

# IDICLAS

REVISTA DIGITAL DE ENFERMERÍA DEL  
**INSTITUTO DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y  
CAPACITACIÓN LABORAL DE LA SANIDAD**

Mendoza, Argentina  
Mayo de 2024  
**Número 8**



**5** Normas de presentación de trabajos científicos

**6** Proceso de Investigación, 3° Paso: Marco Teórico

**9** Dengue

**12** Virus Sincial Respiratorio

**14** Salud mental en la niñez

**17** Ley 6.836 Poder Legislativo de la Provincia de Mendoza

**26** Principios de la Mecánica Corporal

**45** Medicación sin daños MAR (Medicación de Alto Riesgo)

Estudiá Profesiones Esenciales

# Enfermería Profesional





- **Título de la publicación:** Revista IDICLAS
- **Propietario:** Instituto de Docencia, Investigación y Capacitación Laboral de la Sanidad / PT 172-DEP-DES-DGE-MENDOZA
- **Director Responsable:** Lic. Espec. María Rosa Reyes y Lic. Prof. Pablo Enzo Chinellato
- **Nº de Edición:** Año 4 / Nº 8 / Mayo de 2024
- **Domicilio Legal:** Morón 265, Mendoza (5500), Argentina.
- **Registro DNDA en trámite**

## STAFF

### PRODUCCIÓN GENERAL

Luis Alberto Jezowicz

### DIRECCIÓN

Lic. / Espec. María Rosa Reyes

Lic. / Prof. Pablo Enzo Chinellato

Especialista en Docencia Mg

### JEFE DE REDACCIÓN

Lic. / Prof. Pablo Enzo Chinellato

Especialista en Docencia Mg

### COMITÉ EDITORIAL

Lic. Mariel Ortiz

Profesores en Enfermería:

Héctor Ortiz

Miriam Castro

Lic. Natalí Ríos

### DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

D.I. Sergio Sevilla

### CORRECCIÓN

Lic. / Prof. Pablo Enzo Chinellato

Especialista en Docencia Mg

### RESPONSABLE DE SUSCRIPCIÓN

Adrián Cortez

### CONSULTORES ESPECIALISTAS

Lic. Albertina Gonzalez

Lic. Cecilia Luchessi

Lic. Norma Pagés

Lic. / Espec. Franco Casavieri

### COLABORADORES DE 8ª EDICIÓN

María Rosa Reyes / Pablo Enzo Chinellato

Miriam Castro / Paola Batistón /

Mariel Anahí Ortiz /

Autorizada su reproducción,  
mencionando la fuente.

Foto de tapa: Freepik.com

 [www.institutosanidadmza.com.ar](http://www.institutosanidadmza.com.ar)

 [instisanidadmza@gmail.com](mailto:instisanidadmza@gmail.com)

 [Facebook](#)

 [Instagram](#)

 [YouTube](#)

 [TikTok](#)

 [Biblioteca Digital](#)

 261 714 3690

# Sumario

- 4 Editorial
- 5 Normas de presentación de trabajos científicos
- 6 Proceso de Investigación, 3º Paso: Marco Teórico  
*/ María Rosa Reyes*
- 9 Dengue  
*/ Pablo Chinellato*
- 12 Virus Sincicial Respiratorio  
*/ Pablo Chinellato*
- 14 Salud mental en la niñez  
*/ Miriam Castro*
- 17 Ley 6.836  
Poder Legislativo de la Provincia de Mendoza
- 22 Ley 24.004  
Régimen Legal del Ejercicio de la Enfermería
- 26 Preguntas de Auto Test de comprensión
- 28 Principios de la Mecánica Corporal  
*/ Pablo Chinellato / Paola Batistón*
- 45 Medicación sin daños  
MAR (Medicación de Alto Riesgo)  
*/ Mariel Anahí Ortiz*

# Editorial

En el marco del Día Internacional de la Enfermería, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), ha planteado como tema el siguiente: **“Nuestras enfermeras. Nuestro futuro”**.

La explicación de por qué ése tema, la ha dado la Presidenta del CIE Dra. Pamela Cipriano, quien menciona lo que el CIE quiere para la enfermería en el futuro a fin de abordar los retos de salud global y mejorarla para todos. Un aprendizaje como nos dejó la pandemia, y que debe traducirse en acciones a futuro que den garantías que las/os enfermeras/os están protegidos y son respetado y valorados.

Publicaciones del CIE que hacen referencia a “Situación de Enfermería en el Mundo”, “Apoyar y retener en 2022 y más allá”, dan a conocer la evidencia a favor del cambio y han instado a la acción y a las inversiones en enfermería. Es el momento de mirar al futuro y demostrar lo que estas inversiones significarán para la enfermería y la atención de salud.

En nuestro medio, la situación puede resultar muy diferente y de alguna forma decepcionante, en cuanto a las formas de contratación de trabajo, condiciones del mismo, etc.

Desde la Revista IDICLAS, entendemos que los enfermeros/as no deberían bajar los brazos, ni desmotivarse ante las adversidades. Es por ello que entendemos que, desde éste espacio científico creado para enfermería, tenemos que continuar brindando nuestro aporte, a través de los diversos artículos que se publican.

Es posible que no alcance para cambiar la realidad que a diario vive el personal de enfermería, pero si trata de brindar una herramienta que puede ayudar a cambiarla a futuro... **es el conocimiento y la capacitación continua.**

*La Dirección*





# Normas de presentación de trabajos científicos



Imagen: Freepik.com

- Podrán participar profesionales del área de salud y afines.
- Los temas que se presenten, deben tener relación con la profesión de enfermería y del contexto de salud en general.
- Mientras esos temas que deseen ser publicados, estén en revisión para IDICLAS, no podrán ser enviados a otras revistas.
- Todos los derechos de producción total o parcial, pasarán a idicsa.
- Los originales deben presentarse al Comité Editor de la revista, y podrán hacerse consultas al mismo.
- El texto debe ser respetuoso: instituciones y/o comunidades que lo representan
- El texto no debe exceder de 5 hojas, letra arial 12, espaciado a 1 ½ y presentada en soporte digital.
- El comité editor aceptará o rechazará los originales de acuerdo a su calidad científica e idoneidad para la revista.
- En los manuscritos aceptados, se realizarán las modificaciones que se estimen necesarias.
- Una vez revisado por el comité editor, los autores recibirán el texto final para su aprobación.
- El título del trabajo será lo más breve posible, los nombres del autor/es se colocarán a continuación del título del trabajo e incluirá una dirección de email para comunicación referente al artículo.
- Los artículos que aporten datos originales sobre investigaciones deben seguir el formato imryd, que consiste básicamente en la división del texto en cuatro apartados: introducción- Material y método- resultados y discusión.
- El formato de las referencias de artículos y libros, seguirá en general el estilo Vancouver, como en el siguiente ejemplo: SUTTON, Audry. "Enfermería Práctica". Editorial Interamericana. 1° ed. 2015. (Para Libros).
- Para revistas y publicaciones: STEVENSON, Caroll King. "Máximas precauciones contra la embolia grasa". Nursing-abril 2015.
- En el texto del artículo las referencias o citas bibliográficas se numerarán consecutivamente, con números arábigos entre paréntesis, en ese orden se agruparán al final del trabajo.
- Las figuras y cuadros con sus títulos y leyendas respectivas se incluirán en página aparte, numeradas consecutivamente y agrupadas después de las referencias.
- Cada figura o cuadro deberá mencionarse al menos una vez al cuerpo del artículo.
- Los originales no se devolverán en ningún caso.
- Cuando se utiliza siglas, deberán ser precedidas de la expresión completa.
- Las unidades de medición utilizadas, serán las mismas del sistema internacional de unidades.

# Proceso de Investigación

## 3° Paso: Marco Teórico



Imagen: Freepik.com

Autora

**MARÍA ROSA REYES**

Licenciada / Especialista en Docencia Universitaria

Una vez que se toma la decisión sobre **que investigar**, es necesario que se amplíe el conocimiento para poder **fundamentar la investigación y definir la posición del investigador** acerca de **la relación existente entre el problema de investigación y el cuerpo de conocimientos que lo contiene**.

Este es el punto de partida para proponer explicaciones de las relaciones (hipótesis) entre los fenómenos, hechos y otros aspectos que se están estudiando.

La construcción del marco teórico de una investigación, constituye para el autor un desafío muy interesante, ya que de esa minuciosa búsqueda de elementos teóricos que fundamenten o respalden su trabajo, dependerá la validez científica del mismo.

Existen pasos que se deben cumplir y que facilitan el trabajo al investigador ya que permite un ordenamiento de la bibliografía obtenida y seleccionar la que realmente se adecúe para fundamentar desde una perspectiva teórica, el trabajo investigativo a realizar.

Muchos autores, aconsejan diferentes pasos a seguir en la búsqueda bibliográfica. En éste caso, se mencionará a Sampieri, quien sugiere los siguientes pasos:

- Revisión de la literatura
- Detección de la literatura
- Obtención de la literatura
- Consulta de la literatura
- Extracción y recopilación de la información de interés
- Construcción del marco teórico

Aplicar ordenadamente estos pasos, facilitará profundizar sobre la manera de **contextualizar el problema de investigación científica planteado**, integrándolo a un marco teórico o de referencia.

Es importante para quien quiera iniciar un trabajo de investigación, conocer cuáles son las funciones que cumple la elaboración del marco teórico en el mismo.

Es importante que el investigador conozca las **funciones del marco teórico** y su importancia para que el trabajo a realizar tenga rigor científico.

Cuando el investigador ya tiene el planteo del problema a investigar, o sea que *ya tiene elaborados los*

objetivos y preguntas de investigación, y que también ha evaluado la relevancia y factibilidad del estudio, el próximo paso a realizar consiste en **sustentar y/o fundamentar desde la teoría, dicho estudio**, es decir **“elaborar el marco teórico”** según lo que mencionan diferentes autores.

### ¿QUÉ IMPLICA ÉSTA ELABORACIÓN?

Según (Rojas, 1981), *se trata de analizar y exponer aquellas teorías, enfoques teóricos, investigaciones y antecedentes que se consideren válidos para el correcto encuadre del estudio.*

El marco teórico cumple una función muy importante dentro de lo que implica realizar una investigación.

### ENTRE LAS PRINCIPALES FUNCIONES, SE PUEDEN MENCIONAR:

- Orienta sobre el conocimiento del tipo de investigación que se está efectuando.
- Amplía el horizonte de estudio, ya que da opciones a diferentes puntos de vista
- Conduce al establecimiento de hipótesis
- Se pueden prevenir errores que se han producido en otras investigaciones.
- Brinda una orientación sobre cómo debe realizarse la investigación, ya que cuando el investigador indaga sobre los antecedentes, puede corroborar como fue abordado el problema específico a investigar. Por ejemplo, que tipos de estudio se han realizado, con qué población, cómo se recolectaron los datos, en qué lugar, y qué diseños de investigación se utilizaron.
- Sirve de guía al investigador, para que pueda centrarse en el problema elegido, evitando desviaciones del planteo original.
- El marco teórico conduce al investigador a establecer las hipótesis de trabajo o afirmaciones que luego serán sometidas a prueba empírica.
- Inspira nuevas líneas y áreas de investigación (Yurén Camarena, 1980).
- Provee de un marco de referencia para interpretar los resultados del estudio.

### ETAPAS DEL MARCO TEÓRICO

#### 1. Revisión de la literatura seleccionada

Consiste en detectar, obtener y consultar la bibliografía y demás materiales que pueden resultar útiles para el propósito del estudio. También permite extraer y recopilar información relevante y útil relacionada al problema en estudio, que puede encontrarse en muchos documentos.

Esta revisión es selectiva ya que cada año se publican en diversas partes del mundo cientos de artículos de revistas, libros y otras clases de materiales dentro de las diferentes áreas del conocimiento.

Si nos encontramos con que, en el área de interés hay 10.000 referencias, es evidente que se tendrá que seleccionar las más importantes y recientes.

Entre las actividades que el investigador debe realizar en ésta revisión, Dankhe (1986) distingue tres tipos básicos de fuentes de información para llevar a cabo la revisión de la literatura:

- Fuentes primarias:** (directas) Constituyen el objetivo de la investigación bibliográfica. Ejemplo de ello son los libros, antologías, artículos de publicaciones periódicas, monografías, tesis y disertaciones, documentos oficiales, reportes de asociaciones, trabajos presentados en conferencias o seminarios, artículos periodísticos, testimonios de expertos, películas, documentales y videocintas.
- Fuentes secundarias:** Consisten en compilaciones, resúmenes y listados de referencias publicadas en un área de conocimiento en particular (son listados de fuentes primarias). Es decir, reprocesan información de primera mano.
- Fuentes terciarias:** Son los compendios directorios de títulos, revistas, autores, organizaciones científicas, catálogo de libros y otros, son documentos que compendian nombres y títulos de estas fuentes antes mencionadas. Son útiles para detectar fuentes no documentales.

### 2. Elección de una teoría o desarrollo de una perspectiva teórica

Es importante destacar que una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones relacionados entre sí, que presentan un punto de vista sistemático de fenómenos especificando relaciones entre variables, con el propósito de explicar y predecir los fenómenos.

### LAS FUNCIONES PRINCIPALES DE LAS TEORÍAS SON:

- a. Explicar por qué, cómo, quien, cuando, donde ocurre un fenómeno.
- b. Explicar diferentes manifestaciones del fenómeno.
- c. Describir como se origina, evoluciona y afecta el fenómeno.
- d. Sistematiza el conocimiento aislado y difuso.
- e. Realiza predicciones acerca del futuro del problema.
- f. Explica las relaciones con diferentes variables.

Algunos aspectos fundamentales a tener en cuenta son:

- Título del trabajo.
- Autor.
- Año de publicación.
- Editorial.
- Lugar de la edición.
- Número de páginas en el caso de libros o número de las páginas en el caso de artículos científicos.





Imagen: Freepik.com

- Nombre del Sitio y dirección electrónica completa en el caso de páginas Web.
- Otros aspectos de utilidad para la ubicación futura del material.

Como resultado de la de la revisión de la literatura se puede llegar a las siguientes conclusiones:

- Existe una teoría científica, completamente desarrollada, capaz de describir o explicar el problema de investigación.
- Existen varias teorías o generalizaciones empíricas que han sido demostradas y que son aplicables a nuestro problema de investigación.
- Existen partes de teorías con apoyo empírico o de modelación que explican algunas de las variables básicas de nuestro problema de investigación.
- Hay descubrimientos interesantes, pero parciales, sin llegar a ajustarse a una teoría.
- Existen solo guías aún no estudiadas e ideas relacionadas con el problema de investigación.
- En los casos a y b estamos en presencia de una investigación de desarrollo donde se aplican teorías ya existentes a situaciones nuevas, pero que no requiere la elaboración de un nuevo modelo teórico. Existen otras investigaciones aplicadas en donde se aplican diversos métodos del campo científico como modelos empíricos o matemáticos a la esfera específica que se investiga con objetivos muy bien definidos.
- En los casos c, d y e, en donde las teorías existentes no explican a plenitud el problema investigado, donde se requiere acudir a elementos teóricos generales y a desarrollar una nueva teoría que dé solución a dicho problema. Entonces se dice que estamos en una investigación científica que necesita de la imaginación y creatividad del investigador.

La elaboración del marco teórico no es tan sólo reunir información, sino que la relaciona, integra y sistematiza, contribuyendo en alguna medida a la conformación de un nuevo modelo teórico, esto no es un aporte

teórico, pero si requiere de la capacidad de síntesis y enfoque del investigador.

Existen diferencias entre el Marco conceptual y el Marco Teórico, el Marco Conceptual se refiere a las características del medio, de aquello que precisa todo lo que rodea al objeto de investigación o su campo de acción, aquí el investigador define y delimita según su criterio y de acuerdo a su marco teórico conceptos involucrados en las variables de investigación, el Marco Teórico es lo existente sobre el objeto o campo, es la descripción de los elementos teóricos planteados por una y o por diferentes autores y que permiten al investigador fundamentar su proceso de conocimiento.

Se llama Marco de referencias, al resultado del planteamiento del problema y objetivos de la investigación, para formularlo hay que tener definido primero el Marco Teórico.

Para hacer el Marco Teórico usted debe: revisar la bibliografía básica, seleccionar la bibliografía más importante, hacer las fichas o resúmenes de los autores más relevantes, etc.

Para hacer el Marco Conceptual usted debe: seleccionar los términos a emplear en la investigación haciendo un glosario de dichos términos. Hay algunas corrientes que hacen coincidir el Marco de Referencia con el Marco Teórico.

La elaboración del Modelo teórico adquiere importancia pues en él se establecen las conexiones con el problema, los objetivos y los métodos que se utilizan para llevar a cabo la investigación, se caracteriza mediante: los conceptos, las leyes, las teorías, modelos, cuadros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Generalidades sobre Metodología de la Investigación Dr. Manuel E. Cortés Cortés Dra. Miriam Iglesias León.
- Colección Material Didáctico.
- Universidad Autónoma del Carmen Ciudad del Carmen, Campeche, México 2004.
- Roberto Hernández Sampieri - Carlos Fernández Collado. 6° Edición.

# Dengue



Imagen: Freepik.com

Autor

LIC. PROF. PABLO CHINELLATO

Mg. en Enfermería / Esp. en Docencia

chinellatopenzo@gmail.com

## COMISIÓN DE VACUNAS SADI

El dengue es una infección viral transmitida a los seres humanos por la picadura de los mosquitos hembras infectados de *Aedes aegypti* y menos frecuentemente, *Aedes albopictus*. Estos mosquitos también son vectores de los virus de la fiebre amarilla chikungunya y Zika.

El virus del dengue (DENV), pertenece al género *Flavivirus* de la familia *Flaviviridae*. Existen cuatro serotipos diferentes que producen la enfermedad humana (DENV 1-4), cada uno de ellos con distintos genotipos y linajes.

Un quinto serotipo, no ha sido reconocido de manera unánime. Los cuatro tipos de DENV comparten mecanismos y patrones similares de transmisión pero pueden presentar diferencias en las manifestaciones clínicas y en su gravedad. El aumento de la transmisión en las ciudades situadas en áreas tropicales y subtropicales, donde las poblaciones experimentan un crecimiento progresivo con numerosas situaciones de hacinamiento, se explica por la estrecha relación entre *A. aegypti* y los seres humanos.

Las hembras de *Aedes* (o *Stegomyia*) pueden tener intentos de alimentación hematófaga en varios momentos de su ciclo reproductivo, con picos de actividad durante las primeras horas de la mañana y durante el atardecer, aunque se han verificado también otros patrones de alimentación. La replicación viral en el mosquito (ciclo extrínseco) se produce en un período entre 1 a 2 semanas, luego de la cual el virus migra a las glándulas salivales, resultando competente para la transmisión viral a un ser humano susceptible.

