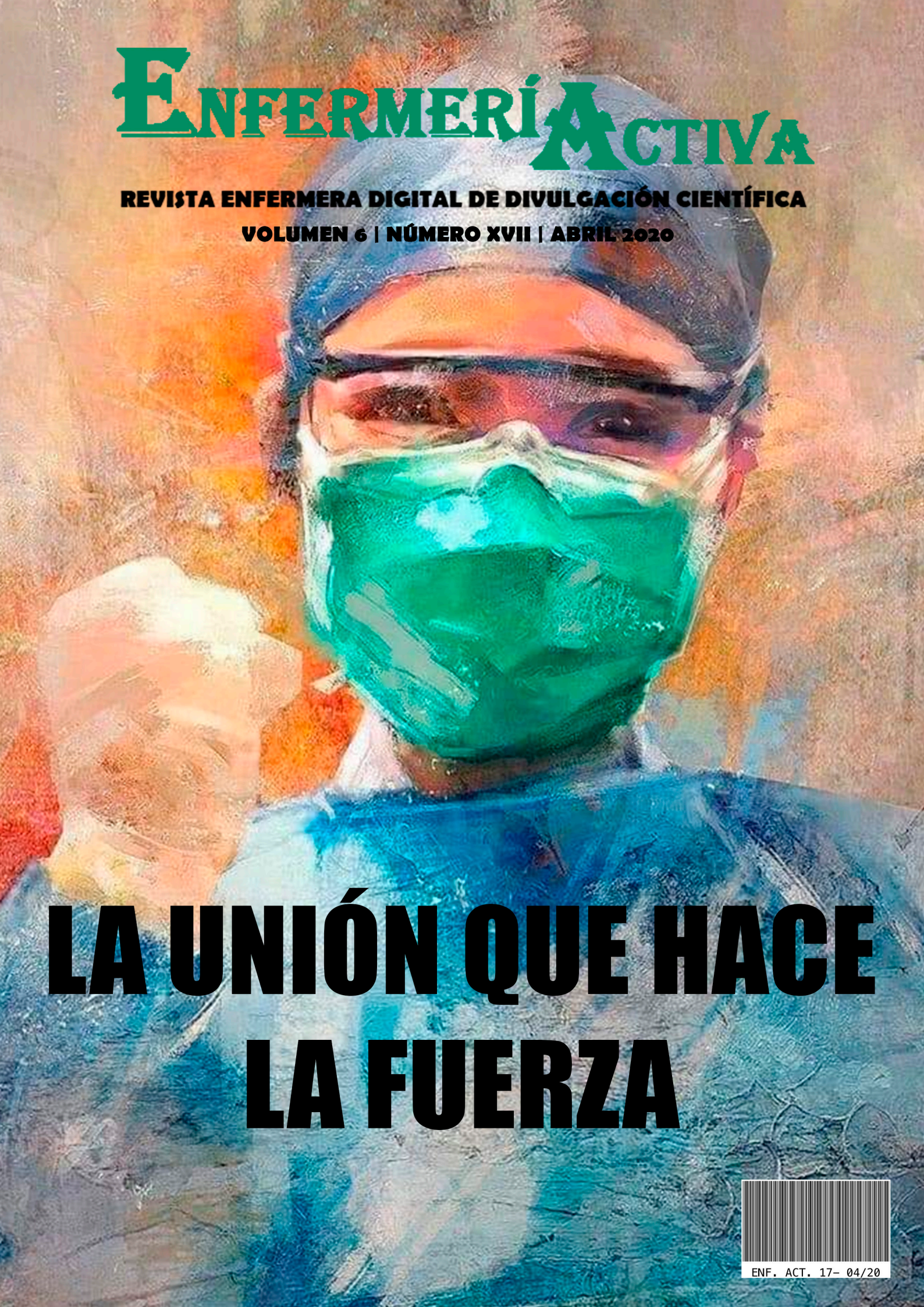
ENFERMERÍA ACTIVA

REVISTA ENFERMERA DIGITAL DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

VOLUMEN 6 | NÚMERO XVII | ABRIL 2020



LA UNIÓN QUE HACE LA FUERZA

ENF. ACT. 17– 04/20

ENFERMERÍA ACTIVA

REVISTA ENFERMERA DIGITAL DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

VOLUMEN 6 | NÚMERO XVII | ABRIL 2020

ORIGINALES

LA CALIDAD DE LA ENSEÑANZA Y LA EVALUACIÓN EN ENFERMERÍA. CLASE MAGISTRAL Y LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

OS REGISTOS DE ENFERMAGEM COMO UMA ESTRATÉGIDA INDISPENSÁVEL PARA ASSEGURAR A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA Y SU ASOCIACION CON EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19). HISTORIA, MEDIDAS DE PROTECCION PARA LA POBLACIÓN Y ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

CARTA AL EDITOR

LA ETICA DEL CUIDADO ES LA GARANTIA DE UN MUNDO SOSTENIBLE PARA TODOS EN 2030

RECOMENDACION CIENTÍFICA DE INNTERNATIONAL NURSING NETWORK

ASESORAMIENTO DE LAS ENFERMERAS Y MATRONAS A LAS MUJERES PARA MEJORAR LAS PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA

ENF. ACT. 17– 04/20

INTERNATIONAL NURSING NETWORK

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Consejo de Dirección, Consejo Editorial y Comité Internacional de Evaluadores 5

Editorial 7

Carta al Editor 9

Recomendación científica de International Nursing Network 12

Artículos Originales 16

La calidad en la enseñanza y la evaluación en enfermería. Clase magistral y los instrumentos de evaluación 16

Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados 26

Cuidado humanizado de enfermería y su asociación con el tiempo de hospitalización en un hospital de tercer nivel en México 36

Nuevo Coronavirus (COVID-19). Historia, medidas de protección para la población y actuación del personal de salud 43

Declaración de Intenciones de Enfermería Activa 71

Naturaleza, competencias y funcionamiento del Consejo Asesor y de Evaluación de Enfermería Activa 73

Reconocimientos..... 75

CONSEJO DE DIRECCIÓN

PRESIDENTE: Domingo Muñoz Arteaga (España)
VICEPRESIDENTE: Kimm Allegría Castañeda Arellanes (México)
COORDINACIÓN GENERAL DE PUBLICACIONES: David Peña Otero (España)
VOCALES: Carolina González Hernando (España)
Luz Adriana Escobar Mora (Colombia)
Martín Alberto Toranzo (Argentina)
Rafael Niñerola Guerra (España)
Renata Pietro (Brasil)
Luciano Clarizia (Italia)
Nelson Guerra (Portugal)
Aida Alvarado Tenorio (Costa Rica)
Amelia Mª Brito Gracias (Portugal)
Mª Virginia Cueva Talledo (Perú)
Nancy Manion Bonalumi (Estados Unidos)
Jonathan Mora Castro (Costa Rica)
Luis Alonso Ibarías Uribe (México)
Luis Arturo Ceballos Ortega (México)
Alfredo Fuente Garrot (Argentina)
Fátima Zárate Delvalle (Paraguay)
Mª Gorete Pimentel Queriós Ribeiro (Portugal)
Isabel Cristina Kowal Olm Cunha (Brasil)
Cristina Leyton Blanca (Chile)
Rosalía Vázquez (Argentina)
Cecilia Hernández González (México)
Michel Oria Saavedra (Cuba)

CONSEJO EDITORIAL

PRESIDENTE: Kimm Allegría Castañeda Arellanes (México)
DIRECTOR: David Peña Otero (España)
VOCALES: Nancy Mannion Bonalumi (Estados Unidos)
Luciano Clarizia (Italia)
Ángela María Esquinas Jiménez (España)
Carolina González Hernando (España)
Mª Antonia Fernández Caeiro Chora (Portugal)
María Manuela Martins (Portugal)
William Genderson Barquero Morales (Nicaragua)
Ignacio Campos Blanco (España)
Moraima Cano Valdez (México)
Rafael Martínez Calero (España)
Raiza Coromoto Rada Rodríguez (Venezuela)
Walter Hernán Muñoz Macías (Ecuador)
Ana Paula Ruiz (Portugal)
Margarita Encarnación Ruiz Blanco (Cuba)

COMITÉ INTERNACIONAL DE EVALUADORES

Aida Maris Peres (Brasil)
Alexandre Pazetto Balsanelli (Brasil)
Aline Silva do Prado (Brasil)
Amelia Mª Brito Gracias (Portugal)
Ana Valentina Carhuancho Gómez (Perú)
Ángela María Esquinas Jiménez (España)
Anier Felipe Borrego (Cuba)
Blanca Sánchez Baños (España)
Carmen Elisabeth Kalinowski (Brasil)
Carolina González Hernando (España)
Claudio Alberto Ibero (Argentina)
Domingo Muñoz Arteaga (España)
Elaine Cristina Carvalho Moura (Brasil)
Francisco Jesús Antúnez Miranda (España)
Francisco Nieto Rosa (España)
Gabriel José Suárez Lima (Cuba)
Gerardo Jasso Ortega (México)
Guadalupe Marbel Gómez Estrada (México)
Hernán Pereira Acosta (Uruguay)
Ignacio Campos Blanco (España)
Ilda Lourenço (Portugal)
Irama Josefina López Urbina (Venezuela)
Jaime Enrique Castellanos Guevara (Venezuela)
Jonathan Mora Castro (Costa Rica)
Jorge Jara (USA)
José Antonio Ortiz Gómez (España)
José Daniel Girón (El Salvador)
José Manuel Lucio Chora (Portugal)
Julia Ortega Limón (España)
Kimm Allegría Castañeda Arellanes (México)
Luciano Clarizia (Italia)
Luis Alonso Ibarias Uribe (México)
Luis Arturo Ceballos Ortega (México)
Luz Adriana Escobar Mora (Colombia)
Mª Antonia Fernández Caeiro Chora (Portugal)
Manuel Archilla Jiménez (España)
María Isabel Morales (Venezuela)
María Manuela Martins (Portugal)
Mariot Bermúdez Soto (Venezuela)
Martín Alberto Toranzo (Argentina)
Mónica Johana Muñoz Cardona (Colombia)
Moraima Cano Valdez (México)
Nancy Mannion Bonalumi (USA)
Nidia Rosana Aquino (Paraguay)
Paula Alexandra Amaral Ramos (Portugal)
Rafael Martínez Calero (España)
Rafael Niñerola Guerra (España)
Raiza Coromoto Rada Rodríguez (Venezuela)
Sandra Maely Molina (Honduras)
Silvia Alicia Alamilla Alfonso (México)
Sulpicia Guadalupe Contreras Jasso (México)
Tatiana Piva (Brasil)
Walter Hernán Muñoz Macías (Ecuador)
William Genderson Barquero Morales (Nicaragua)

INTERNATIONAL NURSING NETWORK

HOSPITAL: CENTRO DE CUIDADOS

Florence Nightingale nació en Florencia, Italia el 12 de mayo de 1820 y es considerada una de las pioneras en la práctica de la Enfermería. Se le denomina la "Madre de la Enfermería Moderna" y creadora del primer modelo conceptual de enfermería

Ella definió la enfermedad como el camino que utiliza la naturaleza para desembarazarse de los efectos o condiciones que han interferido en la salud. Y definía salud diciendo: que es no solamente estar bien, sino ser capaz de usar bien toda la energía que poseemos. La enfermería, entonces, es tanto ayudar al paciente que sufre una enfermedad, cuanto mantener el organismo del niño y del adulto sanos, en un estado tal que no padezcan una enfermedad. Creía que para mantener una atención sanitaria adecuada era necesario disponer de un entorno saludable (aire puro, agua pura, alcantarillado eficaz, limpieza y luz), componentes que siguen teniendo vigencia al día de la fecha.

Se rebeló contra los prejuicios de su época y contra el destino de la mujer, el de permanecer en el hogar y aplicarse solamente a tareas domésticas, eligiendo la profesión de enfermera. Su mayor éxito fue su participación en la guerra de Crimea. Un informe suyo acerca de las condiciones de vida de los soldados heridos tanto en el campo de batalla, como en los hospitales a los que eran enviados, impulsó grandes cambios en la salud pública de Europa y del mundo. Ella y sus compañeras reformaron y limpiaron el hospital, e hicieron caer la tasa de mortalidad del 40% al 2%

En 1840 Nightingale suplicó a sus padres que la dejaran estudiar matemáticas en vez del trabajo de urdimbre y practicar las cuadrillas, pero su madre no aprobó esta idea. Aunque William Nightingale amaba las matemáticas y había legado ese amor a su hija, la obligó a que siguiera estudiando temas más apropiados para una mujer. Después de muchas batallas emocionales, sus padres finalmente cedieron y comenzó su aprendizaje de matemáticas. Entre sus tutores estuvo Sylvester y el científico belga Quetelet, quien había aplicado métodos estadísticos a datos de varios campos, incluyendo las estadísticas morales o ciencias sociales. La alianza entre Florence y Charles Dickens tuvo una indudable influencia como factor determinante en su definición de la Enfermería y la atención sanitaria. Diálogos semejantes con otros intelectuales y reformadores sociales de aquellos días, como John Stuart Mill, Benjamin Jowett y Harriet Marineau, contribuyeron al desarrollo del pensamiento filosófico y lógico de Nightingale, que se trasluce de forma notoria en sus apreciaciones sobre la práctica enfermera.

Mientras viajó por Europa y Egipto, en 1849, tuvo la oportunidad de estudiar los distintos sistemas hospitalarios. A principios de 1850, inició su entrenamiento como enfermera en el Instituto de San Vicente de Paul en Alejandría (Egipto) que era un hospital perteneciente a la Iglesia Católica. Visitó el hospital del Pastor Theodor Fliedner en Kaiserwerth, cerca de Dusseldorf (Alemania) en julio de 1850 y regresó a esa ciudad en 1851 para entrenarse como enfermera, durante tres meses, en el Instituto para Diaconisas Protestantes. Desde Alemania se trasladó a un hospital en St. Germain, cerca de París, dirigido por las Hermanas de la Caridad (en Alemania y en Australia hicieron en su honor un sello integrado a la serie Asistentes de la humanidad). A su regreso a Londres en 1853, tomó el puesto de Superintendente en el Establecimiento para damas durante enfermedades en el número 1 de la calle Harley.

Marzo de 1854 trajo consigo el inicio de la Guerra de Crimea que comenzó cuando Rusia invadió Turquía, este último en alianza con Inglaterra y Francia. La guerra finalizó en 1856. La mayor parte del conflicto tuvo lugar en la península de Crimea en el Mar Negro.

Aunque los rusos fueron derrotados en la batalla del río Alma, el 20 de septiembre de 1854, el periódico The Times criticó duramente las instalaciones médicas británicas. En respuesta a ello, Sidney Herbert, Ministro de Guerra, le pidió a Nightingale que se convirtiera en enfermera administradora para supervisar la introducción de enfermeras en los hospitales militares. Su título oficial era Superintendente del Sistema de Enfermeras de los Hospitales Generales Ingleses en Turquía. Nightingale llegó a Escutari, un suburbio asiático de Constantinopla (hoy Estambul) con 38 enfermeras, el 4 de noviembre de 1854. Firme e infatigable se ocupaba de su trabajo con tal criterio, sacrificio, valor, ternura y todo ello con una actitud tranquila y sin ostentación, que se ganaba los corazones de todos aquellos a quienes sus prejuicios de oficiales no les impedían apreciar la nobleza de su trabajo y de su carácter. En la organización de los servicios hospitalarios, en dos semanas logró montar una cocina para preparar la comida de 800 hombres; una lavandería en donde se desinfectaba la ropa de los pacientes, además dotó a los heridos y enfermos de 10 mil camisas compradas con los donativos que conseguía y de su propio dinero. "La señora de la lámpara", fue la denominación que le dieron a Florence los hospitalizados, debido a que por las noches recorría las salas con una lámpara para iluminar su camino.

Aunque ser mujer implicaba que tenía que luchar contra las autoridades militares, fue reformando el sistema hospitalario. Bajo condiciones indignas con soldados depositados sobre el suelo y con operaciones poco higiénicas, no debe sorprendernos que en Escutari enfermedades como el cólera y el tifus arrasaran en los hospitales. Esto implicaba que los soldados heridos tuvieran una probabilidad siete veces mayor de morir de una enfermedad en el hospital que de morir en el campo de batalla. Mientras estuvo en Turquía, recolectó datos y organizó un sistema para llevar registros; esta información fue usada después como herramienta para mejorar los hospitales militares y los de las ciudades. Sus conocimientos matemáticos se volvieron evidentes, cuando usó los datos que había recolectado para calcular la tasa de mortalidad en el hospital. Estos cálculos demostraron que una mejora en los métodos sanitarios empleados, produciría una disminución en el número de muertes. Para febrero de 1855 la tasa de mortalidad había caído de 60% al 42.7%. Mediante el establecimiento de una fuente de agua potable, así como usando su propio dinero para comprar fruta, vegetales y equipamiento hospitalario, para la primavera siguiente la tasa había decrecido otro 2.2%.

Fue pionera en la revolucionaria idea de que los fenómenos sociales pueden medirse y someterse al análisis matemático. Ella supo que cuando los valores individuales o profesionales entran en conflicto con los valores sociales, surge una posibilidad de inducir cambios en la sociedad y así lo hizo. Aunque los escritos de Nightingale se definen y analizan como una teoría, no contienen la complejidad y la verificabilidad propias de las modernas teorías de la enfermería. Así, en su enfoque no emanan investigaciones que pueden utilizarse para contrastar los aportes teóricos actuales. Por otra parte, los conceptos identificados por Nightingale han servido como base de las teorías e investigaciones actuales que se añaden a la ciencia y a la práctica moderna de la enfermería.

Sirva este recuerdo a Florence Nightingale cuando se cumplen 200 años de su nacimiento, para, unido al esfuerzo y la lucha denodada de las enfermeras en los hospitales de todo el mundo para fundamentar la próxima reclamación de International Nursing Network a la Real Academia de la Lengua para que modifique en su Diccionario el término HOSPITAL, que hoy es definido como "Establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde a menudo se practican la investigación y la docencia", de manera que, bien incorpore una segunda acepción que defina HOSPITAL como **"Centro de cuidados"**, bien, en su defecto, modifique la actual definición, que podría quedar del siguiente modo: **"Establecimiento destinado al diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermos, donde a menudo se practican la investigación y la docencia".**

LA ÉTICA DEL CUIDADO ES LA GARANTÍA DE UN MUNDO SOSTENIBLE PARA TODOS EN 2030.

The ethics of care is tehe guarantee of a sustainable world for all in 2030.
A ética do cuidado é a garantía de um mundo susentável para todos em 2030.

Juan Francisco Blázquez García.

Número ORCID:
https://orcid.org/0000-0002-2623-5129

Titulación:
Diplomado en Enfermería. Máster en Humanización en Salud.

Institución o centro de trabajo:
Hospital Clínico San Carlos (Madrid. España).
Autor de correspondencia:
juanfranblazquez@gmail.com

En el marco de la campaña NursinNow2020 y según el informe del "Triple Impacto" publicado por el grupo parlamentario de Salud Global (APPG on Global Health) las enfermeras encontramos una ventana de oportunidad para el fomento del liderazgo y protagonismo de los cuidados en la vida cotidiana de las personas junto con alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible de la agenda 2030. A través del desarrollo de las enfermeras se mejorará y promoverá la igualdad de género, el crecimiento económico y mejor salud para toda la población.

En este sentido, la ética del cuidado encuentra un nuevo espacio de influencia en las políticas de Responsabilidad Social Corporativa (RSC). Hay que tener en cuenta que la misión de las organizaciones sanitarias es socialmente responsable por su propia naturaleza. Y los profesionales con vocación de servicio y ayuda tienen integrado en su práctica diaria muchas conductas y acciones que se consideran con impacto positivo para la sociedad, el medio ambiente y un buen gobierno de las organizaciones.

No obstante, debemos seguir trabajando para ayudar a identificar y poner de relieve todas aquellas iniciativas relacionadas con la Responsabilidad Social. Además, hay que realizar reconocimientos a las buenas prácticas y permanecer en constante comunicación con todos los grupos de interés, haciéndoles partícipes y co-creadores de las políticas de RSC que, en una frase, podríamos resumir: trabajar juntos por un mundo sostenible para todos.

La Responsabilidad Social se ha afianzado en las últimas décadas en todos los sectores. En el Hospital Clínico San Carlos de Madrid hace 10 años, con gran visión de futuro de las personas implicadas, se introdujo el compromiso social en el primer eje del plan estratégico. El tiempo ha dado la razón a aquellos profesionales que supieron anticiparse introduciendo la RSC en el Hospital.

La experiencia y los resultados que vamos obteniendo nos demuestran que a través de las políticas de sostenibilidad se pueden realizar dinámicas innovadoras y creativas que cambian el modo de relación con los stakeholders (profesionales, ciudadanía, proveedores, ecosistema, tercer sector…).

LA ÉTICA DEL CUIDADO ES LA GARANTÍA DE UN MUNDO SOSTENIBLE PARA TODOS EN 2030.

The ethics of care is tehe guarantee of a sustainable world for all in 2030.
A ética do cuidado é a garantía de um mundo susentável para todos em 2030.

Tenemos ante nosotros un gran abanico de oportunidades. Progresivamente, vamos consiguiendo incorporar la voz de la ciudadanía en las organizaciones. Dotar de valor la atención sanitaria, de forma integrada y centrada en las personas, teniendo en cuenta su voz y su experiencia, puede verse como un cambio de paradigma que nos haga salir de nuestra zona de confort. Ahora bien, una vez que vayamos avanzando en esta dirección, presumiblemente nos llevemos gratas sorpresas al comprobar que podemos ser más eficientes y con mayor satisfacción para todas las partes interesadas.

En grandes organizaciones como el Hospital Clínico San Carlos, tenemos la fortaleza de contar con más de 5000 trabajadores. Si bien, esto nos exige un enorme esfuerzo de coordinación impulsando el trabajo en equipo como motor de transformación; haciendo partícipes a todos los profesionales, desde el equipo directivo hasta la última persona que se incorpora a trabajar con nosotros.

Por último, de manera análoga nos encontramos en el camino con el renacimiento de los valores humanísticos en las ciencias de la salud y del cuidado. La tan nombrada "Humanización de la asistencia sanitaria". Una perfecta aliada que opera de manera transversal y como factor coadyuvante con las políticas de RSC.
La humanización es el sustento invisible de la sanidad. Cada enfermera es agente de cambio. Desde el momento en que nos presentamos, con nuestra actitud y forma de relacionarnos con los pacientes y familiares ya estamos cuidando, o lo que es lo mismo humanizando. Esto evidencia la permanente aplicación de la ética del cuidado, que dicho sea de paso, es la horma del zapato de la Responsabilidad Social.

Las enfermeras somos protagonistas y líderes en las políticas de humanización. La visión bio-psico-social de la persona nos sitúa en una posición privilegiada para entender lo que está ocurriendo y ser capaces de planificar y llevar a cabo propuestas de valor para las personas.

Esto redunda en un cambio cultural en las organizaciones que se traduce en resultados a largo plazo para la sostenibilidad económica, ambiental y social del hospital y su entorno. De tal modo que, pasamos de enfocar nuestra actividad de la prestación de servicios de salud a buscar resultados en salud en la población, todo un reto que está en sintonía con los tiempos que vivimos.

LA ÉTICA DEL CUIDADO ES LA GARANTÍA DE UN MUNDO SOSTENIBLE PARA TODOS EN 2030.

The ethics of care is tehe guarantee of a sustainable world for all in 2030.
A ética do cuidado é a garantía de um mundo susentável para todos em 2030.

Tenemos la fortuna de que una parte importante del personal del Hospital somos enfermeras. Esto nos permite tener una gran capacidad de transformación a diferentes niveles, tal y como defiende la campaña Nursing Now para el año 2020. Debemos ser muy conscientes de que el paciente tiene mucho que decirnos y que debemos aprovechar cada interacción con él y su entorno. No sólo para ofrecerle el mejor de los cuidados desde el punto de vista técnico, sino también para escucharle y darle protagonismo.

A nivel institucional, en el caso del Hospital Clínico San Carlos, gracias al apoyo e impulso de la Dirección de Enfermería, se apuesta por incorporar la práctica basada en la evidencia en las Unidades, a través de la implantación de Guías de Práctica Clínica. Como nos avalan las certificaciones de Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (BPSO).

Gracias al impulso de las enfermeras aspiramos a un mundo con economías más fuertes de forma global, mayor igualdad de género y mejor salud global.

