Ofrezca las bebidas en vasito, tacita o cucharitas de plástico preferentemente. - Los mismos líquidos siempre para beber.		
De los 9 a los 12 meses	Se agrega: Otras verduras: remolacha (cocida), tomate sin sal y sin semilla, chaucha sin hilos, choclo rallado. Verduras y cereales en preparaciones como budines. Pescado sin espinas. Huevo entero cocido pisado en preparaciones. Pastas rellenas y guisos con pocos condimentos. Dulce de batata o membrillo. Quesos duros (rallados).	3 o 4 comidas al día	- Recuerde utilizar los aceites vegetales crudo (maíz, girasol). - Recuerde los consejos anteriores: no agregar sal a las comidas, poca azúcar. - Los mismos líquidos para beber		
A partir del año	Puede comer los mismos alimentos que el resto de la familia.	4 comidas + 2 colaciones	Hasta los 2 años no incorpore productos base de soja, ni granos.		
HACIA LOS 2 AÑOS NECESITAN APROXIMADAMENTE PARA COMER UN PLATO COMUN DE LA FAMILIA					

Acompañando el desarrollo del niño y la niña **¿Qué necesidades tienen los niños y las niñas?**

Si bien es cierto que cubrir las necesidades de salud y nutrición es condición necesaria para la supervivencia, no es suficiente para un desarrollo armónico y adecuado.

Para que el niño se desarrolle armónica y adecuadamente es necesario atender a sus necesidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales.

Los cinco primeros años son fundamentales en la vida del niño; los aprendizajes que el niño realiza en este período son trascendentes para su vida futura.

Recuerde que intercambiar ideas con los padres y familiares sobre la crianza favorecerá el mejor desarrollo del niño. Tenga en cuenta que Ud. es un modelo para los padres que seguramente intentarán reproducir. Al pesar o medir al lactante trate de llamarlo por su nombre, háblele, sonríale, cuénteles lo que va hacer con él o ella, movícelo de forma suave y lenta, no olvidando en los primeros meses de vida de sostenerle su cabeza.

Dado que el desarrollo es un proceso dinámico de cambios sucesivos, es esperable que el niño/a vaya adquiriendo distintos logros

Del nacimiento al mes y 29 días de edad:

- El bebé se alimenta con placer, mirando por momentos a los ojos de su madre o a quien lo alimenta.
- Le llama la atención las fuentes luz, pero es perjudicial para el bebé dejarlo frente al televisor.
- Se sobresalta con un ruido fuerte.
- Le gusta mucho que lo mimen, lo miren, le hablen y lo llamen por su nombre.

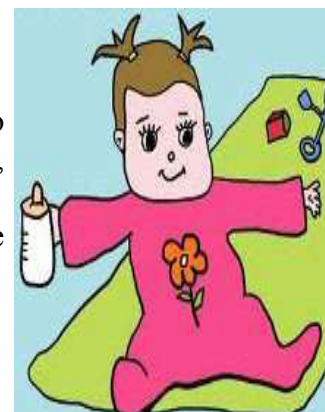


De los 2 a los 3 meses 29 días:

- Comienza a sonreír cuando lo miran a los ojos y le hablan.
- Le interesa seguir con la mirada un objeto cercano a sus ojos.
- Le gusta mirarse las manos.
- Emite sonidos: ajooo, guuu, gooo, etc. y disfruta comunicándose.
- Ya se expresa con diferentes llantos cuando tiene hambre, sueño, necesita compañía o tiene algún dolor. No siempre llora por hambre.
- Cada vez mantiene más firme su cabeza.

De los 4 a los 5 meses 29 días:

- Cuando se le habla responde con gestos y/o sonidos.
- Junta sus manos y juega con ellas.
- Si le ofrece un objeto trata de tomarlo y llevárselo a la boca, por lo tanto es peligroso dejar a su alcance objetos pequeños, bolsas plásticas, etc.
- Si se realiza un sonido por vez junto a cada una de sus orejas detiene el movimiento o cambia de expresión.
- Toca distintas partes de su cuerpo para comenzar a conocerlas.
- Trata de cambiar de posición por sí mismo.



De los 6 a los 8 meses y 29 días:

- Reconoce a los miembros de la familia y desea estar con ellos.

- Reacciona con timidez, llanto o seriedad cuando se aproxima una persona que desconoce
- Le gusta mirarse en el espejo sostenido por un adulto que le habla.
- Grita, ríe o pronuncia da-da-da, ta-ta-ta., y disfruta que lo imiten o le hablen.
- Toma un objeto puesto a su alcance sobre una superficie dura, lo observa, lo pasa de una mano a la otra y se lo lleva a la boca.
- Comienza a aprender a comer solo, al principio toma la comida con las manos.
- Cuando esta acostado boca arriba logra ponerse de costado o boca abajo.
- Comienza a sentarse sin apoyarse en sus manos.

De los 9 a los 11 meses 29 días:

- Le gusta jugar a las escondidas.
- Dice pa-pa-pa, ma-ma-ma.
- Busca la fuente de un sonido.
- Disfruta cuando se le canta canciones y muchas veces sigue con su cuerpo el ritmo.
- Hace chau, que linda manito, tortitas, etc.
- Le interesa buscar un objeto que le tapamos con una tela mientras lo mira.
- Mete su dedo índice en todo agujerito que encuentra.
- Aprende a gatear.
- Va aprendiendo a pararse tomado de un soporte.

De los 12 a los 15 meses 29 días:

- Cuando se le pide algo que tiene en sus manos si desea lo entrega.
- Comienza a pedir lo que quiere con gestos o con una palabra.
- Toma objetos pequeños con la punta del pulgar y el índice.
- Le encanta que le muestren figuras y le cuenten un cuento de una frase.
- Disfruta que le canten canciones.
- Colabora cuando se lo viste o desviste.
- Se pone contento cuando se le reconoce que hace algo bien.
- Generalmente tiene un objeto preferido, lo busca para conciliar el sueño o en momentos difíciles.
- Investiga, trata de agarrar todo lo que ve.
- Le gusta comenzar a dibujar.
- Tomado de un soporte da pasos.

De los 16 a los 19 meses 29 días.

- Come y bebe solo si se lo permiten.
- Le gusta jugar a sacar y poner cosas en un recipiente.
- Le entretiene poner una cosa sobre otra, haciendo torres.
- Los juguetes preferidos son las cosas que se utilizan cotidianamente en la casa.
- Dice más palabras y algunas las usa con características de frase. Ej. “pan” por dame pan.
- Trata de imitar los gestos que hacen otras personas.
- Dice no con gesto o palabra.
- Cada vez camina con más seguridad.

De los 20 a los 24 meses:

- Si se le solicita algo lo busca o lo lleva.
- Puede sacarse o ponerse los zapatos u alguna prenda.
- Juega con algún muñeco o peluche, lo hace dormir, le da de comer y/o lo baña.
- Garabatea.
- Cada día dice más palabras.
- Constantemente va de un lado para otro tratando de usar, tocar, llevar y traer todos los objetos.



- Se agacha y se levanta sin caer.
- Desde que el bebé nace es responsabilidad del o de los adultos a cargo interpretar amorosamente y dar respuesta a las demandas y necesidades del niño.
- Es importante llamarlo por su nombre desde que nace, hablarle mirándolo a los ojos, brindarle explicaciones, acariciarlo, tenerlo a «upa» para que sienta el contacto con el cuerpo de su mamá, jugar con él imitando sus gestos.

El recién nacido no tiene posibilidades de subsistencia sin que haya otra persona que entienda sus demandas y le dé respuestas adecuadas.

Cuando hablamos de intervención activa de adultos no nos referimos solamente a la satisfacción de las necesidades fisiológicas del niño, sino al establecimiento de una relación que le brinde al niño y a la niña contención, seguridad y confianza.

Para ello, es fundamental que las personas que atienden al bebé sean siempre las mismas, para que lo conozcan, puedan interpretar sus necesidades, sus gestos, sus gustos, y establecer un vínculo de amor y confianza.

El adulto debería organizar, según las características individuales de cada bebé, los momentos de sueño y vigilia, de alimentación, de actividad y juego.

Establecer pautas para ciertas rutinas permite crear un ambiente que lo contiene, le da seguridad y le confiere sentimientos de confianza.

Todo niño que nace sano necesita y le interesa investigar su propio cuerpo y el medio que lo rodea. Su entorno se va ampliando en la medida que tiene oportunidades de desplegar sus movimientos, probar, ensayar posturas, explorar objetos e interactuar con otras personas.

Es el adulto quien debe organizar el ambiente donde se encuentra el bebé y darle el afecto necesario para que el desarrollo sea posible.

Sugerencias para el cuidado del crecimiento y desarrollo del niño y la niña:

Los integrantes de la familia disfrutarán de:

- Llamarlo por su nombre, hablarle.
- Contarle lo que va a realizar con él o ella.
- Intercambiar palabras, gestos, afecto y estímulo cuando lo bañan, alimentan, cambian, intentando que no sean actos rutinarios.
- Utilizar el lenguaje familiar, no hablarle en “lenguaje bebé”.
- Respetar los horarios y rutinas de sueño y un lugar propio para dormir.
- Comprender las distintas causas del llanto.
- Permitirle que este en un sitio seguro en el que pueda moverse libremente, no dejarlo todo el tiempo en el cochecito o lugar en el que permanezca en la misma posición.
- Contarle cuentos, historias familiares, a medida que crezca serán más largos y complejos.
- Cantarle canciones infantiles, folklóricas.
- Jugar y favorecer que juegue con elementos de la casa o juguetes de fabricación casera.

ASPECTOS PRINCIPALES PARA LA DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTO-JUVENIL

Conceptualización:

Se entiende por maltrato infantil a toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

Esta definición incluye lo que se hace (acción), como lo que se deja de hacer (omisión), o se realiza de forma inadecuada (negligencia), ocasionando al niño, niña o adolescente daño físico, psicológico-emocional y social. Sus autores pueden ser las personas (familiares o no) y las instituciones administrativas (maltrato institucional)

Formas del maltrato Infanto-Juvenil:

El maltrato no es un hecho aislado, sino un proceso determinado por la interacción de múltiples factores: sociales, familiares, personales, no siempre delimitados cuantitativa ni cualitativamente. Su clasificación sólo implica determinar el problema emergente o más relevante que afecta al niño, pero no debemos olvidar la existencia de una multicasualidad (contextos maltratantes), teniendo siempre presente que estas categorías son un acuerdo arbitrario y no son excluyentes.

Tipologías del maltrato

MOMENTO EN QUE SE PRODUCE	• Prenatal: cuando el maltrato se produce antes del nacimiento del niño • Postnatal: cuando el maltrato se produce durante su vida extrauterina.
AUTORES	• Familiar: cuando los autores del maltrato son familiares del menor, principalmente familiares en primer grado (padres, biológicos o no, abuelos, hermanos, tíos, etc.) • Extrafamiliar: cuando los autores del maltrato no son familiares del menor, o el grado de parentesco es muy lejano (familiares en segundo grado) y no tienen relaciones familiares. • Institucional: es el maltrato provocado por las instituciones públicas, bien sean sanitarias, educativas, etc. • Social: cuando no hay un sujeto concreto responsable del maltrato, pero hay una serie de circunstancias externas en la vida de los progenitores y del menor que imposibilitan una atención o un cuidado adecuado del niño.
ACCIÓN U OMISIÓN CONCRETA QUE SE PRODUCE	• Maltrato físico: toda acción de carácter físico voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones físicas en el menor. • Negligencia: dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño. • Maltrato emocional: toda acción, normalmente de carácter verbal, o toda actitud hacia un menor que provoquen, o puedan provocar en él, daños psicológicos. • Abuso sexual: cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto u otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual. • Maltrato laboral: utilización de niños para obtener beneficio económico, que implique explotación y el desempeño de cualquier trabajo que pueda entorpecer su educación, o ser nocivo para su salud o desarrollo físico, mental, espiritual o social. • Maltrato institucional: derivado de cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión de los poderes públicos que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño.

Tipos de maltrato

MALTRATO INTRAFAMILIAR - PRENATAL	
ACCIÓN	OMISIÓN
Circunstancias de vida de la madre en las que exista voluntariedad que influyan negativa o patológicamente en el embarazo y repercutan en el feto. Formas: Hábitos tóxicos de la madre: alcoholismo (síndrome alcohólico fetal) - toxicomanías (síndrome de abstinencia neonatal) Cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo.	No atención a las necesidades y cuidados propios del embarazo que tienen repercusiones en el feto. Formas: Embarazos sin seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal
POSTNATAL - MALTRATO FISICO	
•Formas: lesiones cutáneas (equimosis, heridas, hematomas, excoriaciones, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, sacudimiento, asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones, síndrome de Münchausen por poderes.	Desatender las necesidades del niño/a y los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño/a Formas: desatención, abandono, retraso crecimiento no orgánico, "Niños de la calle", constantemente sucio, problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de cuidados médicos rutinarios (vacunaciones).
MALTRATO SEXUAL	
Abuso sexual: implicación de niños/as en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto. •Formas: Con contacto físico: violación, incesto, Pornografía, prostitución infantil, sodomía, tocamientos, estimulación sexual. •Sin contacto físico: solicitud indecente a un niño/a o seducción verbal explícita. Realización acto sexual o masturbación en presencia del niño/a, exposición de órganos sexuales a un niño/a, promover la prostitución infantil, pornografía.	No atender a las necesidades del niño y a su protección en el área de la sexualidad. • Formas: No dar credibilidad al niño, desatender demanda de ayuda, no educar en la asertividad, madre que prefiere "no verlo" consentimiento pasivo en el incesto, falta de formación/información y protección.
MALTRATO EMOCIONAL	
Acción capaz de originar cuadros psicológicos- psiquiátricos por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño. • Formas: rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, desvalorizar, corromper o implicar a un niño en actividades antisociales.	Omisión o negligencia en la atención a las necesidades emocionales del niño/a. •Formas: privación afectiva, no atender las necesidades afectivas del niño (cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, rol en la familia, autoestima, etc.), abuso pedagógico.
MALTRATO EXTRAFAMILIAR	
Cualquiera de estas formas de maltrato resulta siempre en una afectación de las esferas físicas, psicológicas o sexuales, pudiendo encontrarse muchos de sus efectos en el cuadro de "formas intrafamiliares"	Cualquiera de estas formas de maltrato resulta siempre en una afectación de las esferas físicas, psicológicas o sexuales, pudiendo encontrarse muchos de sus efectos en el cuadro de "formas intrafamiliares"
MALTRATO LABORAL	
Utilización de niños para obtener beneficio económico, que implique explotación y el desempeño de cualquier trabajo que pueda entorpecer su educación, o ser nocivo para su salud o desarrollo físico, mental, espiritual o social. • Formas: mendicidad, trabajo profesional, venta ambulante	No atender las necesidades educativas del niño y de formación para la vida laboral. •Formas: falta de preparación laboral y/o escolarización que afecte sus posibilidades laborales y/o profesionales atribuibles a omisión o negligencia de las personas adultas responsables.
MALTRATO INSTITUCIONAL	
Cualquier legislación, programa, procedimiento, o actuación de los poderes públicos o derivada de la actuación individual profesional que comporte abuso, detrimento de la salud, seguridad, estado emocional, bienestar físico, correcta maduración o que viole los derechos básicos de los niños. •Formas: burocracia excesiva, realizar exploraciones médicas innecesarias o repetidas, no respetar los derechos del niño/a.	Omisión o negligencia derivada de la actuación individual profesional que comporte abuso, detrimento de la salud, seguridad, estado emocional, bienestar físico, correcta maduración o que viole los derechos básicos de los niños. • Formas: falta de agilidad en la toma de medidas de protección, en la coordinación, en los equipamientos necesarios para la atención del niño y su familia.

Consulta de Enfermería:

El desarrollo de la consulta se configura como una herramienta central para la detección y evaluación de las distintas formas de maltrato infanto-juvenil; ya sea en el momento de la construcción de la sospecha como en los posteriores. El enfermero/a identifica los factores de riesgo, debido a que en la mayoría de los casos son relatados por el niño, niña o adolescente o por familiares, en transcurso de la valoración, un control o prestación.

En todas estas situaciones es de fundamental importancia una escucha neutral, atenta, comprensiva que (sin dejar de lado la relevancia de hechos puntuales, de lo que se debe tomar registro) permita futuras intervenciones técnicas de otros profesionales (de la salud mental, servicio social, etc) o un futuro proceso de investigación por área judicial.

Identificación de factores de riesgo:

Los factores de riesgo son todas aquellas características, hechos o situaciones propias del niño/a o adolescente o de su entorno, que aumenta la posibilidad de aparición de maltrato infantil.

La identificación del riesgo para maltrato infanto-juvenil en niños/as y adolescentes atendidos así como es sus familias y entornos próximos, constituye una herramienta primordial para una aproximación diagnóstica. Su análisis cobra importancia en el momento de la sospecha y en la evaluación de la situación de riesgo.

Los Factores Protectores

Son todas aquellas características, hechos o situaciones, propias del niño, niña o adolescente o de su entorno, que elevan sus capacidades para hacer frente a las adversidades o disminuyen la gravedad de los desajustes psicosociales frente a la presencia de factores de riesgo.

Cuadro sistemático de factores protectores

<u>CUIDADORES</u>	<u>FAMILIA</u>	<u>SOCIEDAD</u>	<u>CULTURA</u>
· Historia de relaciones positivas con el padre o la madre. · Habilidades y talentos especiales. · Habilidades interpersonales adecuadas.	· Hijos/as físicamente sanos/as. · Apoyo del conyuge o pareja. · Seguridad económica.	· Apoyos sociales efectivos. · Escasos sucesos vitales estresantes. · Buenas experiencias escolares y relaciones con iguales. · Intervenciones terapéuticas.	· Asunción sociocultural del niño o niña como sujeto de derechos. · Normas culturales opuestas al uso de la violencia.

La actitud ante la consulta: Los indicadores

Son los datos obtenidos de la anamnesis, exploraciones e historia social o entrevista psicológica de diagnóstico, que señalan la posible situación de riesgo y/o maltrato.

Constituyen las manifestaciones objetivas sobre las que se apoya el diagnóstico y pueden categorizarse según su especificidad. Los indicadores hacen pensar que el acto maltratante ocurrió, y que los factores de riesgo no pudieron ser compensados:

- Los Específicos o directos son los que dejaron una marca física o emocional en el niño/a adolescente.
- Los Inespecíficos o indirectos se derivan del comportamiento social general, de la relación familiar, de la conducta infantil, de los cuidados nutricionales, emocionales y sanitarios, que son más difíciles de materializar y pueden acompañar a situaciones conflictivas o estresantes, sin que su presencia pueda ser linealmente asociada a alguna forma de maltrato.