*Aedes aegypti* está adaptado para reproducirse en las viviendas humanas. Estos insectos depositan sus huevos en recipientes con posibilidad de almacenamiento de agua, tales como jarrones, platos, floreros, latas, neumáticos u otros. La transmisión viral se ve favorecida por factores climáticos, movilidad y densidad de la población en escenarios con presencia vectorial. De hecho, al pasar la mayor parte de su vida en el interior o en áreas exteriores con sombra cerca de la vivienda, cuanto mayor cantidad de edificios o construcciones abiertas haya, menor necesidad tiene las hembras de dispersarse entre viviendas. Al presente, se considera que la infección otorga inmunidad de por vida contra el serotipo que la ha causado. Sin embargo, existe inmunidad heterotípica, parcial y temporaria que se estima puede durar varios meses y hasta dos años. Una infección posterior a la pri-





*Imagen: Freepik.com*

maria causada por otro serotipo predispone al riesgo de tener manifestaciones de gravedad de la enfermedad. El DENV se disemina con frecuencia de un lugar a otro por viajeros infectados virémicos y cuando el vector está presente, existe la posibilidad que se establezca o incrementamente la transmisión local.

La primera epidemia de dengue en Argentina se registró en 1916 y afectó a la región mesopotámica sin casos en la ciudad de Buenos Aires, a pesar de la circulación documentada de *Aedes aegypti* en esta región desde 1858 (epidemia de fiebre amarilla). La reemergencia del dengue se produjo en 1997-1998 en Salta (DENV-2) y en el año 2000 en Misiones y Formosa (DENV-1). Se registraron epidemias focalizadas anualmente, excepto en los años 2001 y 2005, en los que no se documentó circulación viral. En el año 2009 ocurrió la primera epidemia nacional (27.910 casos confirmados, con 5 muertes); la segunda tuvo lugar en 2016 (43.888 casos confirmados y probables; 11 fallecidos); la tercera en 2019-2020 (58.889 casos confirmados y probables, 26 fallecidos).

En relación con el brote epidémico 2022-2023, el Ministerio de Salud de la Nación informó en la semana epidemiológica (SE) 38 que desde la SE 1/2023 hasta la SE 38/2023 se registraron en Argentina 131.198 casos: 122.607 autóctonos, 1.522 importados, 7.069 en investigación y 65 fallecidos.

Dieciocho jurisdicciones confirmaron circulación autóctona: todas las jurisdicciones de la región Centro (Buenos Aires, CABA, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe); todas las provincias de la región noroeste (NOA, Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán); todas las del noreste (NEA, Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones) y las provincias de San Luis y Mendoza en la región de Cuyo y La Pampa en la región Sur. Cabe, por lo tanto, destacar la expansión de la circulación viral a jurisdicciones que no habían registrado casos autóctonos anteriormente y que los brotes parecen presentarse en forma más frecuente y con mayor cantidad de casos.

La Estrategia de Gestión Integrada (EGI. Dengue, Organización Panamericana de la Salud) es un modelo



para fortalecer los programas nacionales con el objetivo de reducir la morbilidad, la carga social y económica generada por los brotes de DENV y ha incorporado a las vacunas como uno de sus componentes.

La vacuna tetravalente contra el dengue del laboratorio japonés Takeda (TAK-003), conocida como Qdenga, fue aprobada en abril de 2023 en Argentina por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y está disponible desde noviembre de 2023.

## VACUNA CONTRA EL DENGUE CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN

La nueva vacuna contra el dengue Qdenga, comenzó recientemente a aplicarse en la Argentina para todas las personas mayores de cuatro años, hayan cursado o no previamente la enfermedad.

En abril 2023 la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) aprobó el uso de la vacuna contra el dengue desarrollada por el laboratorio japonés Takeda (denominada también TAK-003). Así, nuestro país, se suma a Indonesia, la Unión Europea, Reino Unido, Islandia, Noruega y Brasil quienes ya la incorporaron previamente. Por el momento, el Ministerio de Salud de la Nación no emitió comentarios acerca de su incorporación al calendario de vacunación nacional, siendo actualmente de indicación privada con presentación de receta médica. Se encuentra disponible en algunos centros vacunatorios y próximamente en farmacias.

Esta vacuna se basa en el virus vivo y atenuado a partir del serotipo 2 del dengue, al que se añade ADN de los otros tres serotipos para proteger contra cualquiera de los cuatro tipos de dengue. El principal mecanismo de acción de Qdenga consiste en la replicación del virus sin producir enfermedad y en la inducción de una respuesta inmune humoral y celular. La función de la vacuna es la de prevenir el desarrollo de la forma grave de dengue, por lo cual solamente puede atenuar el cuadro y no evitarlo.

Es importante remarcar, que ninguna vacuna debe ser la única estrategia de prevención, ni tampoco cumple la función de bloqueo frente a un brote de dengue. En este sentido, cabe además destacar, que el mismo vector *Aedes aegypti*, es capaz de transmitir otros virus como el Zika y el Chikungunya, enfermedades para las cuales aún no se cuenta con vacunas. Por lo tanto, la mejor estrategia de prevención sigue siendo el control y eliminación de criaderos de mosquitos en objetos en los que se puede acumular agua ya que es allí donde las hembras suelen depositar los huevos y el empleo de métodos de aislamiento vectorial (repelentes, espirales, mosquiteros, etc.).

Su forma de administración es por vía subcutánea en la parte superior del brazo, en dos dosis con un intervalo de tres meses.

Puede producir reacciones leves a moderadas, que pueden durar de uno a tres días, como:

- Enrojecimiento y dolor local.
- Dolor de cabeza
- Dolor muscular, malestar general y debilidad.
- En casos muy infrecuentes se puede presentar fiebre.

<https://www.csjn.gov.ar/medprev/verMultimedia?data=8100>

## VACUNA QUIMÉRICA TETRAVALENTE QDENGAR (TAK-003)

Está indicada para la prevención del dengue causada por cualquier serotipo del virus en personas mayores de 4 años de edad.

Deben administrarse dos dosis (0 y 3 meses) de 0,5 mL cada una, por vía subcutánea, en la región deltoidea. Es una vacuna de 2 componentes, un vial que contiene la vacuna liofilizada y un vial o jeringa prellenada que contiene el diluyente (solución de cloruro de sodio al 0,22%)

La necesidad de una dosis de refuerzo no ha sido establecida.

## CONTRAINDICADA VACUNA QUIMÉRICA TETRAVALENTE QDENGAR (TAK-003)

- Hipersensibilidad a las sustancias activas o cualquiera de los excipientes de la vacuna o hipersensibilidad a una dosis previa de Qdenga®.
- Personas con deficiencia inmune congénita o adquirida, incluyendo tratamientos inmunosupresores tales como quimioterapia o dosis altas de corticoides (20 mg/día o 2 mg/kg/día de prednisona por 2 semanas o más) dentro de las 4 semanas antes de la vacunación como con otra vacuna de virus vivos atenuados.
- Individuos con infección por VIH sintomática o asintomática cuando se acompaña con evidencia de función inmune alterada.
- Embarazadas.
- Lactancia materna.

Conservar en heladera entre 2°C y 8°C. No congelar. Almacenar en el empaque original para protegerlo de la luz.

Después de la reconstitución con el disolvente proporcionado debe utilizarse inmediatamente y hasta un período máximo de 2 horas.

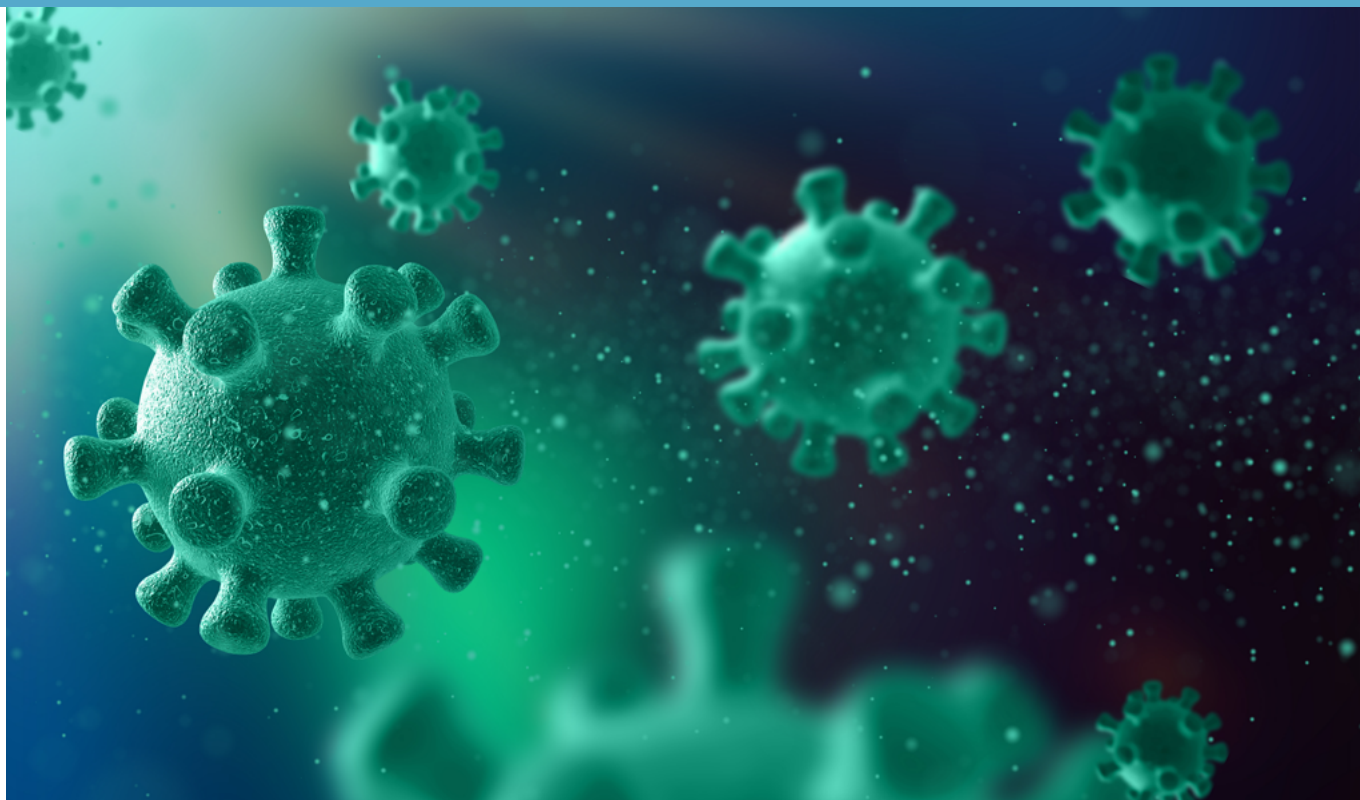
## CONSIDERACIONES PARA SU INDICACIÓN

No se dispone de datos de seguridad y eficacia en personas mayores de 60 años.

Individuos de 4 a 60 años de edad que habiten en áreas con riesgo de transmisión, idealmente con infección previa.

[https://drive.google.com/file/d/1Df2i\\_MJ\\_tr9Y25sgy9l-1FKmh8jgw9Jf9/view?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/file/d/1Df2i_MJ_tr9Y25sgy9l-1FKmh8jgw9Jf9/view?usp=drive_link)

# Virus Sincicial Respiratorio



Autor

LIC. PROF. PABLO CHINELLATO

Mg. en Enfermería / Esp. en Docencia

chinellatopenzo@gmail.com

Las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) plantean un desafío significativo para la salud pública, especialmente en países en desarrollo. El virus sincicial respiratorio (VSR) se destaca como la causa principal de IRAB en lactantes a nivel global. En 2023, la Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta sobre un aumento anticipado de la circulación de virus sincicial respiratorio (VSR) en el hemisferio sur.

Actualmente están disponibles distintas herramientas de prevención para mitigar el impacto sobre la población más vulnerable como la vacunación en gestantes o el uso de anticuerpos monoclonales en lactantes. En Argentina, el palivizumab, un anticuerpo monoclonal, ha estado disponible desde 2014, beneficiando a alrededor de 3.000 lactantes cada año. Esta estrategia se enfoca en una población específica (prematuros y cardiopatas) y no logra tener un impacto general en la infección por VSR en la infancia. Por esta razón resulta necesario ampliar la posibilidad de protección de los lactantes menores de 6 meses, por lo que el Ministerio de Salud recomienda la vacunación de las perso-

nas gestantes para proteger a los lactantes durante el período más vulnerable a través de la transferencia de anticuerpos a través de la placenta. La vacuna contra el VSR se ha incluido en el Calendario Nacional de Vacunación de forma obligatoria y gratuita desde 2023, según la Resolución Ministerial 4218/2023. Se recomienda una dosis única de la vacuna bivalente RS-VpreF entre las semanas 32.0 y 36.6 del embarazo, durante la temporada de circulación del VSR, determinada mediante la vigilancia epidemiológica que se vacunará durante los meses de marzo, abril, mayo, junio y julio.

Una dosis de vacuna contra VSR entre las semanas 32 y 36 de gestación protege a recién nacidos contra la bronquiolitis y la neumonía en los primeros 6 meses de vida.

## CARACTERÍSTICAS DEL VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (VSR)

El VSR, un virus esférico con genoma ARN monocatenario, presenta un único serotipo. Se clasifica en dos subtipos, A y B, mediante el uso de paneles de anticuerpos monoclonales dirigidos a las proteínas P, F y G. Los brotes anuales suelen ser causados por ambos subtipos, que co-circulan sin una clara correlación entre subtipo y gravedad de la enfermedad. Los anticuerpos

contra las proteínas F y G tienen funciones protectoras y neutralizantes, siendo el objetivo de las vacunas la proteína F en su forma de prefusión.

## ESTRUCTURA DEL VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO

La infección por el virus sincicial respiratorio (VSR) puede presentarse de diversas formas, desde síntomas leves hasta cuadros más graves. En lactantes, niñas y niños pequeños, la infección por VSR puede progresar en una inflamación de las vías respiratorias más pequeñas (bronquiolitis), ocasionando dificultad respiratoria que puede progresar en cuadros graves. Si bien la bronquiolitis es la manifestación grave más común, las infecciones por VSR se asocian con un mayor riesgo a largo plazo de sibilancias recurrentes y desarrollo de asma.

La vacuna contra virus sincicial respiratorio (RS-VpreF) es una vacuna de subunidades proteicas recombinantes. Las vacunas de subunidades proteicas contienen algunas proteínas del virus contra el cual deseamos obtener una respuesta inmunitaria. Al utilizar sólo una parte del microorganismo infeccioso para desencadenar una respuesta inmunitaria protectora, no pueden replicarse en el huésped y no hay riesgo de patogenicidad, esto también supone la minimización de los efectos secundarios. La vacuna contra VSR contiene cantidades iguales de antígenos F (preF) de prefusión estabilizados de los dos principales subtipos de VSR: VSR A y VSR B.

La transferencia de anticuerpos a través de la placenta comienza 15 días después de la vacunación. Los lactantes quedan protegidos desde el nacimiento hasta los primeros meses de vida.

## CONSERVACIÓN

- En heladera entre +2° - +8°C.
- No se debe congelar.
- Desechar si el estuche de cartón se ha congelado.
- Después de la reconstitución se debe administrar inmediatamente.
- Desde el punto de vista microbiológico, la vacuna se debe utilizar inmediatamente.

## DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN

- Dosis: 0,5 ml Vía de administración: Intramuscular
- Sitio de aplicación: músculo deltoides (el tercio superior externo del hombro externo). El calibre de la aguja para esta ubicación de inyección es de 22G-23G o 25Gx1.

La vía de administración de la vacuna es intramuscular únicamente. Si por un error programático se hubiera administrado por otra vía distinta a la intramuscular, la dosis debe considerarse no válida y notificar como ESAVI.

**LA VACUNA CONTRA VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (VSR) ESTÁ INDICADA A TODAS LAS PERSONAS GESTANTES ENTRE LAS SEMANAS 32.0 Y 36 SEMANAS Y 6 DÍAS DEL EMBARAZO.**

## COADMINISTRACIÓN CON OTRAS VACUNAS

La vacuna contra virus sincicial respiratorio podrá co-administrarse con cualquiera de las otras vacunas indicadas durante el embarazo (triple bacteriana acelular, antigripal y COVID-19). Si bien en un estudio de administración concomitante con vacuna triple bacteriana acelular en mujeres no gestantes se observó menores medias geométricas de concentraciones (CMG) de anticuerpos contra los antígenos de la tos ferina acelular (toxina pertussis [PT], hemaglutinina filamentosa (FHA) y pertactina [PRN]), esta reducción no tiene impacto clínico y el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) recomienda la administración concomitante.

[https://drive.google.com/file/d/1bl8-lkvcEGJAq2EbGe-8K5uKazx\\_aOYCM/view?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/file/d/1bl8-lkvcEGJAq2EbGe-8K5uKazx_aOYCM/view?usp=drive_link)

## ¿CÓMO SE TRASMITE?

Se transmite principalmente por vía respiratoria al toser, estornudar, pero también al tocarse nariz, ojos y boca luego de haber manipulado algún objeto contaminado con el virus.

## ¿A QUIÉN SE VA A VACUNAR?

A todas las **embarazadas entre las 32 y 36 semanas y 6 días de gestación**. El esquema de vacunación es de una dosis que se aplicará en todos los embarazos.

## ¿EN QUÉ MESES DEL AÑO SE VA A APLICAR LA VACUNA?

Debido a que es un virus estacional, luego de analizar la circulación viral en Argentina, se ha decidido que se vacunará durante los meses de marzo, abril, mayo, junio y julio. En caso de haber cambios en la situación epidemiológica se modificarán los plazos.

Departamento Provincial de Inmunizaciones Mendoza - Actualizado al 28 de febrero de 2024.

**La ANMAT autorizó la inscripción de la vacuna contra el virus sincicial respiratorio recombinante.**

Mediante la [disposición 7397/23](#), autorizó la inscripción en el Registro de Especialidades Medicinales (REM) del producto “**ABRYSVO**”, **vacuna bivalente contra el virus sincicial respiratorio recombinante de la firma PFIZER S.R.L.**

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-anmat-autorizo-la-inscripcion-de-la-vacuna-contra-el-virus-sincicial-respiratorio>



# Salud mental en la niñez



Imagen: Freepik.com

Autora  
**MIRIAM CASTRO**  
Enf. Prof. Mat. N° 5841  
miriamcastro182@gmail.com

## RESUMEN

Los trastornos mentales, se estima, afectan a uno de cada cuatro personas en algún momento de sus vidas y son problemas universales que afligen a toda la población, mujeres, hombres, niños y niñas. La salud mental infanto - juvenil tiene prioridad mundial, sin límites de países o continentes.

