



NURSING INSIGHT

Volume 4, Number 2

November-December 2009

Informe sobre el 24th Congreso Cuatrienal del Consejo Internacional de Enfermería (CIN), Durban, Suráfrica, 2009

Por Dr. Lidia Mayner

El 24avo Congreso Cuatrienal del Consejo Internacional de Enfermería (CIN) "Liderando el Cambio: Hacia la Construcción de Naciones más Sanas" se llevó a cabo en Durban, Suráfrica entre el 27 de Junio y el 4 de Julio. La Ceremonia Inaugural se vio engalanada por color, entusiasmo y orgullo nacional. El Congreso contó con la asistencia de más de 5.000 participantes de todos los rincones del mundo. Sesiones Plenarias, Sesiones Principales, talleres, reuniones del CIN, grupos temáticos especiales y sesiones de presentación de pósters aportaron gran cantidad de conocimiento internacional en temas que incluyeron Pandemia/Desastres, Ética/Derechos Humanos, Educación en Enfermería, Defensa Legal, Enfermería como Fuerza de Tarea, Ámbito laboral, Tecnología, Liderazgo, Administración y Regulación. Las sesiones relacionadas con Pandemia/Desastres cubrieron una gran variedad de temas como construcción de hospitales seguros, lecciones aprendidas, cursos terciarios en enfermería en emergencias y desastres y mejoramiento en la efectividad de la respuesta a epidemias. Durante la Sesión Principal en competencias en Enfermería en Desastres, Donna Dorsey (USA) presentó las Directrices del CIN para las competencias en Enfermería de Desastres, ahora disponibles como una publicación científica; y Lee Ogcheol (Corea del Sur) presentó una revisión del desarrollo curricular que articula competencias y educación. La Segunda Versión de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE)® fue dada a conocer en la Sesión Principal sobre el tema y fue posteriormente lanzada de manera oficial. La reunión del CIN sobre las redes para la Respuesta a Desastres brindó un espacio para la discusión profunda sobre preparativos para desastres, implementación de competencias en enfermería y las dificultades en la respuesta a desastres. Todas las sesiones en Enfermería en Desastres resaltaron el aumento en el número de desastres a nivel mundial y la destrucción y desolación que estos han causado. Las Enfermeras están en primer plano cuando los desastres ocurren y sus esfuerzos han sido reconocidos desde las perspectivas académica, teórica y práctica. Durante la Ceremonia de Cierre, la Vigésima Quinta Presidente Dra. Hiroko Minami de Japón, al término de su mandato, transfirió la Presidencia del Consejo Internacional de Enfermería a Rosemary Bryant de Australia.

La Percepción que tienen las Enfermeras de los Desastres: Implicaciones para el Currículo de Enfermería de Desastres

Fung WMO; Lai KYC; Loke AY
J Clin Nurs 2009 (en proceso de publicación)

Revisado por Whitehead, PhD, MSc, BEd, RN

Este es un estudio descriptivo de todas las Enfermeras Tituladas que están adelantando un programa de Maestría en la Universidad Politécnica de Hong Kong. El estudio midió las percepciones de los participantes de lo que para ellos constituía un desastre y cuales desastres ellos pensaban podrían ser más probables en Hong Kong. Los investigadores identificaron que el concepto no es claramente entendido en Hong Kong y que estudios como estos proporcionan información útil que aporten a una base de conocimiento bien documentado que pueda ser incorporado en el desarrollo de un currículo específico para Enfermería de Desastres.

COMENTARIO: Aunque es un estudio interesante especialmente porque ofrece una comparación cultural entre la Enfermería de Desastres en el territorio Chino y aquella de la comunidad internacional en general, no aporta nada innovador. Los mismos autores reconocen como limitante de este estudio el hecho de que sea una encuesta simple y a pequeña escala aplicada a estudiantes de post grado y no a profesionales clínicos con experiencia práctica. También afirman que el hallazgo más relevante para la práctica clínica es que "para la profesión de la salud, existe la necesidad de ser capaces de priorizar los posibles eventos desastrosos y desarrollar una apropiada preparación para planear y enfrentar diferentes situaciones". Este sentimiento no es en definitiva un descubrimiento nuevo para la disciplina de Medicina y Enfermería de Desastres. Sin embargo el verdadero valor de este artículo, aunque una vez más no totalmente original, es el de hacer la invitación a asegurar que la preparación y administración de desastres se constituyan en un componente fundamental de los currículos de pregrado y posgrado en Enfermería.