En los siguientes cuadros se intenta enunciar aquellos de mayor relevancia y frecuencia por niveles y funciones:

INDICADORES DE RIESGO INESPECÍFICOS DE APARICIÓN MÁS FRECUENTE EN APS

PRENATAL En cualquier consulta	CONSULTA: médica, de enfermería, agente sanitario, otros.	SALUD MENTAL
- Conocimiento de intentos de interrupción del embarazo. - Planteos de ceder al niño en adopción - Primera visita médica extremadamente tardía - Parejas jóvenes con características de inmadurez - Pobre autoestima, aislamiento social, depresión, enfermedad mental en padre o madre. - Crisis familiares múltiples. - Hijo no deseado o poca relación con los padres. - Toxicomanías	- Falta de concurrencia reiterada a controles de salud - Insistencia en ingresos hospitalarios - Inadecuación de las dietas no justificables - Inadecuación del vestuario a la temperatura ambiente (especialmente falta de abrigo) - Falta de seguimiento a tratamientos - Incumplimiento de vacunación - Retrasos inexplicables en el crecimiento y maduración - Engaños familiares en temas de salud, sociales, etc. - Repetición de accidentes - Relatos del niño sobre su relación con los padres u otras personas adultas. - Actitud temerosa del niño hacia su padre o madre	- Trastornos desarrollo: aprendizaje, habla, emocional, retraso mental, fracaso escolar, etc. - Psicóticos y funcionales: cefaleas, enuresis, encopresis, trastornos del sueño, anorexia, bulimia, etc. - Conductuales: masturbación compulsiva, juegos sexuales inapropiados para su edad, aislamiento, retraimiento, agresividad, fugas del hogar, conducta antisocial, hiperactividad, etc. - Psiquiátricos: automutilación, autolisis, Psicosis - Neuróticos: estructuras obsesivas, fobias, - Depresión, ansiedad, regresión.

INDICADORES ESPECÍFICOS

	FISICOS	COMPORTAMENTALES	CONDUCTA DEL CUIDADOR
A C C I O N	• Magulladuras o moratones • Quemaduras • Fracturas • Heridas o raspaduras • Lesiones abdominales: hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos recidivantes • Mordeduras humanas • Intoxicaciones • Síndrome de Münchausen por poderes⁰	• Cauteloso respecto al contacto físico con adultos • Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran • Muestra conductas extremas (ej.: agresividad, rechazos extremos) • Parece tener miedo de sus padres, ir a casa, o llora al terminar las clases y dejar la escuela • Cuenta que su padre o madre le ha causado alguna lesión	• Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, falta cometida y condición del niño • No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño, o éstas son ilógicas, no convincentes o contradictorias • Parece no preocuparse por el niño • Percibe al niño de manera significativamente negativa (malo, perverso, monstruo) • Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de ésta
O M I S I O N	• Falta de higiene • Retraso del crecimiento • Infecciones leves, recurrentes o persistentes • Consultas frecuentes a los servicios de urgencia • Hematomas inexplicados. • Accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas • Enfermedad crónica llamativa que no ha generado consulta médica • Ropa inadecuada para las condiciones climáticas • Alimentación y/o hábitos horarios inadecuados • Retraso en todas las áreas madurativas • Problemas de aprendizaje escolar	• Comportamientos autogratificantes • Somnolencia, apatía, depresión • Hiperactividad, agresividad • Tendencia a la fantasía • Ausentismo escolar • Se suele quedar dormido en clase • Llega muy temprano a la escuela y se va muy tarde • Cuenta que no hay quien lo cuide • Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto • Comportamientos antisociales (vandalismo, prostitución, toxicomanías)	• Muestra evidencias de apatía o inutilidad • Mentalmente enfermo o tiene bajo nivel intelectual • Tiene una enfermedad crónica • Fue objeto de negligencia en su infancia

Compatible con maltrato físico y/o abuso sexual

Todos los niños que presentan lesión física sugestiva de maltrato, lesiones en genitales o ano, expresan espontáneamente que son víctima de maltrato físico o abuso sexual deben clasificarse como “Compatible con maltrato físico y/o abuso sexual”.

Para garantizar la seguridad y protección del niño, ante la gravedad de algunos casos, será necesaria la hospitalización inmediata y la solicitud de una medida de amparo, en forma simultánea. (Poder Judicial)

Al niño que presenta lesiones o dolor debe garantizársele tratamiento de las mismas y, si corresponde, su referencia y la notificación a la autoridad competente Fiscalía de instrucción de turno o defensoría de menores del Poder Judicial - deber de comunicar Ley Provincial 6518.

En el caso de violencia sexual – ver protocolo de Ministerio de Salud de la nación – Programa salud sexual reproductiva – PRIS –SIPROSA 2011

Sospecha de maltrato

Todos los niños que presentan dos o más de los siguientes signos: lesiones físicas inespecíficas, comportamiento alterado, comportamiento alterado de los cuidadores, descuido en su higiene y su salud o el niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato emocional o negligencia, deben ser clasificados como “Sospecha de maltrato”. Esta clasificación requiere que el profesional de salud refiera al niño a un profesional de trabajo social y/o a una psicóloga para que realicen una evaluación más completa y se informe al Depto de violencia familiar – dirección de niñez , adolescencia y familia para una evaluación socioambiental.

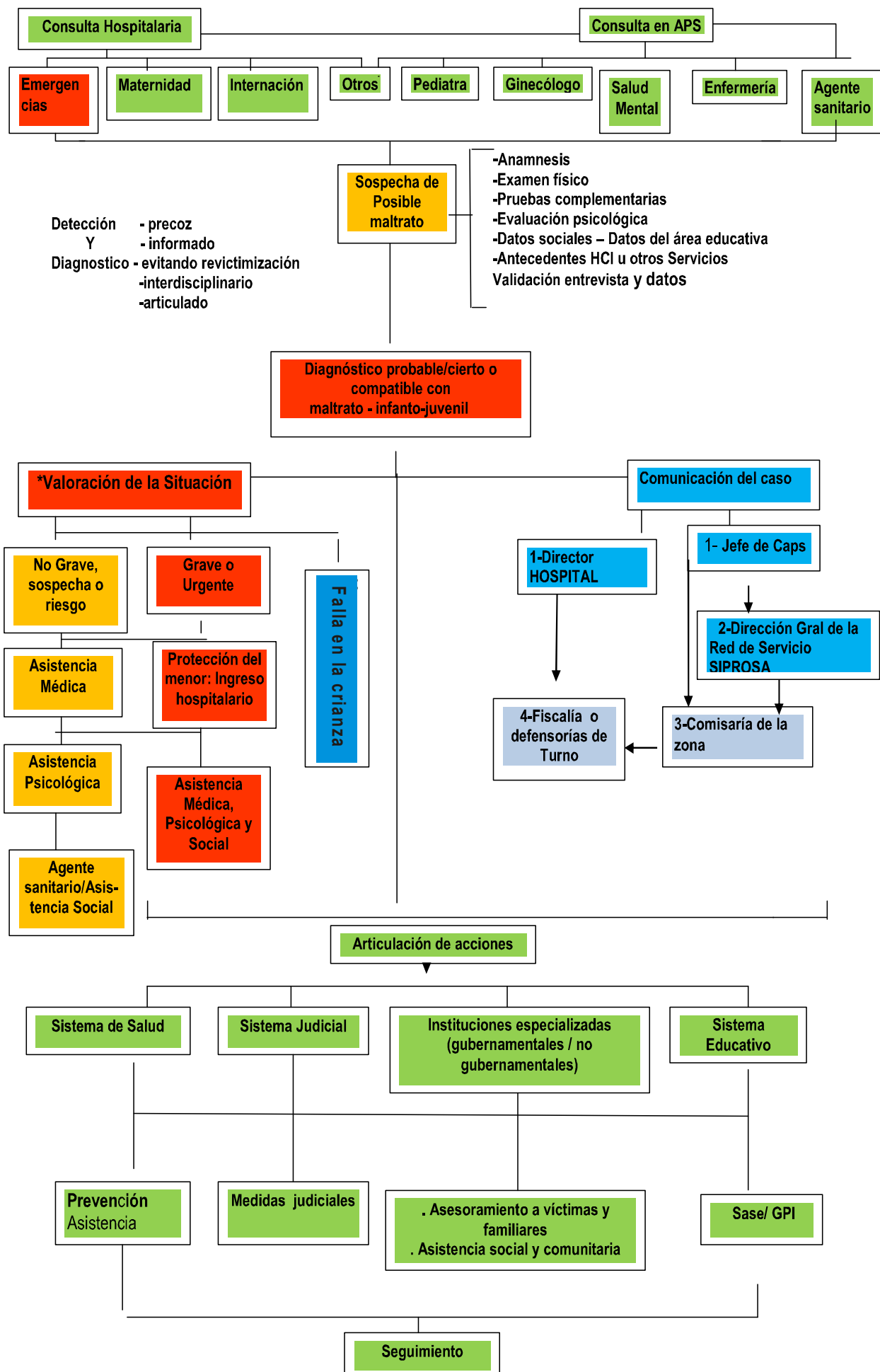
Falla en la crianza

Un niño que no presenta sospecha de maltrato y que tiene uno solo de los signos mencionados se clasifica como “Falla en la crianza”. El profesional de salud debe reforzar comportamientos positivos de buen trato. Se deberá promover medidas preventivas, reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez y asegurar que los padres están llevando al niño a la consulta de crecimiento y desarrollo.

No hay sospecha de maltrato

Cuando durante la evaluación no se encuentra ninguno de los signos, se clasifica como “No hay sospecha de maltrato”. En estos casos, felicitar a la madre, a quién llevó al niño a la consulta y al grupo familiar conviviente. Se debe reforzar comportamientos positivos de buen trato y promover medidas preventivas. proceso de atención al maltrato infantil (viejo)

DETECCION Y DIAGNOSTICO



LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER

Definiciones:

La Ley N° 26.485 (decreto 1011/2010) con adhesión provincial Ley N° 8336 “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales en su art. 4° Define. “Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

En el art. 5 quedan comprendidos en la definición de los siguientes tipos de violencia:

1. **Física:** La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física. (Pellizcos, empujones, bofetadas, tirones de pelo, puñetazos y patadas, golpes, cortes y lesiones con objetos punzantes, fracturas o quemaduras y agresiones con armas (armas de fuego, cuchillos, navaja), etc.
2. **Psicológica:** La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.
3. **Sexual:** Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.
4. **Económica y patrimonial:** La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de:
 - La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
 - La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;
 - La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna;
 - La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.
5. **Simbólica:** La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

Causas

El principal factor determinante de la violencia de género es la desigualdad en la relación entre hombres y mujeres consolidadas a lo largo de la historia, y la existencia de la «cultura de la violencia» como medio para resolver conflictos. La violencia de género más que un fin en sí mismo, es un instrumento de dominación y control social. Y en este caso se utiliza como mecanismo de mantenimiento del poder masculino y de

reproducción del sometimiento femenino. Los hombres maltratadores han aprendido a través del proceso de socialización —que es diferente para mujeres y hombres— que la violencia es la mejor forma de conseguir el control y dominar a la mujer.

El proceso de la violencia

En el caso de violencia de pareja, lo más frecuente es el comienzo del maltrato con conductas de abuso psicológico en el inicio de la relación, que suelen ser atribuidas a los celos del hombre o a su afán de protección de la mujer.

Suelen ser conductas restrictivas y controladoras que van minimizando la capacidad de decisión y autonomía de la mujer, produciendo dependencia, aislamiento y temor, como por ejemplo el control sobre la ropa, las amistades o las actividades. El aumento progresivo de la violencia puede extenderse durante un largo periodo de tiempo, y suele ser difícil para la víctima darse cuenta del proceso en el que está inmersa.

Importancia del personal de los servicios sanitarios

Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, ya que la mayoría de las mujeres entran en contacto con ellos en algún momento de su vida (embarazo, parto, cuidado médico de los hijos o hijas, cuidado de las personas mayores, etc.). Además, los malos tratos afectan a la salud de las mujeres por lo que éstas acuden más a los servicios sanitarios, en particular a Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental.

Las características de este tipo de violencia requiere de la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios que deberá ser consciente de que el abordaje y la resolución de las consecuencias de la violencia deben comenzar con la detección del problema, pero que las víctimas no suelen manifestar ni hablar de su situación espontáneamente. A menudo sienten miedo, vergüenza, minimizan la gravedad y peligrosidad de su situación, se resisten a reconocerlo y pueden llegar a autoculparse. En muchas ocasiones se requiere de intervenciones interdisciplinarias con profesionales que no siempre se encuentran en cada centro de atención primaria, por lo que se hace necesaria la coordinación entre todas las instituciones implicadas con la finalidad de dar una respuesta integral e integrada a este tipo de situaciones.

Dificultades para identificar la violencia de género

Por parte de la mujer

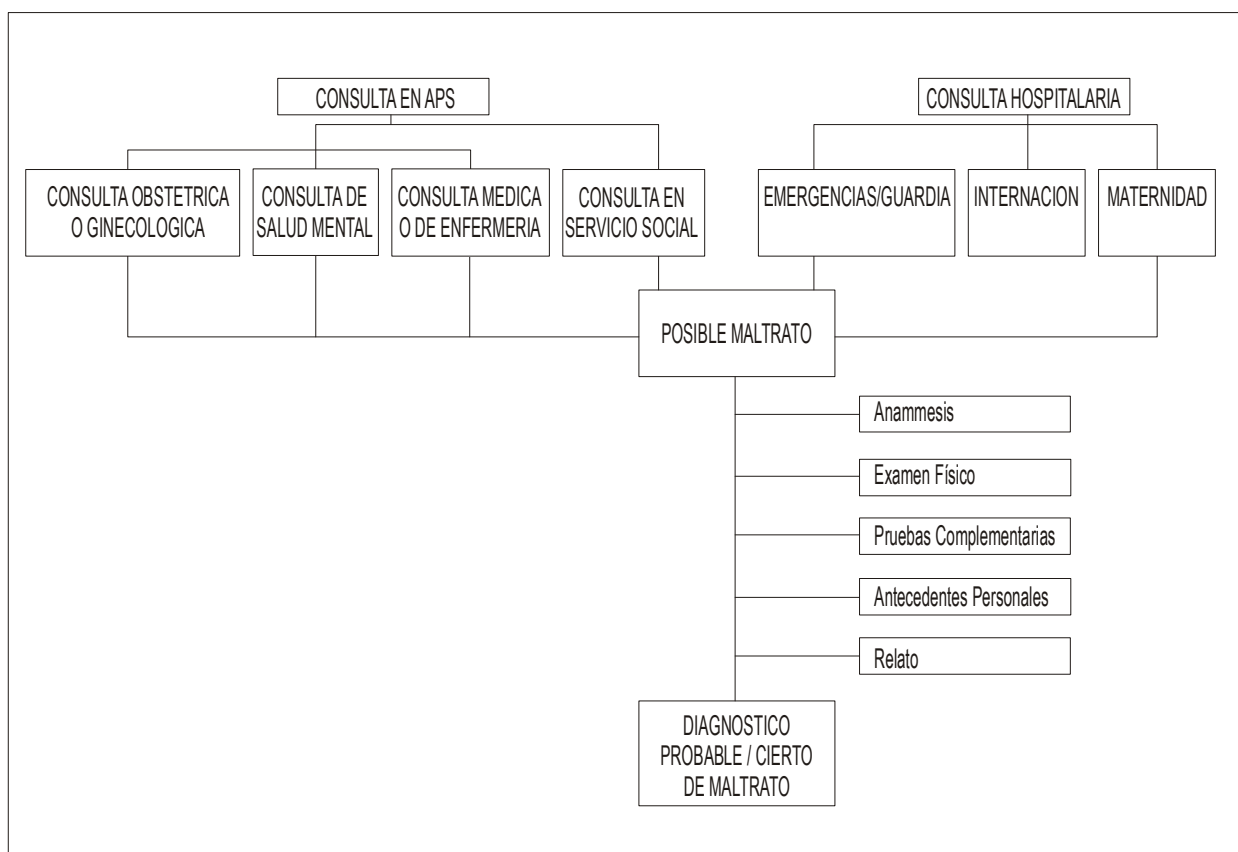
- Miedos (a la respuesta de su pareja, a no ser entendida y ser culpabilizada, a que no se respete la confidencialidad, a no ser capaz de iniciar una nueva vida, a las dificultades económicas, judiciales, sociales, a lo que ocurra con sus hijos...)
- Baja autoestima, culpabilización
- Padecer alguna discapacidad, ser inmigrante, vivir en el mundo rural o en situación de exclusión social
- Dependencia económica. Estar fuera del mercado laboral
- Vergüenza y humillación
- Deseo de proteger a la pareja
- Resistencia a reconocer lo que le está pasando
- Desconfianza en el sistema sanitario
- Minimización de lo que le ocurre (a veces no son conscientes de su situación y les cuesta identificar el peligro y su deterioro)
- Aislamiento y falta de apoyo social y familiar

- Valores y creencias culturales (si la sociedad lo tolera, ellas también)
- Valores y creencias culturales (si la sociedad lo tolera, ellas también) -Están acostumbradas a ocultarlo
- El trauma físico y psíquico las mantiene inmovilizadas, desconcertadas, alienadas

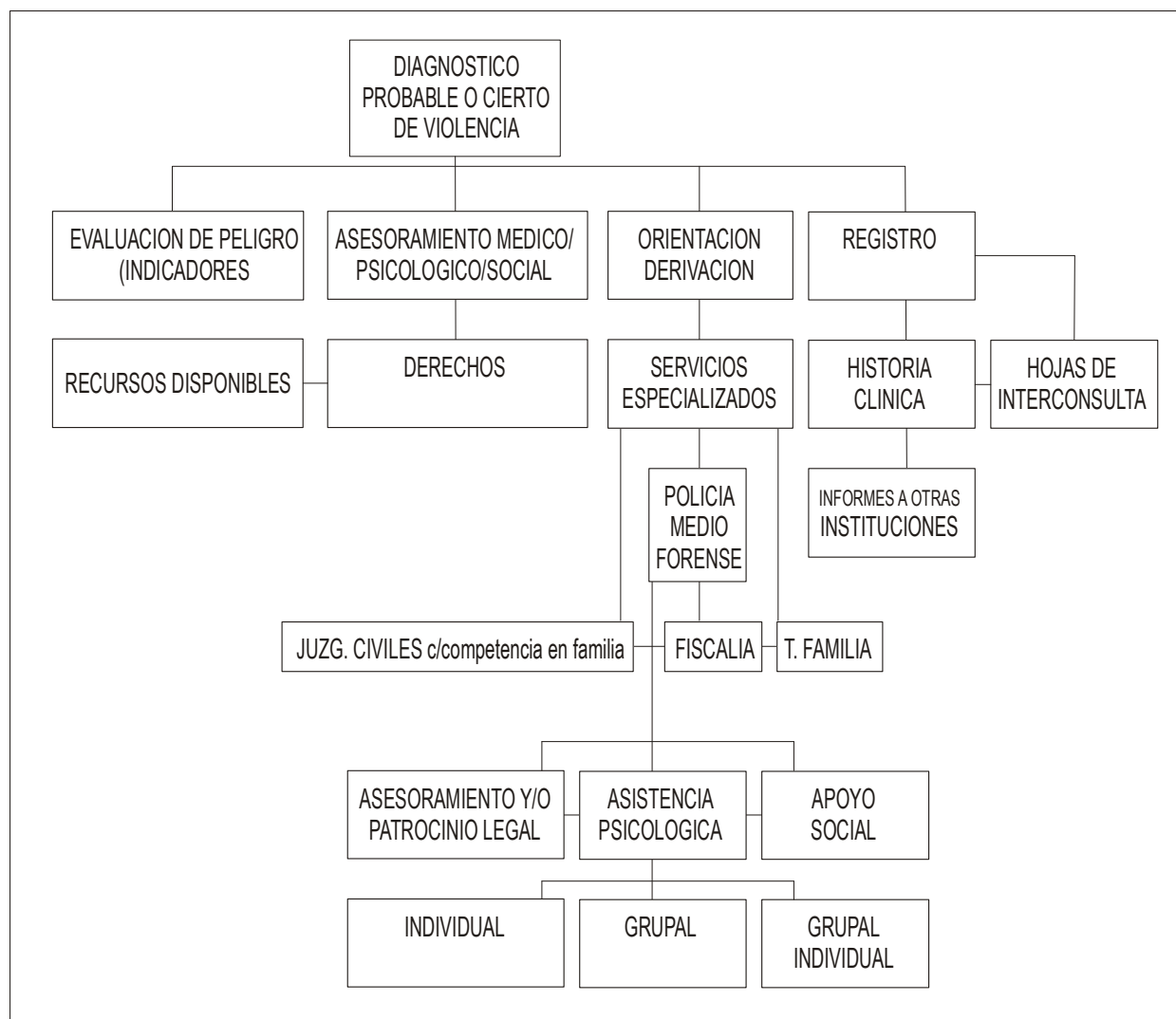
Por parte del personal sanitario

- Estar inmersos en el mismo proceso de socialización que el resto de la sociedad
- No considerar la violencia como un problema de salud
- Experiencias personales respecto a la violencia
- Creencia de que la violencia no es tan frecuente
- Doble victimización de la mujer (la mujer maltratada culpada de su situación de maltrato)
- Miedo a ofenderla, a empeorar la situación, por su seguridad o por la propia integridad
- Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones
- Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales)
- Frecuentes actitudes paternalistas en el contexto de la consulta

PROCESO DE ATENCION DE LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER: DETECCION Y DIAGNOSTICO



PROCESO DE ATENCION DE LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER: INTERVENCION Y TRATAMIENTO



FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en adultos en Argentina y el mundo . Es prevenible y puede decrecer en más del 50% mediante una combinación de esfuerzos sencillos, costo-eficaces y medidas individuales encaminadas a reducir los principales factores de riesgo (modificables) como la hipertensión arterial, dislipemia, obesidad y el hábito de fumar.