Los profesionales de la salud en general, tienen una obligación única y universal, en lo que se refiere al futuro de los niños y adolescentes, que representan el futuro de la humanidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que una quinta parte de los niños y niñas a nivel mundial sufre algún padecimiento de salud mental.

## SALUD MENTAL EN LA NIÑEZ

Importancia de la salud Mental; la depresión y los trastornos por ansiedad han aumentado en más del

33%, y se asocian a sintomatología somática, promoviendo consultas médicas generales con saturación del sistema de salud y gasto ineficaz. La salud mental, se considera un derecho humano básico, y el estado positivo de la misma, se define como aquel en el que las personas pueden sentir, pensar y actuar de manera tal que mejore su aptitud para disfrutar la vida y hacer frente a las dificultades.

## SALUD MENTAL ACTUAL

América latina, es la única región del mundo, donde aumentó el número de suicidios, que es del 9/100.000 promedio. Y el cuadro se completa con el incremento del consumo de sustancias psicoactivas y alcohol.

El comité regional de OMS ha publicado, recientemente para mejorar la situación de salud mental. En línea con las mismas, se pueden sugerir unas pocas acciones que aliviarían mucho la situación de Argentina, donde la crisis socio económica crea situaciones altamente vulnerables.

- Fortalecer los sistemas de salud Mental: La OMS aconseja la educación del personal de salud, en áreas de atención primaria, para la detección y tra-

tamiento de problemas de salud mental, con un bajo costo, ofreciendo un programa específico para mejorar la brecha a los países que lo solicitan.

- Complementar la actual Ley de Salud Mental: dedicada principalmente a reglamentar la internación, con disposiciones que promuevan la rehabilitación basada en la comunidad y la prevención. Crear las condiciones para que se desarrollen instituciones que permitan dar continuidad al cuidado de las personas vulnerables, evitando tanto la institucionalización prolongada, como la situación de calle, o el aumento de las personas inimputables que cometen delitos.
- Integrar políticas de prevención a los contenidos educativos: con el objeto de retrasar el inicio en consumos de sustancias, que es mucho más grave en edades tempranas.

## **FUNCIÓN QUE CUMPLE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

La enfermería pediátrica se ocupa de la atención integral, según el continuo de caracteres de niños y adolescentes. Como parte de esa evaluación su desarrollo psicomotor, factores sociales y ambientales son los que influyen directamente en la salud y el bienestar de los infantes y de su familia.

## **SALUD MENTAL 2023**

La salud mental es un derecho humano básico para todos. Adultos, jóvenes y niños sin importar quiénes sean ni donde estén, tienen derecho gozar del grado más alto posible de salud mental, lo que incluye el derecho a ser protegido, de los riesgos para la salud mental; el derecho a una atención disponible, accesible, digna y de calidad, como así también el derecho a la libertad, la independencia y la integración en su entorno social.

La buena salud mental, es esencial para nuestra salud y bienestar general, sin embargo, una de cada ocho personas en el mundo padece algún problema de salud mental, lo que puede repercutir en su salud física, su bienestar, su relación con los demás y sus medios de subsistencia. Además, cada vez más adolescentes y jóvenes presentan problemas de salud mental.

## **SALUD MENTAL EN PEDIATRÍA**

Los profesionales de salud mental en el contexto pediátrico, trabajan para mantener la salud emocional y psicológica a pesar de la situación estresante que atraviesan los pacientes. Para ello, los profesionales refuerzan los aspectos sanos de los niños/as y asesoran a los padres/madres para brindar el cuidado adecuado a su hijo/a sanos y favoreciendo la comunicación óptima entre los pacientes/niños, sus familiares, y el equipo de salud, según la Dra. Menéndez Célica, psiquiatra especializada en pediatría, jefa del servicio de salud mental del Hospital Garrahan.

## **ROL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

Los enfermeros de salud mental, permite a sus pacientes, reconocer las cosas o situaciones que afectan negativamente a su salud a su salud mental, para aprender maneras de afrontar las dificultades de salud.

Estos profesionales, enseñan a los pacientes ejercicios para ayudar a controlar los ataques de pánico o ira.

El equipo de salud, en contacto diario con la enfermedad, el dolor y la muerte, no está exento de la necesidad de recibir cuidados emocionales. Es así que a las actividades de prevención y psicoterapia de los pacientes con enfermedades médicas, se sumaron acciones dirigidas al cuidado de la salud emocional de los profesionales, como talleres, grupos de reflexión sobre la tarea y otras actividades de enlace.

Las principales afecciones en los niños se describen como cambios serios en la forma habitual de aprender, comportarse o manejar las emociones, lo cual causa angustia y problemas en las actividades diarias. bajo los lineamientos del manual "Manual diagnóstico y estadístico de la asociación Estadounidense de Psiquiatría", para ayudar a diagnosticar los trastornos de la salud mental en los niños. Estas patologías van desde, la ansiedad, depresión, trastornos de oposición desafiante, trastorno de conductas, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), síndrome de guilles de tourette, trastornos obsesivo - compulsivo, trastorno por estrés postraumático.

Otras afecciones y preocupaciones que afectan el aprendizaje, el comportamiento y las emociones de los niños incluyen las discapacidades del aprendizaje y del desarrollo, el autismo, y factores de riesgo como el consumo de sustancias intoxicantes y causar autolesiones.

## **Alarma por el aumento de las consultas por salud mental en niños, niñas y adolescentes en Mendoza.**

Se registran un aumento de casos de depresión, ansiedad, autolesiones e intentos de suicidios, concretados en la niñez y adolescencia, los cuales han aumentado luego de la pandemia y ante la grave crisis económica y social actual del país, que no deja afuera a la provincia de Mendoza.

El sufrimiento, psicosociales en niños, describe esta realidad, la Directora de Salud Mental, es tan evidente que no hace falta expresarla en porcentaje concreto. Los niños, niñas y adolescentes son los que más están sufriendo las consecuencias psicosociales no solo de la pandemia, sino de la crisis económica.

La pandemia puso en evidencia y aumentó las problemáticas de salud mental, sobre todo en la franja de infante juvenil y adolescentes.

Se aborda desde dos puntos importantes:

- Con capacitación a docentes, preceptores y personal que esté en contacto directo con los chicos, para detectar señales de alarma.
- Abordaje directo desde el ministerio.



Imagen: Freepik.com

La Profesional, hace referencia desde el punto de vista del nuevo paradigma de salud integral, en que la salud física y mental van de la mano, abriendo espacios de talleres de arte y de actividades recreativas en lugares como el centro integral provincial de atención en urgencias del adolescentes (CIPAU), para habilitar en los chicos, otros canales de expresión y de trabajo con las emociones.

## REFERENCIAS

1. Dra. Bordato, A, Dra. Farberman D, (2023). Salud mental en los Niños, Hospital Garrahan, Columna de opinión.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5a Edition. Arlington, VA. American Psychiatric Association, 2023.
3. Melo, M.F. (2022). La preocupación por la Salud Mental aumenta en América Latina: <https://es.statista.com/grafico/28403/evolucion-del-porcentaje-de-personas-que-consideran-la-salud-mental>.
4. Grigoravicius, M. Bardi, D. Luzzi A,M. Salud Mental en la Niñez. artículo de investigación. 2023. Revista de Psicología. Facultad de Psicología (UNLP). Argentina. <https://revistas.unlp.edu.ar/revpsi>.
5. Fenómeno de la Pandemia. Salud mental. <https://w.w.w.diariouno.com.ar/sociedad/alarma-el-aumento-las-con...>
6. Día mundial de la salud mental - La salud mental es un derecho Humano Universal. (2023). OMS- [w.w.w.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health](https://w.w.w.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health).
7. Teléfonos de asociaciones de salud mental en Mendoza. CEMIF. (Centro de especialización en salud mental infantil y familiar.) Psiquiátrico infantil en Gllen. Tel. 0261-157102509. Casa Abril - Salud mental y Bienestar. Barcala 160. Tel. 0261-7732539.



# Ley 6.836

## Poder Legislativo de la Provincia de Mendoza



Imagen: Freepik.com

**ENFERMERÍA. NORMAS PARA EL  
EJERCICIO DE LA PROFESIÓN.  
SANCIÓN: 07/11/2000; PROMULGACIÓN:  
24/11/2000; BOLETÍN OFICIAL 14/12/2000**

### **CAPÍTULO I DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN**

**Art. 1º** - El ejercicio de la profesión de Enfermería comprende las actividades y prácticas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud humana en la Provincia de Mendoza, quedando sujeta a las disposiciones de la presente Ley y de su reglamentación.

**Art. 2º** - Para ejercer profesionalmente deberán obtener la correspondiente matrícula habilitante, la que será otorgada por la autoridad de aplicación, de acuerdo a los requisitos que se establecen en la presente Ley.

### **CAPÍTULO II DE LA MATRICULACIÓN Y CAUSAS DE CESACIÓN**

**Art. 3º** - Para la matriculación, los enfermeros deberán acreditar:

- a) Identidad personal;
- b) Domicilio real y legal;
- c) Título de Enfermero, Licenciado en Enfermería u otros títulos de grado superiores expedidos por Universidad o Escuela Superior, estatal o privada, reconocido y legalizado por los organismos nacionales competentes;
- d) Título universitario o terciario expedido en el extranjero, revalidado de conformidad con el ordenamiento legal vigente, inscripto y legalizado, por ante los organismos nacionales correspondientes;
- e) Registro de la firma.

**Art. 4º** - Podrán matricularse los profesionales con título otorgado por universidades extranjeras que hayan sido contratados, por el tiempo que dure el contrato y en la materia objeto del mismo, en cuyo caso la matriculación se hará con las limitaciones que surjan de los términos de sus cláusulas.

**Art. 5º** - El profesional con título habilitante residente fuera de la Provincia, que se encuentre en la misma con motivo y en ocasión de celebrarse congresos, reuniones científicas o similares, o cuyos servicios sean requeridos, podrá ejercer, en esa oportunidad sin matriculación.

**Art. 6º** - Deberán matricularse los Auxiliares de Enfermería, que puedan acreditar su nivel de capacitación con:

- a) Certificado habilitante estatal o privado, reconocido y legalizado por los organismos nacionales competentes;
- b) Certificado habilitante del extranjero revalidado de conformidad con el ordenamiento legal vigente, inscripto y legalizado, por ante los organismos nacionales correspondientes;
- c) Cumplimentar los requisitos establecidos en los incisos a) y b) del artículo 3º;
- d) A Los que se encuentren matriculados, antes del año 1960, en el Ministerio de Desarrollo Social y Salud como Auxiliares de Enfermería sin reunir los requisitos establecidos en los incisos a) y b) del presente artículo.

**Art. 7º** - No podrán matricularse:

- a) Los incapaces absolutos y los inhabilitados judicialmente por las causales previstas en el artículo No 152 bis del Código Civil;
- b) Los condenados por delitos cuya comisión afecta la conducta ética en ejercicio profesional;
- c) Los condenados por pena de inhabilitación en el ejercicio de la profesión, durante el término de la condena.

**Art. 8º** - Las causales de cesación de la matrícula pueden ser temporarias o definitivas, por:

- a) Solicitud del interesado;
- b) Por aplicación de las sanciones previstas en el Capítulo IV de la presente Ley;
- c) Por fallecimiento del matriculado.

### **CAPÍTULO III** **OBLIGACIONES Y PROHIBICIONES**

**Art. 9º** - Los enfermeros matriculados comprendidos en la presente Ley están obligados a:

- a) Guardar secreto profesional sobre aquellas informaciones de carácter reservado a que accedan en el ejercicio de la profesión, salvo las excepciones que fijen las leyes pertinentes;

- b) Dar cumplimiento a la legislación vigente, con las normas de bioseguridad en las enfermedades infectocontagiosas, drogadicción u otras sobre la salud, tanto nacionales como provinciales;
- c) Respetar el derecho a la vida desde su concepción hasta su muerte; d) Respetar en toda actividad, la dignidad de la persona humana, sin distinciones de ninguna naturaleza;
- e) Atender requerimientos asistenciales cuando éstos fueran de urgencia o de peligro inmediato para la vida de personas;
- f) Supervisar el cumplimiento de las indicaciones que imparta al personal bajo su dependencia;
- g) Prestar servicios requeridos por las autoridades en caso de epidemia, desastre, catástrofes u otras emergencias, como carga pública;
- h) Ajustarse a lo establecido en las prescripciones médicas para suministrar medicamentos y tratamientos;
- i) Respetar los límites de las incumbencias profesionales cuando éstas fueran concurrentes, evitando realizar prácticas que excedan su ejercicio profesional;
- j) Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas discriminatorias por razones religiosas, raciales, sociales o políticas con los pacientes;
- k) Observar las normas de ética profesional;
- l) Mantenerse actualizado científicamente.

**Art. 10º** - Los Enfermeros Matriculados comprendidos en la presente Ley, tienen prohibido:

- a) Practicar, colaborar, propiciar o inducir la interrupción de la gestación por cualquier procedimiento, con las excepciones que fija la legislación vigente;
- b) Practicar, colaborar o propiciar la eutanasia, aún con el consentimiento del paciente o sus familiares;
- c) Realizar, propiciar, inducir o colaborar directa o indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo de la dignidad humana;
- d) Ejercer mientras padezca enfermedades infectocontagiosas;
- e) Delegar en personal no habilitados facultades, funciones inherentes o privativas de su profesión;
- f) Inducir a pacientes a proveerse en determinados establecimientos de medicamentos, servicios profesionales, prótesis u otros elementos necesarios para su curación o rehabilitación;
- g) Ejercer o dar a publicidad en medios no académicos como anunciar u otorgar certificados que exalten o elogien prácticas especializadas o éxitos terapéuticos;
- h) Enunciar técnicas y procedimientos personales de profilaxis y/o terapéuticos, sin la comprobación y aval científico correspondiente;
- i) Enunciar títulos, dignidades, cargos, especializaciones o autoría de trabajos científicos, cuando no correspondan a la realidad;
- j) Publicar avisos que induzcan a engaño u ofrecer ventajas que resulten violatorias a la ética profesional;
- k) Administrar medicamentos sin prescripción médica.

## CAPÍTULO IV SANCIONES

**Art. 11°** - Los profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería y los prácticos de enfermería, que transgredan lo dispuesto en la presente Ley, podrán ser sancionados, de acuerdo con la gravedad de la falta cometida, con las siguientes medidas:

- a) Apercibimiento;
- b) Inhabilitación temporaria en el ejercicio de la profesión de seis (6) meses a cinco (5) años;
- c) Inhabilitación definitiva para el ejercicio de la profesión.

**Art. 12°** - Las sanciones a que se refiere el artículo anterior, serán aplicadas por la autoridad de aplicación, previo sumario que respete el derecho de defensa y dictamen del Consejo Deontológico. Las resoluciones serán recurribles, de conformidad con lo previsto por la legislación vigente en la materia.

**Art. 13°** - El personal comprendido en la presente Ley, que trabaje en relación de dependencia, no será responsable por la defectuosa prestación de servicios, imputable a los titulares o prestadores a cargo del establecimiento.

## CAPÍTULO V CREACIÓN DEL CONSEJO DEONTOLÓGICO

**Art. 14°** - Créase el Consejo Deontológico que tendrá por finalidad velar para que el ejercicio de la profesión se cumpla dentro de las normas éticas y legales correspondientes.

El Consejo Deontológico elaborará los requisitos que deberán reunir los que se matriculen de acuerdo a su título habilitante y/o a su capacitación. Los requisitos que deberán ser exigidos para la matriculación serán elevados al Poder Ejecutivo para su aprobación e instrumentación en el registro correspondiente.

**Art. 15°** - El Consejo estará formado por cinco (5) miembros titulares y tres (3) suplentes. Cuatro (4) de los miembros titulares serán elegidos por votación directa de los matriculados por simple mayoría de votos, y uno (1) designado por el Organismo Académico de Enfermería de la Provincia de Mendoza.

**Art. 16°** - Son requisitos para integrar el Consejo Deontológico: Ser enfermero, tener como mínimo diez (10) años en el ejercicio de la profesión, acreditada idoneidad académica y desempeño profesional. Durarán cuatro (4) años en sus funciones y solamente podrán ser reelectos por períodos alternados.

**Art. 17°** - El Presidente del Consejo será elegido por votación directa entre sus miembros.

**Art. 18°** - El Consejo sesionará cuando sea convocado por la autoridad de aplicación, a pedido del presidente,

de los consejeros o de los enfermeros y cuando lo establezca su reglamento interno.

**Art. 19°** - Las decisiones del Consejo Deontológico se tomarán por mayoría absoluta de los miembros presentes titulares o suplentes. En caso de empate, el presidente tendrá doble voto.

El quórum para sesionar será de tres (3) miembros titulares o los suplentes, estos últimos si correspondiere. Las sesiones serán secretas, pudiendo asistir a las mismas el ministro de Desarrollo Social y Salud o el funcionario que éste designe, con el fin de reemplazarlo.

**Art. 20°** - El Consejo Deontológico dictará su reglamento interno, "ad-referéndum" de la autoridad de aplicación. Las actuaciones del Consejo serán escritas y sus dictámenes serán elevados a la autoridad de aplicación, para su conocimiento y resolución, de conformidad con la legislación vigente en la materia y la presente Ley.

**Art. 21°** - La autoridad de aplicación creará en el ámbito del Consejo Deontológico una Comisión Asesora de Especialidades, cuando el desarrollo técnico-científico lo justifique.

Dicha Comisión estará integrada por tres (3) miembros, uno (1) designado por la autoridad de aplicación, uno (1) designado por los organismos académicos y uno (1) en representación de los matriculados.

**Art. 22°** - El representante de las entidades académicas será designado por éstas, y el de los matriculados por votación directa y secreta entre ellos.

Durarán en sus funciones cuatro (4) años pudiendo ser reelectos por igual período.

Es incompatible el cargo de integrante de la Comisión Asesora, con la calidad de miembro del Consejo Deontológico.

**Art. 23°** - La Comisión Asesora de Especialidades tendrá por finalidad:

- a) Analizar las especialidades admitidas por la profesión.
- b) Mantener actualizado el registro de especialistas de la profesión.
- c) Asesorar a la autoridad de aplicación y demás organismos públicos en todo asunto relativo a las especialidades de la profesión.

