



CLINICA DE MARLY

NOTAS CIENTÍFICAS DE LA CLÍNICA DE MARLY

Volumen III • Nº 4, Julio de 2009

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Editorial

El Departamento de Enfermería

Desde sus inicios en el año 1908, con las Hermanas de la Caridad de la Presentación, luego con distinguidas enfermeras de la Cruz Roja y en los últimos años con el excelente concurso de enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería e instrumentadoras, el Departamento de Enfermería de la Clínica de Marly S.A. se ha destacado por el compromiso y la calidez del cuidado que brinda a sus pacientes.

El Departamento de Enfermería propende por el cuidado directo y la recuperación de todos los pacientes que acuden a la institución, tanto a nivel de hospitalizados como ambulatorios, dentro de un esquema de integralidad, es decir, abordando al individuo como ser holístico y como miembro de una familia que hace parte de la sociedad. La filosofía del Departamento se basa en el conocimiento y el respeto de la persona humana, enfocando sus actividades a satisfacer las diferentes necesidades del ser, con la mejor calidad de atención de enfermería sin distinción alguna.

Actualmente el Departamento de Enfermería está conformado por 65 enfermeras profesionales, 110 auxiliares de enfermería y 14 instrumentadoras quirúrgicas, lo que lo hace un Departamento sólido y comprometido con el direccionamiento de la clínica, hacia la calidad y calidez en la atención a sus usuarios.

En el proceso de revisión del direccionamiento estratégico en el que deben incurrir periódicamente las instituciones, el Departamento de Enfermería determinó como meta, implementar el sistema de



Sandra López Campos
Directora Departamento de Enfermería
Clínica de Marly

garantía de calidad del cuidado de enfermería en la Clínica de Marly. Para su cumplimiento, a partir de Agosto de 2007, el Departamento ha venido reestructurando su funcionamiento, promoviendo como estrategia de gestión la creación de un comité asesor, conformado por enfermeras profesionales de diferentes servicios y la reestructuración del comité de educación; además, se cuenta con la participación de otro grupo de enfermeras profesionales para la activación de otros comités, como el de procedimientos operativos y el comité de integración.

El comité asesor propuso, como una de sus principales metas, la implementación del sistema de Garantía de Calidad del cuidado de enfermería, así como la asesoría permanente de la gestión interna del Departamento. Para dar inicio, se definieron los indicadores que se deben medir para establecer un programa de calidad en enfermería (Tabla No1). El propósito del comité asesor consiste en estandarizar uno a uno el procedimiento a seguir con el respectivo análisis de cada indicador y definir con claridad el proceso que se debe adelantar en la consecución del objetivo inicial.

En cuanto al trabajo adelantado por el comité de educación, reestructurado

CONTENIDO

Editorial

Sandra López Campos..... 1
El Departamento de Enfermería

Directorio del servicio.....2

Revisiones de tema

- Dolor en el postoperatorio
Sandra Jimena Sinisterra.....2
- Papel de enfermería en la vigilancia y control epidemiológico de la infección
Zulma Dayana Duitama4

Enfermería en Servicios

Especializados de la Clínica

- Papel de enfermería en los Bancos de Sangre
Sandra Rocío Alfonso Arévalo5
- Enfermería y trasplante de médula ósea
María Del Rosario Coy Moreno.....6
- Apoyo de la lactancia materna: un compromiso del profesional de enfermería en Marly
Norma Yaneth Noguera Ortíz7

Vinculaciones recientes.....8

Copyright ©2009

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**Clínica de Marly**

Calle 50 N° 9-67, Tercer Piso
Tels.: 343 6600 Extensiones 1366, 2366
www.marly.com.co
directora.enfermeria@marly.com.co
Bogotá D.C., Colombia

Directora

Sandra López Campos

Secretaria

Lucía Álvarez Gómez

COMITÉ ASESOR

Sandra López Campos
Ángela Gómez Corredor
Astrid Bernal Alejo
María del Pilar Triana Echeverría
Nelly Munar Ariza
Olga Lucía Rodríguez García
Piedad Forero Salinas
Sandra Jimena Sinisterra
Stella Prieto Vacca

COMITÉ DE EDUCACIÓN

Sandra López Campos
Adriana Venegas Alarcón
Amanda Lucía Moreno Monsalve
Clara Inés Martínez Torres
Karen Páez Castillo
María del Pilar Díaz Rodríguez
Natalia Ivonne Villamil Puerto
Nayibe Lozano Sánchez
Zulma Dayana Duitama Martínez

COMITÉ DE INTEGRACIÓN

Sandra López Campos
Ana María Castañeda Álvarez
Elba Judith Basto Rodríguez
Fabiola Sarmiento Gómez
Marianella Cruz Herrera
Martha Inés López Castiblanco
Sandra Rocío Alfonso Arévalo
Olga Lucy Jiménez González

también a partir de Agosto de 2007, hay que destacar la excelente organización y realización de la III Jornada de Actualización en Enfermería bajo el lema "Marly Calidad y Tradición en Enfermería", que se llevó a cabo los días 15 y 16 de Mayo de 2008 con muy buenos resultados desde el punto de vista científico, participación de la comunidad de enfermería de toda la ciudad y la organización como tal.