Adaptando Estándares de Cuidado en Condiciones Extremas

Gebbie K; Petersen C; Subbaro I; White K
Disaster Med Pub Health Prep 2009;3(2):111–116

Revisado por Alison Hutton, RN, MNg, PhD

El principal objetivo de este artículo es sensibilizar sobre las dificultades que los profesionales de la salud enfrentan al responder en condiciones tales como emergencias, desastres o pandemias. La acción legislativa en contra de las enfermeras posterior al Huracán Katrina en los Estados Unidos llevó a las enfermeras y a otros profesionales de la salud a reconsiderar su participación durante la respuesta a desastres.

Con el fin de promover una respuesta voluntaria y apropiada por parte del profesional de salud en condiciones extremas, los autores convocaron un panel de expertos enfocado en desarrollar estrategias para asistir a los profesionales de la salud en situaciones de emergencia. Existen tres principios básicos que los autores sugieren deberían ser seguidos por todos los profesionales de la salud:

1. Mantener la seguridad del trabajador y del paciente.
2. Preservar la vía aérea
3. Implementar de manera efectiva prácticas de control de infecciones.

COMENTARIO: Este artículo proporciona un espacio para la reflexión luego del “contragolpe” legislativo del Huracán Katrina y reclama más entrenamiento específico en Medicina de Desastres. El artículo argumenta que en condiciones extremas existen muchos elementos no controlados que deben ser enfrentados por el profesional de salud mientras intenta trabajar. Al resaltar tres principios fundamentales de seguridad, vía aérea y control de infecciones, el profesional de la salud cuenta con un marco de acción de referencia para guiarlo y ser consciente de que haciendo esto mantiene su seguridad y la de su paciente en situaciones adversas.

Evaluación de la Ventilación con dispositivos Bolsa-Válvula-Máscara (BVM) en Ambientes Tóxicos Simulados

Brinker A; Stratling WM; Schumacher J
Anaesthesia, 2008;63:1234–1237

Revisado por Peter Aitken

La ventilación con BVM es un punto fundamental en el cuidado de los pacientes en desastres tóxicos. Este artículo intenta determinar la eficiencia de un filtro diseñado para ser usado con un dispositivo BVM en ambientes tóxicos o contaminados. A veinte voluntarios, todos residentes de Anestesia, se les solicitó ventilar por un minuto un maniquí modificado con un volúmetro mecánico oculto. Todos usaron guantes, bata y un BVM auto inflable. Fueron elegidos al azar para el grupo de control (sin filtro) o para el

grupo que tenía el filtro conectado al BVM. Los máximos volúmenes por minuto alcanzados variaron entre 4.1 y 13.4 litros/min para el grupo de control (sin filtro) y 3.1 y 9.5 litros/min para el grupo que usó el filtro. El principal (DE-Desviación Estándar) volumen máximo por minuto sin filtro fue 9.3 (3.1) litros/min. El uso del filtro redujo el volumen máximo por minuto en un 30% a 6.4 (2.2) litros/min ($p = 0.0017$). Algunos participantes (4 en el grupo que usó el filtro, y 1 en el grupo de control) no lograron alcanzar un volumen minuto superior a 5.1 litros/min. Los autores encontraron que todos los participantes pudieron hacer uso del BVM y el filtro sin haber tenido un entrenamiento previo en materiales peligrosos. Ellos tienen la hipótesis de que la resistencia ventilatoria ejercida por el filtro reduce la entrada de aire a la bolsa auto- inflable. Este retraso en el re- llenado puede ser la causa de la significativa reducción del volumen minuto. Ellos también argumentan que la falla en lograr volúmenes superiores a 5 litros/min puede deberse al uso de la bolsa auto- inflable en lugar de un circuito de respiración de Bain, ya que esta no se llena sin un adecuado sello entre la máscara y la cara. La conclusión del estudio señala la necesidad de realizar entrenamiento continuo en ventilación con Dispositivos Bolsa Válvula Máscara (BVM).