Si no se toman medidas para mejorar la salud cardiovascular y continúa la tendencia actual, se estima que para el 2020 se perderá en todo el mundo un 25% más de años de vida sana debido a las enfermedades cardiovasculares.

“Las recomendaciones para la prevención de enfermedades cardiovasculares deben ser brindadas a través de Programas de Promoción de la Salud, con activa participación comunitaria, basadas en el Primer Nivel de Atención y con estrategias poblacionales. Estas deberían ser multifactoriales, integrales, integradas a las otras actividades del Equipo de Salud y susceptibles de ser evaluadas, no solo por su impacto, sino también su factibilidad”. Dra. Ximena Berrios (Prof. Salud Pública, Pontificia Universidad Católica. Chile).

Los factores de Riesgo Cardiovascular se clasifican en:

- *Inmodificables*, representados por edad-sexo-herencia y raza.
- *Modificables*, relacionados con estilos de vida (que pueden cambiarse) o por enfermedades previas (que pueden ser tratadas). Son ejemplos: hábito de fumar; consumo excesivo de alimentos ricos en grasas, harinas y azúcares; sobrepeso y obesidad; consumo exagerado de sal; vida sedentaria; estrés continuo; dislipemias; alcoholismo; hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.

OBESIDAD

Definición:

La Obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, determinada por la interacción de factores genéticos y ambientales, que se caracteriza por un aumento de la grasa corporal cuya magnitud y distribución condicionan la salud de un individuo. Es una enfermedad en sí misma, con elevada prevalencia en el mundo y condiciona a otros trastornos como Diabetes, Enfermedad cardiovascular, Artrosis, etc. Además representa un problema psicosocial, debido a su condición.

Factores que influyen en el desarrollo de la Obesidad:

- a) Genéticos: es una enfermedad poligénica que se encuentra aún en estudio.
- b) Nutricionales: un elevado consumo de calorías por un lado y por el otro la escasa actividad física que no permite gastar todas las calorías que se ingirieron.
- c) Ambientales: existe una elevada oferta en el mercado de alimentos ricos en grasas, comida rápida y chatarra de fácil de acceso.
- d) Factor Neuroendocrino: el tejido adiposo es sumamente activo en la secreción y recepción de sustancias, que intervienen directamente en el metabolismo. Su incremento acentúa los trastornos relacionados con los mismos.

Como saber si una persona es Obesa

Para ello se debe sacar el índice de masa corporal que se realiza de la siguiente manera, según el ejemplo: Una persona de 20 años pesa 64 Kg, mide 1,68 m.

I.C.M.=	$\frac{\text{Peso del Individuo}}{\text{Talla}^2}$	=	$\frac{64 \text{ Kg}}{(1,68 \text{ m})^2}$	=	22,69
----------------	--	---	--	---	--------------

IMC será 22,69, y a este valor se lo compara con la tabla de clasificación siguiente:

- ✓ 18,5 a 24,9 Peso normal
- ✓ 25 a 29.9 Sobrepeso
- ✓ 30 a 34.9 Obesidad grado I
- ✓ 35 a 39.9 Obesidad grado II
- ✓ 40 a 50 Obesidad mórbida
- ✓ Más de 50 Super-obesidad

Circunferencia de Cintura

Indicador simple y efectivo de obesidad central abdominal con utilidad clínica y epidemiológica.

La adiposidad central está fuertemente correlacionada con Eventos cardiovasculares, independientemente del IMC.

El riesgo aumenta si la circunferencia es mayor de 88 cm en la mujer y 102 en el hombre.

Actualmente se considera de riesgo cuando estos valores son: 80 cm en la mujer y 94 en el varón. (IDF) Federación Internacional de diabetes.

Perfil Lipídico

- Triglicéridos: menor a 150 mg/dl
- Colesterol total: menor a 200 mg/dl
- LDL: menor a 100 mg/dl (si presentó enfermedad cardiovascular previa el objetivo es menor a 70 mg/dl)
- HDL: hombre mayor o igual a 70 mg/dl
- Mujer mayor o igual a 50 mg/dl

Para el caso de adultos mayores de 65 años, se deben considerar además otros indicadores, ejemplo: Valoración de masa muscular.

Diagnóstico: se realiza con la entrevista, el examen físico, laboratorio y medidas antropométricas:

Factores a considerar	Laboratorio
Edad Peso y talla Distribución de la grasa Enfermedades asociadas IMC Perímetro de cintura en cm	Hemograma Colesterol Total –HDL y LDL Triglicéridos Glucemia Urea y Creatinina Orina completa Insulinemia

IMC con ajuste de riesgo, teniendo en cuenta:

- | | |
|--|----------------------------------|
| • Perímetro de cintura. | • Apnea del sueño. |
| • Valor de tensión arterial. | • Nivel de actividad física. |
| • Relación triglicéridos / HDL colesterol. | • Peso ganado desde los 18 años. |
| • Glucemia en ayunas. | • Osteoartritis. |

SCORE AJUSTADO

Puntaje	0	+2	+4
Aumento de peso desde los 18 años	<5 kg	Entre 5 y 15 kg	>15 kg
Cintura	Mujeres <81 Varones <94	Mujeres 81 - 89 Varones 94 - 102	Mujeres > 90 Varones >102
TG / HDL	<5	Entre 5 - 8	>8
TA	<140 / 90	140/90 - 160/100	>160/100
Glucemias en ayunas	<95 mg/dl	95 – 126 mg/dl	>126mg/dl
Apnea del sueño	No		Si
Osteoartritis	No		Si

VALORACION: el valor obtenido se suma al ICM

ALCOHOLISMO

Introducción:

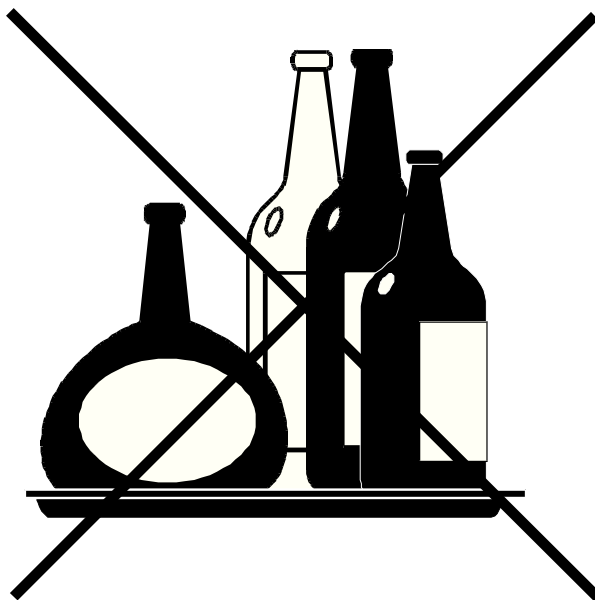
El alcoholismo se ha extendido por todo el mundo y ha penetrado en todas las esferas sociales alcanzando a los ricos como a los pobres. No respeta sexo, edad, raza, religión ni profesión. Poco a poco ha ido ganando adeptos constituyendo uno de los flagelos más temibles que padece la humanidad.

Tiene aceptación social, y se relaciona con ciertas creencias y actitudes que favorecen su consumo. Ejemplos: “el alcohol es un estimulante”, “aumenta la potencia sexual”, “sin alcohol no hay fiesta”.

El alcoholismo como enfermedad:

Cuando se señaló el alcoholismo como uno de los más graves problemas de salud en el mundo, por las consecuencias de índole médico, económico, social y legal, se lo reconoció como enfermedad. En 1960 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define alcoholismo como **“un trastorno de la conducta caracterizado por la dependencia hacia el alcohol, expresada a través de dos síntomas fundamentales: la incapacidad de detener la ingestión de alcohol una vez iniciada y la incapacidad de abstenerse del alcohol”**.

El alcohol no causa problemas cuando es ingerido con moderación, siendo de esta manera socialmente aceptable, pero cuando su abuso origina trastornos de diversas índoles, se cae en la patología.



Efectos negativos del consumo excesivo de alcohol

- Deteriora la calidad de vida con trastornos de conducta cotidianos.
- Genera episodios de agresividad o depresión.
- Provoca accidentes.
- Aumenta el riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados.
- Provoca enfermedades como la cirrosis hepática, e incrementa el riesgo de padecer cáncer en distintos órganos.
- Provoca daño cerebral, hipertensión arterial, afecciones cardíacas, gástricas y frecuentes trastornos de la memoria.

Factores de riesgo

- Situación familiar de crisis.
- Rendimiento escolar o laboral deficiente.
- Dificultades en el uso del tiempo libre.
- Trastornos del comportamiento alimentario.
- Depresión.
- Ausencia de expectativas.
- Ausencia de responsabilidades.
- Dificultad para la comunicación y la relación con otros.
- Actitudes consumistas.

Medidas de prevención

- No beber nada de alcohol antes de la edad adulta.
- Informar al adolescente sobre los efectos del alcohol y las graves consecuencias que puede tener sobre su salud y su calidad de vida.
- Dotar al adolescente de estrategias para eliminar los factores de riesgo que le pueden inducir a consumir alcohol, como mejorar su autoestima y sus habilidades sociales.
- Informar sobre formas alternativas de diversión sin usar alcohol.

El alcohol es una droga depresora del sistema nervioso central

Provoca daños a nivel de:

- **Cerebro:**
 - ✓ Depresión de la corteza cerebral, que aluja los criterios morales y el control de la conducta, aparece la euforia y el relajamiento de los frenos sociales que permiten cierta audacia en los actos o palabras
 - ✓ A nivel subcortical, produce llanto y sueño. Las actitudes descontroladas llegan a la violencia física y a las actitudes suicidas.
 - ✓ La depresión del centro vegetativo provoca el coma y puede ocurrir paro respiratorio.
 - ✓ A largo plazo produce atrofia cerebral y deterioro progresivo de las funciones psíquicas superiores, pensamiento, creación, memoria y afectividad
- **Hígado:** alteración y destrucción de la célula hepática
- **Órganos de la reproducción:** disminuye la producción de hormonas, se pierde el deseo sexual y se genera impotencia y frigidez.

Síndrome de abstinencia alcohólica:

Por ser el alcohol una droga adictiva, cuando se suprime por varias horas (24 a 48) su ingesta, aparecen los síntomas de abstinencia:

Abstinencia no complicada:

Temblores groseros (de manos, labios y párpados) náuseas, vómitos, malestar general, abundante sudoración, palpitaciones, aumento de la presión arterial, irritabilidad, ansiedad, etc.

Este cuadro puede mejorar sin tratamiento, pero es necesario observar cuidadosamente al paciente para detectar signos o síntomas más graves.

Es importante:

- Escuchar al paciente, con atención, sin interrumpirlo.
 - Evitar el maltrato.
 - Mantenerlo en un lugar tranquilo, aireado y bien iluminado.
- Alucinosis alcohólica: angustia marcada y alucinaciones auditivas.
 - Delirium tremens: es la forma más grave de la abstinencia, el paciente está agitado, tembloroso, confuso, sudoroso y con alucinaciones visuales y táctiles (generalmente de pequeños insectos que le caminan sobre el cuerpo).

Los dos últimos casos deben ser referidos con urgencia a un hospital general para su tratamiento en internación.

Tratamiento:

El tratamiento del alcoholismo es prolongado y complejo. Debe ser multidisciplinario, integral y tener en cuenta los múltiples aspectos que involucra. Ellos son:

- Físicos: desintoxicación y tratamiento de las complicaciones orgánicas
- Psicológicos: se busca ayudar al alcohólico a encontrar nuevas alternativas de vida. Los grupos de autoayuda constituyen un importante apoyo.

El tratamiento del alcoholismo debe necesariamente transcurrir por distintas fases: reconocimiento de la adicción; desintoxicación y deshabitación. La familia juega un rol fundamental, pues ella se constituye en el sistema de soporte del individuo que se quiere recuperar.

TABAQUISMO

Introducción:

El tabaquismo es la principal causa de muerte prematura evitable en el mundo. Cada año mueren 40.000 argentinos, debido a enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

Las graves consecuencias que causa el tabaco en la salud de los fumadores y su entorno, han sido claramente documentadas durante las últimas décadas.

El tabaco es un cancerígeno Tipo A, es decir cualquier nivel de exposición provoca daño.

Existen enfermedades específicas causadas por el consumo de tabaco y los riesgos relacionados con su consumo aumentan con la edad, comprometiendo la salud general de los fumadores y disminuyendo su esperanza de vida.

El fumar es en sí mismo, una grave enfermedad: la ADICCION al tabaco. Esta se sustenta en una triple dependencia física, psicológica y social; haciendo que tenga características especiales.

ES FUMADOR ACTIVO EL QUE CONSUME EL TABACO EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES.

ES FUMADOR PASIVO EL QUE SIN FUMAR ESTÁ EXPUESTO AL HUMO DE TABACO AMBIENTAL

Porqué se Fuma?

Inducidos por la sociedad de consumo y la propaganda, la edad de inicio en el tabaquismo es cada vez más baja. Se lo asocia a belleza, deportes extremos, éxito, modernidad, etc. y no existe diferenciación de género ni estrato social.

El mantenimiento del consumo de tabaco radica en que el tabaquismo es una adicción y cuando los fumadores intentan abandonarlo, experimentan los síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina (trastornos del sueño, irritabilidad, frustración, ansiedad, dificultad para concentrarse, depresión, aumento del apetito, disminución de la frecuencia cardíaca)

Efectos perjudiciales del tabaquismo

Tanto el fumador activo como pasivo, sufren las consecuencias del tabaco en la salud.

El humo del tabaco contiene más de 4000 compuestos que pueden ser tóxicos, irritantes o cancerígenos.

Los efectos perjudiciales relacionados con el tabaco son:

- Cáncer en distintas localizaciones (pulmón, laringe, cavidad bucal, páncreas, etc.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Asma, Bronquitis.
- Enfermedades cardiovasculares (Infarto, Angina de pecho, Accidente cerebrovascular, aneurisma de aorta, Enf. Vascular periférica, etc.) -La mujer fumadora tiene más riesgo a: aborto espontáneo, parto prematuro, menopausia prematura, disminución de la fecundidad. El feto tiene incremento de mortalidad perinatal, mayor cantidad de internaciones y menor peso al nacer.

Beneficios que resultan del abandono del tabaquismo:

- * Mejora la calidad de vida y los aspectos estéticos.
- * Beneficios en la mortalidad global.
- * Reducción de patologías cancerosas.
- * Mejoría en las enfermedades no malignas.



- * Beneficios en la reproducción.
- * Beneficios en la reproducción.

El Personal de Enfermería debe aplicar estrategias para proteger al no fumador y motivar al fumador para que inicie la cesación tabáquica.

Intervenciones

Prevención: Evitar que los no fumadores, especialmente niños y adolescentes se inicien en el tabaquismo.

Protección: Evitar la exposición al humo de tabaco ambiental, promocionando los ambientes libres de humo.

Cesación: Medidas aplicadas a los fumadores para que abandonen el tabaquismo, motivando sobre los beneficios de dejar de fumar.



- Inmediatamente después de dejar de fumar, decrece el daño de la función pulmonar y se recupera el gusto y el olfato.
- La progresión de la Enfermedad Vascular Periférica se detiene inmediatamente después de la cesación
- En menos de un año el riesgo de enfermedad cerebrovascular es similar al de un no fumador.
- En un año se reduce la cardiopatía isquémica a la mitad y en cinco años se iguala a la de un no fumador.
- A los 10 años de abandonar el tabaquismo el riesgo relativo de presentar un cáncer se reduce a la mitad.
- A los 15 – 20 años el riesgo de cáncer se iguala a la de un no fumador.

Se recomienda:

- * Interrogar a toda persona que consulta sobre el consumo de tabaco.
- * Brindar un breve consejo para dejar de fumar a todos los fumadores, en cada oportunidad de contacto, dado que esta breve intervención incrementa la tasa de cesación.
- * Cuando los fumadores aún no están listos para dejar de fumar, conviene motivarlos para que lo consideren.
- * Cuando los fumadores están listos para dejar de fumar, conviene que el fumador reciba al menos, una intervención breve, con una duración estimada de tres a cinco minutos, donde se realizará un consejo antitabáquico claro y derivará al personal especializado.



DISLIPEMIAS

Definición: Dislipemia es cualquier alteración en los niveles normales de lípidos plasmáticos (fundamentalmente colesterol y triglicéridos) y sus concentraciones elevadas constituyen un riesgo para la salud.

Los triglicéridos : Son fuente de energía y provienen del metabolismo de las grasas e hidratos de carbono.

El colesterol : Es un tipo de grasa fabricada por el hígado y aportado por la alimentación, es un precursor para la biosíntesis de hormonas, ácidos biliares y forma parte de estructuras celulares.

Valores Normales de los Lípidos:

Colesterol total: menor de 200 mg/dl

Colesterol LDL: menor de 100 mg/dl

Colesterol HDL: 40 mg valor mínimo aceptable
- 60 mg valor óptimo

Triglicéridos: MENOR DE 150MG/DL



El perfil lipídico debe solicitarse completo, evaluando el aspecto del suero.
Se debe esperar de 1 a 3 meses para solicitar y valorar un nuevo perfil lipídico.