Entre otras actividades que viene adelantando el comité, están la permanente preocupación por desarrollar un programa de educación continuada, dirigido al todo el personal de enfermería de la Clínica, para lo cual en el transcurso del año 2008 se desarrollaron temas como: Manejo del paciente con Delirium, Manejo Biológico de las Heridas, capacitación para el plan de emergencia hospitalaria, medicamentos POS y no POS, nutrición parenteral, manejo de elementos de cadena de custodia y avances en reanimación cardiopulmonar en adultos. Para el Departamento sigue siendo un compromiso promover estas actividades

educativas, con el fin de mantener un nivel óptimo en tecnología y actualización permanentes, así como continuar con la motivación del personal para que asista en un mayor porcentaje a cada una de estas sesiones. Para el año 2009 se ha proyectado la capacitación teniendo en cuenta las necesidades más sentidas en materia de actualización.

En la actualidad, se nos imponen nuevos retos que vienen apuntando al aumento del porcentaje de ocupación y al crecimiento permanente de la institución, para lo cual el Departamento de Enfermería ha respondido con gran sentido de pertenencia, doblando esfuerzos para mantener la calidad y tradición de un servicio de enfermería sólido y con el aumento en la planta de personal, especialmente en los servicios de Salas de Cirugía y Urgencias. El reto principal consiste en mantenernos como un Departamento que tradicional y decididamente presta servicios con un nivel de alta humanización y dedicación al paciente.

INDICADORES DE GESTIÓN DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

- Incidencia de flebitis secundaria a venopunción periférica
- Incidencia de caída de pacientes
- Incidencia de úlceras por presión.
- Incidencia de retiro accidental de sondas.
- Incidencia de retiro accidental de accesos venosos
- Incidencia de retiro accidental de drenajes
- Índice de satisfacción del paciente
- Porcentaje de accidentes corto-punzantes
- Índice de infección de heridas quirúrgicas
- Porcentaje de registros de enfermería totalmente diligenciados
- Porcentaje de registro de caros de paro y/o equipos de reanimación
- Porcentaje de asistencia a cursos de actualización intra y extramurales

Revisiones de tema

Dolor en el postoperatorio

Sandra Jimena Sinisterra
Enfermera Jefe
Servicio de recuperación
Supervisora del turno de la noche
Clínica de Marly

Introducción

El dolor es uno de los principales indicadores de la calidad del manejo de los pacientes atendidos en una unidad de cuidados post-anestésicos; lo ideal es que su manejo tenga el abordaje de un equipo multidisciplinario, encaminado al control y manejo del mismo.



Sandra Jimena Sinisterra.
Enfermera Jefe
Servicio de recuperación
Supervisora del turno de la noche
Clínica de Marly

El personal de enfermería forma parte fundamental de este equipo, ya que en su intervención profesional, es uno de los contactos iniciales del paciente cuando despierta de la anestesia; además, es quien permanece más tiempo a su lado, ofreciendo atención emocional y educativa; se encarga de interpretar el lenguaje verbal y no verbal, traduciendo adecuadamente el grado de dolor que pueda manifestar el paciente para que se ejecute una acción terapéutica, con la dosis analgésica indicada, de acuerdo al tipo de intervención quirúrgica que se haya practicado. Incide en aspectos de relevancia que ayudan notablemente en la oportuna recuperación, hace que se sientan más satisfechas durante su estadía en el servicio y se ve reflejado en la disminución del tiempo de permanencia.

Objetivos

1. Definir y clasificar los tipos de dolor agudo.
2. Conocer los diferentes medicamentos empleados para el manejo analgésico en las unidades de cuidados post-anestésicos.
3. Identificar el papel del profesional de enfermería en una unidad de cuidado post-anestésico.

La definición aceptada de dolor es la establecida por la Asociación Internacional para el estudio del dolor IASP⁽¹⁾ que lo define como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño". La parte legal cataloga al dolor como "un terrible flagelo del género humano desde sus mismos orígenes, por tal razón el tratamiento del dolor, es un derecho fundamental de los seres humanos".⁽³⁾

Son múltiples los factores que condicionan el grado de dolor quirúrgico: el tipo de intervención, la duración del procedimiento, el paciente, la preparación pre-operatoria, las complicaciones después de la cirugía, el tratamiento analgésico instaurado y la calidad del cuidado en la recuperación. El dolor se presenta como un sistema de alarma al daño tisular; dicho daño es evidente en un procedimiento quirúrgico, teniendo en cuenta que "el dolor agudo es de ataque repentino y de posible limitada duración, normalmente tiene una relación identificable temporal y causal como una herida o una enfermedad".⁽⁴⁾

Clasificación del dolor postoperatorio

Dolor Inflamatorio: se refiere a aquel que se experimenta por una gran manipulación de tejidos, dada no solo por un procedimiento quirúrgico, sino también por la respuesta inflamatoria a la injuria.