**Art. 24°** - La Comisión Asesora de Especialidades tendrá en cuenta como mínimo para acreditar la especialidad:

- a) Trabajos científicos.
- b) Cursos de especialización.
- c) Concurrencia a centros especializados.
- d) Antigüedad en la práctica de la especialidad.
- e) Opinión de las sociedades científicas con injerencia en la materia.



**Art. 25°** - Los enfermeros matriculados que deseen ejercer como especialistas, deberán acreditar ante la Comisión Asesora los estudios correspondientes y presentar su certificación de la especialización para ejercer, conforme a lo previsto en la presente Ley y su reglamentación.

**Art. 26°** - Las decisiones que tome la Comisión Asesora de Especialidades deberán ser remitidas al Consejo Deontológico, el cual podrá formular las observaciones que considere conveniente y los fundamentos de las mismas, en el plazo de cinco (5) días de la comunicación oficial. Pasado dicho plazo la decisión quedará firme.

La Comisión Asesora tendrá un plazo de diez (10) días para evaluar el informe del Consejo Deontológico. Su decisión podrá ser recurrida por ante la autoridad de aplicación, de conformidad con el régimen legal vigente.

**Art. 27°** - El Consejo Deontológico deberá proceder a revalidar el certificado de especialidad cada cinco (5) años, de acuerdo a los informes producidos por la Comisión Asesora de Especialidades.

## **CAPÍTULO VI AUTORIDAD DE APLICACIÓN**

**Art. 28°** - El Ministerio de Desarrollo Social y Salud o Ministerio que lo reemplace, será la autoridad de aplicación de la presente Ley. Deberá efectuar la matriculación y ejercer el control de la misma.

En su ámbito y dependiendo del mismo funcionará el Consejo Deontológico y la Comisión Asesora de Especialidades.

**Art. 29°** - El Ministerio de Desarrollo Social y Salud o Ministerio que lo reemplace, será quien controlará el ejercicio de la profesión en la Provincia, tanto en el ámbito público o privado, estatal o no, y será el que aplicará las sanciones disciplinarias, basadas en el dictamen del Consejo Deontológico y en las conclusiones del sumario.

## **CAPÍTULO VII CAPACITACIÓN PROFESIONAL**

**Art. 30°** - El Ministerio de Desarrollo Social y Salud o Ministerio que lo reemplace deberá proceder a la capacitación y formación permanente de los recursos humanos de enfermería en la Provincia, para lo cual deberá instrumentar lo siguiente:

- a) Promover el incremento del número y formación calificada de recursos humanos de enfermería, con estudios basados en necesidades estratégicas locales.
- b) Fortalecer, ampliar y profundizar la profesionalización de los auxiliares de enfermería y la obtención de li-

cenciaturas de enfermería, mediante la implementación de becas.

- c) Promover la progresiva convergencia de los estudios de enfermería, por sistemas innovadores de educación para la formación de enfermeros.
- d) Contribuir al desarrollo de la educación permanente de enfermería en los servicios de salud, con el fin de favorecer el pensamiento reflexivo, crítico y creativo, en beneficio del desarrollo y fortalecimiento de los equipos de trabajo.

**Art. 31°** - Para cumplir con los objetivos de capacitación y de excelencia profesional, el Poder Ejecutivo podrá firmar convenios con organismo educacionales, estatales o privados, con carreras de enfermería o licenciaturas en la especialidad, reconocidas por los organismos nacionales competentes para lograr:

- a) Desarrollar mecanismos tendientes a la homologación de títulos no universitarios de enfermería a través de cursos de capacitación y para facilitar la articulación entre los distintos niveles de formación y entre las diferentes jurisdicciones provinciales.
- b) La unificación del título profesional de enfermería por parte de las universidades en la Provincia, mediante estrategias de ampliación de cobertura a la demanda de estudios de enfermería, y al desarrollo de sistemas de articulación interinstitucional.
- c) Promover los post-grado en enfermería, mediante la generación de estrategias generales e institucionales que favorezcan su inclusión en programas de especialización, licenciaturas, maestrías y doctorados.
- d) Promover pasantías educacionales en los servicios de salud, mediante la programación conjunta y la incorporación de los estudiantes en los servicios hospitalarios, centros asistenciales y ambulatorios que hagan posible el proceso educativo como su evaluación permanente.

## **CAPÍTULO VIII DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA**

**Art. 32°** - Las instituciones o reparticiones públicas o privadas, estatales o no, no podrán incorporar personal de enfermería que no esté matriculado de conformidad con la presente Ley.

**Art. 33°** - Los servicios de enfermería o inyectables privados, que tengan atención permanente, domiciliaria o no, que estén fuera de un nosocomio o centro asistencial de mayor complejidad, deberán tener por responsable de los mismos a un profesional o auxiliar matriculado de acuerdo a la presente Ley.

**Art. 34°** - Los servicios establecidos en el artículo anterior efectuarán su acreditación, habilitación y categorización, de acuerdo a la Ley No 5532 y su Decreto Reglamentario, siendo la autoridad de aplicación, control y fiscalización el Ministerio de Desarrollo Social y Salud u organismo que lo reemplace.

**Art. 35°** - Cuando no se cumpla con los requisitos establecidos en los artículos precedentes podrán aplicarse las siguientes sanciones:

- a) Apercibimiento.
- b) Multas de quinientas (500) unidades tributarias a tres mil (3000) unidades tributarias.
- c) Clausura transitoria o definitiva de los servicios.
- d) Inhabilitación transitoria o definitiva de los directivos de hospitales, de los servicios de salud, públicos o privados, estatales o no.

**Art. 36°** - La autoridad de aplicación determinará sanciones que deberán aplicarse de acuerdo a la gravedad o no, de cada caso, en relación a las transgresiones a la presente Ley y a la legislación vigente. Las sanciones que apliquen como consecuencia del artículo anterior serán recurribles de acuerdo a la legislación vigente en la materia.

## **CAPÍTULO IX**

### **DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

**Art. 37°** - Podrán registrarse como Prácticos de Enfermería por ésta única vez, las personas que se han desempeñado en los servicios de enfermería durante los últimos diez (10) años, que carezcan de los títulos habilitantes establecidos en los artículos 3o y 6o de la presente Ley.

**Art. 38°** - Los Prácticos de Enfermería deberán realizar, en un plazo no mayor de dos (2) años, cursos de nivelación para poder continuar con su registro, cuya implementación será competencia del Ministerio de Desarrollo Social y Salud, quien garantizará los puestos de trabajo y el otorgamiento de las licencias especiales para la obtención de los títulos habilitantes.

Quedarán exceptuados del presente artículo, los Prácticos de Enfermería que tuvieran más de treinta (30) años de servicio y como mínimo cincuenta y cinco (55) años de edad, a la vigencia de la presente Ley.

**Art. 39°** - Los trabajadores que se hayan desempeñado en relación de dependencia en la condición de Prácticos de Enfermería deberán presentar la certificación de tales, por los directores o responsables de los organismos públicos o privados, estatales o no, que estén reconocidos por la autoridad de aplicación y debidamente legalizados por el Poder Judicial.

Asimismo deberán acompañar la correspondiente certificación del ANSES que acredite que es empleado en relación de dependencia del Estado, sanatorios, clínicas y/o servicios de la salud, encuadrados en la Ley 5532.

**Art. 40°** - Los Prácticos de Enfermería podrán adjuntar además, certificados de idoneidad en el desempeño profesional y de cursos de capacitación realizados.

**Art. 41°** - Los Prácticos de Enfermería para registrarse deberán cumplimentar los requisitos establecidos en los incisos a), b), y e) del Artículo 3°, y los establecidos en los artículos 38 y 39 de la presente Ley, y no podrán registrarse los comprendidos en el Art. 7° de esta normativa.

**Art. 42°** - Los Prácticos de Enfermería tendrán un plazo para registrarse de 90 días a partir de la vigencia de la presente Ley. CAPÍTULO X - Disposiciones generales.

**Art. 43°** - Los Prácticos de Enfermería registrados en el Ministerio de Desarrollo Social y Salud, de acuerdo a los artículos 37 y 38 de la presente Ley, quedan comprendidos en los alcances de los Capítulos III y IV, y para su juzgamiento ético y el desarrollo de su actividad, sometidos al Consejo Deontológico de acuerdo con el Capítulo V de la misma.

Las causas de cesación del registro son las enunciadas en el Art. 8o de la presente Ley.

**Art. 44°** - Las funciones de los integrantes del Consejo Deontológico y de la Comisión Asesora de Especialidades, serán "ad honorem" y carga pública.

**Art. 45°** - El Poder Ejecutivo deberá constituir una Comisión Intersectorial de Enfermería con representación de organismos académicos, gremiales, representantes del sector privado de la salud, Consejo Deontológico, Comisión Asesora de Especialidades y un representante del Poder Ejecutivo, la cual tendrá las funciones de elaborar las normativas de los servicios de enfermería y el respectivo Manual de Procedimientos.

**Art. 46°** - La Comisión a partir de su constitución, tendrá ciento ochenta (180) días para elaborar el Manual de Procedimientos que será de aplicación obligatoria en las instituciones públicas o privadas, estatales o no, donde se establecerán las pautas de funcionamiento de los servicios de enfermería, los procedimientos, formas y los distintos niveles de intervención de los matriculados, debiendo elevarlo al Poder Ejecutivo, para su aprobación y dictado de su correspondiente Decreto.

**Art. 47°** - El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley en un plazo de noventa (90) días a partir de su promulgación.

**Art. 48°** - Comuníquese, etc.

# Ley 24.004

## Régimen Legal del Ejercicio de la Enfermería



Imagen: Freepik.com

BUENOS AIRES, 26 de Septiembre de 1991. Boletín Oficial, 28 de Octubre de 1991. Vigentes. Decreto Reglamentario. Decreto Nacional 2.497/93.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

### **CAPÍTULO 1** **CONCEPTO Y ALCANCES (ARTÍCULOS 1 AL 3)**

**Art. 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.

**Art. 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 la enfermería.



**Art. 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 y 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.

## **CAPÍTULO 2**

### **DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS**

#### **(ARTÍCULOS 4 AL 8)**

**Art. 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 actuaren fuera de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3x 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 obligaren 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 imputar sea las mencionadas instituciones y responsables.

**Art. 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, dependientes 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.

**Art. 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.

**Art. 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.

**Art. 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 sus 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.

## **CAPÍTULO 3**

### **DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES**

#### **(ARTÍCULOS 9 AL 11)**

**Art. 9.** - Son derechos de los profesionales y auxiliares de la enfermería.

- a) Ejercer su profesión o actividad 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 la 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.

**Art. 10.** - Son obligaciones de los profesionales o auxiliares de la enfermería:

- a) Respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana, sin distinción 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 la colaboración que le 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 en la materia.

**Art. 11.** - Les está prohibido a los 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 prácticas 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 del público. Particularmente les está prohibido a los profesionales enfermeros actuar bajo relación de dependencia técnica o profesional de quienes sólo estén habilitados para ejercer la enfermería en el nivel auxiliar.

#### **CAPÍTULO 4 DEL REGISTRO Y MATRICULACIÓN (ARTÍCULOS 12 AL 15)**

**Art. 12.** - 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 la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, la que autorizará el ejercicio de la respectiva actividad, otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial.

**Art. 13.** - La matriculación en la Subsecretaría de Salud implicará para la misma el ejercicio del poder disciplinario sobre el matriculado y el acatamiento de éste al cumplimiento de los deberes y obligaciones fijados por esta ley.

**Art. 14.** - Son causa de la suspensión de la matrícula:

- a) Petición del interesado;
- b) Sanción de la Subsecretaría de Salud que implique inhabilitación transitoria.

**Art. 15.** - Son causa de cancelación de la matrícula:

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

#### **CAPÍTULO 5 DE LA AUTORIDAD DE APLICACIÓN (ARTÍCULOS 16 AL 17)**

**Art. 16.** - La Subsecretaría de Salud, 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.

**Art. 17.** - La Subsecretaría de Salud, en su calidad de autoridad de aplicación de la presente, podrá ser asistida por una comisión permanente de asesoramiento y colaboración sobre el ejercicio de la enfermería, de carácter honorario, la que se integrará con los matriculados que designen los centros de formación y las asociaciones gremiales y profesionales que los representan, de conformidad con lo que se establezca por vía reglamentaria.

#### **CAPÍTULO 6 RÉGIMEN DISCIPLINARIO (ARTÍCULOS 18 AL 22)**

**Art. 18.** - La Subsecretaría de Salud ejercerá el poder disciplinario a que se refiere el inciso b) del artículo 16 con independencia de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pueda imputarse a los matriculados.

**Art. 19.** - Las sanciones serán:

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

**Art. 20.** - 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, o ineptitud manifiesta, u omisiones graves en el cumplimiento de sus deberes profesionales.

**Art. 21.** - 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. El procedimiento aplicable será el establecido en el título X -artículos 131 y siguientes- de la ley 17.132.

**Art. 22.** - En ningún caso será imputable al profesional o auxiliar de enfermería que trabaje en relación de dependencia el daño o perjuicio que pudieren provocar los accidentes o prestaciones insuficientes que reconozcan como causa la falta de elementos indispensables para la atención de pacientes, o la falta de personal adecuado en cantidad y/o calidad o inadecuadas condiciones de los establecimientos.

## **CAPÍTULO 7**

### **DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

#### **(ARTÍCULOS 23 AL 23)**

**Art. 23.** - 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, de conformidad con lo establecido en los artículos 5 y 6, podrán continuar con el ejercicio de esas funciones con sujeción a las siguientes disposiciones:

- a) Deberán inscribirse dentro de los noventa (90) días de la entrada en vigencia de la presente en un registro especial que, a tal efecto, abrirá la Subsecretaría de Salud.
- b) Tendrán un plazo de hasta dos (2) 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, por razones de estudio o para rendir exámenes, prevé el decreto 3413/79, salvo que otras normas estatutarias o convencionales aplicables a cada ámbito fueren más favorables;
- c) Estarán sometidas a especial supervisión y control de la Subsecretaría de Salud, la que estará 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).

## **CAPÍTULO 8**

### **DISPOSICIONES VARIAS**

#### **(ARTÍCULOS 24 AL 29)**

**Art. 24.** - A los efectos de la aplicación de normas vigentes que, para resguardo de la salud física o psíquica, establecen especiales regímenes de reducción horaria, licencias, jubilación, condiciones de trabajo y/o provisión de elementos de protección, considerarse insalubres las siguientes tareas de la enfermería:

- a) Las que realizan en unidades de cuidados intensivos.
- b) Las que se realizan en unidades neurosiquiátricas.
- c) Las que conllevan riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas.
- d) Las que se realizan en áreas afectadas por radiaciones, sean éstas ionizantes o no.
- e) La atención de pacientes oncológicos.
- f) Las que se realizan en servicios de emergencia. La autoridad de aplicación queda facultada para solicitar, de oficio o a pedido de parte interesada, ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, la ampliación de este listado.

**Art. 25.** - La autoridad de aplicación, al determinar la competencia específica de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3, 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.

**Art. 26.** - El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley en un plazo de ciento ochenta (180) días corridos, contados a partir de su promulgación.

**Art. 27.** - Derógase el Capítulo IV, del Título VII artículos 58 a 61-, de la ley 17.132 y su reglamentación, así como toda otra norma legal, reglamentaria o dispositiva que se oponga a la presente.

**Art. 28.** - Invítase a las provincias que lo estimen adecuado a adherir al régimen establecido por la presente.

**Art. 29.** - Comuníquese al Poder Ejecutivo.  
Firman: Pierri; Menem; Pereyra Arandía De Pérez Pardo; Flombaum.



Imagen: Freepik.com



# Preguntas de Auto Test de comprensión



Imagen: Freepik.com

## EN RELACIÓN A LA LEY 24.004 Y SU DECRETO NACIONAL 2.497/93

### CONCEPTO Y ALCANCES

1. ¿Usted observa que el ejercicio de la enfermería y sus funciones están determinadas según sus competencias, con relación al ejercicio profesional?

### DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS

2. El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado sólo a aquellas personas que posean ¿Qué título, diploma o certificado?

## DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES

3. ¿Cuáles son los derechos de los Profesionales de Enfermería?
4. ¿Cuáles son las obligaciones de estos Profesionales?
5. ¿Cuáles son las prohibiciones de los Profesionales de Enfermería?

### DEL REGISTRO Y MATRICULACIÓN

6. El hecho de no estar matriculado ¿qué implica para usted en el ejercicio de la profesión?

## EN RELACIÓN A LA LEY 6836

### DECRETO REGLAMENTARIO N° 1.805 13/9/2001 PROVINCIA DE MENDOZA

#### 1. ¿Cuáles son las obligaciones y prohibiciones de los Profesionales de Enfermería?

Según el Decreto Reglamentario N° 1.805 13/9/2001  
Provincia de Mendoza

## CAPITULO I

### DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN

#### Artículo 1°

- Se reconocen dos niveles para el Ejercicio de la Enfermería
  - Profesional:
    - Licenciado en Enfermería
    - Enfermero
  - Auxiliar:
    - Auxiliar de Enfermería

**Licenciado en Enfermería:** es la persona que ha alcanzado una formación de grado basado en conocimientos científicos de las ciencias biológicas, sociales, humanísticas, en principios éticos legales y en las teorías propias de la Enfermería, con competencias para planificar, organizar, ejecutar y evaluar los cuidados integrales de enfermería en todos los niveles de atención de la salud. Tomar decisiones en cualquiera de las áreas de su desempeño, identificar y resolver situaciones de salud - enfermedad, gestionar y gerenciar servicios de Salud y Educación, investigar problemáticas socio-sanitarias y de Enfermería.

**Enfermero:** es la persona que ha alcanzado la formación de pregrado, consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos biológicos, técnicos, humanísticos, ético-legales, para planificar, organizar, ejecutar, evaluar y supervisar cuidados integrales de enfermería al individuo, familia y comunidad, en situaciones de salud enfermedad.

**Auxiliar de Enfermería:** es la persona que ha completado una capacitación basada en conocimientos teóricos y procedimentales básicos adquiridos sistemáticamente para colaborar en el cuidado de enfermería en la atención del individuo, familia y comunidad. Planificado y dispuesto por el nivel profesional y ejecutado bajo su supervisión. El Ejercicio de la profesión de Enfermería en las actividades y prácticas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación comprende:

- a) El cuidado de la salud en todo el ciclo vital de la persona, familia y comunidad y su entorno, en las funciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, a través de intervenciones libres, autónomas, independientes, interdependientes en la modalidad de atención existente y de las que se habiliten en el área sectorial e intersectorial relacionada directa e indirectamente con la salud.
- b) La gestión administración, docencia, investigación, auditoría y asesoramiento en el sistema de salud, en el sistema formal educativo, y en todos los demás sistemas, sobre temas de su incumbencia.
- c) La dirección y administración de servicios de salud, la presidencia e integración de tribunales o jurados en los concursos para el ingreso y cobertura de cargos en el sistema asistencial y educativo, la realización de actividades jurídico - periciales, y la dirección de establecimientos educativos en el área de incumbencia.
- d) La integración y participación en los organismos que regulen y controlen el Ejercicio de la Profesión Enfermería en todos sus niveles.