Categorización de riesgo y objetivo terapéutico de LDL:

- * En pacientes con enfermedad coronaria, enf. Arterial periférica, accidente cerebrovascular transitorio, enf. Cardiovasculares: LDL < DE 100 MG/DL
- * 2 o más factores de riesgo cardiovascular, varones mayores de 45 años, mujeres mayores de 55 años: LDL < DE 130 MG/DL.
- * Pacientes sin riesgo o con solo 1: LDL < DE 160 MG/DL.

Tratamiento

1- Cambio en el estilo de vida:

- Reducción de grasas saturadas mediante plan alimentario.
- Control de peso.
- Actividad física programada, continua y supervisada. Tipo aeróbica, moderada intensidad (FC que no sobrepase 65 a 75% de la FC máxima), 30 a 60 minutos diarios, 3 a 5 veces por semana.

2- Tratamiento Farmacológico:

- Para colesterol elevado: estatinas, ezetimibe.
- Para triglicéridos elevados: fibrato y estatinas.
- Para colesterol HDL bajo: fibratos, estatinas, ácido nicotínico.

3- Tratamiento de Patologías de Base.

HIPERTENSION ARTERIAL (HTA)

Introducción:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el mundo la HTA afecta a unos mil millones de personas, es decir a uno de cada tres adultos. Es el principal factor que contribuye a causar cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, siendo la causa más importante de muerte prematura y discapacidad. Por lo que representa un grave problema de salud pública debido a los altos índices de morbilidad y mortalidad que causa.

Su prevalencia varía en el mundo de un 35% a un 45% en población adulta. En Argentina se estima que esta enfermedad afecta 42% de personas de entre 35 y 75 años, en tanto que los ancianos pueden presentar una prevalencia de hasta 80%. Lo alarmante de esta situación es que aproximadamente un 40% de las personas hipertensas desconoce su condición (Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial)

Su incidencia se ha incrementado en la sociedad moderna debido a factores de riesgo que inciden en su desarrollo tales como alimentación hipercalórica e hipergrasa, sedentarismo, obesidad, stress, tabaquismo, el envejecimiento poblacional entre otros factores.

Concepto:

La hipertensión arterial es la elevación crónica de la presión arterial sistólica (PAS) o presión arterial diastólica (PAD) o de ambas por encima de las cifras consideradas normales.

Se considera normal a los valores de PA iguales o menores a 120/80 mm de Hg.

Se considera hipertensa a una persona que presenta valores de tensión arterial iguales o mayores a 140/90 mm de Hg.

CLASIFICACION DE LA PA SEGÚN LA SOCIEDAD ARGENTINA DE HTA

CATEGORIA	PAS	PAD
Optima	<120	<80
Normal	120- 129	80-84
Prehipertension o Presión Límitrofe	130-139	85-89
HTA Grado o Nivel 1	140-159	90-99
HTA Grado o Nivel 2	> 160	> 100*
HTA sistólica aislada	=140	< 90

Dentro de la HTA grado 2, los pacientes con PA > 180 y/o 110 mmHg. en dos tomas separadas por 30 minutos entre ellas, son considerados hipertensos en la primera consulta, no requiriendo confirmación en una consulta posterior.

Factores de Riesgo:

- Obesidad
- Sedentarismo
- Dislipemia
- Alimentación con elevado contenido de sodio y grasa.

- Tabaquismo
- Stress
- Diabetes mellitus
- Edad y sexo (varones > 40 años, mujeres > 45 años)
- raza
- Antecedentes familiares de HTA



Clasificación de la HTA

Según su etiología se clasifica en:

“Hipertensión esencial”, “primaria” o “idiopática”, cuando se desconoce la causa específica de la misma. Suelen estar presentes una serie de factores considerados de riesgo tales como la obesidad, el consumo excesivo de sal, el sedentarismo, las dislipidemias, el tabaquismo, el stress, la herencia, entre otros. Este tipo de hipertensión constituye el 90% de los casos.

Hipertensión Secundaria: las causas pueden ser patologías renales, vasculares, metabólicas, hormonales, algunos medicamentos, etc.

Manifestaciones clínicas:

En la mayoría de los casos la HTA puede cursar sin síntomas (por eso es llamada Asesino Silencioso) y se la diagnostica cuando el paciente consulta por las complicaciones que la enfermedad le produjo.

Algunos síntomas que puede presentar un paciente hipertenso son:

- Cefalea
- Mareos
- Nerviosismo
- Palpitaciones
- Taquicardia
- Sangrado nasal
- Visión borrosa
- Sofocaciones
- Dolor de pecho.



Diagnóstico:

Para establecer el diagnóstico de HTA se debe tener en cuenta específicamente el valor de las cifras de PA. Valores por encima de los normales en sucesivos controles indican la presencia de esta patología.

Se debe realizar:

- Entrevista clínica considerando antecedentes personales y familiares de riesgo cardiovascular
- Examen físico incluye:
- Examen cardíaco- Antropometría (cintura abdominal, peso y talla, IMC) Fondo de ojo
- Toma de PA y frecuencia cardíaca (FC)

Los métodos recomendados para la toma de la PA son:

- Registro de PA en el consultorio: respetando las normas de control de PA Pueden usarse aparatos de tipo aneroides o automáticos cuya precisión haya sido validada.
- Monitoreo Domiciliario de Presión arterial (MDPA): mediciones automáticas realizadas por el propio paciente.

- Monitoreo Ambulatorio de Presión arterial de 24 horas (MAPA): mediciones automáticas en ausencia de operador realizadas mediante holter de presión.

(Valores de presión iguales o mayores a 140/ 90 son indicativos de HTA. En el caso de los pacientes diabéticos se consideran hipertensos aquellos pacientes con cifras iguales o superiores a 130/85)

Se deben solicitar exámenes complementarios tales como:

Hematocrito- Ionograma – glucemia -creatinina, urea, microalbuminuria - perfil lipidico.

Electrocardiograma- ecocardiograma- fondo de ojo- radiografía de tórax-

Con el fin de establecer alteraciones metabólicas, del medio interno y lesiones en órganos blancos.

Evaluación del paciente con HTA

La evaluación tiene tres objetivos:

1. Determinar el estilo de vida e identificar otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades concomitantes que afectan al pronóstico y condicionan el tratamiento.
2. Investigar las causas secundarias de HTA.
3. Confirmar la presencia de lesión en órgano diana.

Tratamiento: Los Objetivos del tratamiento son:

- Reducir la morbilidad y mortalidad por complicaciones.
- Mantener cifras de presión arterial <140/90 mmHg ; en el caso de pacientes con diabetes o enfermedad renal crónica el objetivo es presión arterial <130/80 mmHg.
- Conseguir los objetivos de presión arterial sistólica especialmente en personas de >50 años.
- Cambiar estilo de vida
- Lograr adherencia al tratamiento

Tratamiento farmacológico

Drogas de 1ª línea:

- Diuréticos
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina(IECA)
- Antagonistas de calcio
- Beta bloqueantes
- Antagonistas de angiotensina II

Tratamiento NO farmacológico

- Incluye cambios en el estilo de vida
- Disminuir la ingesta de sal
- Disminuir de peso en caso de sobrepeso u obesidad
- Disminuir la ingesta de alcohol
- Suprimir el tabaco
- Realizar actividad física aeróbica diaria de treinta minutos
- Evitar alimentos con grasas saturadas.
- Aumentar la ingesta de frutas y verduras
- Evitar el consumo de embutidos y fiambres
- Disminuir el stress y la ansiedad.
- Controles de salud periódico



Estas también son medidas efectivas para prevenir la HTA

Complicaciones:

La hipertensión arterial afecta órganos blancos como el cerebro, riñón, retina y corazón y grandes vasos. Estas se asocian a alta mortalidad cardiovascular, incapacidad física y funcional y lesiones cerebrovasculares. Para evitarlas es imprescindible que la persona adhiera al tratamiento y modifique estilos de vida no saludable.



Prevención de la hipertension en la comunidad:

El equipo de salud tiene un papel fundamental en la educación sanitaria para prevenir esta patología y también para establecer un diagnostico precoz en grupos de riesgo es decir aquellos pacientes que presentan sobrepeso, que son mayores de cuarenta años, sedentarios, fumadores, diabéticos.



Estilo de vida saludable

Presión arterial saludable

La hipertensión arterial es una epidemia mundial, 7 millones de personas mueren cada año y 1,5 billones de personas en todo el mundo sufren a causa de la Hipertensión Arterial.

*La enfermedad no produce síntomas, por eso se la llama **"Asesino silencioso"**.*





caminar 30 minutos por día

actividad física



Consumir frutas y verduras

alimentación



Controlar el peso

peso corporal



Eliminar el tabaco

tabaco

DIABETES MELLITUS

La Diabetes Mellitus DM es una enfermedad crónica caracterizada por el aumento permanente de glucosa en sangre.

La Diabetes es una enfermedad de prevalencia creciente que genera complicaciones de carácter invalidante, con altas tasas de morbi-mortalidad. Es una enfermedad crónica no curable pero sí controlable. La Diabetes tipo 2 constituye el 90 a 95 % de todos los casos, y la Diabetes tipo 1 representa el restante 5 a 10 %. La diabetes es la cuarta causa de muerte en la mayoría de los países desarrollados. Las cifras más recientes dadas por la OMS indican que cada año 3.2 millones de muertes en todo el mundo son atribuibles a la Diabetes, es decir 6 muertes cada minuto.

Esta enfermedad es la principal causa de muerte por infarto de miocardio y accidente cerebrovascular (compromiso macrovascular), y la primera causa de ceguera e insuficiencia renal en países desarrollados (compromiso microvascular). Es la causa más frecuente de polineuropatía, afectando aproximadamente a 50 % de los diabéticos con más de 25 años de evolución conocida. Quienes presentan esta dolencia tienen una probabilidad entre 15 y 40 veces mayor de sufrir una amputación de una extremidad inferior que la población general. Por otra parte, los recién nacidos de madres diabéticas tienen mayor riesgo de malformaciones, prematuridad, macrosomía y alteraciones metabólicas.

En Argentina, la diabetes afecta entre el 5% y el 10% de la población de 20 a 70 años. Pero después de los 70 años hay un diabético cada cinco personas.

Lo mas preocupante es que el 35% al 50% no están diagnosticados, y eso hace que aumente la frecuencia de complicaciones, las que están presentes al diagnosticar la enfermedad o son, la causa del diagnóstico. Por todo ello es primordial que los Equipos de Atención Primaria estén en condiciones de identificar, tratar e instruir adecuadamente a su comunidad, a los diabéticos y a sus familias.

La diabetes se clasifica de la siguiente manera:

- DBT Tipo 1: por destrucción de las células beta del páncreas, con déficit absoluto de insulina. Puede aparecer a cualquier edad pero es más frecuente en niños y jóvenes.
- DBT Tipo 2: afecta con mayor frecuencia a adultos, resulta de la combinación de dos fenómenos:
 - a. Falta de respuesta celular a la insulina (insulino-resistencia).
 - b. Disminución de producción de insulina por parte del páncreas (insulina-deficiencia).
- Está asociada fuertemente con la obesidad y el síndrome metabólico.
- DBT gestacional: Es la Diabetes que aparece o se diagnostica en el curso del embarazo.
- Otros tipos de diabetes.

Manifestaciones Clínicas de la Diabetes

La hiperglucemia es el signo característico de la diabetes y es responsable de las siguientes alteraciones:

- Poliuria: orinar mucho
- Polidipsia: sed intensa
- Polifagia: aumento del apetito
- Prurito: picazón
- Astenia: cansancio fácil, sin realizar esfuerzo.
- Infecciones frecuentes en piel, mucosas (genitales) y vías urinarias.
- Dificultad en la cicatrización de heridas



Cuando los valores de azúcar son muy altos durante un cierto tiempo, puede producirse una pérdida de conocimiento (coma diabético). ESTO ES UNA EMERGENCIA.

La hiperglucemia puede pasar inadvertida por lo que el diagnóstico puede hacerse en forma casual. En esto radica, entre otras cosas, la importancia de los controles en salud.

Complicaciones DE LA DIABETES:

Complicaciones Agudas:

- Hipoglucemia
- Hiperglucemia

Complicaciones Crónicas:

Con el tiempo, la hiperglucemia ocasiona daños en los tejidos, provocando las siguientes complicaciones:

- En riñones (nefropatía)
- En ojos (retinopatía)
- En los nervios (neuropatía)
- En los vasos sanguíneos (vasculopatía) afectando cerebro, corazón, miembros inferiores.

¡¡LOS SÍNTOMAS Y LAS COMPLICACIONES TARDÍAS SE EVITAN CON UN TRATAMIENTO ADECUADO!!

Factores de riesgo para la aparición de la diabetes tipo 2:

1. Individuales

- Glucemias en ayuna alterada (GAA).
- Intolerancia a la Glucosa (TGA).
- Antecedentes familiares de diabetes.
- Antecedentes de diabetes gestacional.

2. Ambientales

- Sobrealimentación.
- Falta de ejercitación.
- Malnutrición.
- Alcoholismo.

3. Patológicos

- Obesidad. (Adiposidad abdominal).
- Síndromes metabólicos.
- Hepatopatías crónicas.
- Enfermedades tiroideas.

4. Medicamentos

- Diuréticos tiazídicos.
- Hormonas esteroideas.
- Beta-bloqueantes.
- Ácido nicotínico.



Pruebas para diagnosticar Diabetes:

1. Glucemia en ayuna

- Normal: 70-100 mg/dl.
- Glucemias en ayunas alteradas: 100-125 mg/dl (GAA)
- Diabetes: mayor o igual a 126 mg/dl.

2. Prueba de tolerancia a la glucosa (PTOG)

- Normal: menos o igual 126 mg/dl
- Intolerancia a la glucosa: 140-199mg/dl (TGA).
- Diabetes: mayor o igual a 200 mg/dl.



Según la OMS para realizar un diagnóstico de Diabetes el paciente debe presentar:

- Síntomas de Diabetes con valores de glucosa plasmáticas al azar (cualquier hora del día sin considerar el ayuno) ≥ 200 mg/dl.
- Glucemia en ayunas > 126 mg/dl, en dos oportunidades, en el lapso de 1 semana.
- Glucemias ≥ 200 mg/dl luego de dos horas de una carga de glucemia PTOG.

Tratamiento:

El control de la Diabetes no es siempre fácil, requiere tiempo y esfuerzo, pero el esfuerzo lleva a múltiples beneficios. Mantener un nivel de glucemia normal ayuda a prevenir y retrasar las complicaciones crónicas.

El tratamiento de la Diabetes debe ser integral y multidisciplinario.

Se deben respetar los siguientes PILARES:

1. Consultar periódicamente al médico.
2. Recibir educación diabetológica.
3. Realizar autocontrol de glucemia diario.
4. Realizar actividad física.
5. Tratamiento farmacológico.
6. Plan de alimentación.



Los objetivos glucémicos y no glucémicos para el control de la diabetes son:

1. Glucemias en ayunas y antes de cada comida $< 100\text{mg/dl}$.
2. Glucemias post-prandiales (2 hs. Post) $< 140\text{ mg/dl}$.
3. Hemoglobina glucosilada $\leq 7\%$ (HbA1c)
4. Valores de HbA1c en niños y ancianos para prevenir las hipoglucemias frecuentes $\leq 8\%$.

Perfil lipídico de pacientes diabeticos:

1. Colesterol total $< 180\text{mg/dl}$
2. HDL- COL $\geq 40\text{mg/dl}$
3. LDL- COL $< 150\text{mg/dl}$



Control de peso:

IMC < 30

Cintura abdominal : $< 102\text{ cm}$. en el hombre.
 $< 88\text{ cm}$. en la mujer.

Según el Ministerio de Salud de la Nación la prevalencia de diabetes es de 9,6% (2009). Hay más de 2,5 millones de personas con diabetes en la Argentina. Con diagnóstico solo el 50%. La emergencia en diabetes no es solo la hiperglucemia sino también las hipoglucemias porque producen daños neurológicos que llevan al paciente a un déficit cognitivo importante. Objetivos glucémicos. Hemoglobina glucosilada: menor o igual a 6%

RECUERDE LA BASE PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES ESTA REPRESENTADA POR LA EDUCACIÓN DIABETOLOGICA QUE DEBE IMPARTIR LA ENFERMERA.

SEDENTARISMO

Definición: Se considera sedentaria a una persona que no realiza una caminata de 30' diarios, durante 5 a 7 días por semana, o su equivalente en gasto calórico, producto de cualquier otra actividad física.

Consecuencias de Sedentarismo:

Se afecta todo el organismo. Describiremos los principales daños:

- * Huesos.
- * Articulaciones.
- * Músculos.
- * Sistema Cardiovascular.
- * Metabolismo.

Estratificación de riesgo:

- *Clase A:* Personas asintomáticas sin evidencia de riesgo mayor. Menor de 40 años o mayor de 40 años con Ergometrías (-).
- *Clase B:* Enfermos cardiovasculares estables, asintomáticos, con pruebas ergométricas y capacidad funcional anormales, o con evidencia de factores de riesgo mayor.
- *Clase C:* Enfermos cardiovasculares inestables sintomáticos con capacidad funcional seriamente alterada.
- *Clase D:* Enfermos cardiovasculares inestables severos. (Isquemias inestables, Ins.Cardíaca descompensada, cardiomegalias, valvulopatía estenóticas, arritmias ventriculares).

Prevención del sedentarismo

Rol del personal de salud:

- Fomentar desde temprana edad la realización de actividad física.
- Difundir en los distintos espacios sociales, los beneficios de la actividad física y los riesgos del sedentarismo.
- Fomentar proyectos multisectoriales que ofrezcan espacios gratuitos para la práctica deportiva, gimnasia, etc.
- Motivar a la comunidad para la práctica de caminatas diarias, como una alternativa saludable, sin costo y accesible.
- Difundir en los ámbitos laborales la importancia de destinar 30 minutos diarios a la actividad física.

Niveles de Acción según el riesgo -Ver Actividad física.

EL AMBIENTE Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD DE LOS ADULTOS

El logro de un medio ambiente físico y social propicio para la vida, es una responsabilidad de cada ciudadano, que los gobiernos deben asegurar a través de políticas de protección y de resguardo que involucren a la comunidad en su conjunto.

Junto a otros determinantes del proceso salud enfermedad tales como la biología humana, los estilos de vida, la organización de la atención de los servicios de salud, el ambiente es un factor que afecta el estado de salud de las personas.

MEDIOAMBIENTE - Clasificación del Ambiente:

Ambiente Físico- químico: lo constituye el agua, el aire, luz, radiaciones, temperatura, sustancias inertes.

Ambiente biológico: constituido por microorganismos, animales, vegetales, seres humanos

Ambiente Sociocultural: cultura, educación, nivel social, trabajo, religión, sistema político, la familia, la comunidad, etc.

Influencia del ambiente en la salud de las personas

1) AMBIENTE DOMICILIARIO: El ambiente domiciliario debe reunir ciertas condiciones que le aseguren a sus habitantes un medio saludable y no un espacio de riesgo potencial para su salud.

Factores

-Infraestructura Edilicia: las viviendas deben ser construidas, con materiales adecuados y técnicas que aseguren la calidad de las mismas, con el fin de prevenir accidentes como caídas, contusiones, fracturas, deben contar con apropiadas instalaciones eléctricas para evitar las electrocuciones y adoptar sistemas de protección contra incendios. Deben tener suficiente aberturas que permita el ingreso de la luz solar y del aire.