Dolor Visceral: se refiere a la respuesta nociceptiva generada por manipulación y reparación de tejidos, circunscritos a la cavidad abdominal y torácica, lo cual limita las funciones viscerales vitales, tales como el peristaltismo, la micción, la respiración etc.

Dolor Neuropático: se refiere a un tipo de dolor relacionado con injuria directa de estructuras pertenecientes al sistema nervioso. Desde el punto de vista terapéutico, es de los más difíciles de controlar.⁽⁵⁾

Un dolor agudo inadecuadamente identificado, clasificado y tratado, puede convertirse en un dolor crónico; "el dolor agudo a largo plazo, puede convertirse en un dolor crónico y provocar una hiperalgesia"⁽⁶⁾; la bibliografía habla que un 20 a 50% de los pacientes con síndrome de dolor crónico, han iniciado con un dolor agudo prolongado.

La empatía que establece la enfermera cuando entra en contacto con el paciente tiene gran importancia; le permitirle expresarse y manifestar su incomodidad por la presencia del dolor. No se debe dudar de su percepción álgida. Es importante conocer el tipo de intervención a la que se sometió la persona y las posibles complicaciones que pueden desprenderse de la misma. Resulta imprescindible la evaluación de las condiciones clínicas del paciente y se debe establecer un plan de cuidados de enfermería, que incluya estrategias que generen confort y contribuyan a disminuir la sensación de algidez.

Escalas de valoración del dolor Verbales categóricas

1. Escala de intensidad: es la que más se utiliza no solo por lo simple sino también por lo efectiva para iniciar y cambiar terapéutica: No dolor - Dolor leve - Dolor Moderado y por último Dolor Severo.

2. Escala de alivio: nos ayuda básicamente para valorar la efectividad de una medida terapéutica usada previamente: No alivio - Alivio leve - Alivio moderado - Alivio bueno - Alivio completo.

3. Escalas Visuales:

3.1. Análogas: son aquellas representadas por una línea recta que va desde no dolor, hasta máximo dolor percibido, en la cual el paciente sitúa su nivel de dolor.

3.2. Numéricas: el paciente da una calificación del dolor desde cero (0), que significa no dolor, hasta 10 que significa el peor dolor alguna vez haya percibido; es la que actualmente se utiliza en la mayoría de los servicios.

Tipos de fármacos analgésicos

Estos son empleados según los protocolos establecidos en la institución y la disponibilidad de medicación que se tenga en la misma; dentro de estos medicamentos se encuentran los opioides, los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y los anestésicos locales.

Los opioides son la clase más importante de analgésicos, debido a su efectividad, fácil dosificación y relación riesgo/beneficio favorable se usan para el manejo del dolor moderado a severo. Tienen gran número de potenciales efectos adversos, que pueden limitar su utilización. Con la educación y formación en dolor del personal se puede alcanzar un mejor uso.⁽⁷⁾

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) disminuyen la síntesis de prostaglandinas y la inflamación periférica. Son de gran utilidad y de bajo riesgo de daño renal cuando son usados en dosis adecuadas en pacientes adultos con función renal normal. Tienen como principal efecto secundario la erosión de la mucosa gástrica; su efecto analgésico es fuerte y de acción prolongada.

Se utilizan también los anestésicos locales, que impiden la transmisión de la conducción nerviosa y disminuyen la intensidad el dolor agudo de intensidad en las primeras 72 horas pos quirúrgicas.

Otras opciones para manejar el dolor son: la analgesia con opioides por vía subcutánea y la infusión continua a través de catéteres colocados periféricamente a la zona de lesión. La analgesia paciente controlada (PCA) está indicada como analgesia parenteral, en pacientes con un alto requerimiento de opioides. La analgesia epidural continua se indica frecuentemente en pacientes sometidos a cirugía mayor o personas de alto riesgo.

En la revisión bibliográfica encontrada se habla del bajo conocimiento y entrenamiento por parte del personal de enfermería en el manejo del dolor hasta hace algunos años. El alto volumen de pacientes en los servicios de recuperación, en relación inversa con el personal de enfermería asignado, fenómeno que se presenta en muchas instituciones de salud, hace que la atención sea menos oportuna e individualizada. No debemos dejar pasar por alto nuestra esencia profesional, como bien se describe en el siguiente texto: "El seguimiento de la respuesta del paciente es una actividad esencialmente de la enfermera. De esto se desprende la importancia del manejo correcto del alivio del dolor y de su relación estrecha con el bienestar del paciente, objeto inherente y primordial de cualquier intervención de enfermería".

Conclusiones

No se debe olvidar lo imprescindible de una adecuada evaluación y seguimiento del paciente en el servicio de recuperación. El inadecuado manejo o interpretación del dolor que manifiesta una persona, puede

llevarle a alteraciones hemodinámicas importantes. Dentro de las cualidades más relevantes que distinguen al personal de enfermería están: la intuición, el ser interactivo, sensible, respetuoso, pero ante todo humano. Siempre se debe creer lo que el paciente dice y no subvalorar sus expresiones álgidas; no se debe pasar por alto que un individuo no es igual a otro y más en cuestiones relacionadas con experiencias de dolor.