El ejercicio de las funciones mencionadas en los incisos a), b) c) y d), la efectuarán los Profesionales de Enfermería, los que tendrán bajo su dirección y/o supervisión aquellas actividades que correspondan al nivel de Auxiliares de Enfermería.

Los Profesionales de Enfermería ejercen autónomamente sus Funciones e Incumbencias individual o grupal, intra o multi profesionalmente en forma libre y/o en relación de dependencia en Instituciones habilitadas para tal fin por autoridad competente, manteniéndose en todos los casos la relación de dependencia y el régimen de estabilidad propia.

Las Funciones detalladas en los incisos b) c) y d), quedan reservadas a los Profesionales con título de grado.

El ámbito de jurisdicción de la Ley N° 6836, abarca a toda la Enfermería ejercida en la Provincia de Mendoza, independientemente de su dependencia jurídico administrativa.

2. ¿Qué niveles para el Ejercicio de la Enfermería identifica en la Ley 6836? Decreto Reglamentario N° 1.805 13/9/2001 Provincia de Mendoza.
3. ¿Qué función es atribuible al Consejo Deontológico? Según la Ley 6836. Decreto Reglamentario N° 1.805 13/9/2001 Provincia de Mendoza.

# Principios de la Mecánica Corporal



Imagen: Freepik.com

## Autores

**LIC. PROF. PABLO CHINELLATO**

Mg. en Enfermería / Esp. en Docencia

chinellatopenzo@gmail.com

**LIC. PROF. BATISTÓN PAOLA**

## **TÉCNICAS DE ENFERMERÍA - COMPETENCIAS - FUNCIONES - HABILIDADES - INCUMBENCIAS**

- Los músculos tienden a funcionar en grupos, más que individualmente.
- Los grandes músculos se fatigan menos que los pequeños.
- El movimiento activo produce contracción de músculos.
- Los músculos se encuentran siempre en ligera contracción.
- La estabilidad de un objeto es mayor cuando tiene una base de sustentación ancha y un centro de gravedad bajo, y cuando desde el centro de gravedad cae una línea perpendicular dentro de la base de sustentación.
- El esfuerzo que se requiere para mover un cuerpo

depende de la resistencia del cuerpo y de la fuerza de la gravedad.

- La fuerza requerida para mantener el equilibrio de un cuerpo aumenta conforme la línea de gravedad se aleja del punto de apoyo.
- Los cambios de actividad y de posición contribuyen a conservar el tono muscular y a evitar la fatiga.
- La fricción entre un objeto y la superficie sobre la que se mueve afecta el trabajo necesario para moverlo.
- Empujar o deslizar un objeto requiere menos esfuerzo que levantarlo, porque levantarlo implica un movimiento contrario a la gravedad.
- Algunos dispositivos mecánicos reducen el trabajo requerido en el movimiento.
- Servirse del peso propio para contrarrestar el peso del paciente requiere menos energía en el movimiento.

## **TÉCNICA: ROTACIÓN A DECÚBITO LATERAL OBJETIVO**

- Favorecer la comodidad y el descanso del paciente.
- Disminuir las posibilidades de lesiones por presión.



PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Identificarse con el paciente.	
Identificar al paciente con nombre y apellido.	
Explicar el procedimiento que se va a realizar.	
Poner la cama en posición horizontal.	
Girar a la persona sobre su costado izquierdo o derecho.	
Colocar una almohada debajo de la cabeza de la persona de forma que la cabeza y el cuello estén alineados con el tronco.	La almohada impide la flexión lateral del cuello y el malestar de los principales músculos del cuello.
Alinear el tronco y colocar una almohada contra la espalda.	
Colocar el miembro superior que está apoyado en la cama, flexionado hacia delante, de forma que el cuerpo no apoye en él.	De esta forma no se altera la circulación.
Flexionar el otro miembro superior frente al cuerpo, colocar una almohada debajo del mismo.	Esto impide la rotación interna y la aducción del hombro, así como la presión sobre el tórax que puede interferir con la expansión torácica durante la respiración.
Colocar una o dos almohadas bajo muslo y pierna del miembro superior con respecto al otro que apoya en la cama.	Favorece la alineación similar a la bipedestación, impide la rotación interna del muslo. Previene la presión del miembro superior sobre el inferior.

### TÉCNICA: MOVILIZACIÓN DE LA PERSONA HACIA LA CABECERA DE LA CAMA

1. Mantener el bienestar del paciente.
2. Recuperar la alineación corporal.
3. Evitar sobrecarga muscular.
4. Correr al paciente hacia la cabecera de la cama con destreza y sin riesgos.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Identificarse con el paciente.	
Identificar al paciente con nombre y apellido.	
Explicar lo que se pretende hacer.	Para que la persona colabore todo lo posible.
Bajar la cabecera de la cama y quitar las almohadas.	Mover al cliente en contra de la gravedad requiere un esfuerzo mayor y puede provocar sobrecarga de la espalda.
Colocar una de las almohadas contra la cabecera de la cama.	Evita que la cabeza de la persona se lesione de forma accidental contra la cabecera durante el movimiento hacia arriba.
Pedir que el paciente que doble las rodillas, apoye los pies, de forma que pueda usarlos para empujar.	Esta maniobra evita el roce de los miembros durante el movimiento y garantiza el uso de los grupos musculares principales de los miembros inferiores al empujar, de manera que aumenta la intensidad del movimiento.
Solicitar que: a) se tome de la cabecera de la cama con ambas manos y tire mientras lo movemos, o b) se tome del trapecio con ambas manos y eleve su cuerpo mientras lo movemos.	La ayuda del paciente proporciona fuerza adicional para vencer la inercia y la fricción durante el movimiento.
La enfermera deberá pararse con los pies separados en dirección a la cabecera de la cama e inclinar el cuerpo hacia la cabecera.	
Poner el miembro superior más cercano a la cabecera bajo los hombros del paciente y el otro miembro debajo de las caderas de la persona.	Sostiene las partes más pesadas del cuerpo.
Mirando hacia la cabecera de la cama, deslizar al paciente hacia arriba haciendo que el peso del cuerpo de la persona sea impulsado por sus propios miembros inferiores flexionados.	Distribuye el peso del cliente de forma más regular, reduce la fricción y ejerce una fuerza más simétrica sobre el cliente durante el movimiento.
Si la persona no está en condiciones de ayudar habrá que pedir la colaboración de otro profesional o familiar. Se puede utilizar la salea o sábana transversa (colocada desde sus hombros hasta sus muslos, enrollada lo más cerca posible del cuerpo del cliente) para llevar hacia arriba.	
Elevar la cabecera de la cama y proporcionarle los dispositivos de apoyo necesario para la posición nueva del paciente.	

## TÉCNICA: MOVILIZACIÓN A DECÚBITO VENTRAL O PRONO

Favorecer el drenaje de la boca. / Disminuir el riesgo de úlceras por presión.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Identificarse con el paciente.	
Identificar al paciente con nombre y apellido.	
Poner la cama en posición horizontal.	
Colocar a la persona sobre su lateral izquierdo o derecho.	
Suavemente voltearlo sobre el abdomen, manteniendo la alineación corporal, dejando el brazo que quedará bajo el cuerpo lo más cerca posible del cuerpo.	Mientras más cerca quede el brazo, más fácil será sacarlo hacia el costado, sin lesionar al paciente.
Girar la cabeza hacia un lado, colocar una pequeña almohada bajo la cabeza para alinear la cabeza con el tronco, omitir la almohada si se busca el drenaje de la boca.	
Colocar los miembros superiores horizontalmente a cada lado del cuerpo o flexionados cerca de la cabeza.	
Colocar una pequeña almohada o un rollo bajo el abdomen entre el diafragma (o las mamas de la mujer) y las crestas ilíacas.	La almohada previene la hiperextensión de la curvatura lumbar dificultades respiratorias, y la presión en las mamas en las mujeres.
Colocar una almohada bajo las piernas desde las rodilla hacia los tobillos.	Esto eleva los dedos por encima de la superficie de la cama y disminuye la flexión plantar. Esta almohada flexiona ligeramente las rodillas lo cual resulta cómodo y previene una presión excesiva sobre las rótulas.

## TECNICA: TRASLADO DE LA PERSONA DE LA CAMA A LA SILLA DE RUEDAS

- Ayudar a la persona a pasar de la cama a la silla de ruedas, sin riesgos y con el mínimo de incomodidad.
- Reducir al mínimo las molestias del paciente durante la transferencia.

### EQUIPO

- Silla de ruedas.
- Ropa para vestir la silla.
- Ropa de la persona: bata o un abrigo, zapatos o pantuflas y medias.

VER CUADRO 1.

### PUNTOS A TENER EN CUENTA

- Recuerde que debe realizar el lavado de manos antes y después de estar en contacto con el paciente o la unidad del mismo.
- La transferencia de la persona desde la silla a su cama se realiza del mismo modo que lo enunciado, pero en sentido inverso.
- Ofrecer chata u orinal si fuese necesario.

- Según el estado de la persona deberá ser vestido acostado o sentado en la cama.
- Aplicar siempre los principios de mecánica corporal.
- Ante la presencia de cualquier anomalía persistente deberá volverse a la persona a su posición inicial.
- Eliminar los obstáculos en la zona de traslado.
- Usar cinturones de seguridad o sábanas como medio de sujeción a la silla para evitar que los pacientes desorientados se caigan.
- Al sacar o meter una silla de ruedas en el ascensor, pasar primero las ruedas grandes.
- Poner nuestro cuerpo entre las sillas de ruedas y el final de un plano inclinado.
- Observar el alineamiento y la postura del enfermo mientras permanece en la silla, utilice almohadas para apoyarlo y sostener las partes colgantes del cuerpo.
- No permitir que resbale hacia abajo o hacia los lados lo que le produce curvaturas anormales de la columna vertebral.
- Educar al paciente y familia sobre el uso de la silla de ruedas, las medidas de seguridad y principios de la mecánica corporal.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Reunir el equipo necesario. Si fuese necesario, vestir la silla con ropa de cama.	
Identificarse con el paciente.	
Identificar al paciente por nombre y apellido.	
Cerrar puerta y ventanas.	Para evitar corrientes de aire.
Instruir a la persona sobre el procedimiento.	Para obtener su colaboración.
Colocar la silla de ruedas a un costado de la cama de frente a la cabecera.	
Trabar la rueda de la silla o pedir a alguien que la sostenga mientras trasladamos a la persona; rebatir él apoya pies hacia arriba para que no impida el traspaso.	
Pedirle al paciente (si puede) que coloque sus miembros superiores a los lados, con las palmas de las manos apoyada sobre la cama.	Así puede empujar contra la superficie de la cama, lo cual proporciona fuerza adicional al movimiento de levantarse.
Ponerse de pie a un costado de la cama, mirando hacia la cabecera de la cama. Adoptar una base de apoyo amplia, de forma que el pie más alejado de la cama se adelante y el peso del cuerpo se apoye en dicho pie.	Al empujar con los músculos de un miembro, tirar con los del otro, el peso del trabajo se distribuye mejor y aumenta la fuerza para levantar a la persona.
Ayudar al paciente a sentarse en la cama: a. Colocar la mano próxima al paciente por encima de su hombro más alejado de nosotros, hasta situarlas entre ambos omóplatos. b. Colocar la mano libre sobre la cama, en el borde de la misma y usarla para empujar mientras se levanta a la persona. c. Hacer que la persona se levante de forma simultánea con nuestro esfuerzo, al darle la señal. A la vez desplazamos nuestro peso desde el pie más adelantado al más atrasado, en un movimiento de balanceo.	
Controlar signos vitales y observar si aparece cualquier reacción ante el cambio de posición.	Este movimiento puede provocar un desmayo en algunos casos.
Otra modalidad para sentar al borde de la cama: a. Ayudar al paciente a ponerse en decúbito lateral, de cara al operador. b. Levantar la cabecera de la cama despacio, hasta la posición más alta posible. c. El operador se coloca al lado de la persona, mirando hacia los pies, adoptar una base de apoyo amplia, flexionar las caderas, rodillas. d. Sostenerlo pasando un brazo por la espalda y otro por los muslos. e. El operador debe girar a la vez que se gira a la persona sobre su propio eje sentándolo al borde de la cama con los pies colgando fuera de ella.	Sostener los hombros evita que éste se caiga hacia atrás durante el movimiento. Sostener los muslos reduce la fricción contra la cama durante el movimiento. El giro evita la torsión de la columna del operador.
Colocar las almohadas en la espalda de la persona.	
Sujetar al paciente hasta que haya alcanzado un equilibrio adecuado y se encuentre cómodo.	Esto permite que nos aseguremos que el paciente se encuentra bien antes de separarlo de la cama.
Controlar nuevamente los signos vitales, observar la expresión de la cara en busca de signos de descompensación.	
Calzarle los zapatos y ayudarlo a bajarse de la cama colocando las manos debajo de sus axilas. Pedirle que apoye sus manos en nuestros hombros, de modo tal que quede de pie frente a nosotros.	De esa manera su base de apoyo será mayor y más estable, lo cual disminuye el riesgo de caerse de la silla. Si se sienta al borde del asiento, se inclina hacia delante de la silla y puede volcar.
Sostener al paciente de pie durante unos minutos.	
Girar juntos hasta que quede de espaldas a la silla y acompañarlo mientras se inclina para sentarse.	
Pedir que se siente hacia atrás en la silla de ruedas.	
Bajar los apoya pies e indicar como utilizarlos.	
Cubrir con la ropa de la silla y controlar nuevamente los signos vitales.	
Trasladar la persona al sitio deseado.	
Dejar la unidad en orden.	



## CHECK LIST MECÁNICA CORPORAL

ACCIONES	SI	NO
Realiza lavado de manos. (menciona)		
Prepara el material. (mencionado)		
Saluda y se identifica con el paciente.		
Identifica al paciente con nombre y apellido.		
Explica el procedimiento que a realizar.		
Antes de comenzar la técnica menciona tres principios básicos de la mecánica corporal.		
Antes de realizar la técnica evalúa si necesita ayuda, para mantener la seguridad del paciente y la propia. (menciona)		
Posiciona la cama de manera adecuada respecto de la técnica a realizar.		
Abre las piernas para ampliar la base de apoyo y mantener el equilibrio antes de realizar el movimiento del paciente.		
Deja la unidad del paciente en condiciones. (menciona)		
Realiza lavado de manos. (menciona)		
Registra las acciones realizadas.		

## TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Dorothea no tuvo un autor que influyo en su modelo, pero si se ha sentido inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers y demás.

Ha descrito la Teoría General del Autocuidado, la cual trata de tres subteorías relacionadas:

### LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- **Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** surgen o están vinculados a los estados de salud.

### LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

### LA TEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- **Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** La enfermera suplente al individuo.  
**Acción de la enfermera:** Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.
- **Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** El personal de enfermería proporciona autocuidados:  
**Acción de la enfermera:** Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.  
**Acción del paciente:** Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.
- **Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

**Acción de la enfermera:** regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

**Acción del paciente:** Cumple con el autocuidado.

## PIRÁMIDE DE MASLOW

El psicólogo estadounidense, Abraham Maslow (1908-1970), en su obra *Motivations and Personality* (Harper and Row, 1954), desarrolló una interesante Teoría de la Personalidad. La teoría de Maslow destaca, entre otros aspectos, la Teoría Psicológica sobre la Motivación Humana.

Maslow estableció una jerarquía de las necesidades fundamentales que el ser humano busca satisfacer. Y las representó en una pirámide de cinco niveles –conocida como la Pirámide de Maslow–.

### 1. En la base o nivel 1 situó las fisiológicas

Son las primeras necesidades que cualquier individuo desea colmar con el fin de garantizar su supervivencia: Respirar, beber, comer, dormir, calentarse...

### 2. Necesidades de seguridad

Según Maslow, ocuparían el segundo nivel en la escala de la pirámide. Las personas se desviven por obtener abrigo –casa, piso–, seguridad física –contra las agresiones, violencia...–, seguridad moral, familiar, afectiva...

### 3. Necesidades de afiliación y afecto

Toda persona desea la aceptación del grupo al que pertenece: Trabajo, familia, asociaciones...

### 4. Necesidad de estima

Nos estamos refiriendo a la valoración proveniente de las personas que le rodean.

### 5. Autorrealización

Una vez superados los niveles anteriores, llegamos a la autorrealización. La persona ha satisfecho la parte puramente material y ahora empleará su energía en colmar su parte espiritual: Lograr la felicidad e incluso contribuir a la mejora del mundo.

La idea central de esta Pirámide de necesidades de Maslow, es que sólo cuando están satisfechas las necesidades más básicas le prestamos atención a las superiores.

## VIRGINIA HENDERSON

### NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS

Revolucionó el mundo de la enfermería redefiniendo el concepto de la misma y catalogando las 14 necesidades básicas, con las cuales hoy en día aún se trabaja, tratando de cubrir completamente las necesidades del paciente en el modo en que sea posible; necesidades que serían comunes a toda persona, enferma o sana. Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual. Finalmente, las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo. Para Henderson es básica y fundamental la independencia del paciente en la medida de lo posible, y orienta sus cuidados a que este la consiga del modo más rápido posible. El paciente, según Virginia tiene que ser ayudado en las funciones que él mismo realizaría si tuviera fuerza, voluntad y conocimientos.



## NECESIDADES BÁSICAS

1. Respiración y circulación.
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación de los productos de desecho del organismo.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Sueño y descanso.
6. Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
8. Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).
10. Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Creencias y valores personales.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

## PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E.)

### VALORACIÓN

Es la primera fase del Proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que

concernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. La valoración consiste en recolectar y organizar los datos con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

El profesional debe llevar a cabo una valoración de Enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tener en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una Teoría de Enfermería o en la Escala de Glasgow. En dicha valoración se contemplan problemas que pueden ser tanto reales como potenciales.