"Lo importante no es lo que nos hace el destino, si no lo que nosotros hacemos de él"
Florence Nightingale

RECOMENDACIÓN CIENTÍFICA 20-01-02 DE INTERNATIONAL NURSING NETWORK SOBRE ASESORAMIENTO DE LAS ENFERMERAS Y MATRONAS A LAS MUJERES PARA MEJORAR LAS PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA

Scientific recommendattion 20/01/02 of the International Nursing Network on advice from nurses and midwives to women to improve breastfeeding practices.
Recomendaçao científica 20/01/02 da International Nursing Network sobre conselhos de enfemeriras e parteiras às mulheres para melhorar as prácticas de aleitamento materno.

A pesar de que la lactancia materna se considera la alimentación ideal para el lactante (1) según datos del año 2019, **sólo el 42%** de los niños menores de 6 meses de edad en el mundo reciben leche materna exclusiva en los 6 primeros meses de vida, algunos países tienen tasas menores de un 20% (2,3). Los niños amamantados tienen menos enfermedades, no solo durante la lactancia, también después. La lactancia materna puede reducir el riesgo de otitis media, de diarrea, de infecciones respiratorias, de dermatitis atópica, de asma, de muerte súbita del lactante, de leucemia, de enfermedad celíaca, de obesidad y diabetes tipo 1 y 2 en el adulto (4) y lleva a un mejor desarrollo cognitivo (5). Los niños amamantados tienen por lo menos **seis veces más posibilidades de supervivencia** en los primeros meses de vida (6).

La lactancia materna ayuda a la madre a mejorar su salud, inmediatamente después del parto, reduce el riesgo de hemorragia, a corto plazo disminuye la fertilidad (lo que permite distanciar un nuevo embarazo), y a largo plazo reduce la diabetes tipo 2, el cáncer de mama, de ovarios y de útero. La evidencia científica vincula el cese temprano de la lactancia materna con la depresión postparto (6).

Las consecuencias de las buenas prácticas basadas en la evidencia científica respecto a la lactancia materna **son extremadamente importantes** en países en desarrollo donde hay más enfermedades por escaso saneamiento y falta de acceso al agua potable. Los niños de países industrializados que no reciben leche materna también tienen más riesgo de enfermedad y muerte.

En la Declaración conjunta de las Naciones Unidas sobre el derecho a la alimentación, el derecho a la salud, el grupo de trabajo sobre discriminación contra la mujer en la ley y en la práctica, y el Comité de los Derechos del Niño en apoyo de mayores esfuerzos para promover, apoyar y proteger el amamantamiento consideran la lactancia materna **una cuestión de derechos humanos** tanto para el niño como para la madre orientada hacia el derecho a la vida de los niños, la supervivencia y el desarrollo y al más alto nivel posible de salud, de los cuales la leche materna debe considerarse el alimento óptimo. Las mujeres tienen derecho recibir información precisa e imparcial para tomar una decisión informada sobre la lactancia materna. También tienen derecho a servicios de salud de buena calidad, incluidos servicios integrales de salud sexual, reproductiva y materna. Y tienen derecho a una protección adecuada de la maternidad en el lugar de trabajo y a un ambiente amigable y condiciones apropiadas en los espacios públicos para la lactancia materna que son cruciales para garantizar prácticas exitosas de lactancia materna (7).

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (8) y de UNICEF (9) sobre lactancia materna son:

- Inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida
- Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses
- Lactancia continuada durante dos años o más, junto con una alimentación complementaria segura, adecuada desde el punto de vista nutritivo y apropiada a la edad, a partir del sexto mes.

Históricamente en todo el mundo las tasas de inicio y duración de lactancia materna cayeron bruscamente a partir de 1920, uno de los factores fue la introducción de fórmulas para la alimentación infantil derivadas de la leche de vaca evaporada. En muchos países es importante fortalecer la "cultura de la lactancia materna" frente a la fórmula artificial que además de cara, conlleva a riesgos puesto que es necesaria una higiene rigurosa y agua potable y además, no protege de enfermedades. Por ello, a nivel mundial todas las organizaciones y autoridades sanitarias señalan la lactancia materna como **un área de acción y atención prioritaria**.

Prácticamente todas las madres pueden dar lactancia materna con los apoyos y consejos adecuados. El contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido, la lactancia exclusiva a demanda sin restricciones y la posición correcta de la madre y el bebé para conseguir un buen agarre, incrementan las posibilidades del éxito de la lactancia materna (8).

Los principales problemas que hay que enfrentar para el éxito de la lactancia materna son la presión social y comercial de la leche artificial (10), **la orientación o asesoramiento por parte de los profesionales de salud** a veces incorrectos cuando carecen de capacitación (11) y la falta de apoyo a la lactancia cuando las madres vuelven a trabajar, todos estos son problemas que suelen anticipar el abandono de la lactancia materna. Las madres que trabajan necesitan apoyo, incluidas medidas legislativas, para poder continuar con la lactancia (12).

El aumento de las tasas y duración de la lactancia materna a nivel mundial podría prevenir 823,000 muertes anuales en niños menores de 5 años y 20,000 muertes por cáncer de mama. Los resultados de estudios de investigación en la última década amplían los beneficios conocidos de la lactancia materna para mujeres y niños, ya sean ricos o pobres.

La metodología para la Recomendación Científica del International Nursing Network ha incluido la recopilación y el análisis de las recomendaciones de la OMS 2018 en *Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices* (13) por parte de los miembros de su Comité Científico con el fin de ser utilizadas por las enfermeras y matronas como consejeras y orientadoras en lactancia materna. Se exponen las seis preguntas clave y las recomendaciones científicas:

1. ¿Debería proporcionarse asesoramiento sobre lactancia materna como un estándar de atención?
Se debe proporcionar asesoramiento sobre lactancia materna a todas las embarazadas y madres con niños pequeños (*evidencia recomendada de calidad moderada*). El objetivo del asesoramiento sobre lactancia materna es capacitar a las mujeres para que amamanten, respetando sus situaciones y deseos personales. El asesoramiento sobre lactancia materna nunca se impone pues esto sería contrario al asesoramiento.

2. ¿Cuándo se debería proporcionar el asesoramiento, prenatal, postnatal o en ambos períodos?
Se debe brindar asesoramiento sobre la lactancia materna tanto en el período prenatal como en el posnatal, y hasta 24 meses o más (*evidencia de calidad moderada*).

3. ¿Con qué frecuencia se debe proporcionar asesoramiento para mejorar la lactancia materna?
Se debe proporcionar asesoramiento sobre la lactancia materna al menos seis veces, y adicionalmente según sea necesario (*evidencia recomendada de baja calidad*). El asesoramiento sobre lactancia materna de mujeres embarazadas y madres muestra importantes beneficios para las prácticas de lactancia materna cuando se administra cuatro o más veces. La evidencia mostró beneficios importantes para seis o más contactos de asesoramiento en comparación con tres contactos (14).

4. ¿Cuál es la forma óptima de asesoramiento de la lactancia materna? Presencial, telefónico, remoto, on-line?
El asesoramiento sobre la lactancia materna para las embarazadas y madres se debe proporcionar a través del asesoramiento presencial cara a cara (*evidencia recomendada de baja calidad*). Se puede proporcionar a través del teléfono u otros modos remotos de asesoramiento (*recomendación específica según el contexto, evidencia de calidad moderada*).

5. ¿Quién debería proporcionar asesoramiento sobre lactancia materna, profesionales sanitarios, consejeros de lactancias o ambos?
El asesoramiento sobre la lactancia materna debe ser brindado como un continuo de atención, por profesionales de la salud debidamente capacitados y consejeros de lactancia materna con capacitación con un enfoque en la comunidad (*evidencia recomendada de calidad moderada*).

6. ¿Debería proporcionarse asesoramiento en lactancia materna anticipado a embarazadas y a madres que están considerando la lactancia materna o que ya están dando de mamar, para así mejorar las prácticas en lactancia materna?
El asesoramiento sobre lactancia materna se debe anticipar y abordar desafíos y contextos importantes para la lactancia materna, además de establecer habilidades, competencias y confianza entre las madres (*recomendación específica de contexto, evidencia de baja calidad*).

La protección, promoción y apoyo de la lactancia materna, de acuerdo con la orientación internacional, son esenciales en situaciones de emergencia. El asesoramiento sobre lactancia materna debe ser una parte integral de los planes de preparación para emergencias para la alimentación de lactantes y niños pequeños.

Ante esta evidencia, International Nursing Network formula la siguiente RECOMENDACIÓN CIENTÍFICA:
INTERNATIONAL NURSING NETWORK recomienda fomentar y apoyar la lactancia materna en todas las mujeres embarazadas y madres con niños pequeños **a través del asesoramiento de las enfermeras y matronas capacitadas**, tanto en la etapa prenatal como en la posnatal, manteniendo al menos 6 contactos, preferiblemente de forma presencial. El asesoramiento sobre lactancia materna se debe anticipar y debe abordar desafíos y contextos importantes para la lactancia materna incluyendo las emergencias o catástrofes, además de establecer habilidades, competencias y confianza entre las madres lactantes. Para conseguir esta recomendación científica es necesario que las enfermeras y matronas se capaciten en lactancia materna (11,14).

BIBLIOGRAFÍA

1.Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2007;(153):1-186. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4781366/

2.Fondo de las Naciones Unidas para los Niños. Datos 2019. Alimentación de lactantes y niños pequeños. Disponible en: https: // data .unicef.org / topic / nutrition / infant-and-young-child-feeding / (consultado el 15 de febrero de 2020).

3.Breastfeeding rates. OECD Family database. OECD Social Policy Division.Directorate of Employment, Labour and Social Affairs. Disponible en: https://www.oecd.org/social/family/43136964.pdf

4.Section of breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 2012;129;e827. DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552

5.Valado-Álvarez S, Orozco-Mujica GE. Amamantamiento. Aspectos psicosociales. Rev Mex Pediatr 2018; 85 (6). Disponible en:https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2018/sp186h.pdf

6.Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica en el SNS. Guía de Práctica Clínica en Lactancia Materna; 2017. Diponible en:https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf

7.United Nations Human Rights.Office of the High Commisioner. Joint statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee on the Rights of the Child in support of increased efforts to promote, support and protect breast-feeding. Disponible en:https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20871&LangID=E

8.Organización Mundial de la Salud. Lactancia Materna. Disponible en: https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/

9.UNICEF. Lactancia Materna. Disponible en:https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html

10.Pérez Escamilla R. Breastfeeding in the 21st century: How we can make it work. Social Science & Medicine. 2020; 244: 112331.https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953619303004

11.Ranch MM, Jämtén S, Thorstensson S, Ekström-Bergström AC. First-Time Mothers Have a Desire to Be Offered Professional Breastfeeding Support by Pediatric Nurses: An Evaluation of the Mother-Perceived-Professional Support Scale. Nurs Res Pract. 2019;2019:8731705. Published 2019 Aug 6. doi:10.1155/2019/8731705

12.Victora, R. Bahl, A. Barros, G.V.A Franca, S. Horton, J. Krasevec, S. Murch, M. J. Sankar, N. Walker, and N. C. Rollins. "Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms and Lifelong Effect." The Lancet . 2016; 387 (10017):475-490. Disponible en:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26869575

13.World Health Organization. Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices. World Health Organization; 2018 Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539309/

14.Kim, S, Nguyen P, Tran L, Alayon S, Menon, P., & Frongillo, E. Different Combinations of Behavior Change Interventions and Frequencies of Interpersonal Contacts Are Associated with Infant and Young Child Feeding Practices in Bangladesh, Ethiopia, and Vietnam. Current Developments in Nutrition. 2020; 4(2), nzz140. Disponible en:https://academic.oup.com/cdn/article/4/2/nzz140/5670617

i Según GRADE, la evidencia de alta calidad indica confianza en que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto. La evidencia de calidad moderada indica una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto verdadero esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea diferente. La evidencia de baja calidad indica que la confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto verdadero puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto. La evidencia de muy baja calidad indica muy poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el efecto verdadero sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Según GRADE-CERQual, la alta confianza indica que es muy probable que el resultado de la revisión sea una representación razonable del fenómeno de interés. La confianza moderada indica que es probable que el hallazgo de la revisión sea una representación razonable del fenómeno de interés. La baja confianza indica que es posible que el hallazgo de la revisión sea una representación razonable del fenómeno de interés. Una confianza muy baja indica que no está claro si el hallazgo de la revisión es una representación razonable del fenómeno de interés.

ARTICULOS ORIGINALES

La calidad de la enseñanza en Enfermería Clase magistral e instrumentos de evaluación

A qualidade do ensino de enfermagem. Aula expositiva clássica e instrumentos de avaliação corporais
Education quality in nursing. Lecture class and its assessment tools

Patricia Yolanda Tello Culquicóndor(1), Malvina Gazano(2), Betsy Arana Tabera(3), Marcela Martínez(4), Liliana Elba Ponti(5)

(1)Mg. En Ciencias de la Salud. Doctoranda en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Trujillo. Docente de una universidad privada de la localidad. (Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo, Perú). Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos del Hospital Belén de Trujillo, Perú.
https://orcid.org/0000-0001-8209-8109

(2)Licenciada en Enfermería-Facultad de Cs Médicas (Universidad Nacional de Rosario)-Argentina. Jefa de Trabajos Prácticos- Cátedra Biología II. (1º Ciclo carrera Licenciatura en Enfermería). Escuela de Enfermería. (Universidad Nacional Rosario) Rosario-Argentina. Tutora de la carrera (2ª Ciclo Licenciatura en Enfermería). Escuela de Enfermería-UNR-Rosario Argentina. Tutora-Primer Ciclo- Carrera de Licenciatura en Enfermería- Universidad Nacional del Litoral-Santa Fe- Argentina.
https://orcid.org/0000-0002-0851-9152

(3)Licenciada en Enfermería ciencias de la salud (Fundación Universitaria del Área Andina) Colombia. Especialista en Auditoria en Servicios de Salud ciencias de la salud (Fundación Universitaria del Área Andina) Colombia. Salud Pública (UNIVERSITY OF TEXAS ARLINGTON) –EE. UU. Organización Colegial de Enfermería OCE. Delegada Regional Valle del Cauca. Colombia.
https://orcid.org/0000-0002-6870-8879

(4)Lic. en enfermería. Maestrando en la carrera de administración general de los servicios de enfermería. Profesora universitaria. Docente titular de metodología de investigación de la Universidad de Morón. Becaria de investigación del Hospital de Pediatría Garrahan. Maestrando de la carrera de investigación científica de la Universidad de Lanús.
https://orcid.org/0000-0002-6148-5262

(5) Lic. en Enfermería. MSc Máster en Administración de Servicio de Enfermería. PhD Doctora en Enfermería. Maestrando en Maestría en Educación Tecnológica. Directora de Carrera Lic. en Enfermería. Universidad Abierta Interamericana. Facultad de Medicina y ciencia de la salud. Argentina.Docente de Carrera Lic. en Enfermería. Universidad Abierta Interamericana. Facultad de Medicina y Ciencia de la salud. Argentina.Coordinadora Grupo de Trabajo Sectorial (GTS) Enfermería Docente.
https://orcid.org-0000-0002-7870-1419

Autor de correspondencia:
lilianaponti60@gmail.com

Resumen
Este artículo continúa con los trabajos del grupo sectorial docente (GTS) que, fiel a sus objetivos, reflexiona sobre una de las estrategias más conocidas y utilizadas por el docente de enfermería: la clase magistral o expositiva, y sus instrumentos de evaluación. A pesar del avance del siglo, el proceso de transición en los claustros docentes de la disciplina en la educación superior aún sigue siendo un modo de continuación de la educación tradicional que se basa en la repetición y en la escasa reproducción del conocimiento. El saber de la enfermería siguió los formatos tradicionales y escogió la clase magistral como una manera de concentrar el poder del conocimiento en el docente, lo que se fortalecía con la demostración y devolución de la técnica al lado del sujeto. En este proceso de enseñanza-aprendizaje, el eje comunicacional era el saber constituido; saber que conlleva a la etapa siguiente: evaluar los conocimientos aprendidos, parte integrante e ineludible del proceso de aprendizaje. Se concluye que la estrategia didáctica expositiva no debe perder el referente principal que es facilitar el aprendizaje, puesto que dicha pérdida constituye el origen de las principales críticas a la educación.

Palabras clave:
Educación en Enfermería, Clase magistral, Evaluación educacional.

Abstract
This article continues with the duties of the teaching sectoral group (GTS) which, true to its goals, reflects upon one of the best known and most employed strategies among nursing professors: the lecture or lecture class, and its assessment tools.

Despite the passing of time, the transitional process concerning such field's teaching faculty at higher education remains a way of continuing with traditional education based on repetition and poor recreation of knowledge.

The nursing lore used traditional means and chose the lecture class as a way of focusing the power of knowledge on the professor. This was highlighted by the technique demonstration and assessment, both given next to students. In this teaching-learning process, the communication axis was the built-in knowledge; which leads to the next stage: testing the knowledge acquired, an integral and indispensable part in the learning process.

We conclude that the didactic-expositive strategy should not fail to contemplate the main point of reference —facilitating learning—, since such failure attracts major criticism against education.

Keywords:
Education in Nursing, Lecture Class, Educational Assessment.

Resumo
Este artigo continua com os trabalhos do grupo setorial de ensino (GTS) que, fiel a seus objetivos, reflete sobre uma das estratégias mais conhecidas e empregadas pelo docente de enfermagem: a aula expositiva clássica, e seus instrumentos de avaliação. Apesar do avanço do século, o processo de mudança no corpo docente da matéria no ensino superior é ainda uma forma de prolongamento do ensino tradicional que se baseia na repetição e na escassa reprodução do conhecimento. O saber da enfermagem aderiu aos formatos tradicionais e escolheu a aula expositiva clássica como um jeito de focar o poder do conhecimento no docente, o que fortalecia-se com a demonstração e a avaliação da técnica perto do sujeito. Neste processo ensino-aprendizagem, o eixo comunicacional era o saber constituído; saber que conduz à seguinte fase: avaliar os conhecimentos aprendidos, uma parte integrante e indispensável no processo de aprendizagem. Conclui-se que a estratégia didática expositiva não deve perder o principal referente —facilitar a aprendizagem—, dado que tal perda constitui a origem das principais críticas ao ensino.

Palavras-chave:
Ensino de Enfermagem, aula expositiva clássica, avaliação educacional

Introducción
Los cambios actuales que atraviesa la educación superior inducen a los docentes de enfermería a reflexionar en las estrategias didácticas que habitualmente se utilizan en la enseñanza y como se evalúa el aprendizaje. Si entendemos al aprendizaje como un espacio donde

se modifican habilidades, conocimientos y conductas, la enseñanza en enfermería debe situarse en el logro del mismo.

La educación del Siglo XXI, destaca el protagonismo en el estudiante, exigiendo al docente estrategias de aprendizajes que le permita enfrentar al mundo laboral con criticidad en sus pensamientos para interpelar los nuevos enfoques (1).

A pesar del avance del siglo, el proceso de transición en los claustros docentes aún sigue en tensión, siendo un modo de rigidez la continuación de la educación tradicional, centrada en repetición y escasa reproducción del conocimiento. Por este motivo este articulo expone una de las estrategias más conocida y utilizada por el docente de enfermería, la clase magistral o expositiva.

En la educación tradicional, el primer contacto que tiene el estudiante con el conocimiento de un tema es a través de la clase expositiva, también llamada magistral. Recurso que utiliza la disciplina para explicar conceptos mientras los estudiantes toman apuntes.

Centrado en formatos tradicionales el saber de la enfermería escogió la clase magistral como una manera de concentrar el poder del conocimiento en el docente que se fortalecía en la demostración y devolución de la técnica al lado del sujeto. En este proceso enseñanza aprendizaje el eje comunicacional era el saber constituido de estructuras concebidas tradicionales en modelos orientados a la trasmisión unidireccional del conocimiento, y por ende a la fragmentación de saberes, tanto en la teoría como en la práctica, modelos que aún siguen arraigados en el seno de la profesión. (2)

Las clases magistrales han sido una de las técnicas fundamentales de enseñanza desde los tiempos de civilización griega incluso desde mucho antes. Técnica didáctica donde el monopolio del conocimiento lo posee el docente y el estudiante adquiere una postura pasiva dependiendo del interés en el tema estudiado. Como agente pasivo, el estudiante, aprende en tres fases principales (motivación, atención, memorización) y cada una de ellas deben darse en una clase magistral. Para analizar todos estos lineamientos, autores han recurrido a la neurociencia y a la neuro-educación. ¿Qué actividad realiza el cerebro humano durante una clase tradicional? No sólo desde neurociencia se puede aseverar el déficit que mostraron la amplitud y frecuencia de las ondas cerebrales registradas en el estudiante cuando asistía a una de ellas, sino desde la neuro-educación se pudieron identificar el fomento a la pasividad, limitación, desincentivación del estudiante en la búsqueda de información agotando sus fortalezas. Claramente la adopción de un método expositivo es económicamente rentable porque utiliza grupos numerosos, es controlable el tiempo y el contenido que se va a trabajar, así como la estructura y la dinámica de la misma.

Desde la pedagogía, neurociencia y psicología nace un nuevo paradigma la neuro-educación quién asevera que las "funciones ejecutivas" son un conjunto de habilidades y flexibilidades cognitivas para lograr adaptabilidad del individuo al medio: capacidad de concentración, control de impulsos, memoria operativa, capacidad de planificación y organización, autorregulación emocional, capacidad de toma de decisiones, de autorrefuerzo, conciencia, entre otras. Las "funciones ejecutivas son fundamentales para conseguir un aprendizaje académico apropiado desde la infancia. El proceso de aprendizaje del cerebro tiene tres fases, como mencionamos, la motivación, atención y memorización. Si se está motivado es mucho más fácil prestar atención y con la repetición, se logra la memorización, hay que repasar el material estudiado con cierta frecuencia. Es imprescindible que el aprendizaje involucre emoción si se pretende que sea recordado. Este es sólo el primer paso para que los docentes de enfermería aprendan a mejorar sus competencias usando lo que nos enseña el mencionado paradigma. Porque, como enunció Leslie Hart, enseñar (educar) sin saber neurociencia es como querer diseñar un guante sin haber visto nunca una mano. (3)

Esta dinámica de clase, estrategia docente donde la trasmisión verbal de conocimientos expositiva es la que ocupa casi la totalidad del tiempo al ser unidireccional, encuentra su sustento en colocar el centro del proceso de aprendizaje en el rol docente. Se remonta a los propios orígenes de la educación formal. No obstante, a pesar de ser una metodología válida, esta herramienta no facilita información acerca de la comprensión por parte del estudiante, ya que la enseñanza tradicional trabaja especialmente la memoria.

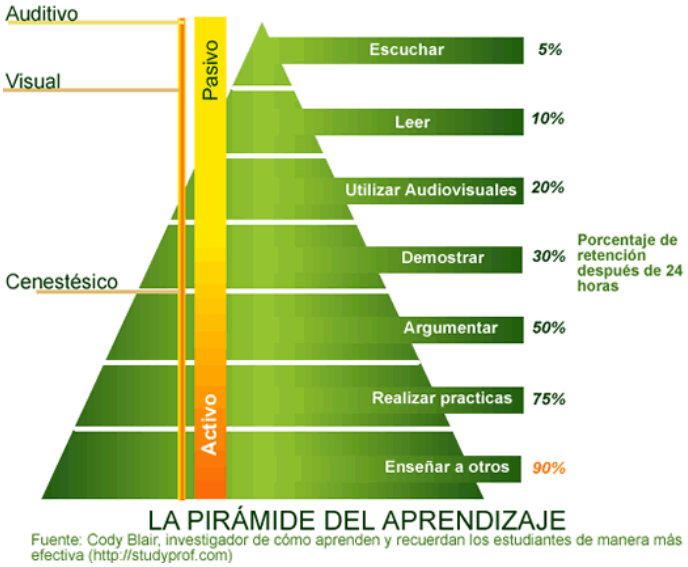
Vázquez Gonzáles plantea que como técnica didáctica es la más universal y para que el aprendizaje sea completo y productivo, la presentación del conjunto de conocimientos debe estar en colaboración con otros procedimientos o técnicas: como son el estudio dirigido, el trabajo en pequeños grupos, actividades prácticas, entre otros (4).

En este sentido la clase expositiva tiene en su interior un discurso hablado con participación pasiva del estudiante, que no es improvisado y que el docente de enfermería aborda desde el plano informativo los conocimientos teóricos y desde el plano lógico los conocimientos procedimentales para ir desarrollando el pensamiento crítico necesario en el cuidado de enfermeria. De esta forma la enseñanza y aprendizaje se transforma en un proceso humano donde el conocimiento y/o la destreza es transitiva, no conmutativa e informativa que exige en este proceso determinadas normas y procedimientos (5).