No se debe desligar dentro del desempeño profesional, los diagnósticos y planes de cuidados de enfermería, que en el postoperatorio inmediato están encaminados a reestablecer el equilibrio fisiológico y el alivio del dolor dirigido a la prevención de complicaciones, por medio del fomento del auto cuidado, necesario para que las personas que viven una experiencia quirúrgica, se recuperen de una manera más rápida y segura, para ante todo lograr que se sientan satisfechas.

Referencias

1. Poggi L. Ibarra O; Manejo del Dolor Agudo Postquirúrgico Acta med. Pe-

ruana 24 (2) 2007

2. López T; Manejo del Dolor Postoperatorio en Urología. Clínicas urológicas de la Complutense, 449-55. Servicios de publicaciones UCM, Madrid 1996
3. Ibarra, E; Una nueva definición de "Dolor" Un Imperativo de Nuestros Días. Rev - Soc.Esp.Dolor 13(2006);2:65-72
4. Smaili N. Smaili B. Baez D. et al; Manejo del dolor agudo en el postoperatorio. Medicrit. V.1. n.3. Mérida /Jul.2004
5. Jacox A. Carr DB, Payne R, et al. Management of Cancer Pain. Clinical Practice Guideline No.9. AHCPR Publication No.94-0592 Rockville, MD. Agency for Health care Policy and Research. US. Department of Health and Human Services. Public Health Service March 1994.
6. Carr E C. Refusing analgesia: using continuous improvement to improve pain management on a surgical ward. J. Nurs 2002 11:443-52
7. Moyano J. Mayungo T; Reacciones Adversas en Analgesia Post-operatoria. Rev.Col.Anest.Vol.36.No1. Bogotá Jan/mar.2008.

Papel de enfermería en la vigilancia y control epidemiológico de la infección

Zulma Dayana Duitama
Enfermera Jefe
Comité de Infecciones
Clínica de Marly

La vigilancia y control epidemiológico nacen de la necesidad de evitar el contagio de enfermedades infecciosas en la comunidad. En sus inicios se implementaron acciones como aislamiento, cuarentena de enfermos y al transcurrir los años, gracias al aporte de la OMS (Organización mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud) se crearon sistemas de vigilancia epidemiológica con implementación gubernamental en cada país.

Hoy, casi 150 años después de las importantes intervenciones del doctor Ignaz Semmelweis y de la enfermera Florence Nightingale en los campos de la asepsia y la antisepsia, reflejados en la práctica de lavado de manos, modificación de los ambientes hospitalarios y asepsia en la curación de las heridas, las infecciones intrahospitalarias revisten una importancia cada día mayor, debido al impacto en la morbimortalidad de los pacientes,

el incremento notable de los costos, el compromiso de los indicadores de calidad y buen nombre de las instituciones, sin mencionar las complicaciones ético legales implicadas en el proceso ⁽¹⁾.

Colombia inició la vigilancia y control epidemiológico desde su conquista; debía prevenir la entrada de enfermedades infecciosas traídas desde Europa y África, siendo notable y conocida por todos la devastación producida por la conquista al traer al nuevo territorio enfermedades ajenas a los indígenas como la viruela y las infecciones venéreas. Más tarde, en la era moderna, con la llegada de las multinacionales, se realizaron acciones para erradicar las endemias; desde entonces, el Ministerio de la Protección Social (antes Ministerio de Salud) guiados por las normativas de la OMS y OPS promulgaron políticas y acciones en salud pública expuestas en la ley 9 de 1979 y el decreto 1562 de 1984.



Zulma Dayana Duitama
Enfermera Jefe
Comité de Infecciones
Clínica de Marly

En Colombia, se inicia este proceso de una manera centralizada; es por esto que se crean las Secretarías Departamentales de Salud, las cuales se descentralizan hacia los municipios. Con la aparición de la ley 100 se instituyeron los Sistemas de Notificación como: SISVAN (Sistema de Vigilancia Nutricional), SIMGILA (Sistema de Vigilancia en Eventos de Interés en Salud Pública), SISBAC (Sistema de Vigilancia de Resistencia Bacteriana), SIMIM (Sistema de Vigilancia de Maltrato Intrafamiliar, Infantil y Violencia Sexual), entre otros.

En general, se notifica a dos sistemas: 1º Sistema Nacional de Vigilancia de eventos de interés en Salud Pública (SIMGILA),

del Ministerio de la Protección Social. Se cuenta con un moderno software que es mejorado anualmente, siguiendo una línea ordenada de notificación a los entes reguladores quienes a su vez analizan e informan a instancias gubernamentales superiores, los registros epidemiológicos de todas los eventos de interés en salud publica nacionales, por ejemplo intoxicaciones, varicela, dengue, tuberculosis entre otros, para que generen políticas y programas de Prevención y Promoción en Salud como el PAI (Plan Ampliado de Vacunación), y la resolución 0412 /2000 por la cual se dictan acciones para disminuir las muertes de causas evitables y garantizar la salud colectiva. 2º Sistema de Vigilancia Infecciones Intrahospitalarias (IIH).