-Factores Térmicos: La vivienda debe proteger del frío y del calor la deficiencia en los mismos pueden provocar congelamiento, hipotermias, y golpes de calor respectivamente. El uso de dispositivos o fuentes de calor constituyen riesgos, ya sea el uso del carbón, estufas que pueden provocar lesiones por quemaduras, intoxicaciones con monóxido de carbono etc.

-Factores Químicos: la contaminación del aire con el uso de aerosoles, insecticidas, humo de cigarrillo, emanaciones de gases provenientes de productos químicos como el hipoclorito, ácidos, y de las emanaciones de basura, pueden producir enfermedades respiratorias, irritativas de piel, mucosas e intoxicaciones.

-Factores Biológicos: el agua de consumo familiar debe ser potable y de fuente segura. El agua puede estar contaminada con contaminantes biológicos y químicos que pueden provocar enfermedades por intoxicación o infecciosas.

-Sistema de eliminación de Excretas: como fuente potencial de riesgo, según el tipo de sistema utilizado.

-Presencia de Insectos y Roedores: como transmisores de enfermedades parasitarias, rabia, etc.

-El número de habitaciones y de habitantes, para determinar el riesgo de hacinamiento.

EL AMBIENTE Y SU INFLUENCIA

La Basura: Observe y pregunte a la familia cómo almacenan y eliminan la basura, y aconseje a los padres sobre cómo hacerlo.

Separar la basura en dos tachos con tapa:

Uno para la basura que se pudre (restos de comida, cáscaras, hojas).

Otro para la basura que no se pudre (papeles, latas, plásticos).

Sacar diariamente la basura de la casa.

Si no hay recolección municipal:

La basura que no se pudre debe enterrarse lejos de la casa, en un hueco profundo, y cubrirse con tierra o arena.



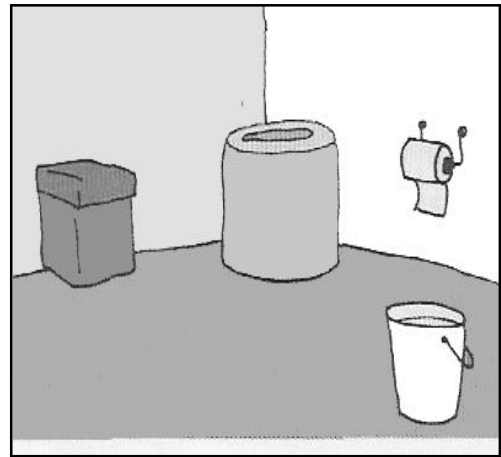
La basura que se pudre puede ser preparada y usada como abono para la tierra.

Los Baños y las Letrinas

Si la casa tiene baño:

Observe si está limpio y sin malos olores.

Aconseje limpiar diariamente el piso y el sanitario con agua y lavandina y tener un tacho con tapa para echar los papeles sucios.



Si la casa tiene letrina:

- Observe que esté limpia, sin materia fecal ni orina en el piso y sin malos olores. La taza o cajón debe tener tapa y estar cerrada cuando no se usa.
- Aconseje a los padres que enseñen a sus hijos a usar correctamente la letrina: orinar y defecar en el hueco y echar los papeles en el tacho.

Si van a construir una letrina con pozo seco:

- Deben construirla en un lugar alejado de la casa y el hueco para el pozo seco debe ser más profundo (no más de 1,80 m) que las fuentes de agua.
- No debe cubrir el interior del pozo seco.
- No echar agua ni desinfectantes.

MEDIDAS PREVENTIVAS **CUIDADOS PARA EVITAR CHAGAS Y DENGUE**

Hay enfermedades graves producidas mediante la picadura de insectos, éstos son la **vinchuca**, que transmite la **Enfermedad de Chagas**, y ciertos **mosquitos** que transmiten **Dengue**. Estos insectos se encuentran en el interior de las viviendas o en el ambiente.

LA ENFERMEDAD DE CHAGAS:

La transmisión de esta enfermedad se hace por contaminación de la picadura de la vinchuca infectada, con sus heces infectadas.

¿Donde se encuentran las vinchucas?

Estos insectos forman nidos en el interior de las viviendas. Los tachos, las grietas, los espacios detrás de cuadros o adornos en la pared y todos los rincones son sus sitios preferidos.

Para protegerse:

- Mantener la vivienda limpia revisando todos los rincones donde las vinchucas puedan formar nido.
 - Reparar las grietas y hendiduras.
 - Revestir de cal las paredes.
 - Rociar con insecticida la vivienda (su interior y exterior).
- Tener cuidado con los niños.



- No permitir la presencia de animales dentro de la vivienda.
- Tratar de cubrir las ventanas con mosquiteros o cortinas.

La vinchuca pica - defeca - uno se rasca - y los parásitos penetran en la sangre

EL DENGUE

El mosquito transmisor del Dengue vive alrededor y dentro de la casa: en llantas viejas, depósitos y canaletas de agua, macetas y floreros, bloques de construcción, huecos de los árboles y, en general, en cualquier objeto donde se estanca el agua.

Medidas de protección:

- Tapar los depósitos de agua y cambiar diariamente el agua de los animales.
- Poner arena o tierra húmeda en los floreros, o cambiar el agua diariamente.
- Llenar con tierra o arena los charcos cerca de la casa y cualquier lugar donde se acumule agua de lluvia.
- Protegerse de las picaduras con ropa adecuada, proteger la casa con mallas metálicas en puertas y ventanas, y dormir con mosquiteros.

Signos de alarma: Si hay fiebre, ir al Servicio de Salud para hacerse un examen. Es gratuito.

Ambiente Extradomiciliario:

El medio ambiente sufre el impacto del crecimiento demográfico, la urbanización y desarrollo industrial, generando un gran desafío en la resolución de problemas que garanticen bienestar a las generaciones futuras.

Son grandes amenazas:

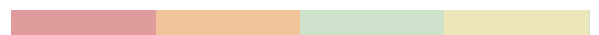
- Contaminación atmosférica con agentes químicos, polución ambiental, factores térmicos y radiactivos.
- Ruidos ambientales, urbanos, laborales, otros.
- Riesgos de la urbanización, accidentes de tránsito.
- Contaminación del agua y déficit de saneamiento ambiental básico.
- Contaminación del suelo y los cursos de agua por los desechos industriales.

Prevención

- Desarrollar acciones tendientes a disminuir los riesgos físicos, químicos y biológicos del ambiente, que afectan la salud de las personas y las comunidades.
- Realizar programas intersectoriales con plena participación comunitaria, con el fin de implementar medidas de saneamiento ambiental intra y extra domiciliario.
- Implementar medidas de seguridad laboral, vial, etc.
- Será necesario que la sociedad en su conjunto adopte medidas de cuidado de su ambiente inmediato, a fin de asegurar a las generaciones futuras un lugar propicio para la vida.
- Generar políticas de desarrollo sustentable, donde la economía evolucione respetando los recursos naturales.



Emergencias



EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

CONVULSIONES

Definición: Las convulsiones son contracciones bruscas de los músculos en extensas zonas del cuerpo. Con mucha frecuencia se acompañan de pérdida del conocimiento.

Tipos:

a) Convulsiones Tónicas: son las que dan contracciones durables, con verdadera rigidez de los músculos, que están contraídos, pero no mueven la parte afectada.

b) Convulsiones Clónicas: son las que producen movimientos bruscos e intermitentes de la parte afectada.

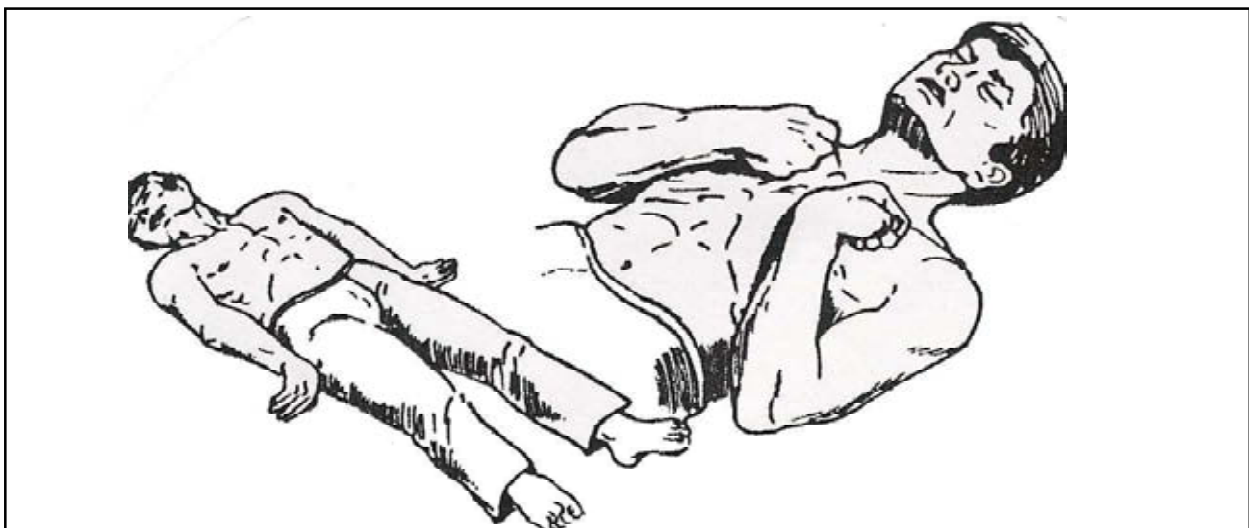
Medidas generales:

- Mantener permeable la vía aérea. Posición semiprona para impedir la aspiración del vómito y mantener una oxigenación adecuada.
- Oxigenoterapia.
- Control de signos vitales.
- Colocar vía intravenosa.
- Administración de medicamentos según indicación médica.
- Si la convulsión continúa, se debe tratar como un estado de mal convulsivo, con la indicación médica de drogas.
- Cuando las convulsiones han cesado, desvestir por completo al niño y cubrirlo con sábanas livianas.
- Si la temperatura continúa elevada (mayor de 38,5°), administrar una droga antifebril según indicación médica.

Derivar al paciente al hospital más cercano si:

Las crisis son prolongadas o repetidas.

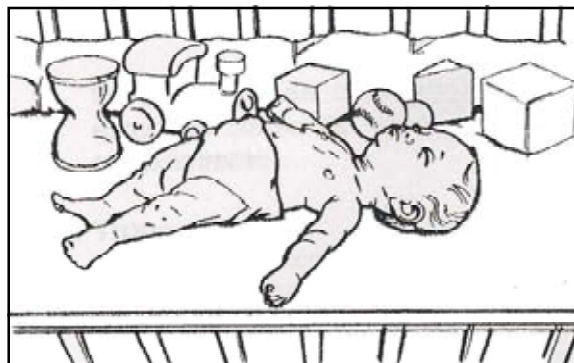
Se sospecha enfermedad que ponga en riesgo la vida del niño.



Ataques / Convulsiones

1. El bebé está tieso.

Si hay movimientos son bruscos.
Está inconsciente. La boca puede estar espumosa. Los labios pueden aparecer morados.



2. Proteja al bebé de lesiones.

Retire los objetos peligrosos. No sujete al bebé ni ponga nada en la boca. Proteja la cabeza.



3. Volteélo al lado izquierdo.

Limpie la vía respiratoria si está vomitando. El ataque puede durar de 2-3 minutos. No le de respiración de rescate mientras el bebé está tieso.

Después del ataque, asegúrese que la vía respiratoria esté abierta y el bebé respire.



4. Si no respira, abra la vía respiratoria.

Incline la cabeza para atrás suavemente, levante la barbilla un poco (no la mueva muy atrás). Asegúrese que la boca esté limpia y la lengua no tape la vía respiratoria. Oído sobre la boca, mire el pecho-oiga y mire. Si no está respirando o Ud. tiene duda, empiece la respiración de rescate. Si sospecha lesión de cuello o espalda, entonces abra la quijada sin mover la cabeza (vea la inserción).



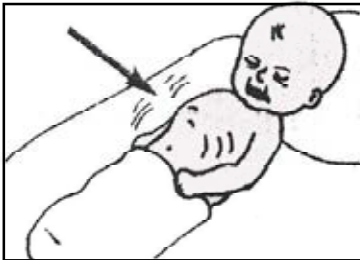
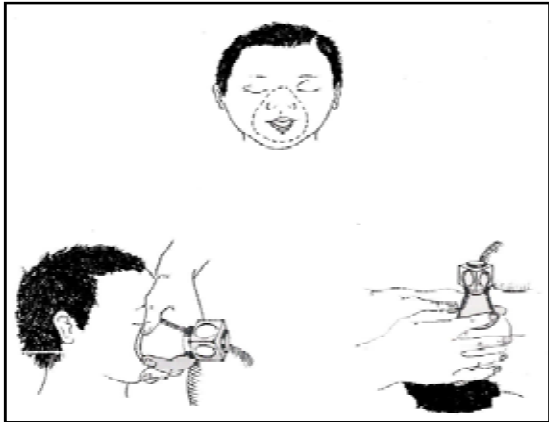
5. Dos soplos lentos y muy suaves.

Después un respiro cada 4 segundos.

Cubra la nariz y la boca con su boca. Dé dos soplos lentos y muy suaves de 1 - 1 1/2 segundos cada uno. Observe el pecho: si no sube ni baja, vuelva a inclinar la cabeza, levante el mentón, cubra la nariz y boca con la suya y trate otra vez.

INTOXICACIÓN

Intoxicación por inhalación

<u>Observe y evalúe</u>	<u>Conducta a seguir</u>
El niño respira, ésta puede ser rápida y con sibilancias. Mareo Somnolencia. Rubor. Evalúe los signos: · Tiene la respiración rápida. · Se hunde el tórax (pecho) debajo de las costillas, tiraje. · Hace ruidos o ronquidos cuando respira.   Si el niño no respira, está comatoso: el niño está dormido profundamente, con piel cianótica, fría, pulso débil. 	Suprimir la fuente tóxica: ventile ampliamente la habitación o retire al niño de la misma, para ello Ud. debe inhalar profundamente y varias veces para evitar aspiración del lugar de rescate. Cuando no sea posible retirarlo de una sola vez, salir rápidamente repetir la respiración profunda para volver a ingresar. Mantenga vía aérea permeable y facilite la respiración, llevando la cabeza hacia atrás y el maxilar inferior hacia adelante. Administre oxígeno al 100%.  Inicie respiración artificial boca a boca (ver reanimación cardiopulmonar). Administre oxígeno al 100% en forma permanente hasta el centro de salud de mayor complejidad más cercano. Solicite a otra persona que localice un medio de transporte para trasladar al niño URGENTE. Mantenga abrigado al niño.

Intoxicación por ingestión

1. Diluir el tóxico, mediante la administración de agua. (No utilice leche).

2. Decontaminación gástrica.

Provocar emesis (vómito) con la administración de:

- Jarabe de ipecacuana 90% efectivo.
- Agua tibia:
- Introduciendo los dedos en la boca del niño (el niño en decúbito ventral sobre nuestros muslos, de modo que la cabeza se encuentre más abajo del resto del cuerpo).

Contraindicaciones:

- Niño en coma.
- Niño con convulsión.
- Tóxico ingerido de origen cáustico o destilado del petróleo (querosen, nafta, soda cáustica) ó lavandina.

Lavado gástrico. Indicado si los métodos anteriores no han resultado o el paciente está en coma.

Realizar sondaje nasogástrico u orogástrico con sonda de gran calibre (ver técnica de SNG). Administrar por la misma agua o solución fisiológica la cantidad que sea necesaria hasta que el líquido drenado sea del mismo aspecto que el infundido o sea claro.

Recuerde: no desechar el líquido drenado ya que es imprescindible para su posterior estudio.

Contraindicación: Cuando el tóxico sea de origen cáustico, lavandina, querosen, nafta, etc. ó cuando este haya podido producir quemaduras o lesiones del esófago.

3. Administrar el antídoto universal - CARBON VEGETAL ACTIVADO - absorbe muchos tipos de tóxicos, dejándolos no disponible para la captación por el intestino. Lo antes posible después del vaciado gástrico.

Preparación: diluir dos cucharadas soperas en 120 ó 200 ml de agua (media tasa de té o una completa).

Contraindicaciones: intoxicación con cáusticos o hidrocarburos (nafta, querosen, etc.).

INTOXICACION DERMICA

- El operador debe realizar todas las acciones con protección de manos, (con guantes o bolsa) boca y nariz (barbijo, tela o pañuelo) si fuera posible colocarse una bolsa grande de consorcio como poncho.
- Desvestir totalmente al niño, desechar todas las prendas en una bolsa identificando que es tóxico.
- Bañar al niño con ducha durante 10 a 15 minutos.
- No utilizar neutralizantes químicos, jabón ni esponja.
- Cubrir al niño con una sábana, toallón para su derivación inmediata al centro de salud de mayor complejidad más cercano.

Contraindicación: niño en estado de coma. En ese caso desvista al niño envuélvalo en una sábana o cualquier tela y derive urgente al centro de salud de mayor complejidad más cercano.

Recuerde: todos los elementos de protección utilizados deben colocarse en bolsa identificando que es tóxico.

Tóxicos específicos más comunes

<u>Tóxico</u>	<u>Características Clínicas</u>	<u>Conductas a seguir</u>
Acido Acetil Salicílico (aspirineta)	Hiperventilación Vómito Confusión Estado de coma	Realice indicaciones generales. Solicite a otra persona que busque un medio de transporte para trasladar al niño a un centro de salud de mayor complejidad. El niño debe ir con una (frasada, camperón) y con apoyo de oxígeno.
Paracetamol (jarabe para la fiebre)	Náuseas, vómito, palidez, letargo (somnoliento)	Realice indicaciones generales y derive urgente al centro de salud de mayor complejidad más cercano.
Barbitúricos y anticonvulsivantes	Somnolencia, palabras arrastradas, hipotimia, depresión respiratoria	Derive urgente al centro de salud de mayor complejidad más cercano.
Destilados del petróleo (querosen, nafta, lustre de muebles)	Vómito, dolor abdominal, respiración dificultosa, piel azulada, aspecto de ebriedad.	No inducir el vómito. No dar carbón activado. Derive urgente al centro de salud de mayor complejidad más cercano, para control y descartar neumonía por aspiración.
Alcohol etílico	Nauseas, excitación Incoherencia en el habla. Paciente que no despierta. No responde a estímulos.	Realice indicación general para intoxicación por ingestión. Derive urgente al centro de salud de mayor complejidad más cercano.
Té de hierbas (paico, anís estrellado, cáscara de granada)	Hipotermia Sueño profundo	Realice indicación general para intoxicación por ingestión. Derive urgente al centro de salud de mayor complejidad más cercano.

HEMORRAGIA

1. Concepto:

Es la salida más o menos copiosa de sangre proveniente de la rotura accidental o espontánea de los vasos por donde circula. Según la naturaleza de estos la hemorragia es de origen arterial, venosa o capilar.

2. Tipos:

Según su naturaleza puede ser:

- a) Arterial: la sangre es de color rojo, sale a borbotones y al ritmo de los latidos cardiacos.
- b) Venosa: sangre de color oscuro de flujo continuo.
- c) Capilar: salida de sangre en forma continua.