Paradójicamente, refiere Temporelli, en los tiempos que corren dominados por las nuevas tecnologías y en los que deberían prevalecer la pluralidad de visiones y la multiplicidad de información, el perfil instructivo ostenta una actitud replegada en una visión inequívoca, centralizada en un solo parecer: la del docente, autoridad que provee los saberes. Asimismo, aborda a la tecnología desde su valor instrumental y utilitario (6). La exposición como recurso didáctico y la memoria como la función de captación y retención de conocimientos, no puede ser reducida por el docente a la forma expositiva, a que sus alumnos sean simples oyentes y tomadores de apuntes, y mucho menos que esos conocimientos sean evaluados en el examen con la exigencia memorista. En enfermeria el interjuego de poner en representaciones la conceptualización de hechos, conceptos y principios se hace necesaria, no obstante, no se debe dejar de analizar que después de una clase magistral se recuerda aproximadamente el 5% de los puntos principales, según la pirámide de aprendizaje de Cody Blair, como lo demuestra la figura 1 (7).

Los esquemas de conocimientos incluyen en el aprendizaje la necesidad de organizadores previos facilitadores en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Figura 1. Esquema sobre la Pirámide de aprendizaje .



Uno de ellos es la toma de apuntes antes un material no familiar para el estudiante como estrategia de recordación, como así también la sistematización y la estructuración de la información, pero el activar esta estructura cognitiva requiere de enseñanza por parte del docente de enfermería. Esta fase es fundamental para almacenar la información en la memoria semántica, aquella que dura mucho tiempo y permite dar significado a nuevos contenidos.

La clase magistral puede ser útil e interesante especialmente si cumplen con ciertos requisitos de organización y comunicación. Sin embargo, no son las más adecuadas para que los estudiantes desarrollen capacidades como buscar, seleccionar, organizar y presentar información, trabajar en equipo, afrontar y resolver problemas reales, aplicar técnicas y destrezas prácticas, desarrollar el pensamiento crítico u otra habilidad.

Las ventajas de la clase expositiva es cuando el contenido es nuevo para el estudiante y difícil de dominar mediante la lectura de libros. Se ha observado en los estudiantes de enfermeria que, en los primeros años de la carrera, las capacidades de abstracción y de síntesis no está suficientemente desarrolladas, en este caso la conceptualización expositiva beneficia y enriquece el pensamiento.

Sin embargo, las desventajas se centran en que el predominio total de la actividad se concentra en el profesor, pues pone el acento en el acto de enseñar y el aprendizaje pasivo del estudiante. Reduce las fuentes de información a las palabras del profesor, predomina los objetivos cognoscitivos no desarrollando aspectos actitudinales (capacidades, destrezas, hábitos) tan necesarios en el pensamiento crítico en enfermeria. Se centra en que conlleva a una pasividad e inercia mental que se mecaniza en actos como tomar notas o apuntes, memorizar y reproducir en los exámenes tradicionales los contenidos recordados, no se deja tiempo ni se estimula para leer, pensar, dialogar y pensar. De este modo, se favorece la repetición mimética la falta de sentido crítico-reflexivo y la rutina conformista, tanto en los estudiantes como en los docentes. La eficacia está muy condicionada por el nivel de atención de los alumnos.

Por tanto, la clase expositiva o magistral no es mejor ni peor que otros métodos de enseñanza, depende de los objetivos que el profesor pretenda alcanzar y cómo se desarrolla en la práctica, así como de cuál va a ser su peso en el conjunto de las estrategias didácticas utilizadas en el desarrollo de la asignatura (7).

Mundialmente, en educación médica la necesidad de reemplazar las clases magistrales por otras actividades pedagógicas, comparativamente eficaces, esa gestando un cambio de paradigma en el proceso de enseñanza- aprendizaje centrado en el estudiante (8).

Ante la estrategia docente de una clase expositiva o magistral, etapa de enseñanza conlleva la etapa siguiente de evaluar los conocimientos aprendidos, parte integrante e ineludible del proceso de aprendizaje. Si se parte de la transcendencia que tiene los exámenes para los estudiantes, los docentes son los responsables de la evaluacion del saber. La estrategia didáctica expositiva implicaría que en la instancia evaluativa se consideren conocimientos conceptuales que permita la exploración de los contenidos teóricos aprendidos.

El problema se centra que en la educación tradicional la evaluacion docente está encauzada en aprendizajes recordados por el estudiante, para clasificar, medir, o rotular una situación, sin considerar las particularidades. Sin embargo, en la medida que sigamos repitiendo estos errores a la hora de evaluar seguiremos fallando en el proceso de formación educativa. Pero ¿qué significa evaluar? Stufflebeam define a la evaluación como el acto de recoger información útil para la toma de decisiones, pero ¿qué tipo de decisiones debe efectuar el docente? En la actualidad, la evaluacion está inmersa en la educación y el docente debe actuar acorde a sus objetivos de enseñanza. El modelo CIPP (Contexto, Input, Proceso y Producto), de Stuffleabeam y Shinkfield destaca la evaluación como un medio para lograr el perfeccionamiento del estudiante ante la identificación de aquellos aspectos que se necesita fortalecer (9).

La necesidad de decidir la forma de evaluar surge de distintos planos, aspectos y momentos de la interacción didáctica, razonamiento ejercido por el docente que le permite definir el instrumento para recolectar la información necesaria sobre los logros alcanzados (10).

La selección y construcción de las herramientas de evaluación deben ser consideradas desde el punto de vista de las aptitudes y actitudes individuales del alumno, de esta manera la evaluación no sería estimada como una forma de calificar un resultado, sino de evaluar destrezas adquiridas y dificultades afrontadas en el proceso formativo.

La elección metódica de los indicadores a la hora de la construcción del instrumento, es fundamental por parte del profesor, ya que para que sea considerado valido debe medir lo que realmente se quiere medir, además el resultado alfanumérico debe representar los objetivos propuestos en la práctica educativa.

Existen diversos tipos de evaluación, pero la formativa es la única que cumple estrechamente la función de regulación de las actividades de enseñanza y de aprendizaje. Dentro de este tipo nos sumergiremos en la técnica de múltiples alternativas, ella se encuentra enmarcada dentro de las pruebas estructuradas, que tienen como objetivo evaluar la habilidad de recuperación de información (traer a la conciencia datos importantes: Identificar, completar, reconocer, definir) y la habilidad para la organización de la información (disponer de la información para utilizarla con eficacia: comparar, clasificar, ordenar, representar, resumir). Los ítems de solución que se puede consignar a los alumnos son los siguientes:

- Opción múltiple.

- La mejor respuesta.
- Emparejamiento.
- Verdadero-Falso.
- Conjunto de preguntas con base en un problema.

Algunos autores señalan las ventajas y desventajas de este tipo de técnica.

• Ventajas en su implementación:
Permite incluir muchas preguntas para lograr un muestreo de conocimientos. Proporciona información que admite rápida valoración en un marco de considerable objetividad. Viable en evaluación de grandes grupos.

• Desventajas en su implementación:
Es necesario contemplar en su diseño la alternativa de acceder a la respuesta correcta por medio del azar. Se desconocen las operaciones de pensamiento dinamizadas en el alumno para la resolución. Con frecuencia solicita estrategias cognitivas de nivel inferior circunscribiéndose a la mera recuperación de información. (11)

Existe un tipo de evaluación que se trabaja con los errores, actualmente en el lenguaje habitual, cuando nos referimos al error pensamos en algo que no debiera producirse, al mismo se lo concibe como resultado final cargado de connotaciones negativas, o como una falta irreversible portadora de un efecto destructivo o distorsionado.

Sin embargo, en los últimos años y a través del constructivismo, el error adquiere otra dimensión pues resulta sumamente valioso en aquellos procesos de aprendizaje que no son concebidos de modo lineal, sino que implican avances y retrocesos. Dado que aprender significa superar errores, es necesario explicitarlos para reconocer qué debemos mejorar y cómo hacerlo.

Los errores de los alumnos le permiten al docente:
- Saber quién necesita ayuda y orientación.
- Tener indicios sobre lo que ocurre en el proceso de razonamiento.
- Ayudar a transparentar los procesos seguidos.
- Guiar la práctica docente.
- Proporcionar información (al alumno y al grupo) sobre los progresos alcanzados.

También nos recuerda que evaluar es parte de enseñar. El qué, cómo y para qué se evalúa, enseña algo a los alumnos. Los estudiantes aprenden de los propósitos, los contenidos y las formas que usamos para evaluarlos. La evaluación es así, parte del curriculum. Por consiguiente, si al evaluar estamos comunicando algo, los docentes tenemos que planificar la evaluación tanto como planificamos nuestras clases: poniendo en relación actividades con objetivos e intenciones (12).

Los instrumentos de evaluación constituyen herramientas reales y específicas tangibles utilizadas por la persona que evalúa para sistematizar sus valoraciones sobre diferentes aspectos. Algunos ejemplos son: las listas de control, las escalas de estimación, las rúbricas, las escalas de diferencial semántico, las matrices de decisión o incluso instrumentos mixtos donde se mezclen más de uno (13).

Para el diseño y elaboración de los instrumentos de evaluación es muy importante establecer las fases del plan de evaluación:

1. Planificación
2. Construcción
3. Administración
4. Análisis
5. Certificación

Planificación. Determinar la finalidad de la evaluación: diagnóstica, formativa, sumativa, las competencias que se van a evaluar, el logro de las competencias, el tipo de procedimiento evaluativo, Se debe especificar el tipo de preguntas de evaluación, teniendo en cuenta los niveles de dominio de una competencia.

Construcción. Se refiere a la selección del material a usarse para obtener y elaborar las situaciones de evaluación. Se deben redactar las instrucciones que orienten al alumno a responder correctamente, se redactan y se organizan las preguntas según criterio y tipo, valor, así como se corregirán las preguntas planteadas.

Administración. Se refiere a los aspectos técnicos durante la evaluación: Mantenimiento de las condiciones ambientales, las condiciones de trabajo, cumplir con las instrucciones para responder, cumplir los tiempos asignados, aclarar posibles dudas que se presenten.

Análisis. Está relacionado con el momento de corregir según lo planificado: verificar los resultados por pregunta y por criterio, determinar o interpretar los índices o indicadores de aceptación y términos de logro.

Certificación. Se asigna una puntuación por criterio logrado, dando como resultado una calificación.

Los distintos tipos de instrumentos de evaluación son el soporte físico empleado para recoger información sobre los aprendizajes esperados de los estudiantes. Desde un punto de vista métrico, los instrumentos que se utilicen para la evaluación han de ser objetivos, claros, comprensibles por las partes, preferiblemente cuantitativos, fiables y válidos (14).

Hay tres grupos de instrumentos de evaluación:

1. Instrumentos de evaluacion basados en respuestas estructurada escrita.

Se basa en el criterio de objetividad en función de una serie de preguntas que se elaboran en función de las competencias, capacidades e indicadores para recepcionar información respecto al avance del alumno.

Ventajas:
a) Permite corregir rápidamente. De fácil aplicación y corrección.
b) Permite abarcar gran cantidad de contenido.
c) Permite procesar los datos estadísticamente para valorar la dificultad, discriminación, homogeneidad de los ítems y la fiabilidad de la prueba.
d) Admite la posibilidad de múltiples análisis estadísticos de los resultados.
e) Facilita el análisis de la información sobre los alumnos, logros de los objetivos o capacidades.
f) Permite identificar a los alumnos para trabajar en su afianzamiento, tutoría.

Desventajas:
a) Evalúa el recuerdo de la información por parte del estudiante.
b) Se debe trabajar con mucho cuidado la formulación de ítems para evaluar el procesamiento de la información de orden más complejo.

Tipos de ítems o preguntas.

Se entiende por pregunta a una declaración, asunto o tema sobre el que se va a trabajar. También puede utilizarse el término ítem que puede expresarse no solo en forma interrogativa, como la pregunta, sino que puede ser una afirmación, una instrucción que se le da al estudiante, una orden para realizar una tarea.

Los tipos de ítem que requieren una respuesta estructurada son: respuesta breve o simple, asociación, verdadero-falso, elección múltiple e interpretativos. Cada uno de ellos tiene ventajas y desventajas, pero pueden alcanzar la medida de conocimiento más o menos complejo. Asimismo, para cada uno de ellos se hacen recomendaciones u otras para la mejora de su calidad.

Ítems de respuesta breve o simple: Se caracterizan porque a la pregunta le siguen un conjunto de respuestas entre las que hay solo una que es verdadera y las otras o distractores, son falsas. El alumno deberá contestar la correcta.

Ítems de asociación: Consiste en presentar una serie de elementos en dos listas, generalmente a modo de columnas paralelas en que cada palabra, símbolo o frase de una columna puede asociarse con los elementos de la otra columna. Se puede usar una gran variedad de combinaciones premisas- respuestas. El estudiante tiene que establecer las relaciones con los elementos de las dos listas: hechos y datos, autores y obras, causas y efectos, principios y generalizaciones, cantidades y fórmulas, entre otros.

Ítems de verdadero- falso: La respuesta exige al alumno a decidir por separado, respecto a la corrección o incorreción de un grupo de afirmaciones. En este tipo de pruebas se evalúa la capacidad de relacionar ideas en muchos ámbitos de conocimiento y materias, de los cuales ya se ha recibido o se presupone una información previa. Las cuestiones pueden relacionar elementos muy diversos.

Ítems de selección múltiple: El alumno debe elegir las diversas respuestas que sean verdaderas entre las alternativas.

Preguntas abiertas: La característica más importante de esta técnica es que el alumno construye su respuesta. Desde esta perspectiva permite evaluar diversos objetivos y muchos de ellos de cierta complejidad. Los inconvenientes se centran fundamentalmente en la corrección laboriosa y de difícil objetividad.

Escalas de puntuación:
Se asigna un valor a cada ítem según la puntuación global, son sumativas, la respuesta acertada puede valer un punto. Se aplica corrección por azar en los de elección múltiple, teniendo en cuenta que el alumno tiene la probabilidad de acertar por razones puramente aleatorias, en función con el número de alternativas. La puntuación obtenida se puede transformar a cualquier otro tipo de escala numérica (15).

Reglas para el diseño de los ítems:
Cada ítem debe ser diseñado para medir sólo el resultado seleccionado del dominio.
1. Los ítems deben provocar las ejecuciones deseadas de la manera más directa posible.
2. Cada ítem debe referirse a un solo concepto con una respuesta correcta clara o mejor opción.
3. Los ítems no deben proporcionar pistas, gramaticales o de cualquier otro tipo, a la persona que contesta.

Recomendaciones para formular los ítems:
a) Formulación lingüística: redactar ítems claros, sintéticos y construidos correctamente en el sentido lingüístico. Igualmente se deben formular en forma de pregunta y en forma positiva. Utilizar siempre el formato de respuesta correcta o mejor respuesta. Situar toda la información de un mismo ítem en una misma página, fácilmente abarcable con la mirada.
b) Resolución: minimizar el tiempo que necesita el estudiante para la lectura y comprensión del ítem. Explicitar el tiempo de resolución del mismo.
c) Revisión: disponer de tiempo para realizar la revisión de los ítems en sus diversos aspectos (formulación, contenido y puntuación).

Recomendaciones respecto a los contenidos:
a) formulación: contenidos significativos, utilizando un vocabulario entendible y el tipo de ítem más adecuado para cada caso, adaptándolos a los niveles de habilidad de los sujetos y el propósito del test. Evitar ítems basados en opiniones.
b) Facilidad/dificultad: evitar el conocimiento muy específico, el nivel de dificultad del ítem debe determinarse según lo que se precise para alcanzar los objetivos.

Recomendaciones respecto a la presentación de la prueba:
Deben resolverse tres aspectos: Las instrucciones de realización de la misma, el formato y el de las respuestas.
a) Las instrucciones hacen referencia a todos los aspectos que el alumno deberá tener en cuenta para su ejecución como: La presentación de las preguntas y respuestas, la duración de la aplicación y el rigor en las expresiones.
b) El formato: Lápiz y papel, conteniendo las preguntas y respuestas.
c) Respuestas: Las preguntas y respuestas pueden presentarse integradas en un mismo formato o por separado. La primera, favorece la realización y la segunda es muy práctico cuando se pretende utilizarlo más de una vez y /o el soporte está computarizado.

2. **Instrumentos de Evaluación basados en ejecuciones.**

a. Respuesta abierta escrita: ensayos o pruebas de respuesta corta.
b. Evaluación de conductas.
c. Evaluación de productos.
d. Evaluación de entrevistas.
e. Portafolio.

3. **Evaluación de actitudes, personalidad, preferencias:**

a. Escalas de actitudes
b. Rejilla de constructos personales (16).

Concluyendo en la reflexión frente a lo expuesto sobre la clase magistral y al concepto de evaluación, la mayoría de los errores que se cometen en clases expositivas se deben a la pérdida del referente principal que es facilitar el aprendizaje, pérdida que constituye el origen de las principales críticas a la educación. El docente de enfermería debe adaptar la enseñanza para facilitar el

aprendizaje y por ende el instrumento de evaluación debe ser pertinente conforme al objeto a evaluar y la habilidad que se espera valorar.

La diversidad de instrumentos facilita la obtención de información sobre diversos aspectos del desarrollo de la actividad educativa. Definir criterios de evaluación para la construcción de juicios de valor es un requisito inherente al diseño de los instrumentos de evaluación. Los criterios de evaluación deben ser explícitos, anticipados y compartidos con los estudiantes. Evaluar es un proceso que implica la utilización de instrumentos formales y no formales, para que el enfermero desarrolle en sus años de formación el pensamiento crítico y reflexivo para brindar cuidados de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1.Gajardo García, F, Grandón Fonseca G, Gfel L C. Aprendizaje y Rendimiento en educación superior: un estudio comparado. Revista Actualidades Investigativas en educación. Vol. 15 Nª3. (2015). PP 1-23. Costa Rica. http://dx.doi.org/10.15517/aie.v15i3.21072.

2.Adiel Agama-Sarabia, et al. Recursos audiovisuales en la educación en enfermería: revisión de la literatura. Enfermería Global N.º 47 2017.Julio. México. http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.260621

3.Sánchez, F; Barba. A: Cómo impartir una clase magistral según la neurociencia: Jornadas de Enseñanza Universitaria de la Informática. "XXV Jornadas sobre Enseñanza Universitaria de la Informática: Murcia, 3 a 5 de julio 2019: actas". Asociación de Enseñantes Universitarios de la informática (AENUI),2019, P. 87-94, disponible en http://hdl.handle.net/2117/166394

4.Vásquez Gonzales JJ M; Aplicación de técnicas didácticas para mejorar el aprendizaje de los estudiantes de historia regional, de la Facultad de Ciencias Sociales U.N.S.C.H Ayacucho 2012-II.- Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle, Alma Máter del Magisterio Nacional Escuela de Post Grado. Lima-Perú (2017.)- Pág. 36 a 60.

3 – Moradielos Enrique," Clase Magistral y Educación: entre el equívoco y la excusa ", RDL. Revista De Libros, año 2015; Madrid, España, p. 1 a 3. https://www.revistadelibros.com

5.Álvarez Méndez J.M., Evaluar Para Conocer, Examinar para excluir, El Campo Semántico de la evaluación más allá de las definiciones, cap. 1, p.1 a 8,año 2014,diciembre 2019, disponible en : https://es.slideshare.net-haisdegodines-evaluar-para-conocer-examinar-para-excluir-36488915

6.Temporelli W. La escuela resiste (muy a pesar de la tecnología), "Las TIC en Educación, Mitos y verdades de su uso constructivista, Primera edición, ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina); Editorial Bonum; 2018; p.75; www.editorialbonum.com.ar

7.Estudio de Ángela Prieto Gil sobre la pirámide del aprendizaje de Cody Blair: http://biblioteca.ucm.es/revcul/e-learninginnova/27/art1263.pdf
http://webs.ucm.es/BUCM/revcul/e-learning-innova/27/art1263.pdf

8.Rizo Fernández R, Figueredo Savigne A; Rodríguez Fernández Z, La Conferencia
como forma de organización del proceso de enseñanza aprendizaje en la educación
médica superior cubana. Revista Cubana de Educación Médica Superior.2018;32(2)
artículo de posición. P:1-17
Disponible en https://creativecommons.org//licenses/by-nc/4.0/deed.esES

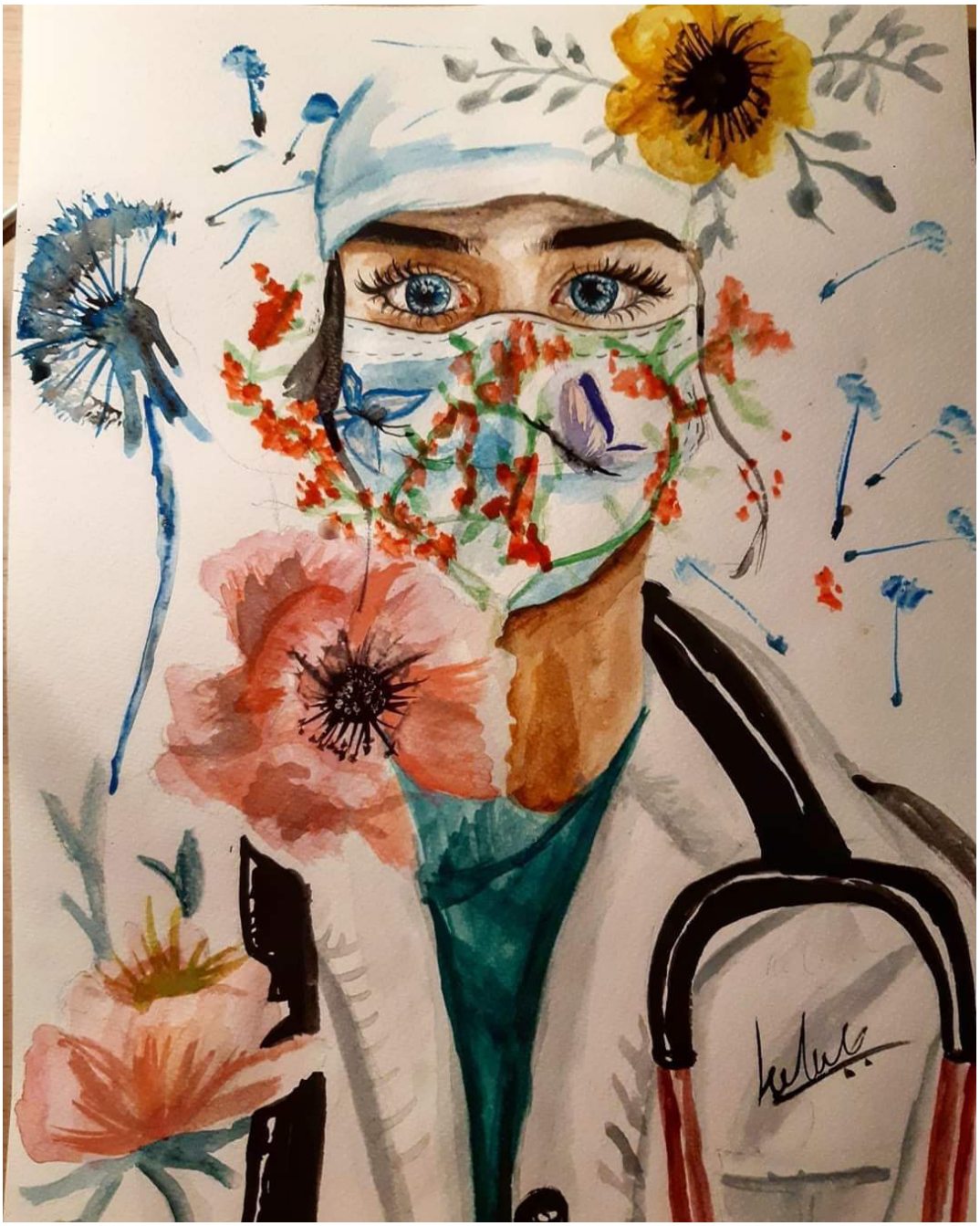
9.Guerrero Ceh J G, Ana Rosa Can Valle A R. La evaluación del programa educativo en el nivel superior. Universidad de Zulia. Opción, Año 31, No. Especial 2 (2015): 557 - 572 ISSN 1012-1587. Disponible. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-LaEvaluacionDelProgramaEducativoEnElNivelSuperior-5834770.pdf

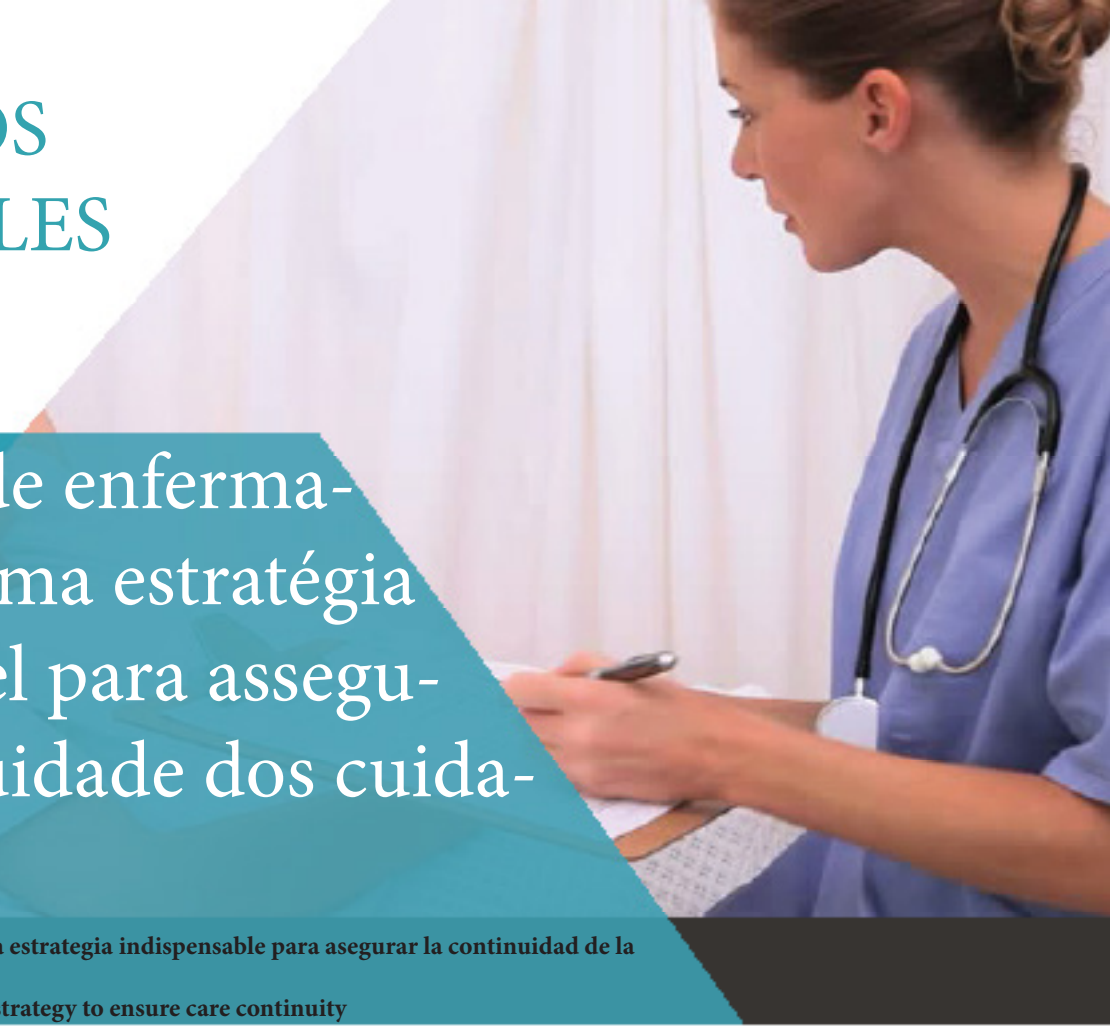
10.Cherjovsky R, Brailovsky C, Gómez C. La evaluación de alumnos de las carreras de medicina. Facultad de medicina y Ciencia de la Salud. Universidad Abierta Interamericana Argentina 2017

11.Ministerio de educación. DEC-CONEAU (2016). Elaboración Y Validación De Instrumentos De Evaluación De Competencias Profesionales Recuperado de: https://www.sineace.gob.pe/wp-content/uploads/2016/02/03-Guia-elaboracion-Instrumentos-evaluacion.pdf. [Consulta: 20/05/2019].