Para entender mejor el papel de enfermería en la vigilancia y control epidemiológico, debemos saber qué es: "actualmente la vigilancia epidemiológica es considerada como un sistema dinámico de observación utilizado en forma permanente para ver la ocurrencia, distribución de la enfermedad, de los factores de riesgo y de las condiciones que incrementan el riesgo de enfermar o morir en una población. La vigilancia epidemiológica parte de una activa consecución de datos e información sobre los eventos, los cuales deben ser analizados para constituirse en información o insumo útil para la toma de decisiones, ejecución y evaluación de intervenciones orientadas a la promoción, prevención, curación y re-

cuperación del estado de salud bien sea a nivel individual o colectiva".⁽⁶⁾

Según propone esta definición: "sistema dinámico de observación, análisis y toma de decisiones, para la prevención de la enfermedad, promoción de la salud" y teniendo en cuenta que la enfermería es una profesión integral que tiene como eje el cuidado a la persona, comunidad y su mutua interacción, el profesional de enfermería cuenta con la formación, los conocimientos, perfil y altruismo necesarios para llevar a cabo este papel.

Al profundizar en la integralidad de nuestra profesión y campos de acción como son asistenciales, comunitarios, administrativos y académicos, observamos que estos son pertinentes en el proceso de la vigilancia y control epidemiológico. En el aspecto asistencial mantenemos un contacto directo con los pacientes en cuyo cuidado incide todos los factores de riesgo que pueden conllevar a una IIH, ya que se realizan procedimientos invasivos como inserciones de catéteres (bacteriemias asociadas a catéter), curación de heridas (infección de sitio operatorio), cateterismo vesical (infección Urinaria), entre otros. También gerenciamos el servicio de hospitalización donde podemos orientar el correcto descarte de los residuos hospitalarios, la limpieza y desinfección de ambientes y superficies, y el entorno y ambiente hospitalario. Para poder prevenir las IIH y las epidemias por eventos en salud pu-

blica se debe capacitar a todo el equipo del cuidado de salud, personal administrativo, pacientes y comunidad en general sobre el tema; al aplicar los programas de Prevención y Promoción estamos contribuyendo a disminuir los índices de morbimortalidad y por consiguiente propender por el mejoramiento de la calidad de vida de la población e incidiendo en el cambio y generación de políticas en salud publica. Todas estas acciones son generadas por la producción de estadísticas, indicadores y demás elementos de la epidemiología los cuales deben ser notificados, analizados e informados en sistemas de gestión administrativa, que a su vez evalúan la calidad de la gestión en servicios en salud.

Concluyendo, el perfil de la enfermera cumple con todas los requerimientos que solicita la vigilancia y control epidemiológico, ya que al tener una formación integral logra cumplir con las metas propuestas para tal actividad.

Referencias

1. Infecciones Hospitalarias de Malagón Londoño \ Hernández Esquivel Segunda Edición Pág. 120.
2. www.minproteccion-social.gov.co
3. www.ins.gov.co
4. www.saludcapital.gov.co/paginas/vsp.aspx
5. www.cdc.gov
6. www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/2002847/index.html

Enfermería en Servicios Especializados de la Clínica

Papel de enfermería en los Bancos de Sangre

Sandra Rocío Alfonso Arévalo.
Enfermera Jefe Banco de Sangre
Clínica de Marly

Con el transcurrir de los años, la profesión de Enfermería ha ampliado su campo de acción en áreas que se creía eran exclusividad de otros profesionales. Es el caso del Banco de Sangre, campo que se consideraba netamente responsabilidad de profesionales en Bacteriología; en la actualidad muchos de los procedimientos que allí se realizan son ejecutados por Enfermería, con gran conocimiento científico, responsabilidad y dedicación.

El rol de la Enfermera en el Banco de Sangre inicia con la Señora ELVIRA DÁVILA OR-

TIZ⁽¹⁾, Enfermera Colombiana pionera en la profesión de Enfermería y de la transfusión de sangre en Iberoamérica. Su trabajo de tesis lo realizó sobre transfusión de sangre y plasma, el cual fue laureado y es el inicio de una carrera prominente y sin antecedentes en Iberoamérica. Fue así como uno de los examinadores de su tesis de grado, el Director del Hospital La Samaritana y entonces Presidente de la Cruz Roja Colombiana, Profesor Jorge E. Cavelier, la convoca para ofrecerle la creación del primer Banco de Sangre del país, labor que desempeñó con gran interés y profesionalismo.