Según la ubicación de los vasos que sangran se distinguen:

- a) Externa: Proviene de vasos superficiales, entonces la sangre brota hacia el exterior, como ocurre en las hemorragias traumáticas, siempre es posible determinar el vaso que sangra y cortar el flujo sanguíneo.
- b) Interna: Proviene de vasos ubicados en el interior del cuerpo.

<u>Tipos de hemorragias</u>	<u>Evalúe</u>	<u>Conducta a seguir</u>
Externa	Color de la sangre y flujo de salida.	Signos y síntomas. Paciente con buen estado general. Alerta. Pulso normal, frecuente y amplio.
Externa	Color de la sangre y flujo de salida.	Determine si estan afectadas las arterias: carótida, axilar, humeral, femoral.
Externa	Signos y síntomas. Paciente con buen estado general. Alerta. Pulso normal, frecuente y amplio.	Comunique al médico. Tranquile al niño y acompañante. Lavar la zona con antiséptico(si estuviera con pasto, tierra, lave con solución fisiológica por arrastre). Figura 1. Realice hemostasia con presión digital en los llamados puntos claves. Figura 2.

<u>Tipos de hemorragias</u>	<u>Evalúe</u>	<u>Conducta a seguir</u>
Externa	Signos de shock. Palidez extrema. Pulso débil. Somnolencia o inquietud. Sensación de frío. Pupilas dilatadas.	Actuar con calma y rapidéz. Recueste al niño en una camilla o tabla para trasladar. Realice los contactos para el traslado del paciente a un centro de atención de mayor complejidad.
Interna	Signos y síntomas: Hematemésis (vómito de sangre). Melena (heces con sangre). Enterorragia (heces de color rojo). Hemóptisis (sangre que sale por boca acompañada de expectoración). Hematuria (orina teñida, color coca cola u oscura).	Recueste al niño en una camilla. Aflojar la ropa que ciñan al niño. Comunique inmediatamente al médico. Busque y obtenga una vía periférica para infundir solución fisiológica. Solicitar a un pariente o personal llamar a la ambulancia o cualquier medio de transporte para su traslado a un centro de mayor complejidad.

Figura 1



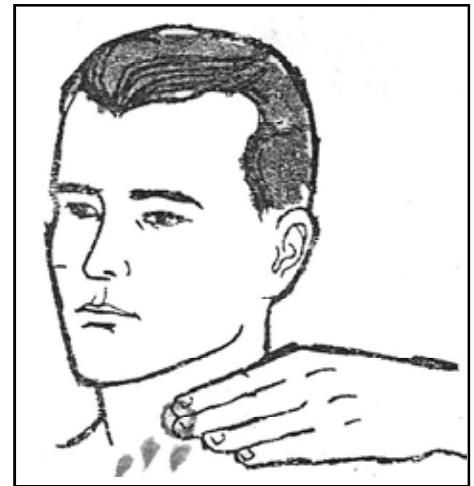
Aplicación de presión directa para detener el curso de una hemorragia.

Figura 2

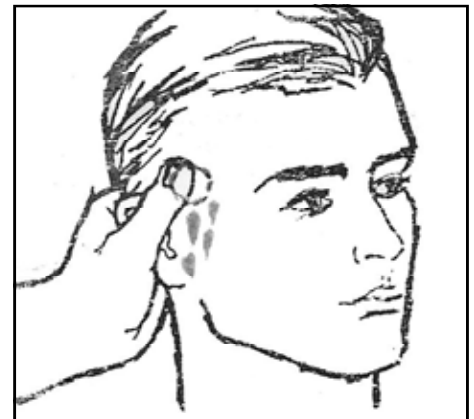


Mejilla: presionar sobre la hendidura existente en el borde del maxilar inferior, a unos 2 centímetros y medio o 3 del extremo posterior de la mandíbula. Dada la gran circulación, a veces se requiere comprimir en ambos lados.

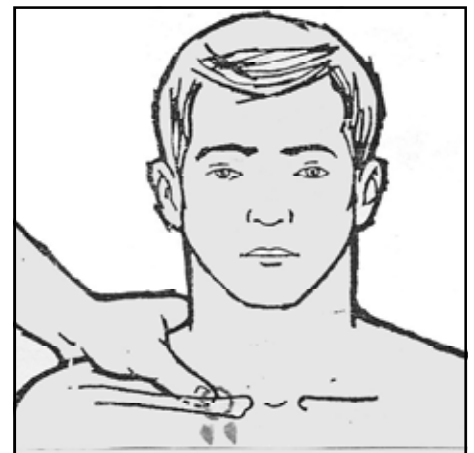
Cuello o garganta: presionar sobre la arteria carótida primitiva, aplastándola contra las vértebras del cuello. Colóquese el dedo pulgar bajo la nuca del paciente y los demás dedos sobre la depresión que se nota al lado mismo de la tráquea, no sobre ella. Inmediatamente se percibirán las pulsaciones de esta gruesa arteria. Comprímase en el sentido que lo harían unas tenazas, ejerciendo presión entre los dedos que están en la parte anterior y el pulgar, que se halla en la parte posterior, para apretar la arteria contra la vértebra.



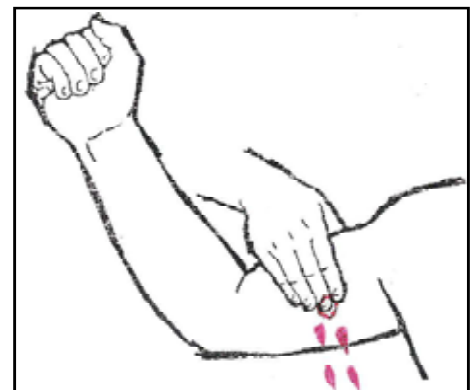
Cuero cabelludo: la hemorragia del cuero cabelludo es por lo general muy abundante. Se debe ejercer presión sobre la arteria temporal, en la sien, en un punto situado justamente frente al oído. Por estar muy extendida la circulación, hay que aplicar presión a ambos lados de la cabeza.

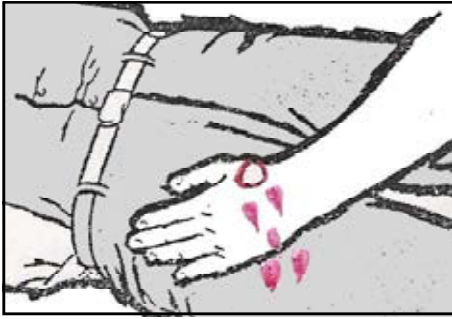


Hombro, axila, parte superior del brazo: Colocar el pulgar o los otros dedos en la cavidad que se encuentra inmediatamente detrás de la clavícula y apretarlos con fuerza contra el borde superior de la primera costilla. La presión debe ejercerse hacia abajo, para comprimir la arteria subclavia contra dicha costilla.



Tercios inferiores del brazo y de la mano: se debe presionar la arteria humeral, que se encuentra en el punto que pasa a lo largo del lado interno del brazo, entre sus músculos. Colóquense los dedos en la parte inferior del brazo del herido, en el punto medio entre la axila y el codo, con el pulgar sobre el lado de afuera. La arteria se aprieta contra el hueso presionando con fuerza y tratando de atenazar el hueso.



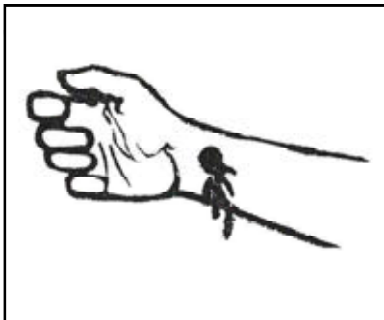


Extremidades inferiores: lo que urge es presionar la arteria femoral. El punto donde ésta es más accesible se encuentra en el triángulo femoral, ubicado en una depresión existente en la parte interna del muslo. La presión se ejerce colocando la palma de la mano o el puño sobre la ingle, debajo del sitio donde el muslo se continúa con el tronco.

Las hemorragias ubicadas en la porción inferior de la pierna o en un pie pueden cohibirse comprimiendo la arteria femoral en la parte posterior de la rodilla, en el pliegue que se halla antes de su bifurcación.

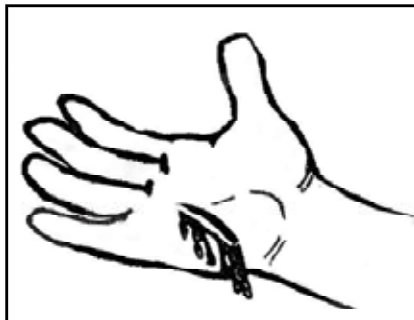
HERIDAS

Penetrante



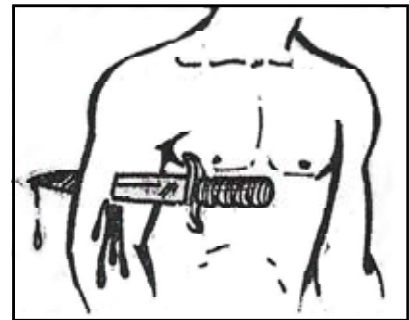
Es de bordes parejos, fácil de curar.

Cortante



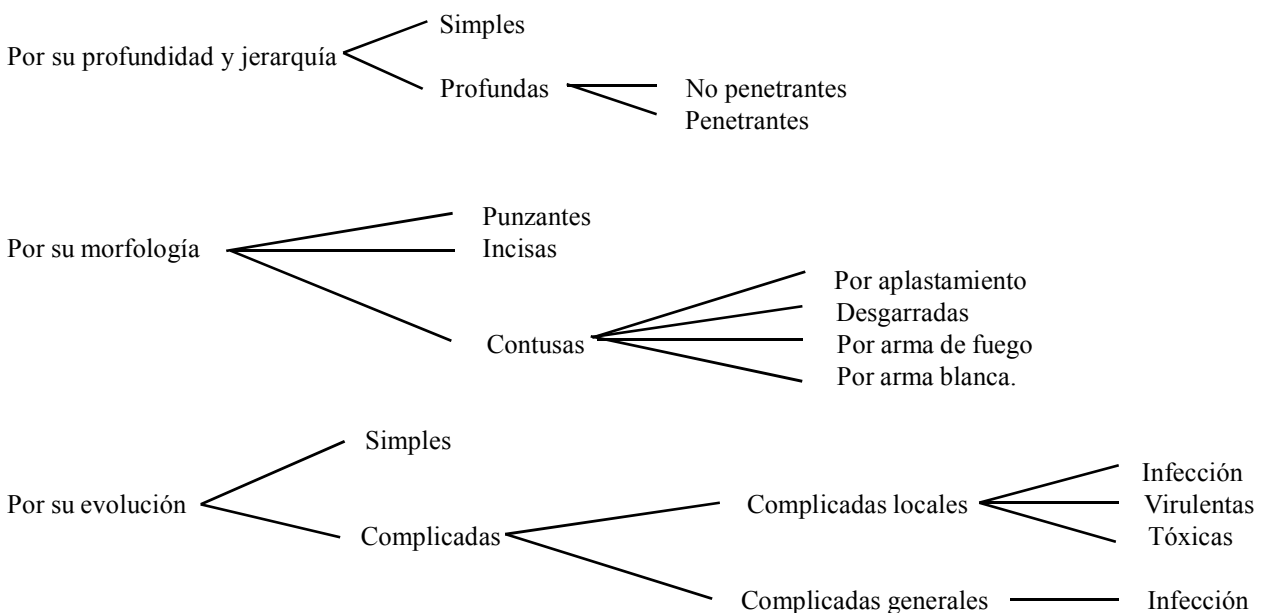
Bordes irregulares, juntan sangre y suciedad. Se infectan con facilidad.

Punzante

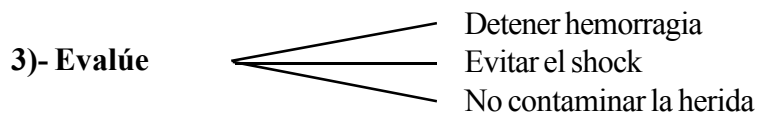
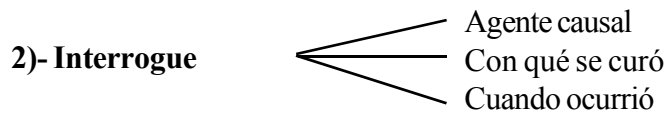
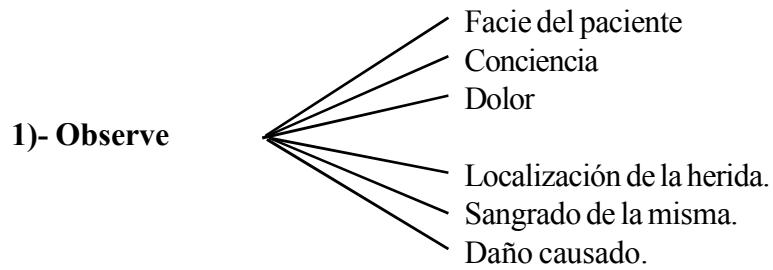


Tienen peligro de tétanos.

Clasificación:



Algoritmo a seguir ante una herida



Observar:

El lugar que lesionó órganos para determinar la calidad de la herida, extensión y la contaminación de la misma.

Las heridas pueden complicarse, cuando afectan a músculos o tejidos que por su función; producen alteraciones funcionales (músculos, nervios).

Cuidados a realizar: Higiene de la zona afectada.

Antisepsia de la piel. Presionar para realizar hemostasia si fuera necesario y luego cubrir la herida.

Valorar la herida y el estado del paciente para su traslado, a un centro de mayor complejidad (si necesitará sutura por planos o anestesia, local o general).

Realizar vacuna antitetánica y administrar antibióticos si fueron indicados.

Se observará signos de inflamación ó supuración después de 6 a 8 horas de producida una herida sucia. Si fuera en sitios de movilidad, como dedos, manos, etc., se debe inmovilizar la zona si fuera necesario.

Si se tratará de una herida en abdomen y salieran viseras abdominales es importante que no se intente introducirlas en el abdomen, se deben cubrir con compresas estériles humedecidas con solución fisiológica hasta que sea trasladado el paciente o llegue al hospital más cercano para su tratamiento quirúrgico.

Las heridas de tórax pueden producir lesiones pulmonares y la salida de aire pulmonar, lo fundamental es cerrar la herida, con las manos limpias aproximando los bordes, se cubre con gasa estéril la herida y se sujetan con vendajes compresivos y se acuesta al paciente para evitar signos de shock y para que descanse hasta ser traslado al hospital más cercano, controlando el dolor y los signos vitales.

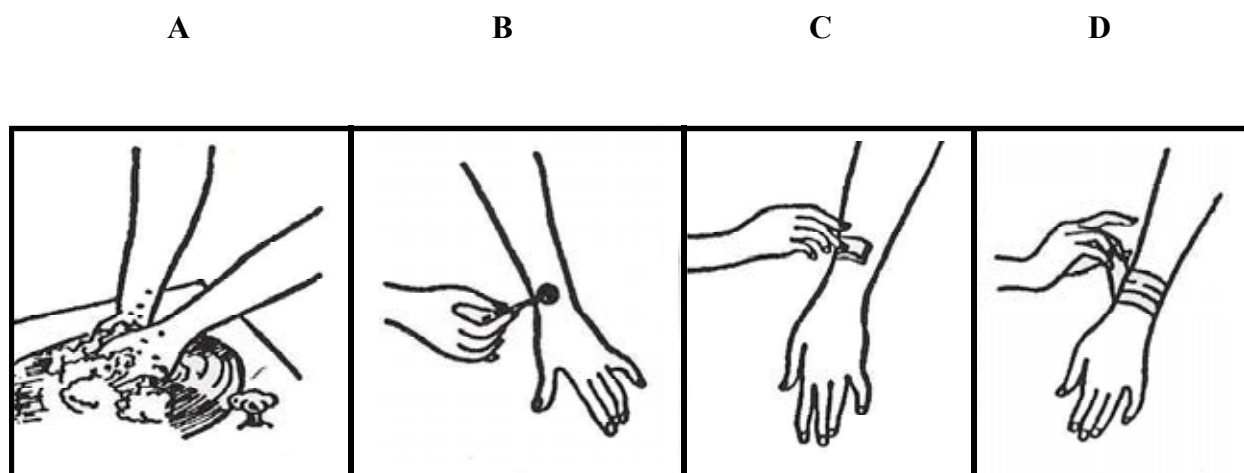
Tratamiento de la herida:

Principios generales:

Lavado de manos: con los elementos que se disponga.

Uso de guantes de látex para protección del operador.

Utilizar técnica aséptica, en el curado de la herida.



Curación de una herida superficial

- A) Lávense bien las manos antes de atender al herido.
- B) Realice la antisepsia de la piel que rodea al herido.
- C) Cúbrase la herida con gasa esterilizada.
- D) Fíjese la gasa con un vendaje o con tiras de tela adhesiva.

Tratamiento:

- **Escoriaciones:** Límpiase la herida, por arrastre con solución fisiológica o agua potable, realice la herida con antisepsia de la herida y cubra la misma con gasa húmeda para evitar que se pegue en la piel.
- **Heridas punzantes:** Si se ha producido la herida con un objeto sucio (clavo herrumbrado, alambre sucio, etc.) o si la piel está sucia como la planta del pie, se procederá a limpiar la zona con una solución antiséptica, abriendo la herida para que llegue la solución hasta el fondo de la misma. Se realizará vacuna antitetánica.

QUEMADOS

¿Como valorar a un niño quemado?

Los cuidados que se decidan para un niño quemado estarán de acuerdo a las siguientes etapas:
EVALUE - CLASIFIQUE - TRATE

Evalúe:

Pregunte:	Observe:
¿Con qué se quemó? ¿A qué hora sucedió el accidente? ¿Quién lo asistió inmediatamente después de quemarse? ¿Qué le colocaron sobre la quemadura?	Estado general del niño (facie, estado nutricional, llanto, dolor, marcha, higiene). Zona de la quemadura (para evaluar el traslado urgente del niño o no). Quién acompañó al niño, para obtener información precisa.

↓

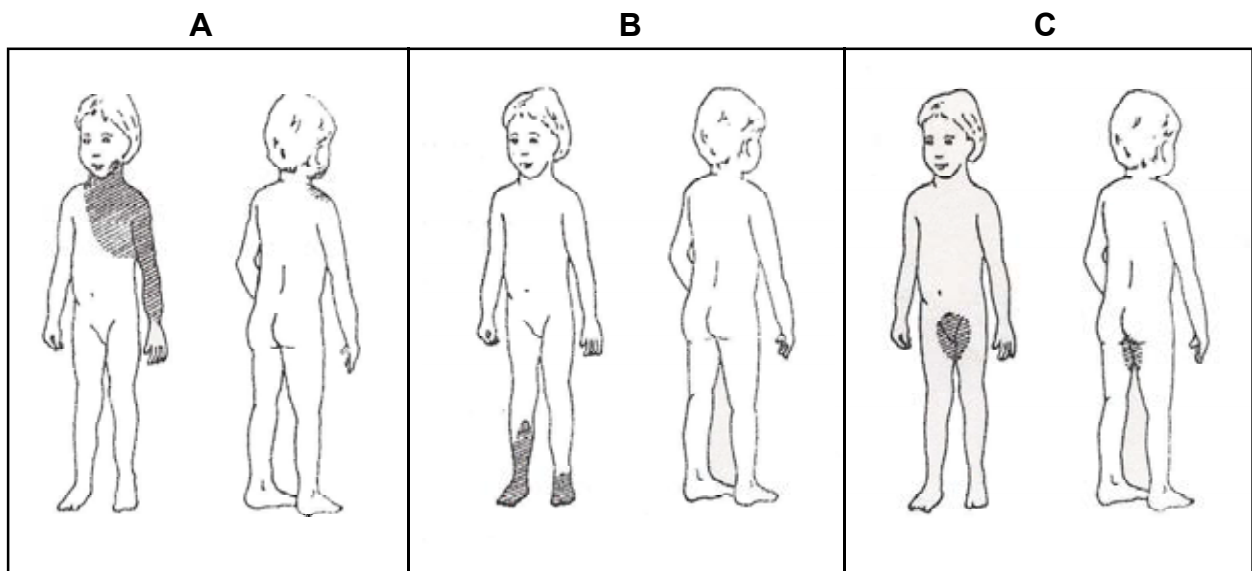
Tratamiento ← Decida → Derivación

Clasifique y trate: Según signos

Observe: profundidad de las quemaduras.