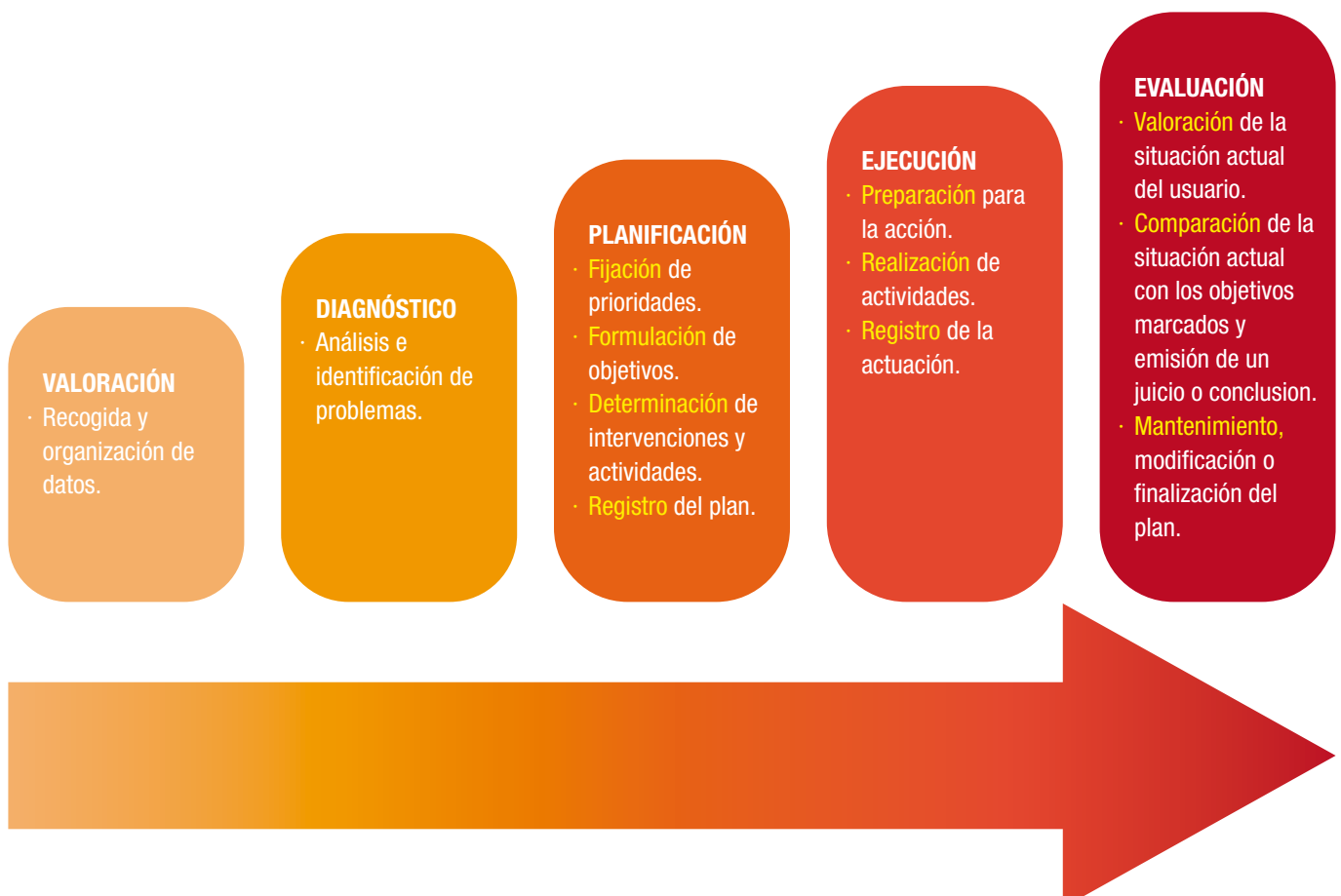
Los siguientes modelos de Enfermería son utilizados para reunir la información necesaria y relevante del paciente para brindar efectivamente calidad en el cuidado de Enfermería.

- Patrones funcionales de salud de Gordon.
- Modelo de adaptación de ROY.
- Modelos de sistemas corporales.
- Modelo de Necesidades de Virginia Henderson.
- Jerarquía de necesidades de Maslow.

Los datos los podemos obtener de dos fuentes:

**Fuentes primarias:** observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.

**Fuentes secundarias:** expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)





La entrevista es una conversación planificada con el paciente para conocer su historia sanitaria. Por otra parte, es un proceso diseñado para permitir que tanto la enfermera como el paciente den y reciban información; además exige capacidades de comunicación e interacción; va enfocada a la identificación de las respuestas.

### OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA

- Permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico.
- Facilita la relación enfermera/paciente creando una oportunidad para el diálogo.
- Permite al paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecer los objetivos.
- Ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. Los diagnósticos de Enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencias. El propósito de esta fase es identificar los problemas de Enfermería del paciente.

Los diagnósticos de Enfermería están siempre referidos a respuestas humanas que originan déficit de autocuidado en la persona y que son responsabilidad de la enfermera, aunque es necesario tener en cuenta que el que la enfermera sea el profesional de referencia en un diagnóstico de enfermería, no quiere decir que no puedan intervenir otros profesionales de la salud en el proceso. Existen 5 tipos de diagnósticos de Enfermería: Reales, de riesgo, posibles, de bienestar y de síndrome.

### TIPOS DE DIAGNÓSTICO Y SU FORMULACIÓN

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo, posibles, y diagnósticos de salud.

**Diagnóstico real:** Describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad a una situación de salud/ proceso vital. Se debe formular en tres partes: problema + causa + datos objetivos y subjetivos. El problema se une a la causa mediante la fórmula **<relacionado con> (r/c)** y esta se une a las características definitorias (datos objetivos y subjetivos) mediante la fórmula **<manifestado por> (m/p)** por ejemplo:

**Problema de salud + causa + sintomatología:**  
*Alteración de la nutrición por exceso r/c consumo excesivo de hidratos de grasas y falta de ejercicio físico m/p un sobrepeso de 15kg.*

**Diagnóstico de riesgo:** Describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerables. La formulación es este caso sólo consta de dos partes: problema y causa. Al formular el diagnóstico debe incluirse la palabra **<riesgo de>**. Ejemplo:

**Problema + causa:** *Riesgo de traumatismo r/c marcha inestable y pérdida de la agudeza visual.*

### PLANIFICACIÓN

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud. La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de Enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

**Consta de cuatro etapas:**

- Establecimiento de prioridades, con base en la jerarquía de Kalish o la de Maslow.
- Elaboración de objetivos.
- Desarrollo de intervenciones de enfermería.
- Documentación del plan.

El Plan de Cuidados de Enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello. Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

**Individualizado:** Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

**Estandarizado:** Según Mayers, “es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.

**Estandarizado con modificaciones:** Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

**Computarizado:** Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

### EJECUCIÓN

Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las inter-

venciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo. La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo los Cuidados de Enfermería.

## EVALUACIÓN

Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. El

propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de Enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez. Es parte de esta etapa el que se deba establecer metas mensurables, el fallo al establecer metas mensurables resultará en evaluaciones pobres.



## ENTREVISTA

### CONCEPTO

La Entrevista es una herramienta de trabajo esencial para Enfermería, consiste en la comunicación que se establece entre dos o más personal con un fin preestablecido, diferente de la conversación habitual y espontánea.

### OBJETIVO

- Facilitar la relación enfermera/o-paciente
- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de cuidados.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Establecer un esfuerzo colectivo referente a la importancia de un cambio de conducta saludable y de la prevención de la enfermedad.
- Llegar a un diagnóstico.
- Conocer a la persona.
- Crear y mantener la relación interpersonal.
- Comprometer al paciente en el tratamiento.
- Respetar el tiempo.
- Responder a las expectativas del paciente.

### TIPO DE ENTREVISTA

#### Según su estructura y grado de dirección:

- Estructurada y dirigida, en las que se aplica un protocolo previamente elaborado.
- Semiestructurada o semidirigida, muy apropiadas en Atención primaria por su flexibilidad.
- No estructurada o libre, también denominada de escucha.

A veces una entrevista de las anteriormente citadas puede convertirse en una libre, si el caso lo requiere.

#### Según su finalidad:

- **De valoración:** con el objeto de recoger datos que nos permitan identificar las necesidades y problemas reales y/o potenciales del paciente, familia o grupo.
- **De intervención:** para elaborar y evaluar programas y aplicar planes de cuidados, especialmente aquellos que tienen un contenido educativo.

#### Según el receptor de los cuidados:

- Dual, cuando solamente intervienen el entrevistador y el entrevistado.
- Múltiple, cuando intervienen varias personas como los miembros de una familia.
- Grupal, de varias personas con unas mismas necesidades o intereses.

#### Según el canal de comunicación:

- Podrán ser personal o telefónicas.

## PERFIL DEL ENTREVISTADOR

El entrevistador debe reunir unas características y actitudes personales que se complementarán con el desarrollo progresivo de capacidad y habilidad técnica.

Entre las características y actitudes más significativas citaremos:

- **Calidez de la relación:**

Proximidad afectiva entre paciente y entrevistador y que es esencialmente no verbal:

- Mirada franca, sonrisa oportuna.
- Expresión facial relajada.
- Posición corporal que exprese apertura, relajación y que respete el espacio personal.
- El dialogo debe ser tranquilo y correctamente modulado.
- Lo cual no implica realizar halagos, cortejo o pérdida de la distancia terapéutica.

- **Concreción:** capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos de la entrevista, debemos evitar tecnicismos y utilizar un mensaje comprensible para el entrevistado.

- **Respeto:** transmitir al paciente que su problema nos atañe y que preservamos su forma de pensar, valores ideológicos y éticos.

No debemos entrar en juicios de valor, conviene aparecer discretamente vulnerable.

- **Empatía:** capacidad del entrevistador para comprender los pensamientos y emociones del paciente de forma total, dejando en cierto modo de lado nuestros propios pensamientos para entender lo que él nos expresa.

Pero no basta con comprenderlo, sino saber transmitirlo, en este sentido podemos decir que existen dos momentos inseparables; En el primero se interioriza la situación emocional del paciente, en el segundo se da a conocer al entrevistado esta comprensión. Incluye por tanto el qué se dice y el cómo se dice.

- **Actitud asertiva.**

Es un tipo de comportamiento orientado a la solución de problemas.

- **Asertividad:** consiste en el desempeño pleno y con seguridad de los deberes y derechos concernientes al papel o rol social del profesional enfermero.

- Ser asertivo es una condición necesaria para preservar nuestro equilibrio personal, ayuda a no caer en la hiper responsabilidad y equilibra el interés por nuestro trabajo sin caer en la ansiedad.



- Consideramos que un profesional es asertivo, cuando dice y hace lo que debe en el momento y la forma adecuada independientemente de las consecuencias que ello pueda tener y se siente responsable.
- Sabe definir y defender sus opiniones respetando las de los demás.
- Se contrapone a los sentimientos de timidez porque esta representa el miedo a ser valorados negativamente por los demás, retraimiento, sentimiento de inferioridad y en definitiva una baja autoestima.
- La falta de asertividad, dificulta la elaboración de ideas propias, nos hace vulnerables ante la opinión de compañeros y pacientes.
- Puede hacer que acortemos la entrevista para evitar situaciones violentas cuando ésta es incómoda. Se transmite poca convicción y por tanto disminuye nuestra capacidad de ayuda.
- De esta forma evitamos que los pacientes acepten nuestras opiniones de forma incondicional, disminuye la posibilidad de que se muestren sumisos o agresivos y obtendremos más información.
- Es conveniente contar con un soporte que sirva tanto de guion, con las preguntas previamente elaboradas como para la recogida de los datos tanto si el objetivo es de valoración como de intervención.
- Evitando en todo caso que esta etapa se convierta en una batería de preguntas.
- Dejar pausas entre preguntas, silencios intencionados.
- Desarrollar la escucha activa, cuidar y observar los mensajes verbales y no verbales su coincidencia o contradicción.
- Usar técnicas que faciliten la verbalización en el entrevistado.
- En esta etapa la empatía es fundamental.

#### **Final:**

- En esta etapa se da por finalizada la entrevista, es importante que esto se haga en un clima cordial, aunque en el desarrollo se hayan presentado dificultades que no cierre la relación definitivamente, sino que favorezca la continuidad de la misma.
- Hay que tener en cuenta que en atención primaria por ejemplo la relación asistencial se establece durante mucho tiempo especialmente con pacientes crónicos y que debe haber una continuidad que nos permita un adecuado conocimiento del paciente y de su entorno.

## **METODOLOGIA DE LA ENTREVISTA.**

Para que los resultados de la Entrevista sean los esperados y se cubran los objetivos que se persiguen, es necesario seguir una metodología y ciertas orientaciones:

### **ETAPAS DE LA ENTREVISTA**

#### **Fase preparatoria:**

- Conocer el campo previamente: tema que se va a tratar y paciente familia o grupo que va a entrevistarse. Así como las patologías, problemas de salud...
- Procurar que la entrevista sea oportuna, evitar situaciones en que pueda ser rechazada, especialmente en pacientes hospitalizados en los que más fácilmente se dan éstas circunstancias.
- Presentación del entrevistador; es necesario que el entrevistado lo conozca, es decir, sepa su nombre, responsabilidad que tiene respecto a él o puesto de trabajo que desempeña, siempre que sea posible se mantendrá un contacto previo para anunciar la entrevista y la finalidad de la misma.
- Los primeros momentos de la entrevista marcarán el tono de la interacción posterior.

#### **Inicial:**

- En ella se realiza el primer contacto, es muy importante establecer una comunicación positiva, puede hablarse de un tema trivial o de interés para el entrevistado para relajar la situación.

#### **Media:**

- En ella se realiza la entrevista en sí, se aborda el tema a tratar, es importante centrarlo desde el principio clarificando los objetivos que se persiguen.

## **TIPOS DE PREGUNTAS**

#### **Dependiendo del objetivo:**

Los de la entrevista, características del/os entrevistado/s y número de ellos, tendremos que combinar los distintos tipos de preguntas:

#### • **Según la extensión de la respuesta:**

- **Abiertas:** en que el entrevistado se expresará libremente sobre la cuestión que se le plantea.
- **Cerradas:** la respuesta es predeterminada (sí, no...)

#### • **Según su naturaleza:**

- Preguntas de hechos (nº de hijos, lugar de residencia).
- Preguntas de información.
- Preguntas de intención.
- Sobre expectativas y aspiraciones.
- Sobre motivos.
- De introducción o contacto.
- De cambio de tema.

#### • **Según su finalidad:**

- Directas o indirectas.

## **FORMA DE HACER LAS PREGUNTAS**

Existen una serie de reglas para plantear el contenido de las preguntas.

- No formular preguntas sobre temas de los que el paciente no tiene conocimientos.
- Evitar las preguntas muy generales cuando se quiere información sobre un tema concreto.

- Formular preguntas referidas al mismo contenido desde distintas perspectivas.
- No utilizar preguntas de forma indirectas al tema que se quiere tratar, evitar situaciones incómodas o personales, opiniones o actitudes que estén sancionadas socialmente.

#### **Redacción de las preguntas:**

- Claras, sencillas, usar lenguaje popular.
- Evitar palabras y frases ambiguas y/o cargadas emocionalmente positiva o negativamente.
- No deben poner al paciente a la defensiva.
- No ser repetitivo.

#### **Número de preguntas:**

- Algunos autores opinan que el número adecuado de preguntas a realizar en una entrevista se encuentra alrededor de 20 o 30, pero otros autores opinan que el número de preguntas no tiene mayor importancia si se hacen bien.

#### **Orden de las preguntas:**

- El orden de preguntas debe ser lógico, es decir tener una sucesión natural, una pregunta debe llevar a otra.
- Deben agruparse por semejanza, para ello puede servir como criterios: la semejanza, la temporalidad o ambos.

### **EL ENTORNO FÍSICO EN LA ENTREVISTA**

Las características del entorno donde se entrevista influye significativamente en el desarrollo de la misma.

#### **Factores del entorno como:**

Evitar ruidos molestos o adicionales, ya que estos pueden interferir en la comunicación en los resultados de una relación interpersonal.

#### **Debemos, por tanto:**

- Procurar que el espacio y ventilación sea adecuada para lograr que la entrevista se logre en un clima agradable.
- Intentar que el ambiente se sienta cálido y agradable que den imagen de orden y limpieza tanto para que el entrevistado como así para el entrevistador se sientan cómodos.
- Evitar en el ambiente se convierta en formalidad excesiva que perjudique la relación.
- La distancia entre entrevistador y entrevistado debe respetar la distancia de seguridad (50 a 100 cm). Evitar desniveles de las sillas que puedan dejar en una posición de inferioridad al entrevistado.

### **EXAMEN FÍSICO**

El Examen Físico es la exploración que se practica a toda persona a fin de reconocer las alteraciones o signos producidos por la enfermedad, valiéndose de los sentidos y de pequeños aparatos o instrumentos lle-

vados consigo mismo, tales como: termómetro clínico, estetoscopio, y tensiómetro entre los más utilizados.

Este constituye una de las habilidades a lograr por los estudiantes de Licenciatura en Enfermería como parte de sus Competencia y Desempeño, por lo que deberá tener nociones elementales o básicas que le permitan interactuar con el paciente en tal sentido.

### **MÉTODOS PARA EL EXAMEN FÍSICO**

En el Examen Físico intervienen los 4 métodos de la exploración clínica: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, complementados por la termometría clínica, la esfigmomanometría, y si es posible la exploración de la sensibilidad y los reflejos.

**Inspección:** Es la apreciación con la vista desnuda o cuando más con la ayuda de una lente de aumento, del aspecto, color, forma y movimiento del cuerpo y de su superficie externa, como también de algunas cavidades o conductos accesibles por su amplia comunicación, ejemplo: boca y fauces.

**Palpación:** Es la apreciación manual de la sensibilidad, temperatura, consistencia, forma, tamaño, situación y movimientos de la región explorada, ello valiéndose de la sensibilidad táctil, térmica y vibratoria, así como de los sentidos de presión y estereognóstico de las manos.

**Percusión:** Consiste en la apreciación por el oído, de los fenómenos acústicos, generalmente ruidos que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo. Puede ser practicada golpeando la superficie externa del cuerpo con las manos desnudas, o valiéndose de un martillo especial.

**Auscultación:** Consiste en la apreciación con el sentido de la audición, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea por la actividad del corazón, o por la entrada y salida de aire en el sistema respiratorio, o por el tránsito en el tubo digestivo, o finalmente por cualquier otra causa.