12.Jurado-Núñez A, Leenen Iwin. Reflexiones sobre adivinar en preguntas de opción múltiple y cómo afecta el resultado del examen. Investigación educ. médica [revista en la Internet]. 2016 Mar [citado 2019 Dic 29]; 5(17): 55-63. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572016000100055&lng=es. http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2015.07.004.

13.Ubiera y D' Oleo . Técnicas e Instrumentos de Evaluación. 2016Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?isbn=9945905325 [Consulta: 08/06/2019].
14.Hamodi, C., López Pastor, V., López Pastor, A. Medios, técnicas e i instrumentos de evaluación formativa y compartida del aprendizaje en educación superior. Perfiles Educativos, XXXVII (147), 146-161.2015. Recuperado el 14 de junio de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185- Disponible https://www.redalyc.org/pdf/132/13233749009.pdf
15.Cortés y Añon. Tipo de evaluación e instrumentos de evaluación.2013 [Consulta: 08/04/2019]. http://mestreacasa.gva.es/c/document_library/get_file?folderId=500001688024&name=DLFE-399422.pdf
16.Medina, M y Verdejo Ada. Evaluación Del Aprendizaje. Isla Negra, Puerto Rico. 2001.https://books.google.com.pe/books?isbn=1881715574 [Consulta: 19/05/2019].





Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados

Los registros de enfermería como una estrategia indispensable para asegurar la continuidad de la atención
Nursing records as an indispensable strategy to ensure care continuity

Marlene Rutília Serpa Morais Ribeiro

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Serviço Urgência da Unidade de Saúde da Ilha do Pico - Açores. Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem – Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal. Detentora de Competências Acrescidas Avançadas em Gestão pela OE Portugueses.
https://orcid.org/0000-0002-4011-3849

Autor de Correspondencia:
marlenemorais04@gmail.com

Resumo
O estudo objetivou compreender a importância dos registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados. Trata-se de um artigo de opinião / revisão de literatura, sobre os conceitos "Registos de Enfermagem"; "Comunicação" e "Continuidade dos Cuidados de Enfermagem" utilizando como referência os textos contemporâneos sobre Registos de Enfermagem e Continuidade dos Cuidados de periódicos sobre tais temas, disponíveis nas principais plataformas de bases de dados científicas.

Os resultados da revisão de literatura revelaram que nos atuais contextos de trabalho, os registos de enfermagem independentemente da sua forma de apresentação manual ou informatizada, são a estratégia valida documentada para garantir a continuidade dos cuidados. Os registos de enfermagem são um importante veículo de comunicação que reflete o atendimento e o tratamento prestado, num dado período, e pauteiam a sequência da continuidade da prestação de cuidados, não só pela equipa de enfermagem, mas também pela equipa multidisciplinar.

A enfermagem desempenha um papel importante dentro das organizações de saúde, prestando assistência direta e ininterrupta ao cliente, e os seus registos no plano de cuidados de enfermagem, são documentos ricos de informação, uma ferramenta essencial para assegurar a continuidade dos cuidados, ao mesmo tempo que promovem a comunicabilidade entre os profissionais de saúde, objetivando melhores cuidados e maiores ganhos em saúde.

Palavras-chave: Registos de Enfermagem, Comunicação e Continuidade dos Cuidados de Enfermagem.

Resumen
El estudio tuvo como objetivo comprender la importancia de los registros de enfermería como una estrategia indispensable para garantizar la continuidad de la atención. Es un artículo de revisión de opinión / literatura sobre los conceptos "Registros de enfermería"; "Comunicación" y "Continuidad de la atención

de enfermería" utilizando como referencia los textos contemporáneos sobre los registros de enfermería y la continuidad de la atención de las revistas sobre estos temas, disponibles en las principales plataformas de bases de datos científicas.

Los resultados de la revisión de la literatura revelaron que, en los contextos laborales actuales, los registros de enfermería, independientemente de su presentación manual o computarizada, son la estrategia documentada válida para garantizar la continuidad de la atención. Los registros de enfermería son un importante vehículo de comunicación que refleja la atención y el tratamiento brindados, en un período determinado, y guían la continuidad de la provisión de atención, no solo por parte del equipo de enfermería, sino también por el equipo multidisciplinario.

La enfermería desempeña un papel importante dentro de las organizaciones de salud, brindando asistencia directa e ininterrumpida al cliente, y sus registros en el plan de atención de enfermería son ricos documentos de información, una herramienta esencial para garantizar la continuidad de la atención, al mismo tiempo. que promueven la comunicabilidad entre profesionales de la salud, con el objetivo de una mejor atención y mayores beneficios para la salud.

Palabras clave: Registros de enfermería, comunicación y continuidad de la atención de enfermería.

Abstract

It was our intention with this study to understand the importance of nursing records as an imperative strategy to ensure the continuity of nursing care. It is an opinion article/ a revision of some literature concerning the concepts of "Nursing Records", "Communication", and "The Continuity of Nursing Care" using as reference some contemporary texts on Nursing Records and Continuity of Nursing published by some newspapers on such subjects, and other articles which are also available in the main platforms of scientific databases.

The results acquired during the revision of all the researched data, be it manual or digitally treated, have shown that in present working contexts, nursing records are a valid documented strategy to ensure the continuity of nursing care. Nursing records are an important asset of communication, which reflect the attendance and treatment given to patients, during a determined period, allowing the sequential provision of care, not only by the team of nurses but also by the multidisciplinary team.

The nursing service plays a determinant role inside the health institutions, providing direct and continuous assistance to patients, thus their records, as part of the nursing care plan, are precious sources of information, and a fundamental tool to ensure the continuity of care, while allowing the interactive communication among the different sectors within the health system, which in the end will allow the provision of better care as well as better revenues.

Keywords: Nursing Records; Communication; Continuity of Nursing Care.

Introdução

O exponencial desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia na sociedade contemporânea arrasta consigo a necessidade constante de evolução organizacional, com as ferramentas que existem disponíveis, para que dentro das organizações se obtenha o sucesso da garantia de continuidade de cuidados nos serviços. Esta é uma realidade transversal e espelha-se nas instituições de saúde, com repercussões contínuas na prática de todos os colaboradores, da qual não se podem excluir os profissionais de enfermagem.

Relativamente, à área assistencial de enfermagem esta é produtora de uma rica fonte de informação, que por sua vez, pode sofrer mutação constante. Logo, perante a panóplia de casos que desafiam o enfermeiro na sua prática diária de prestação de cuidados, é fácil entender que os seus cuidados de saúde carecem de ser registados. É importante que os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados, enriqueçam os dados dos seus registos no plano de cuidados do cliente adequadamente, de forma que estes visem servir como ferramenta que rentabilize a informação. Assim como, ser a estratégia que premeia a continuidade dos cuidados ao cliente, objetivando mais ganhos em saúde.

É patente que os registos de enfermagem ocupam um

lugar salutar, quando o seu valor e qualidade da informação têm uma relação intrínseca com o timing ou com a oportunidade a que ela sucede. Reitero, a informação não pode ser entendida apenas como um recurso, mas um recurso, por isso, é premente saber usá-la e aprender novas formas de decifrar este recurso que é a comunicação / informação.

O presente artigo de opinião / revisão da literatura escolha recai sob o tema: Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados. Pretendo nesta explanação, atingir os seguintes objetivos: descrever, numa breve abordagem inicial, o significado das designações: "registos de enfermagem", "continuidade dos cuidados" e "sistemas de informação", para melhor suporte da estrutura do artigo; posteriormente, objetivo contextualizar a importância dos registos de enfermagem como uma estratégia que patenteia assegurar a continuidade dos cuidados, fazendo a revisão de literatura complementar. É minha aspiração, descortinar o contributo dos registos de enfermagem para a prossecução dos cuidados por toda a equipa pluriprofissional.

Inicio esta narrativa com a questão que norteou a pesquisa, a designar: "De que forma os registos de enfermagem são uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados em saúde?"

Metdologia

Trata-se de um mix - artigo de opinião / revisão de literatura, realizado segundo a metodologia crítico-reflexiva. Na condução desta investigação, adotou-se a revisão bibliográfica de literatura, objetivando colocar o investigador em contato direto com aquilo que foi descrito sobre determinado assunto (1). Nesse sentido, esta revisão seguiu as seguintes etapas: seleção da pergunta norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição de informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados.

Formulou-se a seguinte questão para guiar a revisão bibliográfica: De que forma os registos de enfermagem são uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados em saúde?

O levantamento das produções bibliográficas ocorreu durante o mês de abril 2018, sendo utilizadas para pesquisa as principais bases de dados: Google Scholar; EBSCO Host; Medline; Web of Science; CDR e Repositório da Universidade do Porto e Scielo. Os termos utilizados para a busca dos artigos foram: metodologias ativas de aprendizagem e educação em saúde. Assim, foram utilizados os seguintes descritores: "Registos de Enfermagem"; "Comunicação" e "Continuidade dos Cuidados de Enfermagem", e os operadores ("nursing records"[MeSH Terms] OR ("nursing"[All Fields] AND ("communication"[MeSH Terms] OR "communication"[All Fields])) AND "records"[All Fields]) OR "nursing records"[All Fields]) AND ("continuity of patient care").

Na ocasião, os critérios de seleção foram artigos de carater público e de livre acesso (disponíveis gratuitamente), incluindo estudos disponíveis na íntegra (com resumos e textos completos), escritos em português ou inglês, referentes ao período de janeiro de 2010 a dezembro de 2017, dirigidos a profissionais de enfermagem, artigos contendo nos seus títulos ou nos seus resumos os descritores supramencionados. A origem dos artigos é: 1 Argentina; 2 Brasil; 2 Portugal; 1 Tailândia e 1 Turquia (num total de sete selecionados).

Foram critérios de exclusão, os artigos dirigidos a outros grupos profissionais; artigos que só fazem uma breve descrição dos registos de enfermagem e artigos que após a leitura do texto, não referem conceções teóricas sobre os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável à continuidade dos cuidados. Foram ainda excluídos durante a busca: toda a produção duplicada, editoriais, cartas ao editor, bem como os boletins epidemiológicos. Além dos artigos da revisão de literatura, foi também usada bibliografia complementar. A revisão sistemática dos estudos científicos, foi efetuada durante o mês de abril de 2018. A figura I representa o fluxograma da revisão sistemática, das buscas dos estudos primários, que foram a base para a realização desta narrativa.

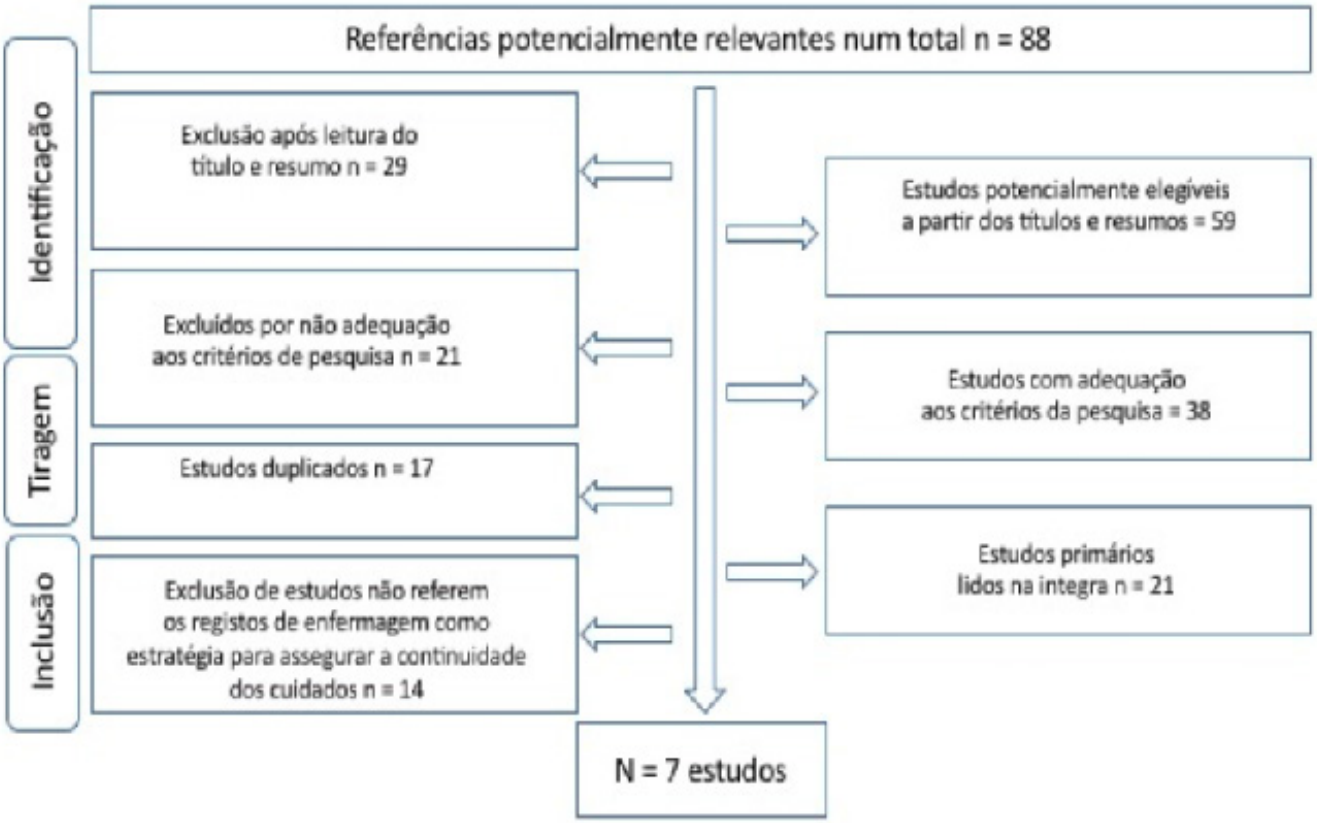
Tabela 1. Síntese das evidências encontradas nos estudos.

Autor; Ano do estudo; Publicação	**Tipo de estudo / Origem do estudo**	**Título**	**Objetivo geral do estudo**	**Principais conclusões**
DUTRA, H. [et al.], 2013, Online Brazilien Jornal of Nursing	Estudo Quase- Experimental Brasil	*Nursing records at a teaching hospital: a quasi-experimental study.*	Avaliar os registos de enfermagem de um dado período, para o cumprimento da legislação específica num hospital de ensino.	Os registos de enfermagem representam parte integrante do sistema de informação em instituições de saúde e são considerados uma importante ferramenta de comunicação.
GENC-TURK, N. [et al.], 2012, International Journal of Caring Sciences	Estudo Retrospetivo. Turquia	*An examination of the nursing of cerebrovascular disease patients in intensive care.*	Determinar as necessidades de cuidados de enfermagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda na unidade de terapia intensiva e as intervenções de enfermagem providenciadas.	Os registos de enfermagem devem ser organizados e cheios para garantir a continuidade dos cuidados prestados e aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem.
MOTA, L. [et al.], 2012, Revista de Enfermagem Referência	Estudo qualitativo e exploratório. Portugal	*Sistemas de Informação de Enfermagem: Exploração da informação partilhada com os médicos.*	Identificar e descrever a informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros que é mais relevante para atividade profissional dos médicos.	A informação de enfermagem assume valor para os médicos independentemente do fluxo de dados, pelo que é fundamental o desenvolvimento de um sistema de informação interoperáveis para garantir a qualidade e continuidade dos cuidados.
MOTA, L. [et al.], 2013, Revista de enfermagem Referência	Estudo Qualitativo. Portugal	*Gestão do regime terapêutico – construção do fluxograma de apoio à tomada de decisão: Estudo Qualitativo.*	Desenvolver um fluxograma de apoio à decisão clínica de enfermagem no âmbito da gestão do regime terapêutico da pessoa submetida a transplante hepático.	A sistematização da informação de enfermagem num fluxograma permite o melhor reconhecimento das necessidades dos doentes tendo em vista a preparação do regresso a casa e a continuidade e qualidade dos cuidados.
SCHACHNER, M. [et al.], 2016, Nursing Informatics	Estudo Descritivo. Argentina	*Computerization of nursing chart according to the nursing process.*	Descrever o desenvolvimento e implementação do registo informatizado de enfermagem no Hospital Italiano de Buenos Aires.	Os benefícios associados à informatização dos registos clínicos são conhecidos desde há muito tempo. A evolução da documentação de enfermagem do papel para o formato eletrónico visa melhorar sempre a comunicação, reduzir os erros e facilitar sempre a continuidade dos cuidados.
VALERA, I. [et al.], 2015, Online Brazilien Jornal of Nursing	Estudo descritivo e Quantitativo. Brasil	*Nursing records in pediatric intensive care units: a descriptive study.*	Verificar se os registos de enfermagem nos registos clínicos dos pacientes hospitalizados em terapia intensiva pediátrica correspondem às necessidades de segurança recomendadas na literatura.	A continuidade do atendimento ao paciente no ambiente hospitalar depende da partilha adequada de informações clínicas entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde.
WHITTENBURG, L. [et al.], 2014, Nursing informations	Revisão retrospetiva. Tailândia	*Electronic nursing documentation: Patient care continuity using the clinical care classification system (CCC).*	O projeto pretende criar a próxima geração de planos de cuidados interativos e individualizados para oferecer cuidados de enfermagem mais personalizados e melhor continuidade do atendimento ao paciente.	Demonstrou-se que um padrão de terminologia de enfermagem claro e robusto, que identifique cada uma das etapas do Processo de Enfermagem suporta a continuidade do atendimento ao paciente.

Fuente: elaboración propia

A descrição das evidências encontradas, está representada na tabela, com uma síntese de cada um dos estudos.

Figura1. Referencias relevantes.



Fonte: Adaptado pelo Prisma de Moher et al (2). Dados da pesquisa, 2018.

Os registos de enfermagem e a continuidade dos cuidados

Numa breve retrospetiva histórica, recordando a pioneira da enfermagem, Florence Nightingale e a sua conduta, esta assumia a importância dos registos de enfermagem, assim como a necessidade de os preservar, no sentido de que essa documentação espelhasse as repercussões quer positivas, quer negativas dos cuidados de enfermagem sobre o estado de saúde do indivíduo. Hoje, a importância da documentação dos registos de enfermagem reflete a mesma realidade, são o sinónimo de um requisito nas organizações de saúde. Os registos promovem a comunicação dentro da organização de saúde e são um recurso de importância ímpar, cuja sua gestão com o aproveitamento da informação produzida, representa o fio condutor para o sucesso organizacional.

Contemporaneamente, as organizações de saúde vivenciam um contexto complexo de mutações rápidas, que têm franca influência no seu sucesso, especialmente as pressões sobre os custos, pelo que a informação produzida alusiva aos cuidados de enfermagem ganha um valor cada vez mais significativo.

Neste contexto, a continuidade de cuidados garante a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, contribui para a diminuição dos custos e apresenta-se como uma estratégia adequada e uma política a seguir pelos serviços de saúde (3). Demandam a existência de "continuidade de cuidados" quando estes são prestados de forma a complementarem-se num tempo adequados e[1] referem a continuidade como a implementação de cuidados por diferentes prestadores, de uma forma coerente, lógica e oportuna (3)

Ao falar de continuidade de cuidados, o termo "continuidade" pressupõe uma sequência de procedimentos de "cuidados", num determinado espaço temporal, ou seja, de imediato à admissão do cliente.
É na organização de saúde que se enceta o preparo de toda a continuidade de cuidados inerentes a cada cliente, tal propósito exige a necessidade de se efetivarem os registos de enfermagem de cada situação singular e operacionalizar o diário clínico assistencial. A posterior partilha da informação clínica, pelos diferentes prestadores de cuidados, representa e dá suporte à continuidade dos cuidados de forma oportuna. Numa fase inicial, o "documento em papel" foi o formato usado para suportar a maioria dos registos de saúde, mas logo se começaram a manifestar algumas dificuldades, nomeadamente, no seu armazenamento, na disponibilidade, na acessibilidade de informação, resultando por vezes em perdas, confusão e ilegibilidade. (4) A informação contida nos registos de enfermagem, além de ser coerente, completa, organizada e real, também deve ser legível e não conter rasuras, uma vez que conseguem indicar alterações nos dados gravados e, naturalmente, invalidar a legalidade dos registos; podem ainda dificultar a possível necessidade de análise devido a procedimentos legais; bem como um planeamento desadequado dos cuidados.

Perante tais questões, o aumento de volume, a complexidade, a diversidade e especificidade da informação, foi determinante a necessidade de pensar numa forma de "armazenar" esta informação sob uma configuração eficaz e eficiente, sendo tal procedimento executável através dos Sistemas de Informação.

Em pleno século XXI, tem-se observado que os Sistemas de Informação ganharam uma posição fulcral no campo da assistência em saúde, e particularmente na assistência em enfermagem, tornaram-se parte integrante do atendimento ao cliente, com contributos para a comunicação eficiente entre os pares, de forma a transmitir a informação consistente e consequentemente garantir a segurança dos cuidados ao cliente. Recordo que em Portugal, esta é uma área relativamente recente e impulsionada pelos mentores sobejamente conhecidos, nomeadamente: Abel Silva, Filipe Pereira, Paulino Sousa e seus colaboradores, são figuras que foram um marco de referência com a sua cooperação na construção do desenho, implementação e reformulação dos Sistemas de Informação, em uso nas instituições de saúde do nosso país.