Sandra Rocío Alfonso Arévalo.
Enfermera Jefe Banco de Sangre
Clínica de Marly

Actualmente en Bogotá existen 16 Bancos de Sangre habilitados y 6 de ellos cuentan con Enfermera Jefe para el desarrollo de actividades como promoción de la donación y selección de donantes: Clínica de Marly S.A., Hospital de la Policía Nacional, Hemocentro Distrital, Hospital La Sama-

ritana, Cruz Roja Colombiana, Fundación Hematológica. En el resto de Bancos de Sangre trabajan Auxiliares de Enfermería en la realización de flebotomías.

Experiencia en la Clínica de Marly S.A.

En el Banco de Sangre de la Clínica de Marly S.A., la enfermera, con conocimiento científico, entrenamiento y experiencia, tiene a su cargo los procedimientos de captación y selección de donantes, obtención de productos sanguíneos por flebotomía y aféresis, transfusiones ambulatorias y flebotomías terapéuticas.

Atención de donantes: en cuanto a la captación y selección de donantes, la Enfermera del Banco de Sangre realiza la promoción de la donación y la atención al donante: entrevista personalizada, aplicación de los criterios de selección que la norma exige, toma de hematocrito capilar, hemoclasificación y examen físico. Si el donante es aceptado pasa a la obtención del producto sanguíneo por medio de flebotomía realizada únicamente por la Enfermera, quien cuida al donante mientras realiza la donación y sale del Banco de Sangre.

Aféresis: el programa de Aféresis del Banco de Sangre de la Clínica de Marly S.A. es uno de los pioneros y de más amplia experiencia en Colombia y sitio de referencia para muchas Instituciones, Bancos de Sangre y Laboratorios que desean aprender y conocer dicho programa. La Enfermera es responsable en su totalidad de este procedimiento basada en conocimiento y entrenamiento permanente; realiza desde la instalación del equipo, preparación del paciente y cuidado permanente del mismo, hasta la finalización del procedimiento, dando de alta al paciente o donante y asegurando la calidad del producto obtenido.

Se realizan procedimientos de plaquetaféresis, extracción de células progenitoras de médula ósea, tanto autólogo como alógeno, plasmaféresis terapéutica, leucoféresis y purificación de médula ósea obtenida en cirugía, que consiste en retirar los eritrocitos y dejar únicamente las células madre.

Transfusiones ambulatorias: el Banco de Sangre de la Clínica cuenta con el programa de transfusión de componentes sanguíneos en forma ambulatoria, sirviendo

de apoyo a programas como atención al paciente en tratamiento de quimioterapia, pre y posttransplante de médula ósea y tratamiento para patologías hematológicas entre otras. La Enfermera es parte fundamental ya que ella es quien recibe, prepara y atiende al paciente mientras el procedimiento y está atenta a cualquier reacción.

Flebotomía terapéutica: en determinadas patologías se requieren de extracción de sangre con fines terapéuticos, este procedimiento se realiza en Banco de Sangre en forma ambulatoria o también en paciente hospitalizado; la Enfermera del Banco de Sangre realiza la flebotomía cuidando al paciente durante el proceso.

En conclusión, se resalta la importancia de la enfermera en los procesos del Banco de Sangre especializado. Desde años atrás la Enfermera ha trabajado por el CUIDAR basado en el SABER, esto hace que ella pueda intervenir en muchas áreas de la salud con gran profesionalismo y amor por lo que hace.

Referencias

1. www.javeriana.edu.co/boletin/revista_mensual/octubre08.pdf.

Enfermería y trasplante de médula ósea

María Del Rosario Coy Moreno
Enfermera Trasplante Medula Ósea
Clínica de Marly

“Cuidar y el cuidado se constituye en el hacer de la enfermería como un modo, una forma, una manera, un estilo, un patrón, una dimensión, un sistema, una estructura, un proceso, u otros, con actitudes y estrategias formales o informales, visibles, sentidas, percibidas, o no, que configura la práctica del ser haciendo a través de la salud de los seres humanos en su proceso de vivir”.⁽¹⁾

El arte de cuidar de enfermería en su actuar, hace que las habilidades se desarrollen, permitiendo unificar los conocimientos teóricos y conceptuales con la práctica, convirtiendo el acto de cuidar como único, original y propio en su género.

El personal de enfermería de la Unidad de Trasplante de Médula Ósea de la Clínica de Marly S.A., en su trayectoria de quince años de experiencia, ha desarrollado varios roles en cada una de las fases del proce-

so de trasplante; ha diseñado estrategias mediante guías de manejo de enfermería, guías de procesos operativos específicos de cada uno de los trasplantes (autólogo, alógeno y de cordón umbilical), protocolos de calidad y protocolos de administración de quimioterapia para cada tipo de trasplante; ha participado en forma clara y oportuna con cada grupo interdisciplinario que interviene en el proceso de trasplante, permitiendo que la enfermera brinde cuidado directo a cada paciente, con calidad, calidez, conocimiento, experiencia y amor. La enfermera juega un papel fundamental en la educación del paciente y su familia durante las diferentes fases del proceso de trasplante.