Las lesiones pueden ser desde un simple enrojecimiento hasta la destrucción por completa de todas las capas de la piel y tejidos más profundos.

Observe el lugar afectado:



Zonas especiales:

Observe la extensión

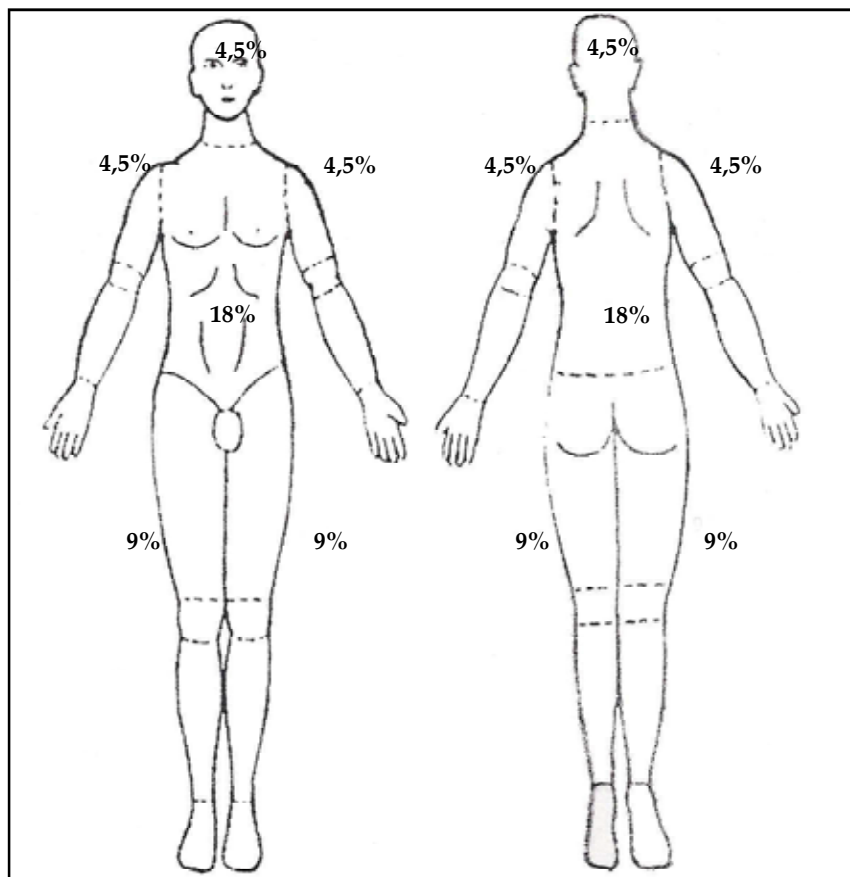
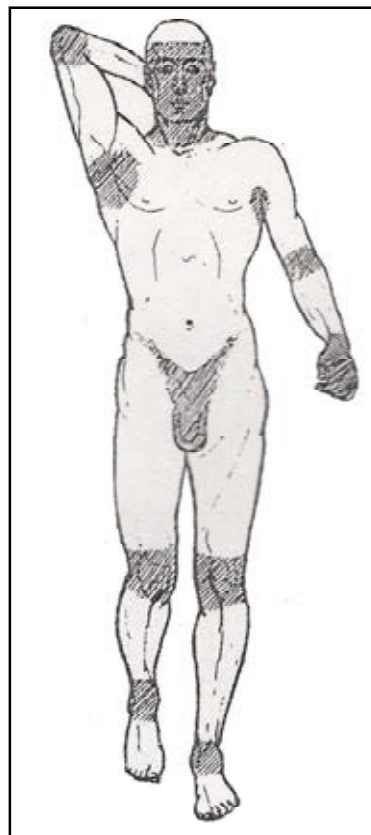
Desde el punto de vista de su extensión puede medirse en centímetro cuadrado de la piel afectada o bien en porcentaje de superficie corporal.

Regla de la palma de la mano:

La palma de la mano del niño corresponde al 1% de su superficie corporal total. Consiste en estimar cuantas veces será necesario aplicar la palma de la mano y dedos de la mano del paciente en la zona quemada cuya superficie se desea calcular. Así se obtiene el número que representará al porcentaje del área comprometida.

Regla de los 9: (de Pulasky Tennison)

Esta tabla asigna a los segmentos corporales valores de 9 y 18%. Así a la cabeza y cuello le corresponde un 9%, lo mismo que cada miembro superior. En cambio a la cara anterior del tronco, la cara posterior y cada uno de los miembros inferiores le corresponde un 18%. El 1% que falta para completar el 100% está dado por los genitales.



Tratamiento

El tratamiento puede darse:

a) En el lugar de los hechos:

El primer objetivo es limitar el daño, cualquiera sea la causa. En caso de quemadura por sustancias químicas hay que desnudar inmediatamente a los pacientes tan pronto como sea posible. La irrigación abundante con agua es la clave del tratamiento. El daño en las quemaduras químicas depende de la concentración del toxico y la duración de la exposición. Por lo tanto siempre que se pueda, es preferible la irrigación copiosa en el sitio del accidente antes del traslado a un CAPS.

En caso de quemaduras eléctricas si es posible se debe identificar y desconectar la corriente y retirar al paciente utilizando un material no conductor.

En quemaduras por fuego la prioridad es extinguir el fuego haciendo rodar al paciente por el suelo cubriendo con mantas, abrigo o utilizando agua. La segunda prioridad, al igual que en el caso de quemaduras por escaldaduras es facilitar el enfriamiento mediante agua o toallas empapadas. El enfriamiento precoz puede reducir la profundidad de la quemadura y el dolor, pero debe hacerse con cuidado para evitar una excesiva disminución de la temperatura corporal.

b) En el centro de atención primaria:

Consiste en una valoración rápida del paciente para garantizar su supervivencia inmediata. Se debe prestar atención a la **Vía Aérea, Respiración, Circulación, Inmovilización de la columna cervical**.

Se realizará una valoración rápida del paciente para garantizar su supervivencia:

- Estado general, se valora el estado en el que llega el paciente o sea la percepción que ud. tiene de su estado sin haberlo tocado o revisado todavía.
- Vía aérea, se valora su permeabilidad y estado, o sea que deberá valorar la presencia de hollín, quemaduras de vibras, etc. Ya que esto nos dará un panorama de posible inhalación de humo o quemaduras de vía aérea, lo que constituye una verdadera emergencia y se deberá administrar O2 al 100%.
- Respiración, se valorará la presencia de ésta, la frecuencia respiratoria, la dificultad o falla respiratoria.
- Circulación, se deberá establecer la presencia de pulso, pero esta valoración no debe demorar más de 10' si no ha podido establecer se procederá a realizar RCP.
- Estado de conciencia, se deberá valorar el estado de conciencia tomando como referencia la siguiente nemotecnía.

A: Alerta

V: Responde a la voz

D: Responde al dolor

I: Inconsciente

- No se utilizará la Escala de Glasgow ya que puede demorar el examen del paciente por su No conocimiento.
- Además se debe hacer un examen físico completo, cabeza, cuello, tórax, abdomen y miembros superiores e inferiores, para asegurarse que no existan otras lesiones que puedan comprometer la vida del paciente.
- El paciente deberá ser envuelto en una sábana limpia para transportarlo inmediatamente al hospital y evitar demoras innecesarias. Resulta adecuada la inserción de una vía intravenosa y la administración de analgésicos para disminuir el dolor.

Procedimiento para realizar las curaciones: En la quemadura tipo A:

- Valorar el estado de conciencia del paciente.
- Asegurar la permeabilidad de las vías aéreas.
- Retirar la ropa del paciente de la forma más aséptica posible y menos cruenta (mojándolo con solución fisiológica y no retirando las ropas pegadas).
- Determinar la extensión de la lesión y si es posible su grado, observando la movilidad y dolor de la zona pues el dolor es un aspecto a tener en cuenta.
- Lavarse las manos, usar barbijo y guantes estériles.
- Se inicia con la limpieza de la piel, se lava con iodopovidona jabonosa, la zona quemada es lavada suavemente con apósitos de gasas.
- Si hubiera presencia de ampollas no se debe romper las mismas.
- Una vez realizada la higiene se aplica Platsul o gasas humedecidas con solución fisiológica en zonas afectadas, se cubre con gasas, apósitos o vendas y se cura según los días indicados.
- Nunca deben tocarse las quemaduras con las manos sucias, ni aplicar aceites, pomadas o cremas.

Quemaduras químicas: estas quemaduras son más frecuentes en laboratorios e industrias, tienden a ulceraciones, Se debe identificar el agente causal para iniciar rápidamente el tratamiento. En primer lugar se debe eliminar el agente químico con abundante agua a presión por 20 a 30 minutos.

Las quemaduras químicas se dividen en dos clases:

<u>Quemaduras por ácidos nítricos y sulfídricos</u>	<u>Quemaduras por alcalis, soda cáustica y cal viva</u>
Hay dolor, el aspecto de la lesión varía desde un eritema hasta una escara amarilla grisácea o negra, con aspecto de cuero. Algunos ácidos son absorbidos a través de la piel y actúan como veneno.	Son las sustancias químicas más comunes en el hogar, fertilizantes hogareños, productos utilizados en la limpieza de hornos. Son menos dolorosas, necrosan en forma progresiva y pueden durar un largo periodo.

C)- Derivaciones:

Según Profundidad: tipo AB y B.

Según Localización: todas las lesiones especiales son tratadas en el hospital que requieren tratamiento local y particular muy minucioso y controlado.

Según Extensión: lactante desde un 8 % de superficie corporal. Preescolares y escolares con quemaduras que cubran más del 10 % de la superficie corporal.

Se deberá derivar al paciente en los siguientes casos:

- Superficie igual o mayor del 10% con grado AB/B.
- Superficie igual o mayor del 5% con grado B.
- Grado AB7B que involucran cara, ojos, orejas, manos, genitales, periné y grandes articulaciones.
- Quemaduras por electricidad.
- Quemaduras químicas.
- Quemaduras asociadas a lesiones graves óseas o de partes blandas.
- Quemaduras con inhalación Sospecha de maltrato.
- No hay accesibilidad al centro de atención.

Otras Causas:

- Cuando la atención en el hogar es inadecuada.
- Cuando se sospecha que la lesión es inflingida intencionalmente (maltrato).
- Cuando el estado general se ve alterado por una enfermedad concomitante.

Alerta:

- Responde a estímulos verbales.
- Responde a estímulos dolorosos.
- No responde.

FRACTURAS

Signos y síntomas:	Características:
Deformación	Producida por el traumatismo. Edema doloroso de la zona circundante. Colección de sangre por destrucción de tejidos. Equimosis localizada.
Movilidad pasiva	De un sector que debería ser rígido por desplazamiento de cabos fracturarios.
Crepitación	Producción de un sonido característico de rotura de tegido.
Dolor	Localizado. Intenso a la palpación. Se produce en un solo sitio. Puede existir aunque no haya trazos visibles en RX.
Impotencia funcional	Causada por el dolor. Dificultad para mantener la estabilidad.
Escoriaciones	Acompañan a la tumefacción. Resultado del traumatismo sobre la piel.

Tratamiento

En el tratamiento de urgencia es muy fácil añadir más daño al que hubo, por lo que la regla más útil es “detenerse, observar y escuchar”. Se observará no sólo al lesionado sino al medio en que se encuentra porque puede brindar pistas para nuestra actuación. Esto es muy útil con niños, pues por la edad a veces no saben comunicar lo que les sucede, y si pudieran, por el dolor entran en shock muy rápidamente y se dificulta nuestra investigación.

De haber peligro se retirará al paciente del lugar del accidente. Se realizará una valoración primaria identificando si está conciente o inconsciente, si respira, si tiene pulso o está sangrando. Se controlará en todo paciente la presencia de piel fría, palidez, disminución o ausencia de los pulsos, menor sensibilidad, lo que indicará que el paciente tiene una lesión nerviosa o alteración del riego sanguíneo. En tal caso **TRASLADAR URGENTE AL HOSPITAL**.

Se procurará que el paciente esté cómodo en tanto es examinado y durante el traslado, se evitará que se enfríe, pues esto más el dolor pueden llevarlo al shock.

Se comprobará que no haya hemorragias retirando la ropa o cortándola con sumo cuidado sobre la zona lesionada. Si la hay cubrir con un apósito estéril o paño limpio sin hacer presión sobre ella, inmovilice y eleve. Si no puede controlar la hemorragia haga presión en la arteria braquial o femoral según sea el miembro lesionado. **COMUNIQUE AL HOSPITAL Y TRASLADAR URGENTE**.

Si la fractura es abierta se cubrirá la lesión con un apósito estéril (o paño limpio), no se tratará de reducir o intentar meter un fragmento óseo que sobresalga por la herida.

Evite retirar el calzado, pues al tratar de hacerlo se producen movimientos innecesarios que pueden causar más lesión y dolor.

“No mueva al paciente hasta que se haya inmovilizado la fractura, a no ser que el paciente esté en peligro inminente. En tal caso COMUNICAR AL HOSPITAL Y TRASLADAR URGENTE”

Fractura de clavícula: Coloque el brazo sobre el pecho, mano hacia hombro contrario. Coloque un cabestrillo utilizando lo que tenga a mano (pañuelo, cinturón, corbata, camisa).

Fractura de codo o antebrazo: Inmovilice en la posición que la encontró.

Si el brazo está en extensión coloque una férula.

Haga una férula en forma de Lo coloque 2 férulas, una interna y otra externa, desde el codo a los dedos, desde pliegues del codo a los dedos y amarre las vendas triangulares.

Fractura de rodilla: Acueste a la víctima.

Coloque férula por debajo de la pierna desde el glúteo hasta el talón.

Amarre y aplique vendaje en forma de 8 desde el tobillo alrededor de la tablilla.

Fractura de mandíbula: Pídale a la víctima que cierre la boca para que los dientes hagan contacto.

Coloque un vendaje por debajo del mentón y amárrelo en la parte superior de la cabeza pasando por delante de las orejas.

Fractura de Brazo: Coloque el antebrazo sobre el pecho. Proteja la axila colocando un trozo de algodón o tela doblada.

Fractura de cadera: Inmovilizar como lesionado de columna observando si hay sangrado interno.

Si la lesión es leve manéjelo como lesionado de fémur, colocando venda triangular ancha en cadera anudando del lado contrario a la lesión.

Fractura de fémur: Acueste a la víctima sobre la espalda.

Coloque 2 férulas, una desde axila a tobillo y otra interna desde muslo a tobillo. Si no posee férula amarre las 2 piernas con una almohadilla en el medio. Anude venda en forma de 8 alrededor de los pies.

Fractura de tibia y peroné: Coloque 2 férulas parte interna y externa del muslo hasta el tobillo protegiendo rodilla y tobillo, amárrela.

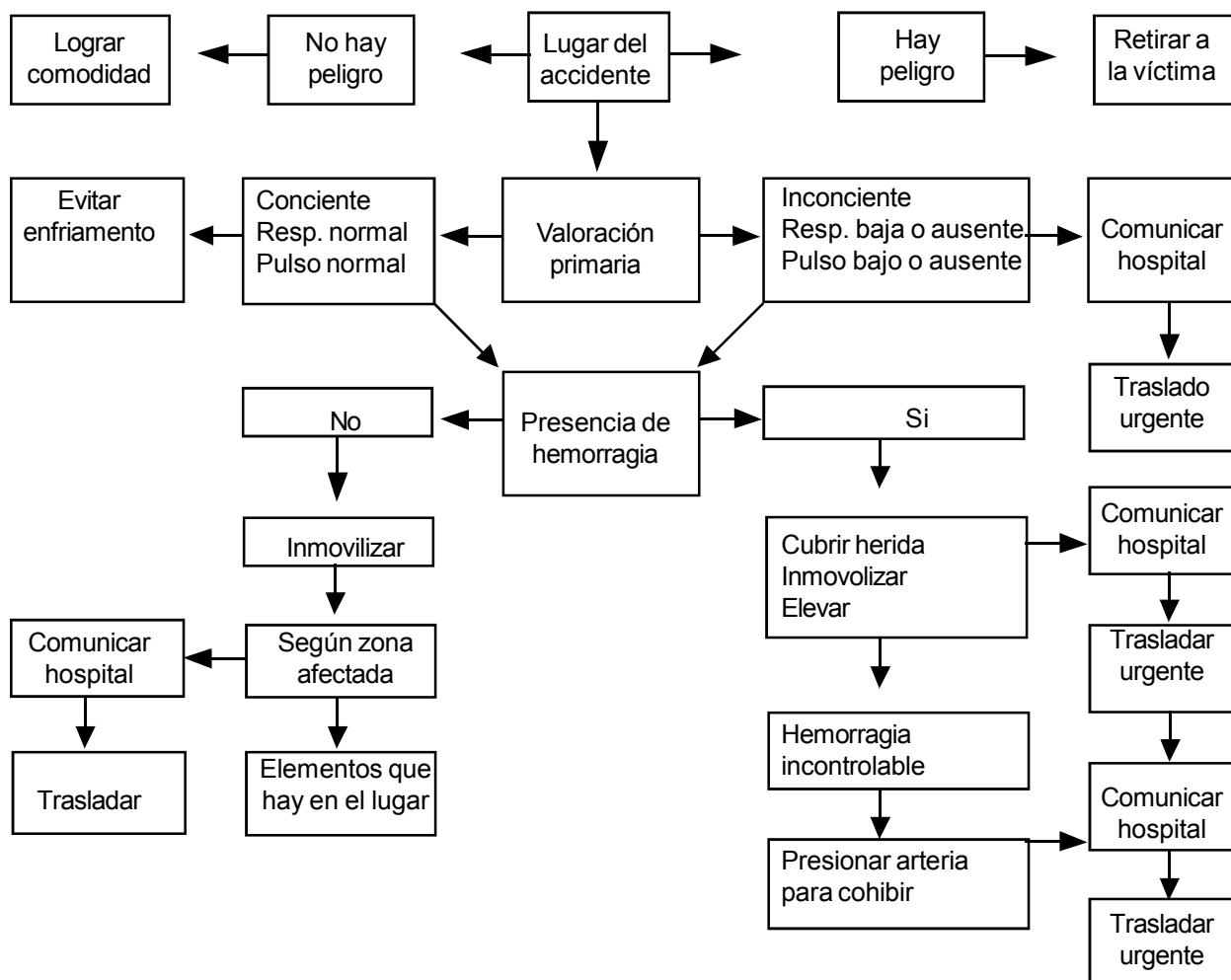
Si posee cartón largo haga una férula en forma de L y amarre, mantiene posición funcional del pie.