Primeiramente, os registos de saúde eletrónicos são implementados, para minorar os erros associados à medicação e seguidamente, para contribuir com uma comunicação mais eficaz dentro da equipa de saúde. Além de que também facilitam a disponibilidade de informação para fins educacionais e de pesquisa, mas o mais importante é que os registos objetivem assegurar a continuidade dos cuidados (5).

Estes investigadores acrescentam, que quando os registos são informatizados, e surge a necessidade de partilhar ou reutilizar informações, esta é imbuída de variabilidade, complexidade e riqueza nos diferentes domínios da enfermagem (5).

"Os sistemas de informação em gestão são uma ferramenta fundamental para apoiar e dar sustentação às operações das Instituições da Saúde, com a sua utilização suportada pelas práticas organizacionais de gestão" (6). O mesmo investigador postula "os sistemas de informação também devem ser entendidos como potentes repositórios de matéria-prima a utilizar no desenvolvimento da base empírica do conhecimento formal utilizado nos cuidados" (6).

Atualmente, ocorre o aumento da sensibilização e consciencialização da necessidade de encontrar soluções de Sistemas de Informação que sejam promotores da comunicação e continuidade dos cuidados, da gestão, da investigação e da formação (7).

Eis chegados, à "era" dos registos de enfermagem informatizados, estes ao serem adotados nos atuais contextos profissionais vem proporcionar maior segurança, não comprometem a qualidade de informação entre os utilizadores, nem provocam perniciosidades aos clientes, salvaguardando os enfermeiros e a própria organização de saúde.

A enfermagem como uma atividade com base na interação humana, que se carateriza por uma riqueza informativa insigne; acrescenta, que tal fundamento, "justifica que se reflita sobre a essência da informação que lhe

está associada, o valor que dela pode ser extraído e nos recursos e sistemas utilizados no seu processamento, gestão e armazenamento" (6).

"Os sistemas de informação podem ser vistos como uma oportunidade para repensar e redefinir os processos de trabalho atuais, a fim de tirar partido de novas capacidades de informação da gestão para reduzir custos, aumentar a produtividade e melhorar os níveis de serviço" (8).

Suplementam com o exemplo, de um registo de enfermagem em fluxograma que permite o melhor reconhecimento das necessidades dos doentes tendo em vista a preparação do regresso a casa, a continuidade e a qualidade dos cuidados.

Facilmente se depreende que cabe aos enfermeiros darem o seu contributo na continuidade dos cuidados ao cliente através da anotação das suas intervenções, sendo este facto praticável pelos seus registos, quer estes sejam manuais ou informatizados. O enfermeiro deve experienciar o compromisso que tem para com a profissão, ao garantir a continuidade dos cuidados, através dos seus registos clínicos que revelam o cunho de tal conformidade profissional. Nesta ótica, os registos de enfermagem devem ser os mais precisos e completos possíveis, de forma a garantir a consistência e a qualidade dos dados relatados.

Considerando que a enfermagem é uma profissão com um desempenho assistencial durante as vinte e quatro horas diárias, de forma continuada, implica a exigência de uma prática assistencial rotativa por diferentes profissionais de enfermagem, ou seja, uma prestação de cuidados sequencial e de forma linear. Por conseguinte, esta é uma condição valida e um indicador unívoco, revelador que a informação contida nos registos de enfermagem enriquece a comunicação existente entre os pares e entre os outros profissionais da equipa de saúde. Os registos são uma componente indissociável da sua atividade, não podemos esquecer que a enfermagem é uma profissão marcadamente técnica, contudo a sua atuação implica fazer uso de um conjunto de conhecimentos e competências (científicas, técnicas, relacionais e comunicacionais). A partir deste princípio, é primordial que os enfermeiros documentem a sua prática, sequencialmente desde o diagnóstico, intervenções e resultados, direcionando a sua prática em prol da continuidade de cuidados.

A continuidade dos cuidados é um dos aspetos permanentemente presentes nos processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, o que comprova a importância que esta dimensão da assistência tem em toda a dinâmica dos cuidados (7).

"O enfermeiro estabelece relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada a capacidades interpessoais". Mais acrescenta, que o enfermeiro também assume "(...) papel de interlocutor privilegiado da equipa pluriprofissional estando no centro dos cuidados com o cliente/cuidadores, com estratégias de articulação assentes numa comunicação." (9).

Porém, a comunicação é uma ferramenta vital a todos os profissionais de saúde, é através dela que se produz a informação, se estabelecem os diagnósticos, e se constroem os planos de cuidados com vista à promoção da saúde.

Relativamente aos cuidados de enfermagem e estratégias comunicacionais, reforçam que os registos de atendimento fornecem uma forma de comunicação entre todos os pares da equipa de saúde (10), ou seja, os cuidados registados são providos de acordo com as necessidades de um indivíduo e facilitam a obtenção de conhecimento sobre os resultados do tratamento, além de que fornecem uma avaliação contínua dos cuidados prestados.

Outros autores reforçam que apesar de estar correlacionado o papel da informação contida nos registos de enfermagem relativos à promoção da continuidade dos cuidados, acarreta esclarecer que esta problemática pode ser colocada na perspetiva da partilha de informação multiprofissional, entre profissionais da mesma disciplina, no âmbito do mesmo serviço ou na lógica de articulação de diferentes serviços ou instituições (7).

Os registos de enfermagem são criados pela equipa de enfermagem de forma a fornecer informações sobre o estado geral do cliente, facilitando a comunicação não só entre a equipa de enfermagem, mas também entre a equipa multidisciplinar (11). Enaltecem

que os registos de enfermagem revelam a continuidade dos cuidados, apoiando legalmente o trabalho do profissional, além de servirem como instrumento de auditoria para validar a prática profissional.

Estes investigadores engrandecem que a informação registada pelos enfermeiros é sinónimo de uma fonte de dados rica para a tomada de decisões, pelo que os dados devem ser os mais completos possíveis e confiáveis. Os registos de enfermagem acabam por ser parte do registo médico do cliente e servem de documentação para apoio das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem. Salientam também, que estes registos são usados para outros fins, como fonte de pesquisa científica auxiliando, assim, na pesquisa e no ensino; gestão de recursos humanos, físicos e materiais; auditorias de custo e assistência; e reembolso de seguros de saúde (11).

Está patente que as finalidades dos registos de enfermagem referidas nas diferentes dimensões, concedem também o seu contributo diretamente na continuidade dos cuidados, com o progresso da articulação entre os diferentes níveis de cuidados. Nesta premissa, os benefícios atribuídos à continuidade dos cuidados, não passam apenas pelas diferentes áreas da promoção do bem-estar do cliente nas dimensões físicas, psicológicas, sociais e económicas; mas também se repercute na forma que os registos de enfermagem se difundem para que a continuidade de cuidados se efetive, mesmo nas situações de redução do uso incorreto dos serviços de saúde, resultante na diminuição dos custos nestas organizações.

O estudo retrospetivo que os layouts usados demonstraram a continuidade dos dados, entre as avaliações de enfermagem de sinais e sintomas do paciente e planos de cuidados individualizados (12). Os novos planos de enfermagem possibilitaram a reutilização dos dados do cliente, para oferecer novos conhecimentos sobre a complexidade dos cuidados prestados pelas enfermeiras. O método integrado referido no estudo mostra que os registos de enfermagem contribuem para a continuidade do atendimento ao cliente, nomeadamente, entre a avaliação de enfermagem e a documentação de sinais e sintomas do cliente no plano de cuidados de enfermagem.

Desmistificam que a continuidade dos cuidados depende da partilha de informação entre os profissionais o que sucede através dos registos de enfermagem (4). Quanto há falta ou falha destes registos podem resultar riscos para a segurança do cliente e com repercussão negativa sobre a qualidade dos cuidados. É evidente que a informação registada nos planos de cuidados dos clientes pelos enfermeiros, significa que a comunicação é vital, no processo de atuação e é essencial para a tomada de decisão estratégica da forma mais assertiva.

Estas investigadoras clarificam no seu estudo que a ausência de relatórios, ou mesmo relatórios inadequados e incompletos, podem resultar em duplicação ou não execução de determinados procedimentos, e na impossibilidade de avaliar o tratamento escolhido, comprometendo desta forma a segurança do cliente.

Os registos de enfermagem são indispensáveis no cenário da assistência da prestação de cuidados e têm de ser documentos que preservem a veracidade dos eventos, isto é, serem "imbuídos de autenticidade" (4).

O fracionamento dos registos dos cuidados, também pode reverter em orientações de tratamento desordenadas para o cliente, com uma forte possibilidade de erros e duplicações, num acompanhamento ineficaz face às necessidades dos mesmos. É importante, estimular a harmonia dos registos de enfermagem para que a partilha de informação entre prestadores de cuidados, seja o mais consistente possível e assim fomentar a salvaguarda da continuidade dos cuidados com a qualidade que lhe é exigida.

Nesta perspetiva, podemos afirmar que os registos de enfermagem precisos contribuem simultaneamente para a melhoria da tomada de decisão em enfermagem e para a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente. A qualidade dos cuidados prestados está diretamente relacionada com a qualidade da informação disponível aos profissionais de saúde e a gestão da informação clínica é uma parte fundamental da sua atividade diária (7).

Partindo da missão peculiar do setor da saúde, relativa à promoção da qualidade e da continuidade dos cuidados, qualquer ferramenta que ajude ou facilite a partilha de comunicação / informação é uma mais-valia nas organizações de saúde, os registos de enfermagem são uma estratégia, um ótimo contributo para este modelo

organizacional. É relevante que a enfermagem esteja sensibilizada para esta realidade, esforçando-se por honrar o valor dos seus registos, pois frequentemente os enfermeiros são chamados a tomar decisões estratégicas muito complexas, que envolvem reunir muita informação, e por sua vez, a partilha desta informação requer permear a comunicação eficaz, eficiente e segura.

Considerações finais

É inegável que, desde longa data, os registos de enfermagem são uma estratégia essencial para assegurar não só a continuidade dos cuidados, mas também a qualidade dos cuidados ao cliente, conduzindo com maior segurança a prática assistencial da enfermagem. No entanto, nos últimos anos, tem-se verificado a ascensão do uso dos registos de enfermagem informatizados com os Sistemas de Informação, representados por fluxogramas, layouts, plataformas padronizadas de registos de planos de cuidados de enfermagem, assim como outras formas de registo eletrónico, que surgem como contributos para os novos modelos organizacionais, sendo uma exigência contemporânea para rentabilizar as organizações de saúde, na obtenção de uma melhoria reveladora de ganhos na segurança dos cuidados de enfermagem. Todavia, independentemente de os registos de enfermagem serem manuais ou informatizados, ambas as formas de registo têm o princípio de garantir a continuidade dos cuidados ao cliente.

A partilha de informação contida nos registos de enfermagem assume valor inquestionável não só para a enfermagem, mas também para os outros grupos profissionais e independentemente do fluxo de dados existente é fundamental o desenvolvimento de sistemas de informação interoperáveis para garantir a qualidade e continuidade dos cuidados (7).

Nesta explanação, executada em estudos científicos contemporâneos, correspondentes aos períodos dos anos, entre 2012 e 2016, e efetuados em áreas geográficas distintas, depreendo que está patente a transversalidade da convicção de que o uso da comunicação / informação dos registos de enfermagem, é um recurso singular e que norteia assegurar a continuidade dos cuidados.

A similaridade das conclusões dos investigadores, dos diferentes artigos, desta revisão de literatura, espelha-se na concordância de que os registos de enfermagem, independentemente da forma de designação, quer sejam manuais ou informatizados, são um contributo insubstituível à continuidade dos cuidados de enfermagem e toda a equipa multidisciplinar.

O registo da enfermagem no processo clínico do cliente deve ser o mais completo e adequado, para não comprometer a assistência prestada, assim como não travar a continuidade dos cuidados pondo em causa a identidade da enfermagem e da própria organização de saúde.

O enfermeiro perante a sua profissão arroga o compromisso de assegurar e perspetivar cuidados de saúde com segurança. Reitero, que o papel da enfermagem é fundamental dentro das organizações de saúde, visto que presta assistência direta e ininterrupta ao cliente, e os seus registos no plano de cuidados são documentos de uma preciosa informação e de uma indiscutível riqueza, desenham a estratégia indispensável e exequível para assegurar a continuidade dos cuidados.

Um problema que subsiste, ainda, em alguns serviços de saúde do nosso país, é a escassez de padrões de registos de enfermagem, onde haja anotação dos registos da evolução dos cuidados, sendo esta uma estratégia essencial, para que os registos possam ser os mais precisos e fiáveis, e revelem linguagem formal de identificação e terminologia técnica, ao mesmo tempo que promovem a comunicabilidade entre os profissionais de saúde difundindo a continuidade de melhores cuidados e maiores ganhos em saúde.

A gestão da informação facultada pelos registos, nunca pode ser menosprezada, diria que a mesma é uma arte, que fortalece a competência profissional e dá visibilidade ao enfermeiro, através da avaliação, monitorização e planeamento da sua ação, ao mesmo tempo que proporciona uma cultura pautada na avaliação dos dados colhidos, processados e disponibilizados através dos registos de enfermagem e que subsidiam a tomada de decisão estratégica e a continuidade dos cuidados.

No término e como perspetivas futuras, deixo o desafio às organizações de saúde, no sentido estarem vigilantes para a importância de desenvolver habilidades

que propagem, constantemente, o papel dos registos de enfermagem, como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade de cuidados, através de mecanismos organizacionais, nas diferentes dimensões: formativa; planeamento e tomada de decisão estratégica; avaliação clínica interdisciplinar; criação de protocolos e acompanhamento do feedback profissional. Não obstante, é fundamental, a implementação de projetos de interoperabilidade entre sistemas de informação, estando estes numa mesma organização ou interorganizações, promovendo a comunicabilidade, de forma a projetar a informação dos registos de enfermagem para a equipa pluridisciplinar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marconi M A & Lakatos E M. Metodologia Científica. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2004.
2. Moher D, Liberati A, Tetzlaff, J Altman D G. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: A recomendação PRISMA*. Epidemiol Serv Saúde, 2015, Nº 24, Vol. 2, pp. 335 – 342. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D, tradutores. [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf
3. Mendes F R P, Gemito M L G P, Caldeira E C, Serra I C, Novas M V C. A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. Ciência e Saúde Coletiva, 2017, N.º 2, pp. 843 – 855, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0841.pdf
4. Valera I M A, Souza V S, Reis G A X, Bernardes A, Matsuda, L M. Nursing records in pediatric intensive care units: a descriptive study. Oneline Brazilien Journal of Nursing, Federal Fluminense University, 2017, N.º16, pp. 152 – 158, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5602
5. Schachner M B, González Z A, Sommer J A, Recondo F J, Gassino F D, Luna D R, et al. Computerization of a nursing chart according to the nursing process. Nursing Infromatics, 2016, [s.n.], pp. 133 – 137, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27332177
6. Pereira F M S. Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Doutoramento. Universidade do Porto; 2006. [consultado a 13/04/2018]. Disponível em https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7182/2/Informao%20e%20Qualidade%20do%20exerccio%20profissional%20dos%20Enfermeiros.pdf
7. Mota L A N D, Pereira F M S & Sousa P A F. Sistemas de Informação de Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos. Revista de enfermagem de Referência, 2014, Serie IV, N.º 1, pp. 85 – 91, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/3882/388239971014.pdf
8. Mota L A N D, Cruz M A S & Costa C A O. Gestão do regime terapêutico – Construção de fluxograma de apoio à tomada de decisão: estudo qualitativo. Revista de enfermagem de Referência, 2016, N.º 11, pp. 71 – 79, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/3882/388249570009.pdf
9. Ordem dos Enfermeiros – Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2011, [s.n.], pp. 3 – 24. [consultado a 13/04/2018]. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf
10. Genctrurk N, Ay F, Demirci S, Acamur Z, Izdes S, Bulut A. An examination of the nursing records of cerebrovascular disease patients in Intensive care. International journal of Caring Sciences, 2017, Vol. 10, pp. 413 – 420, [consultado a 13/04/2018]. Disponível em: http://www.academia.edu/33453055/An_Examination_of_the_Nursing_Records_of_Cerebrovascular_Disease_Patients_in_Intensive_Care
11. Dutra H S, Mendes S E, Carneiro S M, Costa F M, Barboza R C P, Ribeiro L C. Nursing records at a teaching hospital: a quasi-experimental study. Oneline Brazilien Journal of Nursing, Federal Fluminense University, 2016, Nº 15, pp. 351 – 360, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5470/html
12. Whittenburg L & Meetim A. Electronic nursing documentation: Patient care continuity using the clinical care classification system (CCC). Nursing Infromatics, 2016, [s.n.], pp. 13 – 17, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27332153

Cuidado humanizado de Enfermería y su asociación con el tiempo de hospitalización en un hospital de tercer nivel en México

Humanized nursing care and its association with the hospitalization time in Mexico
Cuidados humanizados de enfermagem e sua associação com tempo de hospitalização em um hospital de terceiro nível no México

Javier Rosales Ortega(1), Alicia Melani Flores Rojas(2), Clara I. Hernández Márquez(3)

(1) Jefe de Servicio. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. (INCMNSZ). México.
https://orcid.org/0000-0003-0195 8386

(2) Enfermera General. Torre Medica Centro. México.
https://orcid.org/0000-0002-1795-464X

(3) Jefe de Posgrado. Facultad de Enfermería Universidad Autónoma del Estado de Morelos. (UAEM). México.
https://orcid.org/0000-0003-3801-4435.

Autor de correspondencia:
cihernan65@hotmail.com

Resumen
El cuidado humanizado se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el profesional de enfermería establece con el paciente. El presente artículo muestra los resultados de un análisis de la relación que pudiera existir entre la percepción del cuidado humanizado y el tiempo de hospitalización. **Objetivo:** Analizar la asociación entre el tiempo de hospitalización y la percepción del cuidado humanizado de enfermería en un hospital de alta especialidad. **Metodología:** Estudio cuantitativo, transversal, observacional. Se aplicó el cuestionario para Conocer la Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado (PCHE) segunda versión a 167 pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, elegidos por muestreo aleatorio, no probabilístico, que estuvieron hospitalizados en el servicio de medicina interna mínimo 24 horas, que supieran leer y escribir y aceptaran participar en la investigación. Mediante el programa stata10® se realizó análisis univariado y bivariado, se obtuvieron medidas de frecuencia simple y relativa, la asociación entre ambas variables se determinó por regresión logística con IC 95%. **Resultados:** Los pacientes percibieron recibir cuidado humanizado de enfermería casi siempre en un 64.15% y siempre en un 28.3%. Las regresiones logísticas no mostraron asociación significativa entre el tiempo de hospitalización y la percepción de cuidado humanizado. **Conclusiones.** Los pacientes atendidos en el hospital en estudio perciben el cuidado humanizado siempre y casi siempre en un alto porcentaje. La percepción del cuidado humanizado no muestra asociación estadísticamente significativa con el tiempo de hospitalización.

Palabras clave: Atención de Enfermería, Hospitalización, Atención Dirigida al Paciente, Atención al Paciente, Relaciones Enfermero-Paciente.

Abstract
Humanized care is based on scientific knowledge, technical capacity and therapeutic relationship established by the nursing professional with the patient. This article shows the results of an analysis of the associations that could exist between the perception of humanized care and the time of hospitalization. **Objective:** To analyze the association between hospitalization time and the perception of humanized nursing care in a high specialty hospital. **Methodology:** Quantitative, cross-sectional, observational study. The questionnaire was applied to Know the Perception of Humanized Care Behaviors (PCHE) second version to 167 patients of both sexes, over 18 years old, chosen by random sampling, not probabilistic, who were hospitalized in the internal medicine service minimum 24 hours, who knew how to read and write and agreed to participate in the research. Through the stata10® program, univariate and bivariate analyzes were performed, simple and relative frequency measurements were obtained, the association between both variables was determined by logistic regression with 95% CI. **Results:** Patients perceived receiving humanized nursing care almost always in 64.15% and always in 28.3%. Logistic regressions showed no significant association between hospitalization time and the perception of humanized care. **Conclusions.** Patients treated in the hospital under study perceive humanized care always and almost always in a high percentage. The perception of humanized care shows no statistically significant association with hospitalization time.

Keywords: Nursing Care, Hospitalization, Patient Directed Care, Patient Care, Nurse-Patient Relations.

Resumo
O cuidado humanizado baseia-se no conhecimento científico, na capacidade técnica e na relação terapêutica estabelecida pelo profissional de enfermagem com o paciente. Este artigo mostra os resultados de uma análise da relação que poderia existir entre a percepção do cuidado humanizado e o tempo de internação. **Objetivo:** Analisar a associação entre tempo de internação e percepção do cuidado de enfermagem humanizado em um hospital de alta especialidade. **Metodologia:** Estudo quantitativo, transversal, observacional. O questionário foi aplicado na segunda versão do Know the Perception of Humanized Care Behaviors (PCHE) a 167 pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, escolhidos por amostragem aleatória, não probabilística, que estavam internados no serviço de medicina interna no mínimo 24 horas, que sabiam ler e escrever e concordaram em participar da pesquisa. Por meio do programa stata10®, foram realizadas análises univariadas e bivariadas, foram obtidas medidas simples e de frequência relativa, a associação entre as duas variáveis foi determinada por regressão logística com IC 95%. **Resultados:** Pacientes percebidos recebendo assistência de enfermagem humanizada quase sempre em 64,15% e sempre em 28,3%. As regressões logísticas não mostraram associação significativa entre o tempo de permanência e a percepção do cuidado humanizado. **Conclusões.** Os pacientes atendidos no hospital estudado percebem o atendimento humanizado sempre e quase sempre em alta porcentagem. A percepção do cuidado humanizado não mostra associação estatisticamente significante com o tempo de internação.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem, Hospitalização, Assistência Direta ao Paciente, Assistência ao Paciente, Relações Enfermeiro-Paciente.

Introducción
El concepto de cuidado humanizado empieza a emerger dentro de la praxis de enfermería como una demanda implícita y explicita de los pacientes que son hospitalización para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Existe una serie de valoraciones que miden el quehacer de la enfermera, la mayoría de los instrumentos utilizados están relacionados o parten de una teoría específica; entre ellas, las de Jean Watson, Virginia Henderson y Dorothea Orem; tal es el caso del instrumento global de evaluación elaborado por Raymond Grenier y colaboradores; "la calidad de enfermería de largo plazo."(1). En este respecto, los estudios que lo describen son muy pocos.

Humanizar es promover la salud y la curación a la medida del hombre, por eso el primer valor a promover en toda iniciativa de humanización, es la justicia (2).

El cuidado humanizado se entiende como la relación terapéutica pero humana entre dos personas, es acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojarse de todos los factores externos que

en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima preparación profesional y práctica. Tiene diversas concepciones dependiendo de la óptica del profesional de enfermería, que es quien otorga el cuidado y que puede o no ser humanizado, del paciente como receptor de ese cuidado y del profesional docente que comparte y trasmite en las aulas y hospitales su experiencia. Sin duda todos comparten el hecho de que el cuidado humanizado, se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el profesional de enfermería establece con el paciente.

De esta forma, la formación centrada en el desarrollo de habilidades técnicas, con limitados contenidos filosóficos o antropológicos humanistas da como resultado profesionales con elevado saber científico y gran pericia técnica, pero en ocasiones, dada la falta de formación humanística, incapaces de reconocer a la persona enferma como fin en sí misma (3). Es innegable que, además de conocimientos científicos y técnicos, los profesionales de enfermería requieren lo que Arroyo Gordo llama algo más, y que define como valores (4). La importancia de los valores en la profesión de enfermería radica en que es una profesión cuyas claves son los comportamientos y las actitudes. El cuerpo sólido de conocimientos propios de la formación en enfermería, parece requerir de cierto sustrato para que el cuidado sea natural y dignificante y es posible que tal esencia se encuentre en los valores que una vez aprehendidos son practicados (5).

Para Watson (6), una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntas la experiencia, de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humano a humano. El campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo.

A su vez, Meléis (7), da significancia al cuidado como la atención integral al paciente, considerando que ante todo, el paciente es una persona, y que el profesional de enfermería tiene el compromiso de proporcionar bienestar físico, social y psicológico encaminado a satisfacer las necesidades humanas. Con todo lo anterior, se deduce que otorgar Cuidado humanizado es enfocarse no sólo en la enfermedad sino en la persona que está al cuidado y permitir que los sentimientos del profesional hacia los demás se vean reflejados en la atención a los pacientes.

El cuidado de enfermería tiene lugar no solo en ambientes hospitalarios, se requiere en contextos sociales, institucionales y en redes de relaciones, obteniendo de esta manera el significado que ahora ostenta (8). De esta manera, los profesionales de enfermería, además de ser un instrumento terapéutico y experto técnico, deben tener conocimientos, clarificar sus valores y estar comprometidos con el cuidado.