El trasplante de médula ósea es un procedimiento terapéutico utilizado en enfermedades neoplásicas o en enfermedades que alteran la función de la médula ósea con el fin de restaurar su



María Del Rosario Coy Moreno
Enfermera Trasplante Medula Ósea
Clínica de Marly

función y que ésta sea capaz de producir células sanguíneas con normalidad.

Existen dos tipos principales de trasplante de médula ósea: el autólogo y el alógeno. El autólogo es el que se realiza de la propia médula ósea del paciente, siempre y cuando no esté comprometida, recolectada a través de un proceso de aféresis que se realiza en el banco de sangre, previa aplicación de quimioterapia de movilización y de la administración continua durante 8 a 10 días de factor estimulador de granulocitos G-CSF (Filgrastin); una vez recolectada, es almacenada y congelada en crio-

preservación. Está indicado en pacientes con diagnóstico de Linfoma de Hodgkin, Linfoma no Hodgkin y Mieloma múltiple.

En el trasplante de médula ósea alogénico, el paciente recibe la médula de otra persona, consanguínea o no. Está indicado en Aplasia Medular, Leucemia Mieloide Aguda, Leucemia Linfocítica Aguda, Leucemia Mieloide Crónica, Síndromes Mielodisplásicos. Hay diferentes tipos de trasplantes de médula ósea alogénicos, que se clasifican según la clase de donante: en el singénico el donante es el gemelo idéntico del paciente; en el relacionado, el donante es un familiar idéntico desde el punto de vista del sistema de histocompatibilidad HLA; generalmente es un hermano. Cuando los pacientes no cuentan con un donante antígeno-histocompatible (HLA) idéntico, el trasplante de sangre de cordón umbilical de donante no relacionado es una opción terapéutica curativa. Consiste en la infusión de progenitores hematopoyéticos obtenidos de la sangre de cordón umbilical, los cuales

son sometidos a una serie de actividades de recolección, procesamiento, crio-preservación y almacenamiento en los bancos de sangre de cordón umbilical.

Nuestra experiencia

Desde el primer trasplante en 1993 hasta la fecha, se han realizado más de 600 procedimientos, respaldados por la gran experiencia del grupo médico, en cabeza de los Drs. Enrique Pedraza Mesa y Herman Esguerra Villamizar, pioneros del trasplante de médula ósea en Colombia. Con sus inalcanzables esfuerzos, la perseverancia, la constancia, la responsabilidad y el querer hacer realidad un sueño, permitió que un grupo de enfermeras formáramos parte de ese sueño y fuéramos creciendo en el saber y en el hacer del cuidado del paciente oncológico, hematológico y de trasplante; ha sido para nosotras una gran vivencia, en la cual van inherentes valores como: la mística y el respeto por el paciente, la honestidad, la responsabilidad, la disciplina y el trabajo en equipo, permitiendo que el arte de cuidar por parte de

las enfermeras de la unidad de trasplante de médula ósea de la Clínica de Marly, tenga una base firme, única, especial, íntegra, e incondicional hacia nuestro eje central, "El Paciente".

Referencias

1. Erdmann A, Leite, J, Costa, I. Análisis de investigación Brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería, 2001-2003. 2005; Cienc. Enferm. 11(2): 35 - 46
2. Guyton. A. Fisiología Médica. McGraw Hill. 8a Edición, México: 2000 p. 370-73.
3. Shirley E. Otto. Enfermería Oncológica. Harcourt/Oceano. Versión Española de la 3ª edición de la obra original en inglés Oncology Nursing. Vol.3. P.625-51
4. Angos J. Trasplante de precursores hematopoyéticos. <http://www.opolanco.es/apat/boletín/trasplan.num>.
5. Trasplante de progenitores hematopoyéticos. <http://www.a tu salud.cpm/do.cumento.asp.Id.217>.

Apoyo de la lactancia materna: un compromiso del profesional de enfermería en Marly

Norma Yaneth Noguera Ortiz
Enfermera Jefe
Servicio de Ginecología y Obstetricia
Clínica de Marly

La lactancia materna exclusiva es el alimento perfecto e ideal que todo niño debe recibir durante los primeros 6 meses de vida, dados los múltiples beneficios que trae para la salud de los niños, madres, familias y comunidad. Es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras entidades que trabajan a favor de los niños, recomiendan la alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros seis meses y la continuación del amamantamiento, junto con las comidas complementarias adecuadas, hasta los dos años de edad. ⁽¹⁾

Un acúmulo creciente de estudios reafirman las evidencias de que los niños amamantados tienen menos episodios de enfermedad gastrointestinal, enfermedad respiratoria, otitis media aguda e infecciones del tracto urinario y tienen un riesgo menor frente a varias condiciones crónicas como las enfermedades respiratorias. ⁽²⁾

Brindar lactancia materna hace crecer el amor entre la madre y el hijo. El contacto de la piel suave y caliente de la madre le da tranquilidad y placer a la madre y al niño. La compañía, la voz, el mirarlo a los ojos y el contacto con la madre le dan mucha seguridad y estímulo. Lactar es mejor que dar alimentos, es dar amor, seguridad, placer y compañía. ⁽³⁾