### **MATERIAL Y EQUIPO**

Para la realización del Examen Físico se hace necesario el auxilio de algunos materiales y equipos:

- **Estetoscopio clínico:** para la auscultación tanto del Aparato Respiratorio como Cardiovascular, así como los ruidos hidroaéreos (R.H.A.) en el abdomen.
- **Esfigmomanómetro:** para la medición de la Tensión Arterial (T.A.).
- **Termómetro clínico:** para la medición de la temperatura corporal.
- **Depresor:** para el examen de la cavidad bucal.
- **Torundas:** para diferentes usos durante el examen: secar la región axilar, limpiar el termómetro antes de realizar la lectura, etc.
- **Paraban:** Para cuidar la privacidad del paciente.
- **Sabana:** para guardar el pudor y cuidar la privacidad del paciente.

## PRECAUCIONES

### 1. Crear todas las condiciones previamente:

Antes de comenzar el examen físico debemos crear todas las condiciones previamente, lo cual comprende desde las condiciones del local, hasta la presencia de todo el material y equipos a utilizar durante el proceder. Con frecuencia los estudiantes una vez comenzado el examen físico se percatan del olvido de algún material o equipo a emplear, teniendo entonces que detener el acto e ir en busca del mismo, o de lo contrario prescindir del mismo. En ocasiones el estudiante cuando va a medir la frecuencia respiratoria o la cardíaca, se percató que no trae reloj, o cuando necesita anotar los signos vitales advierte el olvido del bolígrafo, o que el que trae no escribe, entonces recurre a pedirselo al profesor que lo evalúa e inclusive al propio paciente.

### 2. Tener en cuenta el estado del paciente:

Debemos tener en cuenta el estado en que se encuentra el paciente que se va a examinar, pues en dependencia de este, podemos manipularlo y/o movilizarlo con mayor o menor libertad durante el examen físico. En ocasiones hemos presenciado como el estudiante coloca en decúbito supino y sin almohada a un paciente con un proceso respiratorio y/o cardiovascular que no tolera dicha posición, lo cual contribuye a aumentar la falta de aire en el mismo.

### 3. Garantizar la privacidad del paciente:

Cuando nos encontramos en una sala abierta, siempre y cuando exista un local apropiado y las condiciones del paciente lo permitan, debemos realizar el examen físico en el mismo, garantizando así la privacidad del paciente. De no existir el mismo, debemos aislar al paciente del resto, a través de un paraban. Si nos encontramos en una habitación compartida con otros pacientes, debemos tener la precaución de evacuar de la habitación cerrada a todas aquellas personas ajenas (acompañantes), y mantener la puerta de la habitación cerrada, haciendo igualmente uso del paraban, de ser necesario.

### 4. Respetar el pudor del paciente:

Muy en correspondencia con la precaución anterior, debemos evitar la exposición innecesaria del paciente, auxiliándonos del paraban y de una sábana, para ir cubriendo con esta última, las partes que no se examinan en el momento.

### 5. Mantener al paciente lo más ligero posible de ropas:

El tener al paciente lo menos arropado posible garantizará el mejor accionar y exploración. De igual manera se debe tener en cuenta que la ropa que este tenga puesta, permita el buen accionar y exploración, pues en ocasiones hemos visto como una vez comenzado el examen físico, el estudiante ha tenido que interrumpir este y pedirle al paciente que se ponga una ropa más holgada que facilite la exploración.

### 6. Garantizar la adecuada iluminación:

Debemos tener en cuenta que exista la adecuada iluminación en el local o habitación en que se realizara

el examen físico, bien sea natural (luz solar), o artificial (luz eléctrica), debiendo esta siempre quedar a nuestras espaldas.

### 7. Evitar las corrientes de aire:

Se debe tener la precaución de eliminar o minimizar las corrientes de aire que puedan existir en la habitación o local en que se realizara el examen físico, sobre todo cuando se trate de niños pequeños o adultos mayores, ya bien sea cerrando la puerta y ventanas o regulando el aire acondicionado o apagando el ventilador.

### 8. Realizarlo preferentemente alejado de las comidas:

Principalmente en niños pequeños y adultos mayores en que la movilización y/o manipulación por las diferentes maniobras y procedimientos, puede provocar regurgitación de los alimentos e inclusive, el vómito.

### 9. Seguir el orden céfalo-caudal:

Partiendo del principio de que las regiones o zonas superiores son más limpias que las inferiores, al realizar el examen físico debemos seguir dicho orden, desde la región cefálica hasta la caudal, y si por alguna razón tenemos que regresar hacia arriba, debemos lavarnos las manos nuevamente antes de volver a tocar al paciente, lo cual de no hacerlo constituye una violación importante de principios.

## PARTES DEL EXAMEN FÍSICO

Consta de 3 partes a saber (Aspectos a examinar):

### 1. Examen Físico General:

- Constitución.
- Deambulación.
- Decúbito.
- Marcha.
- Peso y Talla.
- Fascie.
- Faneras (pelos y unas).
- Piel. (coloración).
- Circulación colateral.
- Tejido Celular Subcutáneo. (T.C.S.).
- Temperatura.

### 2. Examen Físico Regional:

- Cabeza.
- Cuello.
- Tórax.
- Abdomen.
- Columna vertebral.
- Extremidades.

### 3. Examen Físico por Sistemas y Aparatos:

- Sistema Respiratorio.
- Sistema Cardiovascular.
- Sistema Digestivo.
- Sistema Hemolinfopoyetico.
- Sistema Endocrino.
- Sistema Osteomioarticular.
- Sistema Genitourinario.
- Sistema Nervioso.

## GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

### Identificación del paciente

Nombre.....Edad.....Sexo.....Estado civil.....  
Nacionalidad.....Domicilio.....  
Institución.....Servicio.....  
Sala/Cama.....Fecha de ingreso.....Fecha de egreso.....

### Enfermedad Actual

Motivo de consulta.....  
Diagnóstico médico.....

### Antecedentes Familiares

T.B.C. Diabetes. Asma. SIDA. Sífilis. Afecciones nerviosas y mentales. H.T.A. Enfermedad del corazón u otras.  
Anotar.....

### Antecedentes Personales

Enfermedades de la infancia.....  
Operaciones y Accidente.....  
Hospitalizaciones.....  
Inmunizaciones.....  
Alergias: Si / No / Cuál.....  
Nº de hijos.....Religión.....  
Escolaridad.....Ocupación.....  
Nivel socioeconómico.....  
Cobertura de Salud: Si / No / Cuál.....  
Controles de Salud: esporádicos / periódicos  
Condiciones de vida: Vivienda: sólida / precaria  
Agua potable/ Red cloacal: Si / No  
Sistema de comunicación y transporte.....

### 1. Necesidad de oxigenación:

Inspeccione el tórax: Forma: Simétrica / Asimétrica  
Movimiento respiratorio: Dolor torácico / Posición del paciente.....  
Frecuencia Respiratoria.....  
Eupnea / Disnea / Taquipnea / Bradipnea / Otras.....  
Oxigenoterapia / Máscara / Bigotera /  
Concentración.....% Litro por minutos.....  
Ruidos respiratorios / Cuáles?.....  
Utilización de músculos accesorios  
Observe la presencia de tos: seca / húmeda / productiva  
Descripción.....  
Fuma: No / Si / Cuantos al día.....Ex-fumador.....  
Posición, medicamentos o hábitos que mejoran o perjudican su respiración.....  
Tiene antecedentes de: Taquicardia / Dolor precordial  
Frecuencia Cardíaca.....Ritmo.....  
Pulso radial: D.....I.....Pulso pedio: D.....I.....  
Pulso carotideo: D.....I.....Pulso femoral: D.....I.....  
Características.....  
Tensión Arterial.....Posición.....Lugar (miembro).....

### 2. Necesidad de nutrición e hidratación:

Peso.....Talla.....Contextura.....  
Cambio de peso reciente.....Perdió Kg.....  
Patrón de ingesta: Desayuno / Almuerzo / Merienda / Cena  
Dieta prescrita.....  
Apetito: Normal / Disminuido / Aumentado

Disminución del sentido del gusto  
Ingesta diaria de líquido: Cantidad.....Tipo.....  
Hidratación Parenteral: Vía central / Lugar.....  
Vía periférica / Lugar.....  
Tipo de solución.....Agregados.....Goteo.....  
Influencia el estado de ánimo en su alimentación e hidratación.....  
Con quién come habitualmente.....Donde.....  
Anorexia / Polidipsia / Polifagia / Náuseas / Vómitos / Disfagia / sólidos / líquidos  
Dificultad de masticación: Si / No  
Estado odontológico: Bueno / Caries / Falta de piezas dentarias / Falta de higiene / Halitosis  
Prótesis: superior / Parcial / Completa / inferior / Parcial / Completa / La lleva puesta: Si / No

### 3. Necesidad de eliminación:

#### Urinaria:

Frecuencia: 4 veces al día / 6 a 8 veces / + de 8 veces  
Orina (frecuencia, cantidad y aspecto).....  
Cistitis / Disuria / Oliguria / Anuria / Polaquiuria / Nicturia / Hematuria / Globo vesical / Incontinencia / Total / Por el día / Por la noche / Ocasionalmente  
Dificultad para retrasar el vaciado: Si / No  
Dificultad para llegar al baño: Si / No  
Sonda vesical / Pañales de incontinencia / Colector tipo condón

#### Intestinal:

Diario: Si / No / cada 2 días / + de 2 días  
Color.....Consistencia: Blanda / Seca  
Fecha de la última deposición.....  
Estreñimiento / Constipación  
Necesidad de laxantes para evacuar: No / Si / Cual.....  
Hemorroides / Dolor al defecar / Diarrea / Incontinencia / Flatos / Meteorismo / Protorrágia / Enterorrágia / Melena / Distensión Abdominal / cm.....  
Ostomía / tipo.....Dispositivo Autocuidado: Si / No

### 4. Necesidad de moverse y

#### Mantener una buena postura:

Nivel de autonomía: Independiente / Dependiente  
Marcha.....  
Eubásica / Disbásica / Reposo absoluto / Amputaciones / Localización.....  
Debilidad muscular: Fuerza en las manos: Igual / Fuerte / Debilidad / Parálisis / Derecha / Izquierda  
Fuerza en músculos piernas: Igual / Fuerte / Debilidad / Parálisis / Derecha / Izquierda  
Limitación de la movilidad / Hemiplejía: Izquierda / Derecha / Paraplejía  
Elementos de ayuda: Bastón / Andador / Muletas / Sillas de ruedas / Otros.....  
Deporte: Si / No / Tipo.....  
Edemas / Mareos / Fatiga / Venopatías / Localización.....

### 5. Necesidad de descanso y sueño:

Patrón de sueño: Diurno / Nocturno  
Siesta, mañana / Tarde



Cantidad de horas que duerme: - 6 hs / 6 a 8 hs / + de 8 hs  
 Descansado después de dormir: Si / No  
 Insomnio / Siempre / Ocasionalmente / Últimamente  
 Pesadillas / Siempre / Ocasionalmente / Últimamente  
 Hipersomnio / Siempre / Ocasionalmente / Últimamente  
 Sonambulismo / Siempre / Ocasionalmente / Últimamente  
 Ayuda para dormir: Música / Lectura / Baño / Medicamento / Otro.....  
 Malestar / Dolor: Ninguno / Agudo / Crónico  
 Descripción: (tipo, localización, irradiación).....  
 Escala analógica (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) Entumecimiento  
 Hormigueo / Localización.....

## 6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas:

Viste ropa adecuada para su edad: Si / No  
 Vestido: Incompleto / Descuidado / Sucio / Exhibicionismo / Desinterés  
 Rechazo frente a la Necesidad / Tipo y Cantidad de accesorios.....  
 Requiere ayuda para vestirse y desvestirse: Si / No

## 7. Necesidad de termorregulación:

Temperatura axilar.....  
 Hipotérmica / Normotérmica / Hipertérmica / Febril  
 Frialidad en miembros / Superiores / Inferiores  
 ¿Qué temperatura le produce sensación de bienestar?  
 Calor / Frío  
 ¿Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura ambiental? Si / No  
 ¿Qué recurso utiliza para entrar en calor o frío?.....

## 8. Necesidad de higiene y protección de la piel:

Nivel de autonomía: Independiente / Dependiente  
 Piel: Color dentro de límites normales / pálido / cianótico / ceniza  
 Ictericia / Otros.....Seca / Hidratada / Grasa  
 Exceso transpiración  
 Temperatura.....° C Normal / Caliente / Fría  
 Turgencia: Normal / Escasa / Edema / Descripción / Localización.....  
 Lesiones: Ninguna  
 Úlcera por decúbito / Descripción / Localización.....  
 Hematomas: Ninguno / Si / Descripción / Localización.....  
 Enrojecimiento: No / Si / Descripción / Localización.....  
 Manchas / Nevus / Descripción / Localización.....  
 Prurito: No / Si / Descripción / Localización.....  
 Problemas para la cicatrización: Ninguno / Cicatrización anormal  
 Heridas quirúrgicas / Descripción / Localización.....  
 Drenajes / Tipo.....Descripción / Localización.....  
 Ostomía / Descripción / Localización.....  
 Describa la forma que cuida su cuerpo en relación a la higiene (tipo, frecuencia, cantidad). Baño total / Parcial / Ducha / Cama

Higiene bucal: frecuencia: Conservada / Deteriorada  
 Uñas: Conservada / Deteriorada  
 Cabellos: Frecuencia lavado: Conservada / Deteriorada  
 Olor Corporal: Si / No  
 Tiene preferencia horaria respecto a su aseo diario:  
 ¿Qué hábitos higiénicos considera imprescindible mantener (lavarse diente y manos antes, después de comer o eliminar)?.....

## 9. Necesidad de evitar los peligros:

Audición: Normal / Anormal / Derecho / Izquierdo  
 Sordera / Derecho / Izquierdo  
 Hipoacusia / Derecho / Izquierdo  
 Zumbidos y Acufenos: Derecho / Izquierdo  
 Vértigo / al caminar / en esfuerzo / al levantarse  
 Audífonos / Derecho / Izquierdo  
 Visión: Normal / Anormal / Anteojos / Lentes de contactos / Borrosa / Diplopía / Derecho / Izquierdo  
 Pupilas: Midriasis / Miosis / Anisocoria / Derecho / Izquierdo  
 Alteración de la estabilidad.....  
 ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su trabajo y en su casa? (almacenaje de productos tóxicos o de limpieza, medicamentos, conducción de gas, sistema eléctricos) Las utiliza Si / No  
 ¿Controla su funcionamiento periódicamente? Si / No  
 ¿Qué personas o grupo le han ayudado a sobre llevar la situación de crisis?.....  
 ¿Qué personas pueden ayudarle en la actualidad?.....  
 ¿Cuál es su consumo respecto a?  
 Drogas / Poco / Moderado / Excesivo  
 Alcohol / Poco / Moderado / Excesivo  
 Café / Poco / Moderado / Excesivo  
 Medicamentos: Ninguno / Si / Cual.....  
 Automedicación: Si / No / Cual.....

## 10. Necesidad de comunicarse:

Estado de conciencia: Lúcido / Orientado en tiempo y espacio: Si / No  
 Obnubilado / Estuporoso / Coma / Escala de Glasgow.....  
 Memoria: Conservada / Retrospectiva  
 Lenguaje: Dicción clara / Otro idioma / Concreto / Confuso / Otro.....  
 Capacidad escritura: Si / No / No sabe / No puede / Dificultad.....  
 Capacidad de lectura: Si / No / No sabe / No puede / Dificultad.....  
 Comunicación no verbal: Si / No / Cuales.....  
 Relaciones: - familiares Buena / Regular / Malas /  
 - amigos Buena / Regular / Malas  
 Las amistades son importante para Ud.....  
 ¿Si Ud. tuviera un problema o estuviera en crisis a quien acudiría por ayuda?.....  
 ¿Tiene una mascota o animales que sean importante para Ud?.....  
 Vive con la familia / Separado de la familia

¿Cómo está constituida su familia?.....  
 ¿A qué miembro de su familia siente más cercano a Ud?  
 ¿Manifiesta sus emociones y sentimientos?.....  
 Preocupaciones relativas a la hospitalización o enfermedad (económicos-autocuidado).....  
 Conoce su enfermedad Si / No  
 Ayuda en su cuidado Si / No  
 Colabora la familia Si / No  
 Pérdida / cambio importante en el último año No / Si  
 Cuales.....  
 Sexualidad / reproducción.....  
 Último período menstrual.....  
 Problemas menstruales: Si / No  
 Autopalpación mamaria / auto examen testicular mensual: Si / No  
 Problemas sexuales relacionados con la enfermedad.....

#### 11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores:

¿Qué cosas de la vida lo ayudan a vivir cada día?.....  
 ¿Qué cosas espera lograr en la vida? ¿Está satisfecho o insatisfecho?.....  
 Concepto de sí mismo, autoestima: ¿Qué le gusta de sí mismo?.....  
 ¿Qué le gustaría cambiar de sí mismo?.....  
 ¿Siente que puede controlar o mejorar los factores que afectan su salud (fumar, hacer ejercicio, lo que come y lo que no come)?.....  
 ¿Hay alguien o algo que considere responsable de lo que le sucede en la vida ej: ser supremo, destino, la suerte)?.....Espiritualidad.....  
 ¿Tiene religión o creencias religiosas?.....¿Cuál?.....  
 Restricciones religiosas No / Si / Especificar.....  
 ¿Su religión lo guía en su vida diaria?.....

¿Con qué frecuencia asiste a los servicios religiosos?.....  
 Solicita asistencia espiritual en este momento Si / No

#### 12. Necesidad de trabajar y realizarse:

Distribución del tiempo: Trabajo.....Rol laboral.....Ocio.....  
 Participa en las tomas de decisiones.....

#### 13. Necesidad de jugar, actividades recreativas:

¿Qué actividades recreativas y de ocio desarrolla en su tiempo libre? Son importantes para Ud.....  
 Conoce las diferentes posibilidades recreativas que tiene a su alcance en la comunidad. Las utiliza.....

#### 14. Necesidad de aprendizaje:

¿Sabe las enfermedades que tiene?.....  
 ¿Conoce las medidas de mejora para su salud?.....  
 ¿Sabe para que sirven los medicamentos que toma?.....  
 Que información sobre el proceso de salud le gustaría tener.....  
 Situaciones de alarma Si / No / Complicaciones Si / No  
 Tratamiento Si / No / Cuidados Si / No  
 Presenta interés en el aprendizaje para resolver los problemas de salud.....  
 Pregunta / Escucha / Demuestra Interés / Desinterés / Propone alternativas  
 Resuelve problemas.....  
 Le resulta más fácil aprender o retener a través de:  
 Leer / Escribir / Observar / Mirar / Otros.....  
 Situaciones que dificultan la capacidad de aprender:  
 Memoria.....Entorno.....  
 Lenguaje.....Otros.....