Los hospitales de alta especialidad poseen características especiales, que los diferencian de aquellos en los que se brinda atención médica general. El promedio de hospitalización es de 18 días, el profesional de enfermería brinda cuidados con un alto grado de complejidad recurriendo al manejo y utilización de herramientas con tecnología de punta tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de patologías. En estas unidades de atención se hace patente la necesidad del desarrollo de habilidades técnicas en el personal de enfermería, para el dominio de nuevas tecnologías, tratamientos específicos, rehabilitación, comunicación afectiva entre enfermera y pacientes desde una perspectiva humanística, sin embargo, la incursión de nuevos cambios tecnológicos en la atención directa; en el baño del paciente, en la medicación, en el suministro de alimentaciones, control de infecciones, técnicas y procedimientos quirúrgicos, incluso en los registros clínicos con la incorporación de expedientes electrónicos, situaciones tales que disminuyen el trato directo con los pacientes, el contacto fisco, la escucha y la empatía. Sin embargo, el trato humano de persona a persona se va desdibujando poco a poco hasta convertirse en un enajenante compendio de actividades por realizar en un tiempo determinado, en una jornada laboral.

Por esta razón es que resulta importante evaluar el cuidado de enfermería en un hospital de alta especialidad, que motive a la reflexión sobre la praxis de enfermería y favorezca la emisión de propuestas para la continuidad y mejoramiento de la atención, con base en resultados

reales de los usuarios. El presente trabajo tuvo como objetivo determinar la relación existente entre el tiempo de hospitalización y la evaluación de la percepción de comportamientos de cuidado humanizado otorgado por los profesionales de enfermería. Es producto de una tesis de maestría en enfermería y fue presentado en el I Congreso Mundial de Enfermería organizado por International Nursing Network del 20 al 22 de junio de 2019

Metodología

Se realizó un estudio transversal, observacional, con un enfoque cuantitativo. Se incluyó a 106 pacientes del área de medicina interna de un hospital de alta especialidad, de ambos sexos mayores de 18 años, que estuvieron hospitalizados que en el área de medicina interna mínimo 24 horas, que supieran leer y escribir y aceptaran la invitación para participar en la investigación. Se eliminaron del estudio los cuestionarios que no respondieron algún ítem, que no se contaba con algún dato sociodemográfico o aquellos que respondieron con más de un criterio en cada pregunta. Todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito en todo momento se respetó la confidencialidad de los datos y su anonimato conforme a las normas oficiales vigentes y la Declaración de Helsinki. Para la recolección de información se utilizó el instrumento Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) segunda versión (9). El tiempo de llenado el cuestionario fue de aproximadamente 40 minutos y aplicado a un par de horas antes del egreso hospitalario

Una vez concluida la aplicación de cuestionarios se procedió a su captura en el programa Microsoft Excel, con lo que quedó configurada la base, la cual fue trasladada al programa Stata 11® para su análisis. Mediante análisis univariado se obtuvieron medidas de frecuencia simple y relativa. Se realizó regresión logística para identificar asociación de las variables a intervalo de 95% de confianza

La presente investigación fue realizada respetando los principios fundamentales de la bioética, teniendo en cuenta que no representó ningún tipo de riesgo para el paciente ni para el profesional de enfermería participante, los datos se manejaron en forma confidencial y anónima y fueron utilizados únicamente con fines de investigación. La participación fue voluntaria, previa aprobación por medio de un formato de consentimiento informado. Se garantizó la dignidad y el bienestar del investigado, se protegió ante todo la vida, la salud, la intimidad de los participantes.

Resultados

Se incluyó a un total de 106 pacientes egresados del INNSZ, 47% del sexo masculino, el 44% había tenido 10 o más días de hospitalización, el 61% fue mayor de 40 años de edad, solo el 25% contaba con educación superior, el 62% se encontraban casados o en unión libre, 82% clasificado en niveles socioeconómicos bajos. (Tabla No. 1)

Tabla 1. Datos sociodemográficos

TOTAL DE PACIENTES	106	
	n	%
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN		
1 A 3	12	11
4 A 6	27	25
7 A 9	21	20
10 O MÁS	46	44
GÉNERO		
Hombre	50	47
Mujer	56	53
EDAD		
<20	5	5
20 a 29	21	20
30 a 39	15	14
40 a 49	18	17
50 a 59	18	17
60 a 69	14	13
70 o más	15	14
NIVEL ACADÉMICO		
No sabe Leer y escribir.	2	2
Primaria	26	25
Secundaria	23	22
Preparatoria	29	27
Licenciatura	23	22
Maestría	3	2
ESTADO CIVIL		
casado	48	45
soltero	31	29
unión libre	18	17
viudo	8	8
divorciado	I	1
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
1	27	25
2	36	34
3	24	23
4	8	8
5	2	2
6	4	4
7	5	5

Fuente: Instrumento; Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. Segunda versión

De acuerdo a la evaluación, el mayor porcentaje de los pacientes encuestados (92%) perciben que las enfermeras otorgan cuidados humanizados casi siempre o siempre. (Tabla no 2)

Tabla 2. Distribición del cuidado humanizado de enfermería

NIVEL TOTAL	FRECUENCIA	%
NINGUNA	1	1%
ALGUNAS VECES	7	7%
CASI SIEMPRE	68	64%
SIEMPRE	30	28%
TOTAL	**106**	**100**

Fuente: Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. Segunda versión

Los pacientes internados percibieron en un nivel alto el apoyo emocional que les brinda el personal de enfermería. Un 83% de personas evaluaron siempre el apoyo emocional.

Proporcionar apoyo físico, como la comodidad es básica para lograr el confort en los pacientes, el 76% de los pacientes manifestaron percibir ese apoyo.

La empatía de la enfermera en el cuidado, fue percibida siempre por un 83% de los participantes.

La evaluación del rubro "priorizar el cuidado" mostró un 90% de percepción, siendo la categoría más alta. En el rubro "cualidades del hacer de la enfermera", el 67% de los pacientes dijeron percibir siempre estas cualidades y casi siempre en un 28%. El rubro de proactividad es evaluado como siempre en el 79%.

La regresión logística mostró asociación positiva entre el menor tiempo de hospitalización (1-3 días) y la precepción del cuidado humanizado con menor frecuencia "algunas veces" (OR=3.56), así mismo, se observa asociación positiva entre una percepción de cuidado humanizado más frecuente "Siempre" con un mayor tiempo de estancia hospitalaria (OR=1.75) (Tabla No. 4)

Tabla 3. Distribución del cuidado humanizado por periodo de tiempo de hospitalización

Nivel total	1-3 días	4-6 días	7-9 días	10 o más
Ninguna percepción	---	---	---	2%
Algunas veces	17%	---	14%	4%
Casi siempre	**67%**	---	14%	4%
Siempre	17%	26%	**24%**	**35%**

Fuente: Instrumento: Percepción de cuidado humanizado de enfermería. Segunda versión

Tabla 4. Cuidado humanizado de enfermería y su asociación con el tiempo de hospitalización

Días de hospitalización	1-3		4-6		7-9		10 o más	
Nivel de percepción	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
Ninguna percepción	---	---	---	---	---	---	---	---
Algunas veces	**3.56**	0.15	---	---	**3.37**	0.13	0.5	0.42
Casi siempre	1.1	0.84	1.84	0.21	0.88	0.81	0.65	0.3
Siempre	0.47	0.35	0.85	0.75	0.75	0.61	**1.75**	0.19

Fuente: Instrumento percepción de cuidado humanizado de enfermería. Segunda versión

Discusión

Los resultados obtenidos sobre la percepción del otorgamiento de cuidado humanizado por el profesional de enfermería en este estudio muestran coincidencia con otros estudios, como el de Rivera y Álvarez (10) y Romero Massa (11) especialmente en lo concerniente a que la frecuencia con la que los pacientes perciben el cuidado humanizado es elevada, siendo siempre o casi siempre en más del 90%. En lo que respecta a "priorizar el ser de cuidado", los resultados obtenidos en este estudio se encuentran por arriba de la frecuencia reportada por ambos estudios. La dimensión de "cualidades de la enfermera" fue percibida casi siempre por un 66.9% del total de pacientes, siendo el porcentaje más bajo de evaluación en relación al cuidado humanizado de enfermería, observando un distanciamiento con los estudios referidos, condición que podría estar determinada por el nivel socioeconómico y de escolaridad de los pacientes, ya que estos estudios fueron realizados en países de la región de Centroamérica, en donde los pacientes cuentan con niveles socioeconómicos y educativos inferiores al promedio de México. Los resultados obtenidos muestran similitud con el estudio de Signor (12) quien empleó el CBI de Wolf y cuyos resultados con respecto a la dimensión "percepción habilidades en las personas fue evaluada por los pacientes en un 94.85% como favorable. Watson define a esta cualidad como las características de una enfermera o enfermero dentro de una relación transpersonal e interpersonal que va más allá del paciente, involucrando a la familia del paciente, su grupo de trabajo, y el medio ambiente laboral, correspondiendo a un cuidado que involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y sus consecuencias, por esto de suma importancia el abordar con estrategias efectivas esta área de oportunidad en el equipo de enfermería en los servicios de hospitalización. Si bien en la mayoría de los estudios realizados los pacientes perciben un cuidado humanizado con una alta frecuencia, es posible visualizar que el tiempo de hospitalización puede modificar la percepción del cuidado. La estancia prolongada de hospitalización da a los pacientes una mayor probabilidad de percepción, dado que permanecen más tiempo en contacto con el personal de enfermería, por lo que tienen posibilidad de valorar el cuidado por más tiempo y de fortalecer la relación paciente-enfermero. Es necesario continuar con este tipo de estudios para definir si el tiempo de hospitalización sensibiliza más a los pacientes o si es el personal de enfermería que con el tiempo se familiariza con el paciente, lo conoce más y por ello tiene mayores oportunidades de comunicación y empatía con los pacientes.

Conclusiones

Los pacientes con mayor tiempo de hospitalización, 43.40% estuvieron 10 días o más. El mayor número de pacientes son de los estratos sociales más bajos, ya que juntos el nivel 1, 2, y 3 alcanzan el 60%. El nivel de escolaridad más alto fue el de preparatoria con un 27.36%. El estado civil más frecuente fue el de casado con un 45.28% seguido de, divorciado con un 29.25%. De los 7 niveles socioeconómicos que se consideraron la mayoría se ubicó en el nivel 2 con un 33.96%. La mayoría de los pacientes del estudio permanecieron por más de 10 días internados

El cuidado humanizado es percibido con alta frecuencia en el hospital de alta especialidad por todos los pacientes, sin que existan factores sociodemográficos que muestren una marcada diferencia.

El tiempo de hospitalización mostró diferencias mínimas en la frecuencia de la percepción, la cual no se vio afectada por la edad, sexo, escolaridad o nivel socioeconómico de los pacientes. Esto habla de que el personal de enfermería brinda la atención sin hacer diferencias entre los pacientes.

Es percibido con mayor frecuencia por los pacientes que permanecen más tiempo hospitalizados, especialmente en el rubro de "cualidades del hacer de la enfermera", lo que permite visualizar que el personal de enfermería es percibido con un óptimo desempeño profesional, calificándolos como profesionales atentos, que hacen sus actividades con sencillez, humildad y agrado. Un punto relevante es que los pacientes refieren que este personal se toma el tiempo necesario para explicar con amabilidad los procedimientos a los pacientes, de igual modo propicia el diálogo, lo que permite un mayor acercamiento entre profesional y paciente. Las opiniones de los participantes muestran que el personal de enfermería de éste hospital demuestra que brinda la atención con bases científicas, con conocimiento teórico y reconociendo sus debilidades. La imagen que

da este personal es que existe un gran apoyo entre los profesionales de enfermería, lo que se refleja en la forma en que los pacientes son atendidos, lo que repercute en la calidad de atención y en la recuperación de los pacientes (11). Desde la teoría de Watson, estos resultados refuerzan la definición de una enfermera o enfermero como parte integrante y activa dentro de una relación transpersonal e interpersonal en la que involucra valores, voluntad y compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y sus consecuencias (6).

BIBLIOGRAFÍA

1.Reyna Gamba, N. C., & Vargas Rosero, E. Validez de contenido y validez facial del instrumento "percepción de comportamientos de cuidado humanizado. Avances en Enfermería. 2008; 71-79.

2.Asejo, Julio Vielva. Ética profesional de la enfermería. Desclée de Brouwer, 2002.

3.Aldo Miguel Hernández Santos. Humanización de la Atención Sanitaria, Retos y Perspectivas. Cuadernos de bioética. 2003; (14) 29-60

4.Arroyo G., Localización: Metas de enfermería. 2003; 6 (56) 3.

5.Colliere Francoise M. Promover la vida. Segunda ed. México: McGraw-Hill; 2009.

6.Watson, J. Nursing: human science and human care. A theory of nursing. Canada: Canada: National League for Nursing. 1994

7.Meleis, A. I. Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice. Springer publishing company. 2010

8.Reyes Gómez, E. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología. Editorial El Manual Moderno. 2015. CDMX México.

9.Alvis, T., Moreno, M., & Muñoz Sandra. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. Bogotá Colombia: Universidad nacional de Colombia. 2001

10.Rivera Álvarez, L. & Triana, A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. Bogotá. 2007

11.Romero Massa E, Contreras Méndez IM, Moncada Serrano A. Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. Hacia promoc. salud. 2016; 21(1): 26-36. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.3

12.Signor Díaz, Mirna Leticia. Percepción de los comportamientos de cuidado que tienen los pacientes y el personal de enfermería de los servicios de medicina y cirugía de adultos del "Hospital regional de occidente, Quetzal-Tenango, Guatemala centro América" (tesis) Colombia Bogotá. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2004

Nuevo Coronavirus (COVID-19).Historia, medidas de protección para la población y actuación del personal de salud. INN

Novel Coronavirus (COVID-19). History, protection measures for the population and health workers intervention. INN
Novo coronavírus (COVID-19). História, medidas de proteção para a população e desempenho do pessoal de saúde. INN

Vega Viyuela, Alba Mª (1), Ayala, Miguel (2).

(1) Enfermera. Coordinadora del GTS de Enfermería de Unidades de infecciosos, Máster en medicina tropical y cooperación al desarrollo, Experta en vacunas para el fomento del autocuidado desempeñando las funciones en Whipps Cross University Hospital, Londres, Reino Unido..
(2) Enfermero. Miembro del GTS de UPI. Doctorandose en Ciencias de la Salud. Docente en la Unidad Academica Fundacion Medica Mar del Plata de la Universidad de Buenos Aires. Especialista en control de infecciones. Desempeñando sus funciones en el Hospital Privado de la Comunidad, Argentina.

Autor de correspondencia:
albavega30@gmail.com

ORCID:
https://orcid.org/0000-0002-4309-3943 (1)
https://orcid.org/0000-0001-7161-4702 (2)

Resumen
Este documento es elaborado como guía para los profesionales de la salud y la población que estén expuestos o trabajen en lugares en los que el COVID-19 es endémico. Este documento abarca antecedentes sobre el COVID-19, la situación actual, medidas de protección de la población, medidas a tomar por el personal de salud y uso del equipo de protección individual.

Palabras clave: COVID-19, Nuevo coronavirus, EPI, trabajadores de la salud.

Abstract:
This document is created as a guide for health care workers and the rest of popullation to face the CODIV-19. The text includes history, background, currently situation as well as using the personal protective equipment against COVID-19. Personal prote.

Keywords: COVID-19, Novel coronavirus, PPE, health workers.

Resumo
Este documento foi preparado como um guia para profissionais de saúde e a população que está exposta ou trabalha em locais onde o COVID-19 é endêmico. Este documento aborda os antecedentes do COVID-19, a situação atual, medidas de proteção da população, medidas a serem tomadas pelo pessoal de saúde e uso de equipamentos de proteção individual.

Palavras-chave: COVID-19, novo coronavírus, EPI, profissionais de saúde.

1. Introducción

Este coronavirus es nuevo ya que no se han dado casos anteriormente en humanos. Hay otros tipos de coronavirus circulantes que causan diversas afecciones, desde enfermedades leves como resfriado común hasta más graves como el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-CoV) causado por el coronavirus MERS-Cov. (1)

2. Historia

El 31 de diciembre de 2019 las autoridades de la República Popular China, comunicaron a la OMS varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei. Estos estaban relacionados con el mercado de mariscos de la ciudad, en el cual convivían también animales con humanos, ya que se vendían animales salvajes, los cuales, probablemente, fueron hospedadores intermediarios del COVID-19 (2).

Al aumentar exponencialmente los humanos afectados por este nuevo coronavirus, las autoridades chinas deciden determinar el origen y la evolución del mismo para prevenir una epidemia, así como vigilarla y evaluar el tratamiento farmacológico a seguir.

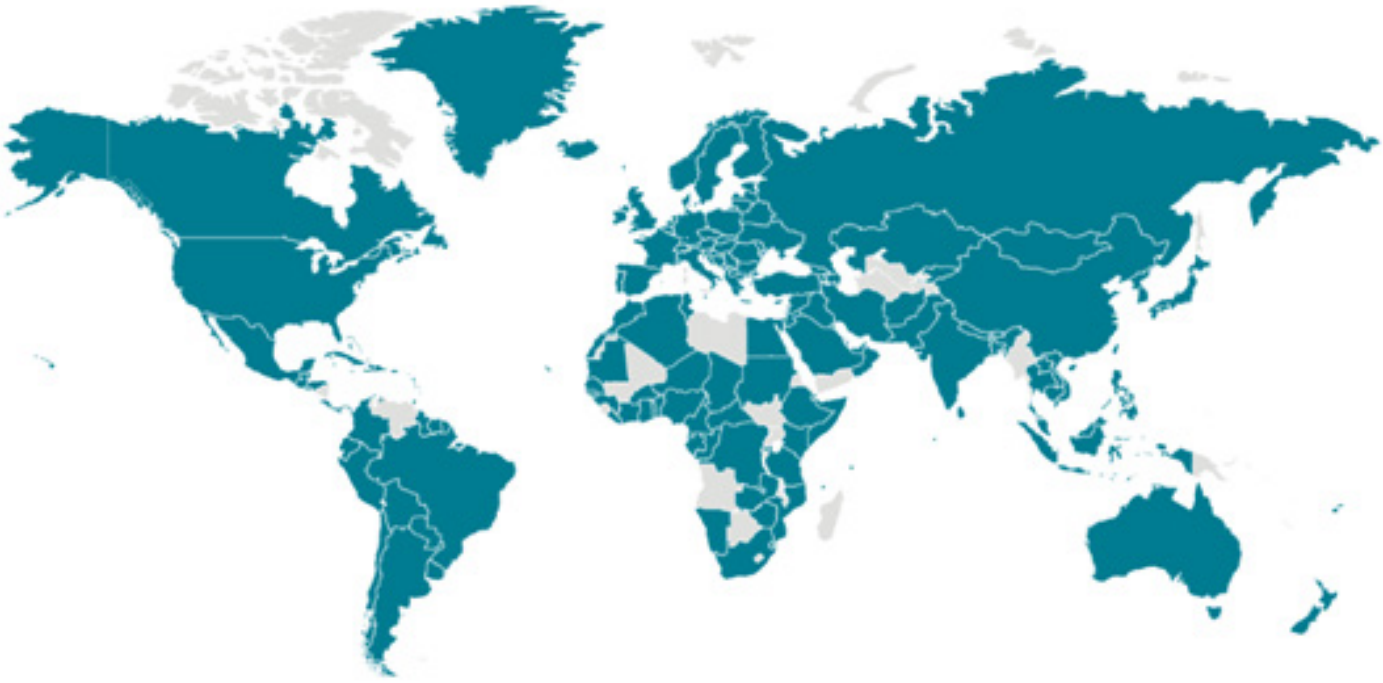
Estudios realizados a pacientes infectados en China y Tailandia muestran los datos genómicos del nuevo virus y descubren que tienen relación con Cov similar al SARS los cuales fueron aislados en murciélagos. Por lo que deciden llamar al nuevo virus SARS-CoV-2. Al igual que otros de la familia de los coronavirus, este virus causa diversas manifestaciones clínicas. A través de estos estudios se descubre que el virus se diversifica habiendo mutaciones en diferentes pacientes, por lo que hay que tener una especial precaución evitando la propagación, ya que no se sabe cómo pueden ser las siguientes mutaciones. (3)

El 30 de enero de 2020, la OMS declaró el brote de COVID-19 como una "Emergencia de salud pública de preocupación internacional". (1)

El 11 de febrero del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció el nombre oficial de la enfermedad que está causando el brote del nuevo coronavirus 2019 (COVID-19). (4)

Además de en China, en otros países como Italia, España, Tailandia, Japón, Corea del Sur y EEUU comienzan a reportarse casos debido al movimiento internacional de personas, siendo seguidos por otros países los cuales se muestran en el siguiente mapa.

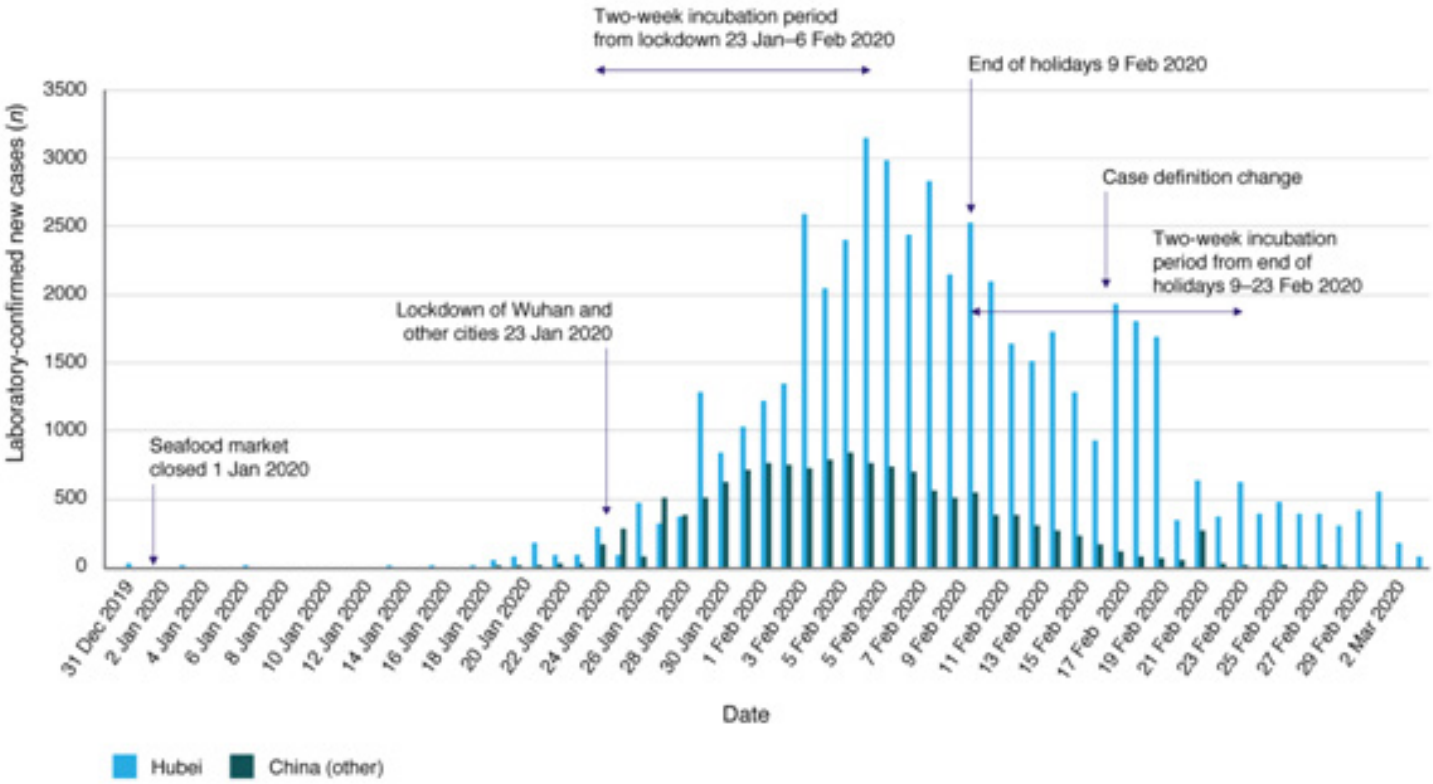
Figura1. Mapa con el número de casos globales de Coronavirus a 25 de marzo de 2020



Fuente: CDC, 2020

China ha disminuido la incidencia de COVID-19 en las últimas semanas. Viendo en la siguiente gráfica los datos sobre los casos dados tanto en Hubei como en China.