El papel de los profesionales de la salud para brindar apoyo a la lactancia materna resulta decisivo, ya que la educación materna aumenta la tasa de lactancia materna exclusiva, al informar desde el primer contacto a todas las embarazadas sobre este tema. El apoyo a la lactancia materna debe continuarse posterior al nacimiento del bebé, pues es frecuente que en esta etapa la madre tenga dudas y se sienta incapacitada para lactar, porque en los primeros días suelen aparecer problemas relacionados con las mamas o alteraciones en el producto. ⁽⁴⁾



Norma Yaneth Noguera Ortiz
Enfermera Jefe
Servicio de Ginecología y Obstetricia
Clínica de Marly

Teniendo en cuenta lo anterior, los múltiples beneficios de la lactancia materna y con el fin de brindar protección, promoción y apoyo a la lactancia natural, en la Clínica de Marly se realiza intervención educativa del profesional de enfermería y del personal auxiliar de enfermería, con el fin de garantizar una lactancia materna exclusiva y exitosa, brindando a la mujer gestante y puérpera acompañamiento permanente de educación, instrucción y apoyo de la lactancia materna, en el embarazo y puerperio.

En nuestra institución, el personal de enfermería promueve la lactancia materna exclusiva como el alimento ideal para los recién nacidos. Se informan los múltiples



CLÍNICA DE MARLY

NOTAS CIENTÍFICAS DE LA CLÍNICA DE MARLY

Volumen III • N° 2, Marzo de 2009

Editor

Alberto Barón Castañeda, M.D.
departamentomedico@marly.com.co

Editor Invitado

Sandra López Campos
Directora Departamento
de Enfermería
Clínica de Marly

Comité de Publicaciones de la Clínica de Marly

Fernando Álvarez Jaramillo, M.D.
Hugo Caballero Durán, M.D.
Sandra Isabel Cabrera
Alberto Barón Castañeda, M.D.

Coordinador

Alberto Barón Castañeda, M.D.
departamentomedico@marly.com.co

© 2009 - Clínica de Marly

Carrera 13 N° 49-40. Oficina 624.
Bogotá, Colombia.

La responsabilidad por las opiniones expresadas corresponde a sus autores.

Este número puede ser consultado en www.marly.com.co

beneficios, las técnicas del amamantamiento y las soluciones para las posibles complicaciones (laceración en el pezón y congestión mamaria, entre otras), permitiendo de esta manera lactancia exclusiva, eficaz y con mínimas complicaciones.

Durante la intervención de enfermería se involucra a la familia, motivando a la pareja a participar activamente en los cuidados del embarazo, preparación del parto y una vez que ha nacido el lactante se incentiva a colaborar con la madre en sus cuidados, ya que la vinculación de la pareja y familia incrementan la duración de la lactancia materna.

Para concluir, se puede decir que los profesionales en enfermería tienen un papel importante en la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna, antes, durante y después del embarazo, ya que toda madre tiene derecho a recibir información precisa, veraz y oportuna sobre la manera de lactar correctamente a sus hijos

Referencias

1. Bocanegra SM. Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en puérperas del Hospital Belén de Trujillo. Revista Médica Vallejana 2007; 4 (2).
2. Cabrera. Gustavo. La iniciativa de institución amiga de la mujer y la infancia (IAMI) en hospitales del Valle del Cauca. Colombia, 2001. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2002; 20(1).
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración conjunta OMS, UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: OMS; UNICEF; 1999.
4. Aguilar Palafox María Isabel. I Fernández Ortega Miguel Ángel. Lactancia materna exclusiva. Revista Facultad de Medicina Universidad Autónoma de México. Volumen 50 No.4 Julio-Agosto, 2007.

Vinculaciones recientes

- Ana María Fierro, Enfermera Jefe de pisos
- Ana María Castañeda, Enfermera Jefe Oncología
- Karen Páez, Enfermera Jefe Rehabilitación Cardiopulmonar
- Carmen Elisa Castellanos, Enfermera Jefe Pediatría
- Ana María Aponte, Enfermera Jefe Maternidad
- Irma Rocío Achury, Enfermera Jefe Urgencias Pediatría
- Diana Patricia Poveda, Enfermera Jefe Triage
- Ángela Arévalo, Enfermera jefe Triage
- Kelly Malena Pérez, Enfermera Jefe UCI
- Viviana Rubio, Instrumentadora Quirúrgica
- Luz Estefany Méndez, Instrumentadora Quirúrgica
- Catherine Ladino, Auxiliar de Enfermería

**Baxter**

Sistema Cerrado Integral para la Terapia de Fluidos

De principio a fin sin riesgo de contaminación.

- Sistema Cerrado en todas las soluciones.
- Acoples totalmente seguros.
- Perfecto desempeño y precisión.
- Respaldo y calidad Baxter.