COMENTARIO: Este estudio aborda un problema importante pero tiene algunas debilidades y puede ofrecer más interrogantes que respuestas. Aunque los residentes de anestesia fueron una muestra útil, sería interesante ver el desempeño de otros grupos de diferentes especialidades. Esto cobra relevancia si se tiene en cuenta que los paramédicos pueden estar involucrados en la respuesta en la escena y personal médico sin entrenamiento en anestesia y de enfermería, en la respuesta a la llegada de los pacientes al hospital. Los autores reconocen que la “ventilación artificial en el área contaminada puede ser requerida por algún tiempo”. Sin embargo, los participantes ventilaron el maniquí por tan solo un minuto. La habilidad de un solo respondedor para mantener el sello máscara- cara con ventilación BVM por un periodo de tiempo prolongado es cuestionable a la luz de numerosas guías que sugieren el involucrar dos personas. Idealmente esto debería haberse probado. Este fue un estudio pequeño pero una reducción significativa en los volúmenes minuto máximos fue evidenciada en cuatro de diez participantes que tampoco lograron volúmenes razonables. Poco se explica sobre este punto en relación con la eficiencia del dispositivo. El estudio fue aleatorio pero no menciona la distribución de los niveles de entrenamiento (años del 1 al 4) entre los grupos, elemento que podría contribuir a las diferencias encontradas. El peso del filtro (320 grm) puede haber contribuido a la disminución en los volúmenes minuto, inclinando “potencialmente” la máscara hacia un lado y reduciendo por ende la efectividad del sello, lo que es particularmente importante cuando se evalúa el uso por una sola persona. Los aspectos de facilidad de adaptación del filtro y su conexión al dispositivo BVM tampoco son mencionados.

Reflexiones sobre el Programa de Vacunación contra la Influenza Porcina en 1976

*Sencer DJ; Millar D
Emerg Infect Dis 2006;12(1):29-33*

Revisado por Peter Aitken

En 1976 dos reclutas del Fuerte Dix, en New Jersey presentaron un cuadro de enfermedad similar a influenza. Aislamientos del virus a ellos tomados incluyeron A/New Jersey/76 (Hsw1n1), una variación del virus que en ese momento se creía fuera la causa de la pandemia de 1918, comúnmente conocida como Influenza Porcina. Estudios serológicos en el Fuerte Dix sugirieron que más de 200 soldados habrían sido infectados y que la transmisión se habría dado persona a persona. Los procesos que llevaron a la decisión de Salud Pública de vacunación masiva al público norte americano contra el virus y los eventos subsiguientes que desencadenaron la cancelación de dicho programa fueron revisados. Las observaciones resultantes sobre las políticas y los éxitos y fracasos en la implementación podrían servir como guía para la actuación frente a la Influenza Aviar.

COMENTARIO: Este artículo resulta fascinante para el lector. Los autores fueron el Director del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) entre 1966 y 1977 (DJS) y el Director del Programa Nacional de Inmunización contra la Influenza (PNII) en 1976 (DM) en el tiempo del programa de vacunación contra influenza de 1976. El artículo fue publicado

en 2006 ante la preocupación sobre la aparición de Influenza Aviar, pero es aún más relevante ahora y vale la pena ser leído por todos aquellos interesados o involucrados con la actual Pandemia H1N1. Los eventos que conllevaron al Programa de Inmunización contra Influenza están bien descritos, al igual que los obstáculos del plan de vacunación y las lecciones aprendidas. Mucho de esto parece inquietantemente familiar para aquellos involucrados en los programas actuales e incluye la importancia de la vigilancia (tanto para las enfermedades como los eventos secundarios), el desarrollo de la vacuna actual y los asuntos relacionados con la indemnización, cooperación inter-institucional y la legislación en salud desarrollada sobre la base de la situación epidemiológica. Las dificultades para la vigilancia expresadas son dignas de atención dada la falta de soporte informático y del desarrollo de un sistema proactivo para monitorear los efectos de la vacuna. Los elementos más relevantes del artículo son sin duda la discusión de las influencias de las esferas política y de prensa. Muchos de los conflictos debatidos continúan siendo relevantes hoy. Ejemplos como la importancia de ofrecer reportes de prensa periódicos en lugar de responder a las preguntas de los medios y el uso de autoridades expertas en el manejo de la comunicación son incluidos dentro de las reglas de manejo de la información pública para muchas organizaciones en la actualidad. El poder de la prensa es también evidenciado en muchos ejemplos incluyendo sus concepciones erradas y las del público en relación con el costo del programa y la justificación detrás de los asuntos de indemnización para los fabricantes así como la naturaleza sensacionalista que a veces tienen los cubrimientos periodísticos. Los vínculos entre las políticas de salud, la salud pública y la política y como estos son percibidos por el público mismo son una observación oportuna. Este artículo es fascinante y el viaje a la sección de ediciones anteriores de la colección bien vale la pena.