Figura 1. curva epidémica de COVID-19 en Hubei y el resto de China desde el 31 de diciembre de 2019 hasta el 2 de marzo de 2020



Fuente: Macintyre CR, 2020 (5)

3. Epidemiología

Microbiología: Los coronavirus son virus de ARN de sentido positivo no segmentados envueltos que pertenecen a la familia Coronaviridae y el orden Nidovirales y ampliamente distribuido en humanos y otros mamíferos. (6)

En dos estudios publicados en la revista The Lancet, uno de ellos a 813 pacientes hospitalizados en China con COVID-19 se detectó lo siguiente: (7) (6)

- La comorbilidad estaba presente en la mitad de los pacientes, siendo las más comunes hipertensión, seguida por diabetes y enfermedad coronaria.
- Algo más de la mitad de los pacientes eran varones.
- Los síntomas más comunes son fiebre y tos, seguida de producción de esputo y fatiga.

La enfermedad grave y muerte causadas por COVID-19 es más común en personas mayores, sobre todo con comorbilidad. Se han dado muy pocos casos en menores de 20 años.

El período de incubación de COVID-19 es de 2 a 14 días.

Se cree que se transmite de persona a persona, por contacto directo (menos de 2 metros), a través de secreciones respiratorias de un infectado, diseminándose al toser o estornudar. Además, se propaga también cuando estas secreciones son depositadas en objetos, como el pomo de una puerta o las manos.

La transmisión comienza con una persona que viaja al país endémico, pero después es intra familiar e intra comunitaria, dándose los siguientes casos por el contacto con el primero.

Los tratamientos más comunes eran con antibióticos, antivirales, corticoesteroides e inmunoglobulina IV, además de los medios para asegurar una ventilación adecuada.

4. Situación actual: (8)

La OMS publica informes diarios sobre la situación mundial en relación al COVID-19, los cuales han sido utilizados como fuente de los siguientes datos.

Muchos países han decidido tomar medidas extraordinarias de prevención para ralentizar la propagación del virus, medidas que la población ha de seguir estrictamente.

Para ello, todos los estados deben intentar cumplir los siguientes objetivos para contener y retrasar el avance de la infección:

- Evaluar el impacto en la salud de la población a través de la evidencia científica, con el objetivo de minimizarlo al máximo.
- Evitar al máximo la propagación, tanto domestica como internacional.
- Garantizar un trato digno a todos los afectados.
- Facilitar el uso de medidas de prevención tanto para el personal de salud como para la población.
- Crear planes para prevenir la propagación del COVID-19.

El 11 de marzo la OMS decidió declarar el estado de pandemia, debido al COVID-19. En la información dada asegura que los casos fuera de China se han multiplicado por 13, habiendo más de 118.000 casos en 114 países con 4.291 personas muertas. Añadiendo que es la primera pandemia causada por Coronavirus.

También insta a los países endémicos a asumir los siguientes puntos clave: (9)

- Preparación
- Detectar, proteger y tratar
- Reducir la transmisión
- Innovar y aprender
- Activación y ampliación de mecanismos de respuesta a emergencias
- Preparación de los hospitales

Según la OMS la definición de pandemia es la propagación mundial o a través de un largo territorio de una nueva enfermedad. La mayoría de las personas no tienen inmunidad contra el microorganismo en cuestión.

En el **informe** publicado por la OMS el 25 de marzo la situación es la siguiente: El riesgo global de infección es muy elevado.

Tabla 1. Situación global de casos y muertes por COVID-19 a 13.03.2020.

- ✓ Interrumpir la transmisión de persona a persona, incluida la reducción de infecciones secundarias entre contactos cercanos y trabajadores de la salud, previniendo eventos de amplificación de transmisión y previniendo más propagación internacional *.
- ✓ Identificar, aislar y atender a los pacientes temprano, lo que incluye brindar atención optimizada a los pacientes infectados.
- ✓ Identificar y reducir la transmisión desde la fuente animal.
- ✓ Abordar incógnitas cruciales con respecto a la gravedad clínica, el alcance de la transmisión y la infección, el tratamiento opciones y acelerar el desarrollo de diagnósticos, terapias y vacunas.
- ✓ Comunicar información crítica sobre riesgos y eventos a todas las comunidades y contrarrestar la información errónea.
- ✓ Minimizar el impacto social y económico a través de asociaciones multisectoriales.

Fuente: 65 informe diario de la OMS

La Unidad Clínica continúa convocando a médicos de todo el mundo semanalmente para compartir conocimientos y experiencias habiendo una representación de 30 países.

El principal desafío en este momento es la falta de suministros y personal debido a que muchos pacientes precisan ventilación mecánica. Por lo que han creado un concepto clínico de operaciones destinado a compartir decisiones sobre como acelerar la disponibilidad del material necesario.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS OMS
1. Interrumpir la transmisión de persona a persona, incluida la reducción de infecciones secundarias entre contactos cercanos y trabajadores de la salud, previniendo eventos de amplificación de transmisión y previniendo más propagación internacional *. 2. Identificar, aislar y atender a los pacientes temprano, lo que incluye brindar atención optimizada a los pacientes infectados. 3. Identificar y reducir la transmisión desde la fuente animal. 4. Abordar incógnitas cruciales con respecto a la gravedad clínica, el alcance de la transmisión y la infección, el tratamiento opciones y acelerar el desarrollo de diagnósticos, terapias y vacunas. 5. Comunicar información crítica sobre riesgos y eventos a todas las comunidades y contrarrestar la información errónea. 6. Minimizar el impacto social y económico a través de asociaciones multisectoriales.

** Esto se puede lograr mediante una combinación de medidas de salud pública, como identificación rápida, diagnóstico y gestión de los casos, identificación y seguimiento de los contactos, prevención y control de infecciones en entornos de atención de salud, implementación de medidas de salud para viajeros, sensibilización de la población y comunicación de riesgos.*

Tabla 2. Objetivos estratégicos de la OMS a 20.03.2020. 61 informe diario OMS. (8)

A continuación, se muestran una serie de gráficos, los cuales explican la situación actual de casos y muertes causados por COVID-19 por regiones (según la OMS) y los países en los que la infección se ha propagado más.

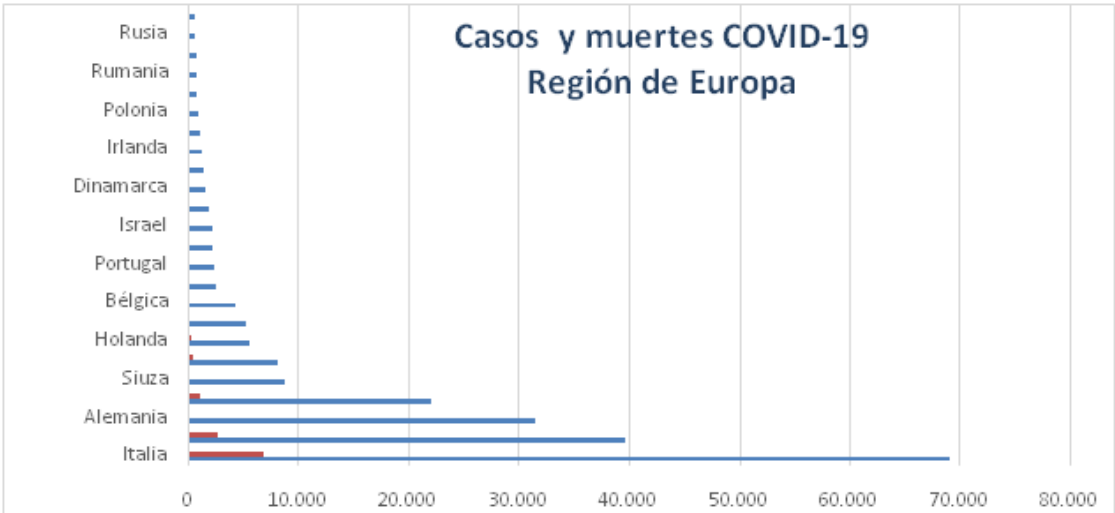
Figura 2. Casos y muertes por COVID-19 en la Región Pacífico Oeste, en la que está incluida China. Se tiene en cuenta países con más de 100 casos Se dividen las regiones según la OMS

	China	Republica de Korea	Australia	Malasya	Japón	Singapore	Filipinas	Nueva Zelanda	Viet Nam	Brunei Darussalam
Muertes	3.284	126	8	16	43	2	35	0	0	0
Casos confirmados	81.848	9.137	2.252	1.624	1.193	558	552	189	134	104

Fuente: datos de Informe 65 sobre la situación del COVID-19. OMS

En el gráfico llama la atención como en esta área la mayoría de casos se acumulan en un solo país, China, esto es debido a que es donde comenzó la pandemia, en la ciudad de Wuhan.

Figura 3. Casos y muertes por COVID-19 en la Región de Europa, se seleccionan países con más de 500 casos. Se dividen las regiones según la OMS

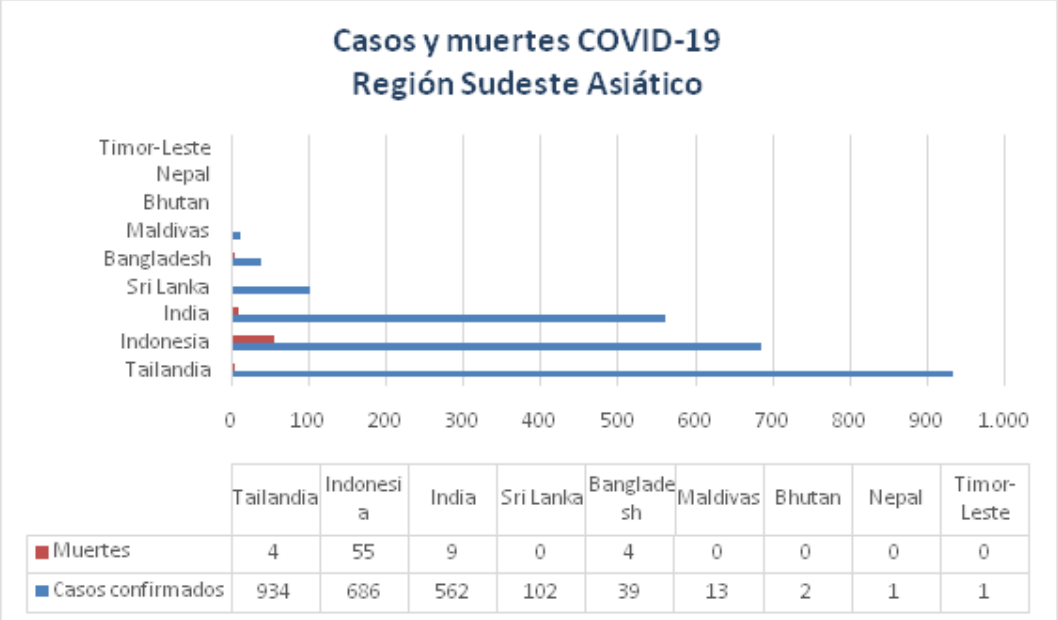


	Italia	España	Alemania	Francia	Siuza	Reino Unido	Holanda	Austria	Bélgica	Noruega	Portugal	Suecia	Israel	Turquía	Dinamarca	República Checa	Irlanda	Luxemburgo	Polonia	Finland	Rumania	Grecia	Rusia	Islandia
Muertes	6.8	2.6	149	1.1	86	422	276	30	122	10	33	36	5	44	32	3	7	8	10	1	11	20	0	2
Casos confirmados	69.	39.	31.	22.	8.7	8.0	5.5	5.2	4.2	2.5	2.3	2.2	2.1	1.8	1.5	1.3	1.3	1.0	901	792	762	743	658	648

Fuente: datos de Informe 65 sobre la situación del COVID-19. OMS

Europa ha sido la región más afectada debido a la transmisión tanto por los viajeros como por el contagio comunitario e intrafamiliar. Italia es el segundo estado, después de China en acumular más casos y el que más muertes tiene. Por otro lado, desde España a Reino Unido están entre los 15 países con más infectados.

Figura 4. Casos y muertes por COVID-19 en la Región del Sudeste Asiático. Se dividen las regiones según la OMS

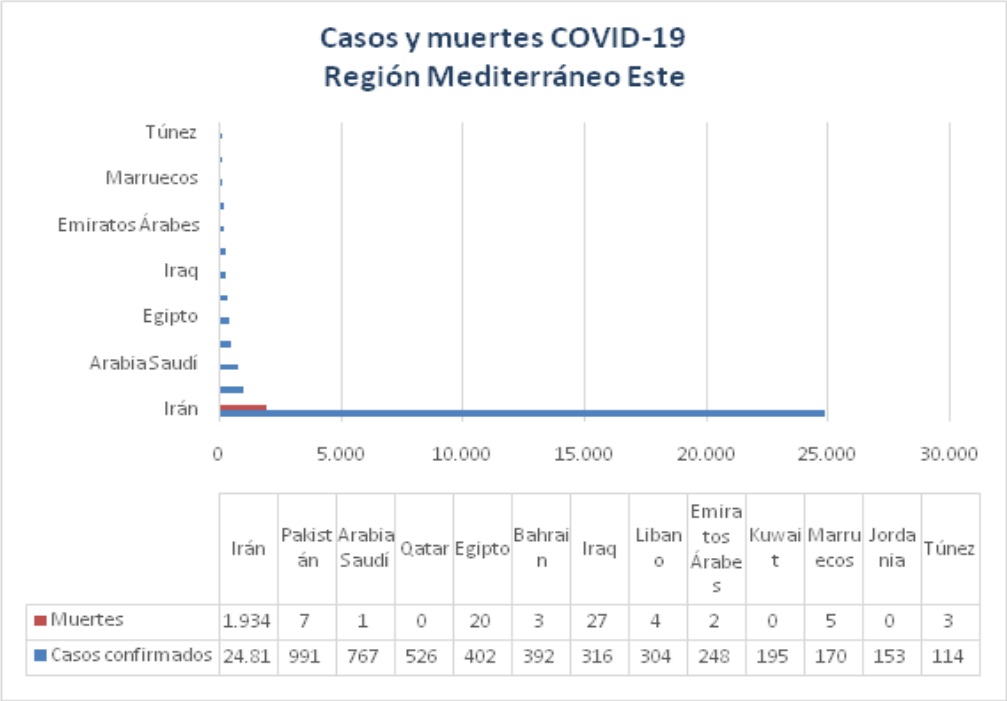


	Tailandia	Indonesia	India	Sri Lanka	Bangladesh	Maldivas	Bhutan	Nepal	Timor-Leste
Muertes	4	55	9	0	4	0	0	0	0
Casos confirmados	934	686	562	102	39	13	2	1	1

Fuente: datos de Informe 65 sobre la situación del COVID-19. OMS

En la región de sudeste asiático los casos se centran en 3 países, Indonesia, Tailandia e India principalmente.

Figura 5. Casos y muertes por COVID-19 en la Región Mediterráneo Este. Se dividen las regiones según la OMS. Se contabilizan países con más de 100 casos

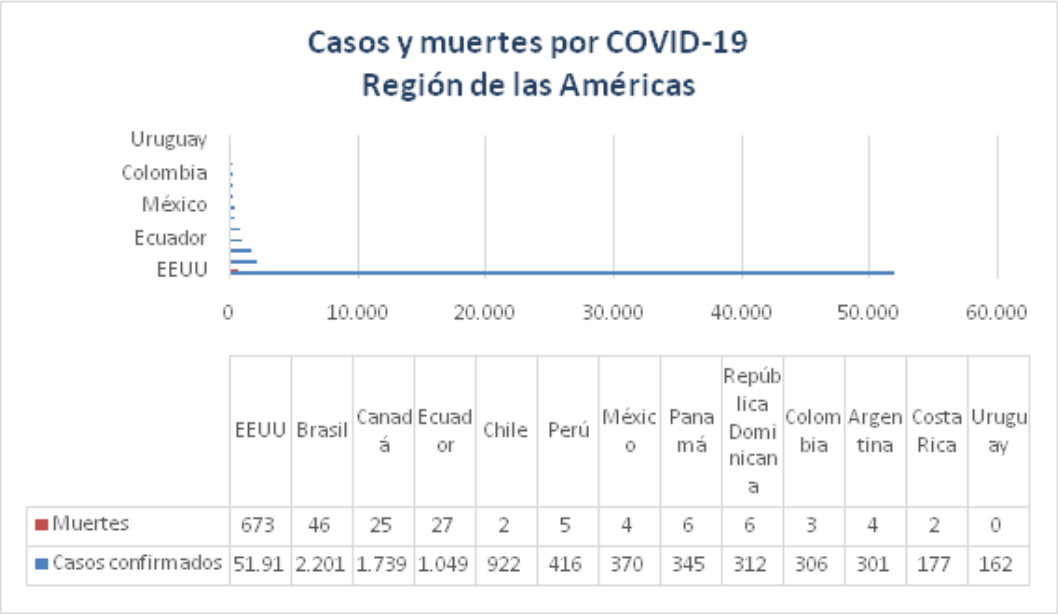


	Irán	Pakistán	Arabia Saudí	Qatar	Egipto	Bahrain	Iraq	Líbano	Emiratos Árabes	Kuwait	Marruecos	Jordania	Túnez
Muertes	1.934	7	1	0	20	3	27	4	2	0	5	0	3
Casos confirmados	24.81	991	767	526	402	392	316	304	248	195	170	153	114

Fuente: datos de Informe 65 sobre la situación del COVID-19. OMS

En esta región es remarcable la situación de Irán como sexto país con más casos a nivel mundial, sumando muchos más casos que el resto de estados de su misma región.

Figura 6. Casos y muertes por COVID-19 en la Región de las Américas, se seleccionan países con más de 100

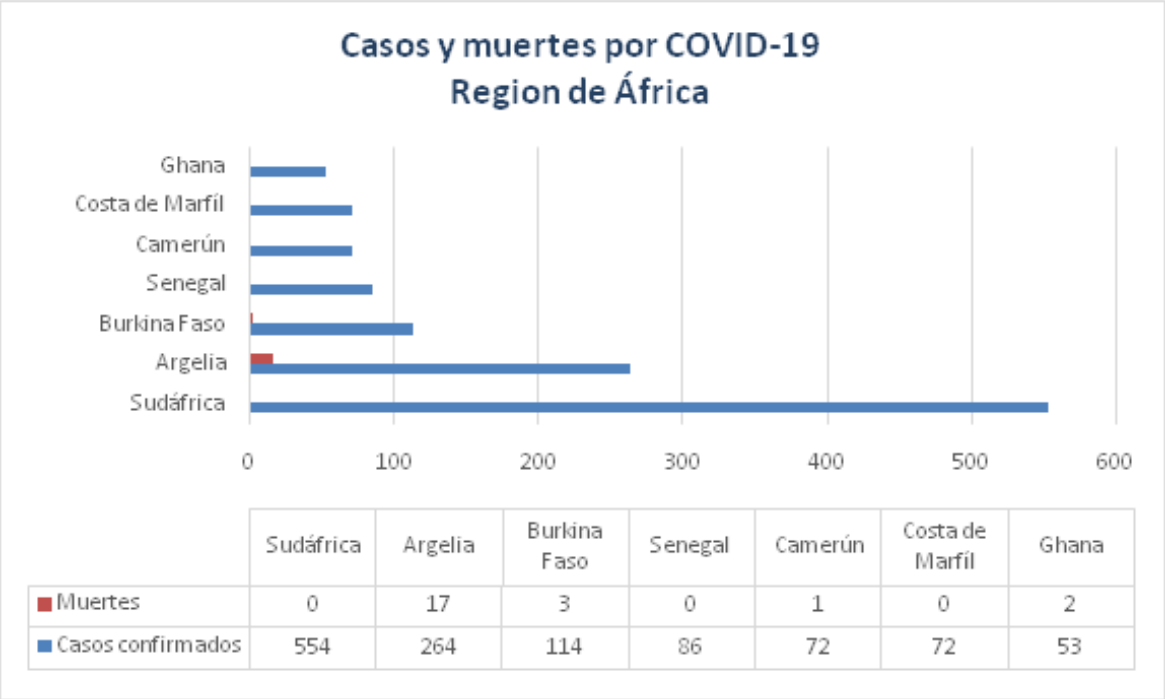


	EEUU	Brasil	Canadá	Ecuador	Chile	Perú	México	Panamá	República Dominicana	Colombia	Argentina	Costa Rica	Uruguay
Muertes	673	46	25	27	2	5	4	6	6	3	4	2	0
Casos confirmados	51.91	2.201	1.739	1.049	922	416	370	345	312	306	301	177	162

Fuente: datos de Informe 65 sobre la situación del COVID-19. OMS

En la región de las Américas los casos son menores que en otras regiones como la de Pacífico Oeste o Europa. EEUU es el que acumula más casos y muertes, seguido por Canadá en norte América. En Sudamérica Brasil lidera los casos seguida por Chile y Argentina.

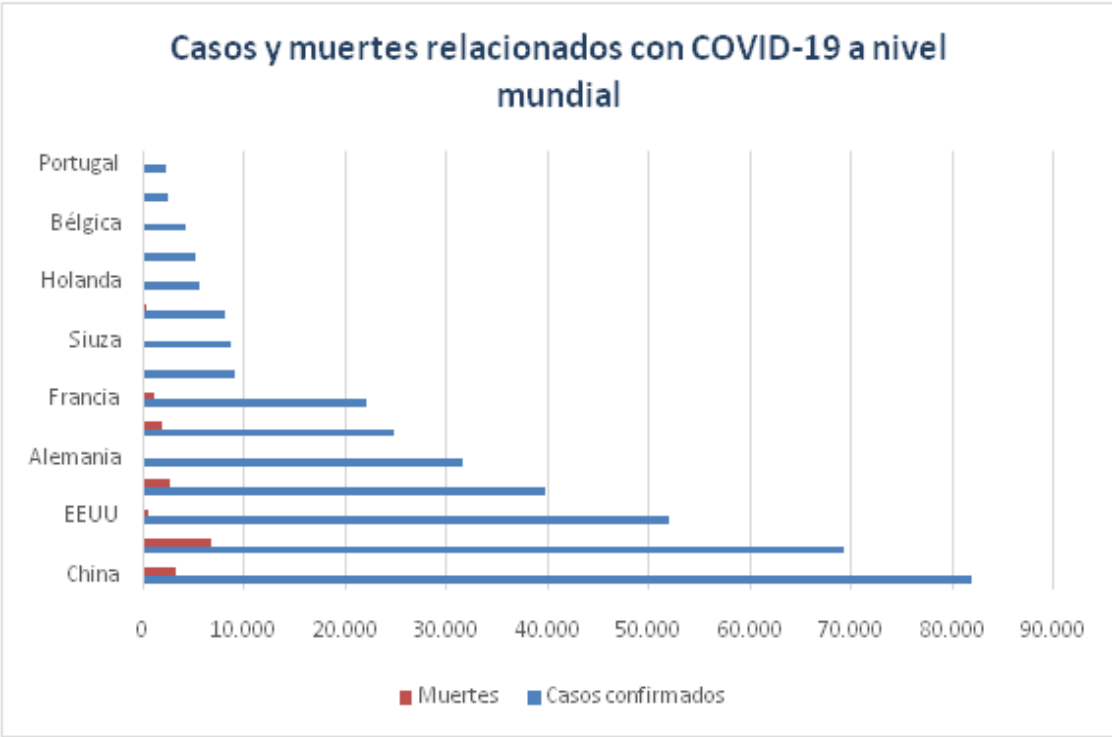
Figura 7. Casos y muertes por COVID-19 en la Región de África. Se dividen las regiones según la OMS. Se seleccionan países con más de 50 casos



Fuente: datos de Informe 65 sobre la situación del COVID-19. OMS

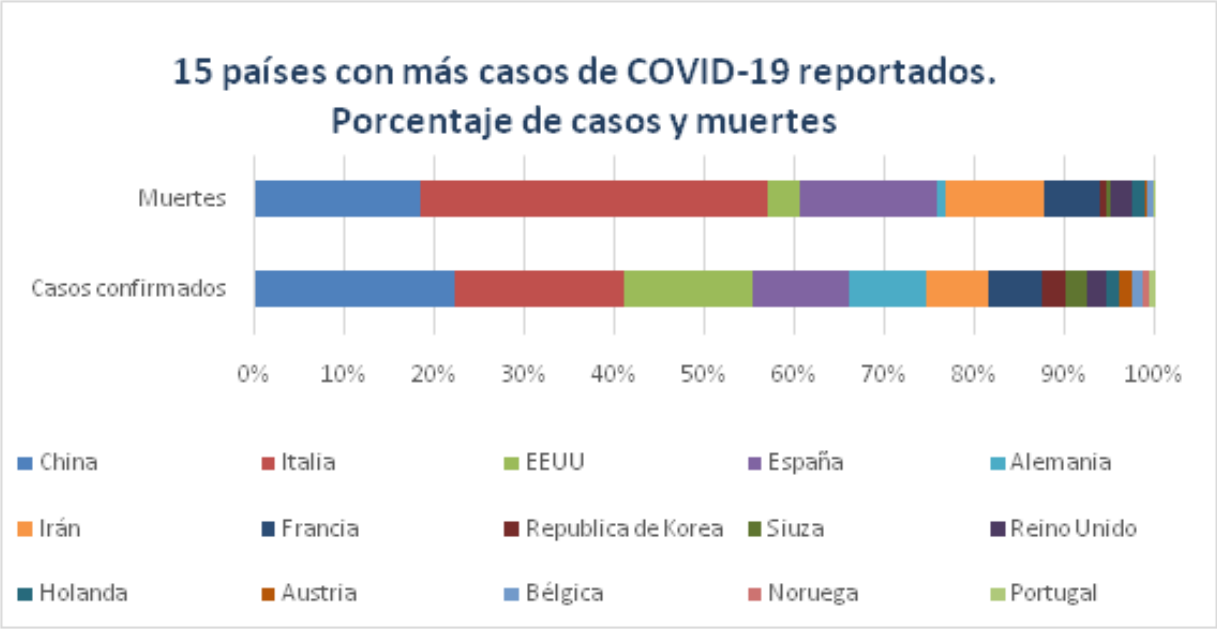
La región africana tiene menos casos y muerte que otras regiones, habiendo 37 países y 2 territorios afectados.