Fractura de tobillo o pie: No retire el zapato si es plano sirve para inmovilizar la fractura.

Haga férula en forma de L que cubra el pie y parte inferior de la pierna.

Si no tiene férula utilice la almohada o algo blando.

Fracturas



POLITRAUMATISMO

La evaluación: es fundamental en el cuidado del paciente y debe ser realizada de manera rápida y ordenada.

La evaluación y manejo apropiado del niño lesionado, requiere conocimiento de las características particulares del crecimiento y desarrollo del niño, ya que presentan formas específicas de lesión, respuestas fisiológicas y necesidades especiales basadas en su tamaño, madurez y desarrollo.

El primer objetivo de la evaluación es determinar las condiciones del niño, en qué estado se encuentra en cuanto a sus posibilidades de vida o muerte.

Deben establecerse parámetros de base de las condiciones:

- Respiratoria
- Circulatoria y
- Neurológica del paciente.

Deben observarse y determinarse la presencia de aquellas condiciones que pongan en peligro la vida.

Iniciar la intervención y la resucitación inmediatas cuando el paciente las requiera.

Identificar y manejar todas las condiciones que requieran atención antes de la movilización del niño.

Administrar en el servicio únicamente los cuidados tendientes a salvarle la vida y rápidamente preparar al paciente para su traslado al hospital.

Podemos clasificar la evaluación en:

Primaria: lo más rápidamente posible, en 15 segundos. Dirigida a detectar las condiciones que ponen en peligro la vida del niño.

Secundaria: exploración del paciente de cabeza a pies. Una vez que se han corregido todas las situaciones de riesgo de vida. El paciente grave no debe ser retenido para efectuarla. Debe ser trasladado de inmediato al hospital.

Evaluación primaria: Comienza por la obtención simultánea de un panorama global del estado respiratorio, circulatorio y neurológico del paciente, y la identificación de cualquier hemorragia interna o externa importante.

Evaluación inmediata simultánea: Lo más rápidamente posible, en 15 segundos.

Determinar si el paciente se encuentra consciente o inconsciente.

Si se mueve espontáneamente, o no responde a órdenes.

Tomar su muñeca y evaluar el pulso, la temperatura y la humedad de la piel.

Preguntar al niño qué le sucedió. Si sabe hablar y responde, se podrá evaluar el estado de consciencia, y simultáneamente si la vía aérea está permeable y si hay buena entrada de aire a los pulmones.

Evaluar la coloración de la piel y rapidez del llenado capilar.

Localizar el dolor e identificar partes lesionadas.

Revisar al paciente de cabeza a pies, en busca de hemorragia evidente.

Con todo esto se puede determinar si el paciente se encuentra en estado crítico o lo estará en breve lapso.

Pasos de la evaluación primaria: Vía aérea con control de la columna cervical:

Debe evaluarse la permeabilidad de la vía aérea con el objeto de asegurarse de que se encuentre abierta y permeable y de que no existe riesgo de obstrucción.

Recuerde que el objetivo primordial de la resucitación inicial del niño lesionado, es la restauración de una adecuada oxigenación tan rápido como sea posible.

Pasos:

- Abra la boca del niño y observe la obstrucción posible por cuerpo extraño.
- Eleve el mentón o levante la mandíbula para abrir la vía aérea y evitar su obstrucción por caída de la lengua. Posición de olfateo.
- Si el niño vomita, lateralice la cabeza si no sospecha lesión cervical y limpie la boca.
- Escuche y note el paso del aire.

Debe evitarse el movimiento excesivo en un paciente traumatizado, ya que puede causar daño neurológico si tiene una fractura de columna cervical. Por lo tanto, tenga o no fractura obvia, se debe inmovilizar al niño.

Permeabilización de la vía aérea con la maniobra tracción de la mandíbula. La vía aérea se permeabiliza elevando el ángulo de la mandíbula. El reanimador utiliza 2 o 3 dedos de cada mano para elevar la mandíbula, mientras los dedos restantes la orientan hacia arriba y afuera.

Recuerde que: el objetivo primordial de la resusitación inicial del niño lesionado, es la restauración de una adecuada oxigenación tan rápido como sea posible.

VENTILACIÓN: la ventilación constituye la siguiente prioridad para evitar la hipoxia.

La frecuencia respiratoria normal de los niños es dos a tres veces mayor que la de los adultos.

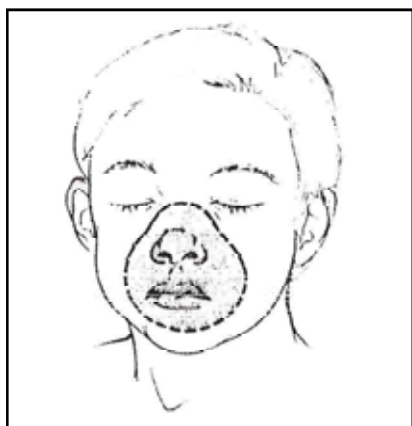
Debe efectuarse una evaluación rápida de la ventilación con base en la frecuencia, esfuerzo para respirar, color de la piel y estado mental.

- Se debe observar al niño si respira espontáneamente.
- Si presenta taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria), mayor esfuerzo para respirar y signos de fatiga.
- Si presenta movimientos de la cabeza con cada respiración.
- Respiración entrecortada o gruñidos.
- Aleteo nasal.
- Estridor o ronquido.
- Tiraje intercostal y uso de músculos del cuello y abdomen.
- Distensión abdominal con la espiración.
- Observar la coloración de la piel y las mucosas (rosada si la respiración es adecuada; cianótica si el intercambio de oxígeno es insuficiente)
- Observar si el niño está excitado o deprimido. Si su llanto es vigoroso.



Permeabilización de la vía aérea con la maniobra inclinación hacia atrás de la cabeza-elevación del mentón. Se usa una mano para inclinar la cabeza, extendiendo el cuello. Con el dedo índice de la otra mano, el reanimador eleva la mandíbula hacia afuera levantando el mentón. No se debe practicar la inclinación de la cabeza hacia atrás, se sospecha lesión de la columna cervical.

Región apropiada de la cara para aplicar la mascarilla facial. Obsérvese que no se aplica presión sobre los ojos.



Si la frecuencia respiratoria es muy rápida para su edad, o muy baja (por debajo de 15 por minuto), está indicando que el niño necesita oxígeno suplementario.

Es esencial usar una mascarilla de tamaño adecuado para suministrar oxígeno, a fin de obtener un sellado apropiado de la mascarilla a la cara.

No debe administrarse oxígeno en volumen excesivo, ya que puede provocar distensión gástrica que puede hacer regurgitar al niño, o interferir con la ventilación adecuada.

Si la frecuencia respiratoria es menor de 10 por minuto o está ausente (apnea) indica que el niño requiere reanimación respiratoria asistida.

CIRCULACIÓN: los problemas circulatorios potencialmente mortales que puede presentar un niño politraumatizado, son la hemorragia externa y el shock.

Pasos a seguir:

Palpe la frecuencia y calidad del pulso. El paciente puede estar taquicárdico, bradicárdico o con un ritmo irregular. La taquicardia y el pulso débil o ausente indican shock, lo mismo si no se palpa el pulso radial.

Examine color de piel y mucosas. La palidez sin hemorragia evidente, puede indicar shock hipovolémico.

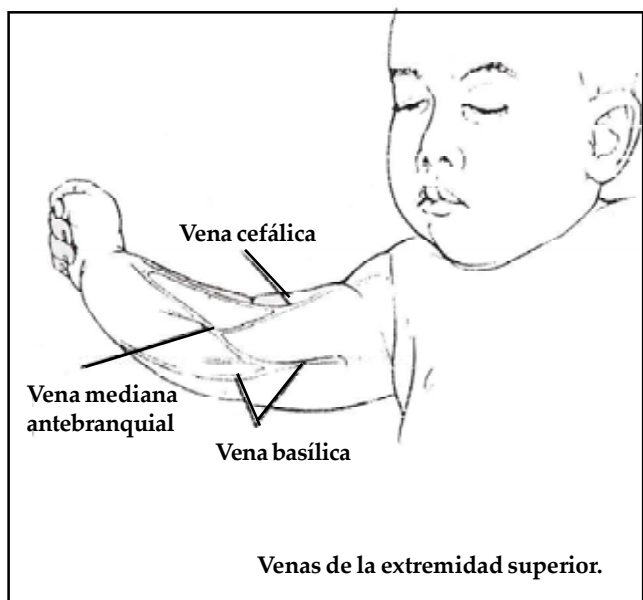
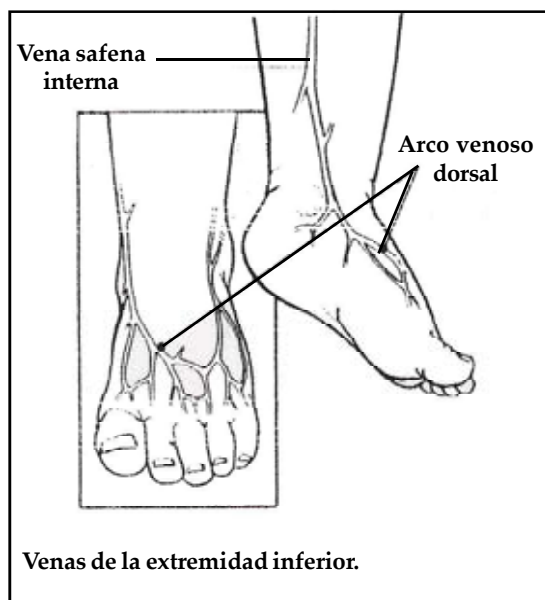
Examine el cuerpo en busca de hemorragia externa evidente. Según la magnitud de la lesión efectúe hemostasia para cohibir el sangrado con un apósito estéril o compresa limpia.

Palpe la temperatura y humedad de la piel. La piel fría y sudorosa indican estado de shock.

Estime el tiempo de llenado capilar haciendo presión sobre el lecho ungueal. El tiempo mayor a dos segundos indica perfusión deficiente.

Se debe reemplazar la sangre perdida con líquidos intravenosos para evitar la hipotensión severa.

Se debe instalar una vía intravenosa de grueso calibre para la infusión de soluciones isotónicas (solución fisiológica de cloruro de sodio). A través de un catéter N° 22.



Exámen neurológico: Se debe valorar:

- Apertura ocular.
- Si abre los ojos espontáneamente.
- Si los abre cuando se le habla.
- Si los abre al dolor.
- Si no hay respuesta.

- Respuesta verbal:

- Si está orientado en tiempo y lugar.
- Si impresiona confundido.
- Si dice palabras incoherentes.

- Si emite sonidos incomprensibles en el intento de hablar.
- Si no hay respuesta.

- Respuesta motriz:

- Obedece órdenes.
- Realiza movimientos intencionales.
- Realiza movimientos de flexión y extensión como respuesta a una fuerza.
- Sin respuesta.
- Tamaño y reacción pupilar: Se puede determinar la presencia de lesiones encefálicas si las pupilas están fijas y aumentadas de tamaño (midriasis).

TRAUMATISMO DE CRANEO: (Valoración)

Cómo detectar Signos tempranos aplicando la Escala de Glasgow

Ante un paciente con traumatismo craneal el núcleo de valoración es el Sistema Nervioso Central. El S.N.C. es el indicador fidedigno de la elevación de la Presión Intracraneal (PI). El instrumento para evaluar el S.N.C. es la siguiente escala.

Escala	Del Coma	Del Glasgow
Mejor respuesta de apertura ocular	· espontánea · al hablar · al dolor · sin respuesta	4 3 2 1
Mejor respuesta verbal	· orientado en tiempo, espacio y respecto a las personas · confuso · palabras inadecuadas · sonidos incomprensibles · sin respuesta	5 4 3 2 1
Mejor respuesta motora	· obedece ordenes · localiza el dolor · flexion de huida · flexion anormal · extensión anormal · sin respuesta	6 5 4 3 2 1
	= una puntuación de 15 es normal = por debajo de 7 indica coma = un puntaje de 3 indica muerte cerebral	

- Andión, E. “Control de las Infecciones Hospitalarias” En Educación Médica a Distancia, CEDEDEM. Módulo 3. FUNCEI.2008
- Apuntes de Educación Diabético lógica. SAD. Gagliardino. 2006
- BOYLE Peggy y otros: Administración de medicamentos y tratamientos intravenosos. Edit Doyma. España 1991
- BOYER Mary Jo: Matemáticas para enfermeras: guía de bolsillo para cálculo de dosis y preparación de medicamentos. Edit Manual moderno. México 2006
- CDC. Guidelines for environmental infection control in health-care. Facilities. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). MMWR 2003; 52 (nº rr-10); 1-42
- Conceptos básicos en el Tratamiento de la Diabetes – Educación Sanitaria. 4ta. Edición. C. Arboleda. Traducido al español por Lab. Roche. Año 2001
- Como tratar mi Diabetes. Gagliardino, Assad y otros. Año 2003. Aventis.
- Delgado M, Llorca J. Concepto de salud. El continuo salud-enfermedad. Historia natural de la enfermedad.
- De Rosier J, Stalhandske E, Bagian JP, Nudell T. Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis: The VA National Center for Patient Safety’s Prospective Risk Analysis System. Journal on Quality Improvement 2002;28:248-67.
- Determinantes de la salud. En Hernández-Aguado I, Gil A, Delgado M, Bolúmar F. Manual de epidemiología y salud pública. Madrid: Panamericana, 2005.
- Diabetes de la A a la Z. American Diabetes Association. Traducción Elvira Maldonado. Año 1997
- Fernández, Germán y col. Normatización de la emergencia psiquiátrica. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría de Salud. Sistema de atención médica de emergencia (S.A.M.E.). Septiembre de 2004.
- FUDEN AECID. Enfermería en Atención Hospitalaria. Catamarca 2007.
- Fundación Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”. Enfermería Pediátrica y Neonatal. Tomo 1. Argentina.2009.
- Fundación Escuela para la formación y actualización para la Diabetes y Nutrición. Prof. Dr. Adolfo Zabala. Revista EPROCAD. Años 2003 / 2006
- Gervás J, Pérez-Fernández M. Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis. Atención Primaria 2003;32:158-62.
- Malvárez S. Rodríguez J. Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales En: Enfermería y seguridad de los pacientes Organización Panamericana de la salud –OPS- Washington, D.C.OPS,2011
- McNutt RA, Abrams R, Aron DC. Patient Safety Efforts Focus on Medical Errors. JAMA 2002; 287: 1997-2001
- Maltrato infantil: protocolos de actuación. Sección de Documentación Consejería de Trabajo y Política Social. Murcia. 2004. EDICIÓN ELECTRÓNICA: www.carm.es/ctr/maltratoinfantil

- Manual del Formador en Alimentación y Nutrición. Programa de Educación Alimentaria y Nutricional de Tucumán. Año 2004
- María Cecilia López: Abuso sexual: cómo prevenirlo, como detectarlo. Ed paidos 2010
- Marie-France Hirigoyen: Mujeres maltratadas: Los mecanismos de la Violencia en la Pareja. ed. Paidos 2008.
- Medidas de aislamientos para hospitales www.adeci.org.ar
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Recomendaciones Nacionales de Vacunación Argentina 2012.
- Ministerio de Salud Pública de Tucumán. Instructivo para la implementación de la Historia Clínica Única del Adulto. Año 2005.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Años 2004 / 2005.
- Ministerio de Salud Pública de Tucumán. Normas. Programa Provincial de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino. Año
- Ministerio de Salud Pública de Tucumán. Normas. Programa Provincial de Detección Precoz de Cáncer Mamario. Año 2005.
- Ministerio de Salud Pública de Tucumán. Normas de Atención. Programa Provincial de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares (ALAS – TUCUMÁN) Año 2005.
- Ministerio de Salud Pública de Tucumán. Normas de Atención. Programa Provincial de Lucha Antitabáquica. Año 2005.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Años 2004 / 2005
- Musa, H., Centro Médico de Microbiología. Rondeau 887, S. M. Tucumán.
- *Nieman año 2009. Consultas de consenso con especialistas en la temática: Dra. Amelia Sueldo de Padilla.-*
- OMS. The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
- OMS (Organización Mundial de la Salud: centro de prensa 2010
- OMS. La atención primaria más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. [sitio en internet] Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_overview_es.pdf [acceso junio de 2012]
- Organización Panamericana de la salud –OPS-Salud, seguridad humana y bienestar. CE 176/17. Documento de la 146a sesión del comité ejecutivo. Washington, D.C.; 2010
- Ortún V. ¿Qué debería saber un clínico de economía? Dimensión Humana 1997;1(4):17-23
- Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320: 768 – 70
- Secretaria de Salud. Resolución nº 1703. “Recomendaciones para la profilaxis post-exposición de accidentes laborales y no laborales. www.codeinop.org.ar

BIBLIOGRAFIA

- Soriano Faura, F.J. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. Abril 2005. http://www.uv.es/previnfad/pdfs/previnfad_maltrato.pdf
- Viviendo bien con Diabetes. Una guía para mantenerse saludable. Diabetes Care. Gentileza Laboratorio Abbot.
- Wade J, Baker GR, Bulman, Fraser P, Millar J, Nicklin W, Rosser W, Roy D, Salsman B. A Building a.
- www.cfnavarra.es/salud/anales
- www.spe.epiredperu.net/SE-IIH/16%20Norma%20Aislamiento.pdf
- Ortún V. ¿Qué debería saber un clínico de economía? Dimensión Humana 1997;1(4):17-23
- Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320: 768 – 70
- Secretaria de Salud. Resolución nº 1703. “Recomendaciones para la profilaxis post-exposición de accidentes laborales y no laborales. www.codeinep.org.ar
- Soriano Faura, F.J. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. Abril 2005. http://www.uv.es/previnfad/pdfs/previnfad_maltrato.pdf
- Viviendo bien con Diabetes. Una guía para mantenerse saludable. Diabetes Care. Gentileza Laboratorio Abbot.
- Wade J, Baker GR, Bulman, Fraser P, Millar J, Nicklin W, Rosser W, Roy D, Salsman B. A Building a.
- www.cfnavarra.es/salud/anales
- www.spe.epiredperu.net/SE-IIH/16%20Norma%20Aislamiento.pdf

Fe de Erratas

Pág. 36: Recomendaciones para la presión arterial: Técnica donde dice “Idem al resto” no corresponde.

Pág. 47: Técnica para la talla. La talla de los niños se mide de pie, a partir de los 2 años.

Pág. 56: Gráfica: Fuente: Calvo, López y Balmaceda.

Pág. 60: Gráfica: Fuente: www.adeci.org.ar

Pág. 78: b) Procedimiento: debe decir: Si se han prescripto 2 o mas paffs, esperar un minuto y repetir el procedimiento.

Pág.79:a) Equipo básico: bolsa de papel- corresponde decir bolsa roja.

Pág. 80: Vía intramuscular: El músculo vasto externo está bien desarrollado al nacimiento, por ello es el sitio de elección en niños **menores de 1 año**.

Pág. 107: 200 pg y E2 corresponde 200 mg y B2.

Pág. 116: Derivar...para...

Pág. 131: Aconseje a la madre sobre alimentación del niño y especifique los “grados de desnutrición”...debe decir por “estado nutricional”.