### CHECK LIST EXAMEN FÍSICO GENERAL

ACCIONES	SI	NO
1. Saluda y se presenta al paciente		
2. Verifica identidad del paciente y explica el procedimiento		
3. Se lava las manos		
4. Valora Contextura corporal		
5. Proporciona intimidad al paciente		
6. Valora Higiene e imagen		
7. Valora Olor corporal y aliento		
8. Valora Postura		
9. Valora Marcha		
10. Valora estado mental: conciencia; Actitud; ánimo.		
11. Valora estado mental: Pensamientos; Conversación.		
12. Valora piel, pelo y uñas.		
13. Controla signos vitales (lo menciona)		
14. Realiza antropometría de acuerdo al estado del paciente. (Lo menciona)		
15. Se Lava las manos		
16. Registra los hallazgos (lo menciona)		

**CHECK LIST EXAMEN FÍSICO SEGMENTARIO EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES**

ACCIONES	SI	NO
1. Se lava las manos		
2. Se presenta al paciente, y explica el procedimiento		
3. Valora higiene de EESS		
4. Valora Simetría de EESS		
5. Valora integridad de la piel		
Valora movilidad de ambos brazos		
6. Valora fuerza y tono muscular		
7. Determina sensibilidad		
8. Inspecciona pulsos radial y braquial		
9. Conservando la privacidad del paciente procede a realizar cama partida		
10. Inspecciona extremidades inferiores		
11. Valora forma de EEII		
12. Valora simetría de EEII		
Valora movilidad de EEII		
13. Determina sensibilidad		
14. Valora pulsos femoral, poplíteo y pedio		
15. Determina la presencia o ausencia de edema		
16. Deja al paciente cómodo		
17. Se lava las manos		
18. Registra hallazgos (lo menciona)		

**CHECK LIST EXAMEN FÍSICO SEGMENTARIO TÓRAX Y ABDOMEN**

ACCIONES	SI	NO
1. Se lava las manos		
2. Comprueba identidad del paciente y explica el procedimiento		
3. Determina forma y simetría de tórax		
4. Valora patrón respiratorio (ritmo, profundidad, uso musculatura accesoria, etc.)		
5. Valora ruidos respiratorios		
6. Ausculta características del ritmo cardíaco (3° espacio intercostal izquierdo)		
7. Conservando la privacidad del paciente procede a valorar abdomen		
8. Determina contornos, simetría abdominal		
9. Ausculta ruidos hidroaereos		
10. Palpa cuadrantes abdominales indicando qué órganos se encuentran en cada uno de ellos		
11. Solicita al paciente se ubique decúbito lateral conservando su intimidad		
12. Valora dorso (columna vertebral, simetría, lesiones)		
13. Deja al paciente cómodo		
14. Se lava las manos		
15. Registra los hallazgos (lo menciona)		

# Medicación sin daños. MAR (Medicación de Alto Riesgo)



Imagen: Freepik.com

Autora  
LIC. MARIEL ANAHÍ ORTIZ

## CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

*Las **Metas Internacionales de Seguridad del Paciente** son una de las estrategias prioritarias, evaluadas por la **Joint Commission International**, para acreditar la calidad y seguridad de la atención de las Instituciones que adoptan acciones para la seguridad de los pacientes. La Medicación segura en el uso de MAR es esencial.*

### ¿QUÉ ES UN MAR?

**Medicamentos de Alto Riesgo:** Son aquellos medicamentos que tienen una probabilidad muy elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que, en caso de producirse un error, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves. Por todo ello, los medicamentos de alto riesgo han de ser objetivo prioritario en todos los programas de seguridad clínica que se establezcan en los hospitales.

**Error de Medicación:** El Consejo Nacional de Coordinación para el reporte y prevención de errores de medicación (NCCMERP) define un "error de medicación" (EM) como: cualquier evento prevenible que puede causar o conducir al uso inadecuado de medicación o daño al paciente, mientras que el medicamento está

en el control del profesional de la salud, paciente o consumidor. Tales eventos pueden estar relacionados con la práctica profesional, productos para el cuidado de la salud, procedimientos y sistemas, incluyendo la prescripción, comunicación orden, el etiquetado del producto, el embalaje, y la nomenclatura, composición, distribución, administración, educación, monitoreo y uso."

Los medicamentos de alto riesgo (MAR) son un objetivo prioritario de las organizaciones expertas en seguridad del paciente; los eventos adversos vinculados a la medicación han sido identificados por muchos estudios como la causa única más frecuente de accidentes en la atención del paciente colocándolos continuamente en riesgo. La estandarización de los MAR entre las prácticas seguras permite generar la necesidad de que a nivel local se establezcan programas y procedimientos explícitos con un enfoque multidisciplinario centrado en la prevención de errores con estos medicamentos, está prevención de errores es también uno de los primeros objetivos nacionales de seguridad del paciente que estableció la Joint Commission (JCAHO).

### TERCER RETO MUNDIAL: "MEDICACIÓN SIN DAÑOS"

El Tercer Reto para la Seguridad del Paciente lanzado por la OMS, conocido como "Medicación sin daños" cuya meta es la reducción en un 50% el daño grave y evitable relacionado con la medicación en un periodo de 5 años, a través del fortalecimiento de los sistemas de reducción de los errores de medicación y el daño asociado.



Las medidas a aplicar están basadas en el concepto de factores humanos y sus características centrales son:

- Reducir la complejidad, al estandarizar los procesos y eliminar la redundancia.
- Incorporar restricciones a los desvíos del proceso estandarizado.
- Mejorar el proceso de información.

### LOS PRINCIPIOS GENERALES SON:

- Reducir la posibilidad de que los errores ocurran.
- Visibilizar los errores.
- Minimizar las consecuencias de los errores.

La mejora de la calidad asistencial es desde hace mucho tiempo inherente al Ministerio de Salud. En el año 1997 se crea en Argentina el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM), Mendoza viene trabajando en políticas de mejora de la calidad asistencial, en el desarrollo de procesos para asegurar la calidad de los servicios de salud para toda la población y garantizar la equidad en la atención médica. Desde este enfoque se han desarrollado acciones con el objetivo de instrumentar estas metas enfatizando en la capacitación, estandarización, investigación y mejoras en los procesos de salud, junto a la gestión de riesgos. El propósito o meta final es promover una cultura de seguridad del paciente. En este sentido durante el año 2018 se creó la Dirección General de Epidemiología y Gestión Integral de Calidad en la Salud (DGEyGICS), donde estas políticas se ven reflejadas en acciones concretas de trabajo con el equipo de salud, en herramientas de estandarización de procesos, capacitaciones, acciones de difusión con pacientes y gestión de mejoras en el ámbito sanitario. Esta dirección trabaja transversalmente y en equipo con todas las instituciones ministeriales que lo requieran, en esta oportunidad se trabajó en equipo con la Dirección Provincial de Farmacología.

### PROGRAMA COLMENAS: COLABORATIVA MENDOZA EN ATENCIÓN SEGURA

ColMenAS tiene como objeto: Capacitar para la mejora de la calidad en la atención de salud, realizar diagnóstico de situación de buenas prácticas para la mejora de la calidad y mejorar procesos de atención en salud. Una colaborativa de mejora es un sistema de aprendizaje a corto plazo que reúne un gran número de equipos de hospitales o clínicas para buscar la mejora en un área temática determinada. Este programa permite trabajar con las distintas metas que la OMS plantea en Calidad y Seguridad del paciente.; hoy distintos hospitales de Mendoza están trabajando para brindar una asistencia segura al paciente y son parte de este proyecto de mejora continua, ya implementada la Identificación Inequivoca del paciente (ID), la Medicación segura es el punto a trabajar durante este 2024 entre otros, para ello este programa implica que cada institución

realice su propia lista MAR y trabaje en la dispensación, almacenamiento, prescripción, administración y control de cualquier MAR utilizado, asegurando la concientización en el manejo de estos tipos de tratamientos.

### CONTEXTO ACTUAL DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN

- Los errores de medicación figuran entre las principales causas de lesiones y daños evitables en todo el mundo y suponen una carga enorme e innecesaria para los presupuestos sanitarios a nivel mundial. Se estima que, en todo el mundo, el costo asociado a los errores de medicación asciende a US\$ 42 000 millones anuales.
- En el año 2017 la OMS lanzó el tercer Reto Mundial por la Seguridad del Paciente: Medicación sin daño. Promueve que se tomen medidas en tres áreas: situaciones de alto riesgo (medicamentos con un alto riesgo de provocar daños si se utilizan indebidamente), la transición entre servicios de atención y la polimedicación.
- Actualmente, a nivel mundial, la mitad de los daños evitables en la atención médica siguen estando relacionados con la medicación, una cuarta parte de ellos son graves y la pandemia de COVID-19 agravó este riesgo y los daños asociados.
- La OMS sigue haciendo hincapié en el tema, colocándolo en agenda este 17 de septiembre del 2022, como eje central de la campaña del Día Mundial de la Seguridad del Paciente, bajo el lema “Medicación sin daño”. El estudio IBEAS (Estudio de Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica) evidenció que en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención. Reflejó que en Argentina, los eventos adversos relacionados con el uso de la medicación tienen una prevalencia del 9,13% y de estos, el 55,0% se podrían haber evitado.
- En Argentina, la implementación del Cuestionario de autoevaluación y relevamiento sobre el manejo y uso de los medicamentos en las Instituciones de Salud de la República Argentina realizada por FEFARA e IECS arrojó que los medicamentos de alto riesgo no están dentro de procesos controlados en más del 40% (41,5%) de las instituciones participantes y que sólo el 35% de las instituciones tiene implementada alguna práctica para el uso seguro de medicamentos.
- En Argentina además, se encuentra en proyecto de ley la Ley de Calidad y Seguridad Sanitaria, que tiene por finalidad asegurar el derecho a una asistencia sanitaria de calidad y segura, centrada en las personas y en las comunidades, a través de la definición de un marco jurídico e institucional que promueva la transformación de las pautas culturales, la mejora de las condiciones de la práctica sanitaria, la protocolización y jerarquización de los procesos de atención, la incorporación de herramientas tecnológicas adecuadas, la disminución de daños evitables, y el cuidado del marco de trabajo del equipo de salud.

- La Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y regulación Sanitaria ha publicado en julio de este año el “Manual de mejora de la seguridad del paciente”, que pretende brindar un mayor detalle al momento de implementar una estrategia organizacional de seguridad del paciente, sugiriendo estrategias y acciones concretas,

### LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA APARICIÓN DE ERRORES:

Los factores que contribuyen a la aparición de errores pueden ser: ambientales y de sobrecarga laboral, a veces causados por confusiones, lapsus o despistes sobre todo por largos periodos de trabajo sin descanso, la falta de medidas de seguridad para evitarlos como la falta de capacitación en los profesionales o la ausencia de un protocolo de utilización de medicamentos, la falta de información de los pacientes sobre el tratamiento que reciben, entre otros.

Diferentes publicaciones de expertos definen como causas relevantes: la doble prescripción, la falta de normativas claras, la falta de adherencia a protocolos, la escasez de tecnologías en el país para la dispensación y almacenamiento y la necesidad de contar con sistemas informáticos integrados para la prescripción e historia clínica digital. Aunque las tecnologías tienen su mayor impacto en la organización y disponibilidad de la información, en la identificación de conexiones entre datos y en la realización de tareas repetitivas, los mejores procesos de medicación no reemplazarán a las personas, sino que aprovecharán las fortalezas de la tecnología de la información y permitirán que las personas hagan las cosas que mejor hacen las personas, como tomar decisiones complejas y comunicarse entre sí.

También podemos mencionar factores de los medicamentos propiamente dichos como son los Medicamentos LASA que por sus siglas en inglés se refieren a aquellos que se ven parecidos y suenan parecidos. En este sentido la industria farmacéutica tampoco colabora en la producción de envases y etiquetas más seguras.

### RECOMENDACIONES GENERALES PARA REDUCIR LOS ERRORES DE MEDICACIÓN

- Adoptar una cultura de seguridad enfocada a la mejora del sistema que incluya la implantación de un programa voluntario de notificación de errores. Estandarizar la prescripción médica.
- Estandarizar procedimientos: horarios de administración, límites de dosis, envasado y etiquetado, almacenamiento, etc. Estandarizar los equipos de infusión.
- Suministrar los medicamentos intravenosos de alto riesgo preparados desde el servicio de farmacia.
- Desarrollar protocolos de uso y procedimientos especiales para manejar los medicamentos de alto riesgo.
- Profundizar la formación de los profesionales involucrados en la cadena de utilización de medicamentos



**PARA Pensá Asegurate Revisá Administrá**

*Logo utilizado para identificar la MAR.*

- Asegurar la disponibilidad de asistencia farmacéutica continua.
- Incorporar un farmacéutico clínico al equipo asistencial.
- Hacer accesible la información más relevante sobre el paciente en todas las unidades asistenciales.
- Asegurar la disponibilidad de información actualizada sobre medicamentos. Utilizar cartelería en todos los Servicios sobre el uso de MAR, con objetivo de sensibilizar a los profesionales y técnicos.
- Educar a los pacientes sobre sus tratamientos.
- Establecer un sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias.
- Establecer la prescripción electrónica y, si es posible, la prescripción asistida.
- Implementar nuevas tecnologías que permitan mejorar los procesos de dispensación y administración.

### BIBLIOGRAFÍA

- Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. República Argentina (2019) Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria. (Consultado en diciembre 2022) Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/acciones-seguridad-pacientes.pdf>
- Buenas Prácticas en el uso seguro de Medicamentos de Alto riesgo. Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes. Gobierno de Mendoza. 2023. Disponible en: <https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2023/12/1-Buenas-Practicas-para-el-Uso-Seguro-de-Medicamentos-Alto-Riesgo-2023.pdf>
- Sitio web de la Organización Mundial de la Salud. (2023) Seguridad del Paciente. 13 de septiembre de 2019 (Consultado en agosto 2023) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/patient-safety#:~:text=Su%20objetivo%20es%20prevenir%20y,los%20errores%20y%20eventos%20adversos.>

## LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO UTILIZADOS EN HOSPITALES DE MENDOZA

Adaptada de Recomendaciones para el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo mayo ISMP 2023 <sup>32</sup>	
Adonistas Adrenérgicos IV.	Adrenalina, fenilefrina, noradrenalina, dopamina, dobutamina, isoprenalina.
Antagonistas Adrenérgicos IV.	Esmolol, propranolol.
Anestésicos generales inhalados e IV.	Ketamina, etomidato, propofol, tiopental sódico.
Antiarrítmicos IV.	Amiodarona, adenosina, digoxina, lidocaína.
Trombolíticos, heparinas y otros anticoagulantes.	Acenocumarol, enoxaparina, heparina sódica, bemiparina, nadroparina, Warfarina.
Solución de cardioplejía y de diálisis.	Solución de cardioplegia y de hemodiálisis y peritoneal.
Citostáticos, parenterales y orales.	Ciclofosfamida, cisplatino, citarabina, dacarbazina, daunoblastina, etopósido, fludarabina, gemcitabina, idarubicina, ifosfamida, imatinib, irinotecán, melfalán, mercaptopurina, metotrexato, mitomicina c mitoxantona, procarbazona, temozolomida, tioguanina hidroxycarbamida, fluorouracilo, ácido 13-cisretinoico.
Soluciones de glucosa hipertónica ( $\geq 20\%$ )	Suero glucosado 20%, 50% y 70% en presentaciones de pequeño y gran volumen.
Antidiabéticos por vía oral.	Glibenciamida, glicazida, glimepirida, glipizida, repaglinida, pioglitazona.
Insulina IV y subcutánea.	Insulina humana corriente o regular, insulina humana NPH, glargina, glulisina, aspártica, detemir, degludec, lispro y sus combinaciones.
Medicamentos inotrópicos IV.	Digoxina, isoprenalina, milrinona, adrenalina, dopamina, noradrenalina, levosimendán.
Trombolíticos.	Alteplasa.
Medicamentos que poseen presentación convencional y forma liposomal.	Anfotericina B liposomal, Anfotericina B complejo lipídico.
Medicamentos para sedación moderada IV.	Diazepam, midazolam, haloperidol, levomepromazina, clorpromazina, propofol, Lorazepam.
Medicamentos orales para sedación moderada en niños.	Hidrato de cloral, midazolam.
Opiáceos IV, transdérmicos y orales.	Alfentanilo, remifentanilo, fentanilo, morfina, metadona, meperidina, tramadol, codeína.
Medicación por vía epidural o intratecal, todas las monodrogas que administran por esas vías.	
Bloqueantes neuromusculares.	Bromuro de vecuronio, atracurio besilato, Bromuro de rocuronio.
Medios de contraste IV.	Todas las presentaciones de yodo intravenoso como ioxitalamato de meglumina, ioxagato de meglumina, Amidotrizoato meglumínico, iobitridol, entre otros.
Nutrición parenteral.	Nutrición parenteral periférica y central.
Cloruro sódico hipertónico ( $> 0,9\%$ ) sólo o combinado.	Cloruro sódico 20%, 7%, 3% y 2% entre otras, en todas sus presentaciones.
Agua para inyección.	Agua esteril para inyección, inhalación e irrigación en envases de volumen $\geq 100$ ml (excluyendo botellas).
Sulfato de magnesio.	Sulfato de magnesio IV.
Nitroprusiato sódico.	Nitroprusiato sódico IV.
Cloruro potásico.	Cloruro potásico IV.
Fosfato potásico.	Fosfato potásico IV.
Vasopresina (análogos).	Desmopresina, terlipresina.
Ganciclovir.	Ganciclovir.

Encontrá toda la info en nuestros canales

# ESTAMOS EN CONTACTO

## Instituto de la Sanidad



[www.institutosanidadmza.com.ar](http://www.institutosanidadmza.com.ar)



[instisanidadmza@gmail.com](mailto:instisanidadmza@gmail.com)



[Facebook](#)



[Instagram](#)



[YouTube](#)



[TikTok](#)



[Biblioteca Digital \(Pedinos el link\)](#)



[261 714 3690](tel:2617143690)







INSTITUTO DE DOCENCIA,  
INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN  
LABORAL DE LA SANIDAD

Formate en Profesiones Esenciales

# INSTITUTO DE LA SANIDAD

« Una puerta al desarrollo de la Salud »

Postítulos en:

- **ENFERMERÍA GERIÁTRICA**
- **CLÍNICA QUIRÚRGICA**
- **PEDIATRÍA**

Avalados por resolución de la DGE.



✉ [instisanidadmza@gmail.com](mailto:instisanidadmza@gmail.com)

☎ 261 714 3690

📍 Morón 265, Mendoza