Figura 8. Casos y muertes por COVID-19 a nivel mundial, se seleccionan los 15 países con más casos los cuales tiene más de 500



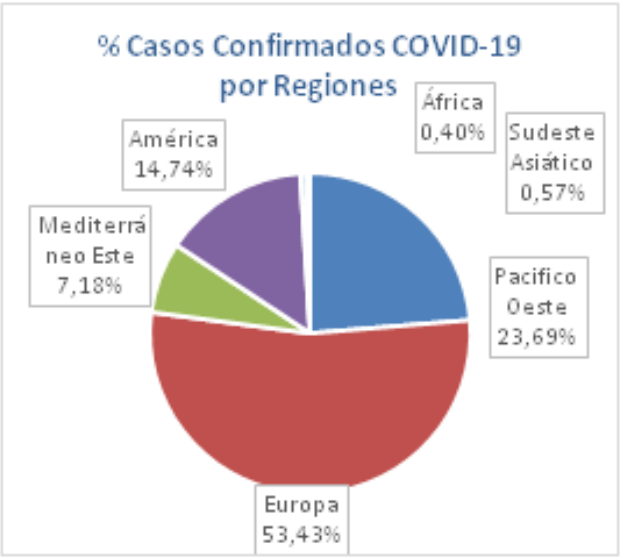
Fuente: datos de Informe 65 sobre la situación del COVID-19. OMS

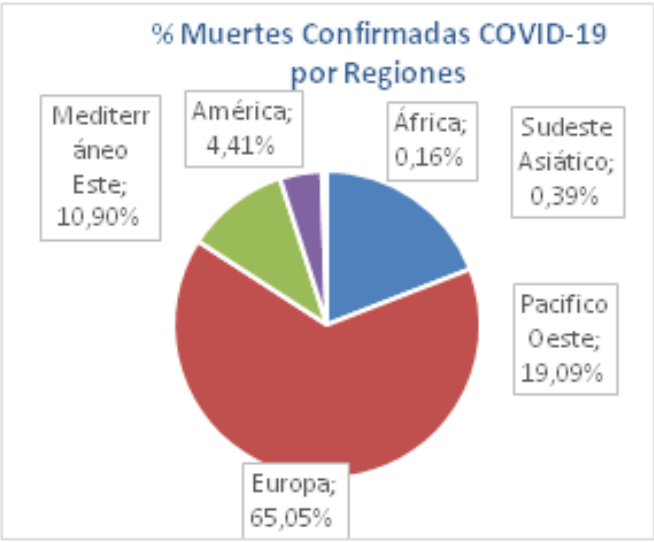
Figura 9. Porcentaje total de casos y muertes por COVID-19 a nivel mundial, se seleccionan los 15 países con más casos



Fuente: datos de Informe 65 sobre la situación del COVID-19. OMS

Figura 10. Porcentaje total de casos y muertes por COVID-19 por regiones





Fuente: datos de Informe 65 sobre la situación del COVID-19. OMS

La región más afectada por la transmisión del COVID-19 y epicentro actual de la pandemia es la europea, tiene un total de 220.516 casos y 11.986 personas muertas debido a que Italia, el segundo país a nivel mundial con más ciudadanos infectados (69.176) y el primero con más muertes (6.820) se encuentra en la misma. Además de países como España, Alemania, Francia, Suiza o Reino Unido, los cuales están entre los primeros 10 estados con más contagiados con un promedio de 19.200 casos aproximadamente.

En segundo puesto, Pacífico Oeste con un total de 97.766 casos y 3.518 muertes, debido a que China pertenece a la misma, con 81.848 casos y 3.287 muertes y el octavo país con más infectados (9.137), República de Corea, integra también a esta área.

En tercer lugar, la región de América tiene.60.834 casos y 813 muertes, el país con más pacientes afectados por COVID-19 es EEUU.

La región de Mediterráneo Este, en cuarto lugar acumula 29.631 casos y 2.008 muertes. El sexto país con más casos, Irán, pertenece a esta región, acumulando 24.811 y 1.934 muertos.

Por último, las regiones de Sudeste Asiático y África son las que menos infectados acumulan con un total de 2.344 y 1.664 respectivamente.

5. Medidas de prevención para personal de salud en casos de COVID-19

Para lograr una respuesta efectiva ante esta pandemia el personal de salud ha de asegurar medidas efectivas de control para evitar aumentar la propagación de la enfermedad de forma intrahospitalaria de la siguiente forma:

5.1 Asegurando un triaje adecuado. El reconocimiento temprano y el control de la fuente (aislar pacientes con sospecha de infección por nCoV). (10)

Personal de urgencias o atención primaria está directamente expuesto a que un paciente acuda al servicio, por lo que se deben extremar las medidas de precaución llevando el EPI adecuado (al menos mascarilla FFP3, en su defecto FFP2 (N95 americana), guantes, bata impermeable y gafas o pantalla facial, tal como se explica en el punto 5.3) y aislando al paciente del resto lo antes posible. También se ha de limpiar y desinfectar regularmente las superficies con las que ha estado en contacto el paciente, limitar el número de personal sanitario, familiares y visitantes en contacto con el paciente sospechoso y llevar un registro de las personas en contacto con el enfermo, incluido todo el personal y visitantes.

5.1.1 El procedimiento para la limpieza y desinfección (11) de las superficies u objetos que estén en contacto con el paciente sospechoso de COVID-19 se debe inicial con la limpieza, eliminando la materia orgnica e inorgánica mediante fricción con ayuda de detergentes y limpiando después con agua para eliminar restos de suciedad por arrastre.

Después se desinfectan las superficies usando rociadores, paños o toallitas y desinfectantes de uso ambiental como hipoclorito de sodio, amonios cuaternarios, peróxido de hidrógeno y los fenoles.

Lo ideal es utilizar material desechable de un solo uso, en caso de tener que reutilizar material contaminado se ha de utilizar la técnica y productos anteriormente señalados.

En el caso de textiles se han de lavar con agua caliente a 90ºC y detergente para la ropa.

Cada vez que se utilice una técnica que genere aerosoles o el paciente infectado tenga contacto con un utensilio se ha de limpiar y desinfectar.

Es muy importante realizar un triaje teniendo en cuenta los datos específicos de este nuevo coronavirus, ya que los pacientes infectados pueden cursar, como se ha mencionado anteriormente, con enfermedad leve, pudiendo ser clasificados con una prioridad baja.

Para evitar esta situación se recomiendan varias medidas como difundir información públicamente, sobre como el paciente ha de actuar si sospecha que está infectado con COVID-19, a través de medios de comunicación y carteles en centros sanitarios. Esta información debe recalcar instrucciones de cómo mantener una buena higiene respiratoria y de manos y de detección de síntomas.

Si el primer trabajador en contacto con el paciente es administrativo ha de realizar preguntas específicas como: "¿Ha realizado algún viaje en las últimas dos semanas?". Si el criterio epidemiológico es positivo, se invitará al paciente a que se ponga una mascarilla tipo quirúrgica y se le aislará para evitar contacto

con el resto de usuarios.

En el triaje realizado por personal sanitario, la identificación debe ser completa, basada tanto en datos epidemiológicos como signos y síntomas (clínica de infección viral o síntomas respiratorios y viajes recientes a zonas de riesgo o contacto con casos de COVID-19).

El sistema debe de tener un reconocimiento temprano de los casos de COVID-19 a través de la evaluación inicial por personal de enfermería. Si se sospecha que el paciente está infectado se ha de proporcionarle una mascarilla, instarle a realizar un lavado de manos y aislarle del resto de pacientes.

Para que lo anterior sea efectivo, se ha de alentar a los trabajadores de salud a tener un alto nivel de sospecha e intentar tener un puesto de triaje en la entrada del hospital o centro de atención primaria con el objetivo de detener la transmisión lo antes posible.

5.2 Aplicar precauciones estándar por parte del personal de salud (12)

Las precauciones estándar han de ser tomadas de la siguiente forma:

- Utilizar el EPI tanto por parte del personal encargado del cuidado de los pacientes como por las visitas.
- Practica segura al realizar las técnicas que su pongan contacto con mucosas o secreciones de pacientes infectados y desecho de residuos.
- Lavado de manos con agua y jabón o a con alcohol AL 60-95% (ABHR) después de cada procedimiento o de retirar el EPI, tocar a un paciente, exposición a secreciones y tocar superficies u objetos cerca del paciente infectado. La higiene ha de ser con

5.3 Implementar precauciones de protección adicionales (gotas y contacto y, cuando corresponda, precauciones en el aire) (12)

En este apartado se describirá como utilizar de forma racional, correcta y adecuada el EPI, ya que de ello depende en gran parte (intrahospitalariamente) que la transmisión se reduzca. Para ello se ha de facilitar el EPI adecuados a los trabajadores, además de una adecuada formación e intentar que el mismo equipo de salud se encargue de los pacientes infectados con COVID-19.

El **material** utilizado para protección personal es el siguiente:

- Gafas de seguridad para la protección de ojos o pantalla facial para proteger la cara y evitar contaminación de membranas mucosas. Debe cubrir la frente y las mejillas completamente, unas gafas normales no se consideran protección. Si es reutilizable debe limpiarse y desinfectarse después de cada uso.
- Mascarilla o respirador de partículas certificado, tipo N95 según normativa americana o FFP3 en Europa, en su defecto FFP2 . El personal de salud ha de ponérsela antes de entrar en la habitación del paciente infectado y se debe desechar al salir de la habitación del paciente. (12), (13)
- Bata de manga larga limpia y no estéril y delantal impermeable para evitar el traspaso de fluidos a través de la bata. Se ha de vestir antes de entrar en la habitación.
- Guantes. Han de ser limpios, no es necesario que sean estériles, han de ser puestos antes de entrar en la habitación al igual que el resto de componentes del EPI
- No se requiere el uso de botas o delantal durante la atención rutinaria, se recomienda utilizar gorro y calzas.

Antes de ponerse el EPI el personal ha de lavarse las manos.

Después de atender al paciente, el personal sanitario deberá quitarse y eliminar el EPI y lavarse las manos adecuadamente.

En el anexo I “Precauciones de aislamiento” (protocolo de unidades de infecciosos INN) se especifica cómo vestirse y desvestirse en referencia al EPI y los tipos de aislamiento.

5.4 Los **utensilios clínicos** (tensiómetro, termómetro, …) serán de uso individual con cada paciente y desechables. Si se utilizan los utensilios con varios pacientes infectados con COVID-19 estos deben ser desinfectados después de cada uso con etil -alcohol al 70%. (13)

Hay que tener en cuenta que las precauciones de contacto hay que llevarlas a cabo también con el material relacionado con la ventilación del paciente, como son los tubos.

5.5 Los pacientes infectados deben ser ubicados en habitaciones individuales ventiladas adecuadamente (ventilación natural a 60 litros/s por paciente), si no se dispone de suficientes cuartos se puede poner a varios pacientes infectados con COVID- 19 en el mismo lugar separados entre sí al menos 1 metro. (Para más información sobre aislamiento consulte el "Protocolo de Unidad de Pacientes Infecciosos" disponible en www.inursingn.com).

Se ha de evitar el movimiento de pacientes fuera de su habitación o sala a menos que sea necesario por razones médicas. Se puede utilizar equipos de radiología portátiles a ser posible.

Crear rutas de transporte dentro del hospital para minimizar la exposición del resto de pacientes y personal, en el protocolo se ha de informar al servicio al cual se traslada al paciente para que estén preparados.

6. Controles administrativos y protocolos de prevención (14)

Hay que tener en cuenta en casos de enfermedades infecciosas el control administrativo necesario para agilizar el proceso de notificación y acceso a medidas de prevención. Se ha de establecer infraestructuras y actividades sostenibles para la prevención y control de infecciones como:

6.1 Limitación de accesos. (12)

Los pacientes pueden llegar al hospital por su propio pie, por lo cual hay que limitar los accesos del recinto de salud, informando mediante carteles a donde se deben dirigir para ser atendidos. Para ello se pueden poner barreras físicas, controlando así las zonas a las que los pacientes pueden acceder.

Además, se ha de intentar que el resto de población no acceda al recinto médico, si hay citas programadas que no sean urgentes, se deben retrasar para evitar el contagio de estos pacientes.

La ubicación del paciente después de ser evaluado es muy importante, si este tiene una infección leve se priorizará la atención y aislamiento domiciliario.

6.2 Formar a los cuidadores de los pacientes:

- Desarrollar políticas sobre el reconocimiento temprano de la infección respiratoria aguda que ha podido originar el 2019-nCoV.
- Asegurar el acceso a pruebas de laboratorio rápidas para detectar el agente etiológico, prevenir el hacinamiento, especialmente en el servicio de emergencias.
- Proporcionar áreas de espera especiales a los pacientes sintomáticos; aislar adecuadamente a los pacientes hospitalizados.
- Asegurar el suministro adecuado de EPI.
- Asegurar el cumplimiento de las políticas y procedimientos de prevención y control de infecciones en todas las facetas de la atención de la salud.

6.3 Laboratorio clínico (15)

Asegurar el acceso a un laboratorio en el que se pueda identificar el agente etiológico.

Las muestras tomadas a pacientes con sospecha de COVID-19 han de ser tratadas como potencialmente infecciosas, han de ser trasladadas con medidas estándar teniendo en cuenta el agente etiológico.

Para la toma de la muestra el personal ha de utilizar el EPI ya que esta técnica requiere tomar la muestra en la cavidad bucal del paciente y se pueden generar aerosoles. El EPI debe consistir en mascara facial, bata de manga larga, guantes y respirador de partículas con la certificación N95, FFp2 o equivalente.

La muestra se ha de intentar dar en mano a la persona que la transportará o al laboratorio. (12)

En referencia a las pruebas de laboratorio, en las primeras etapas de la infección, es posible que el virus no se detecte dando falsos negativos. Aun así, se realizarán 2 pruebas con un intervalo de 24 horas.

Por otro lado, un resultado negativo en la prueba con la muestra recolectada mientras el paciente tenía síntoma probablemente significa que el virus del COVID-19 no le está causando la enfermedad en el momento de la toma de la muestra.

En el interior del hospital, el manejo tanto de las **muestras** respiratorias como de las analíticas de rutina (por ejemplo, hemograma, bioquímica u orina) se realizará de la forma habitual, aplicando las precauciones estándar. (15)

Las muestras clínicas que se envíen fuera del hospital deberán ser tratadas como potencialmente infecciosas y se considerarán de categoría B.

Medio de conservación de las muestras:

Tabla 2. Medio de conservación de las muestras. "Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2)"

Tipo de muestra	**Medio de Transporte de Virus**	**Condiciones de transporte: Muestra biológica categoría B**
Muestras Respiratorias		
Exudado nasofaríngeo/orofaríngeo	Sí	Refrigerado a 4ºC en 24-48h
Aspirado/lavado nasofaríngeo	No	Refrigerado a 4ºC en 24h
Lavado bronco alveolar	No	Refrigerado a 4ºC en 24h
Aspirado endotraqueal	No	Refrigerado a 4ºC en 24h
Esputo	No	Refrigerado a 4ºC en 24h
Otras muestras		
Suero (2 muestras en fases aguda y convaleciente a los 14-30 días respectivamente)	No	Refrigerado a 4ºC
Biopsia/Necropsia de pulmón	No	Refrigerado a 4ºC en 24h
Sangre completa	No	Refrigerado a 4ºC
Orina	No	Refrigerado a 4ºC
Heces	No	Refrigerado a 4ºC

Fuente: Ministerio de Salud. Gobierno de España (15).

6.4 Protocolos de actuación. (12)

Asegurar con los protocolos que las zonas del hospital con pacientes infectados por COVID-19 estén adecuadamente ventiladas.

Para asegurar el cumplimiento de esta medida los pacientes han de tener una separación entre sí de al menos 1 metro.

Asegurar el proceso de limpieza y desinfección es primordial para evitar la diseminación del virus. El manejo de utensilios de comida, ropa y desechos tiene que estar controlado con los protocolos de casa unidad en referencia a pacientes aislados. Para más información consulte el el "Pprotocolo de unidad

de pacientes infecciosos" disponible en www.inursingn.com

Para asegurarse del cumplimiento de todas las anteriores medidas, los directivos de hospitales y centros de atención primaria han de capacitar al personal adecuadamente, crear protocolos de atención y tener un equipo de Infecciones Asociadas a Atención de Salud (IAAS) que controle que estas medidas se cumplan.

6.5 Notificación de casos (15)

Los casos han de ser notificados por el personal de salud que los detecta, al Instituto de Salud Pública estatal quien decidirá en qué centro se aislará al paciente y que seguimiento se ha de realizar (contactos, viajes, …).

El personal a cargo de estos pacientes ha de tener en cuenta las precauciones a tomar al realizar técnicas en las cuales se puedan producir aerosoles o contacto por parte del paciente infectado, como es el caso de la intubación traqueal, la ventilación no invasiva, la traqueotomía, la reanimación cardiopulmonar, la ventilación manual antes de la intubación y la broncoscopia. Estos procedimientos deben hacerse en una habitación aislada y ventilada (160litros/s por paciente, presión negativa, al menos 12 recambios de aire por hora y dirección controlada de flujo de aire al utilizar la ventilación mecánica).

6.6 Traslado del paciente en la urgencia extra hospitalaria: (15)

El transporte del paciente se realizará en una ambulancia con la cabina del conductor físicamente separada del área en la que se encuentre el paciente. El personal que intervenga en el transporte deberá llevar el EPI adecuado.

Una vez finalizado el transporte se procederá a la desinfección del vehículo y a la gestión de los residuos producidos.

7. Medidas de aislamiento:

Si existe sospecha de COVID-19 se recomienda aislar a los pacientes infectados preventivamente para evitar la transmisión y una posible pandemia. (4)

Para la evaluación de un posible aislamiento el personal de salud puede seguir los siguientes criterios.

Tabla 1. Criterio para evaluar pacientes infectados con COVID-19

Características Clínicas	Y	Riesgo Epidemiológico
Fiebre o signos / síntomas de enfermedad de las vías respiratorias inferiores (por ejemplo, tos o falta de aire)	Y	Cualquier persona, incluidos los trabajadores de la salud, que haya tenido contacto cercano con un paciente confirmado por laboratorio 2019-nCoV dentro de los 14 días posteriores al inicio de los síntomas
Fiebre y signos / síntomas de una enfermedad de las vías respiratorias inferiores (por ejemplo, tos o falta de aire)	Y	Antecedentes de viaje desde la provincia de Hubei, China dentro de los 14 días posteriores al inicio de los síntomas
Fiebre y signos / síntomas de una enfermedad de las vías respiratorias inferiores (p. Ej., Tos o falta de aire) que requieren hospitalización4	Y	Antecedentes de viaje desde China continental dentro de los 14 días posteriores al inicio de los síntomas

Fuente: CDC (4)

El tiempo de aislamiento es de 14 días desde la fecha de exposición.Los siguientes síntomas son la clave para **retirar el aislamiento** de un paciente (15):

- El paciente no tiene fiebre, sin el uso de medicamentos para bajar la fiebre. (Actualmente se está actualizando esta información).
- El paciente ya no muestra síntomas, incluida la tos.
- El paciente obtuvo dos resultados negativos en las pruebas de dos muestras respiratorias consecutivas recolectadas con un mínimo de 24 horas entre una y otra.

Si un paciente **sospecha** que está **infectado** ya que ha venido de una zona endémica dentro de los últimos 14 días y tiene los anteriores síntomas como medida de prevención ha de permanecer aislado en su hogar, evitando contacto cercano con otras personas. Además de informar inmediatamente su sospecha, por vía telefónica, a su proveedor de salud. El profesional que trate a este paciente ha de realizar una serie de preguntas para conocer la fuente de propagación de la enfermedad y si alguien más puede estar infectado. (Anexo I, II)

8. Medidas a tomar por el personal de salud: (1)

El personal de salud debe tener en cuenta los siguientes aspectos para evitar el aumento de casos de COVID-19 mediante medidas preventivas, ya que no existe vacuna.

Los servicios de salud han de alentar y capacitar al personal estableciendo una clasificación de pacientes con sospecha de infección por COVID-19, equipándoles con formularios y material necesario para prevenir el contagio.

El personal de salud debe:

- Clasificar a los pacientes, el reconocimiento temprano y el control de la fuente de infección (aislando los pacientes con una presunta infección por nCoV).
- Aplicar precauciones habituales a todos los pacientes del servicio.
- Aplicar medidas de aislamiento aéreo y contacto con la persona infectada.
- Utilizar controles ambientales y técnicos.
- Registrar todas las medidas tomadas.
- Informar al Instituto de Salud Pública estatal.
- La promoción de la higiene respiratoria y de manos.
- Utilizar el equipo de protección individual.
- Evitar que los pacientes sospechosos de infección toquen superficies u objetos, ya que el virus puede permanecer en los mismos.
- Desechar o esterilizar adecuadamente el equipo utilizado con un paciente infectado.

Si bien la Organización Mundial de la Salud estudia las investigaciones en curso sobre las formas de propagación de la COVID-19 hay medidas establecidas para el manejo del virus en la población o en el medio extra hospitalario que se deben adoptar frente a la pandemia.

Las siguientes medidas son:

- Lavarse las manos frecuentemente

Lávese las manos con frecuencia con un desinfectante de manos a base de alcohol o con agua y jabón. Es importante adoptar esta práctica luego del contacto de las superficies con las manos. Ejemplo: timbres, pasamanos, dinero, bolsas de mercaderías, picaportes.

¿Por qué? *Lavarse las manos con un desinfectante a base de alcohol o con agua y jabón mata el virus si este está en sus manos.*

- Adopte medidas de higiene respiratoria

Al toser o estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo; si utiliza el pañuelo tírelo inmediatamente en una bolsa de residuos y lávese las manos con un desinfectante de manos a base de alcohol, o con agua y jabón si dispone para el lavado.

¿Por qué? *Al cubrir la boca y la nariz durante la tos o el estornudo se evita la propagación de gérmenes y virus. Si usted estornuda o tose cubriéndose con las manos puede contaminar los objetos o las personas a los que toque.*

- Mantenga el distanciamiento social

Mantenga al menos 1 metro (3 pies) de distancia entre

usted y las demás personas, particularmente aquellas que tosan y estornuden. En el caso que se detecte que una persona no se cubre la boca al estornudar o toser con el codo flexionado o pañuelo descartable, explicar la importancia de cubrir su boca y nariz.

¿Por qué? *Cuando alguien con una enfermedad respiratoria, como la infección por el 2019-nCoV, tose o estornuda, proyecta pequeñas gotitas que contienen el virus. Si está demasiado cerca, puede inhalar el virus y contagiarse de la infección.*

- Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca

Los ojos, la nariz y la boca son **medios de entrada de este virus al cuerpo**.

¿Por qué? *Las manos tocan muchas superficies que pueden estar contaminadas con el virus. Si se toca los ojos, la nariz o la boca con las manos contaminadas, puedes transferir el virus de la superficie a sí mismo.*

- Si tiene fiebre, tos y dificultad para respirar, solicite atención médica a tiempo

Indique a su prestador de atención de salud si ha viajado a una zona en la que se haya notificado la presencia del 2019-nCoV, o si ha tenido un contacto cercano con alguien que haya viajado al exterior de su país de residencia y tenga síntomas respiratorios.

¿Por qué? *Siempre que tenga fiebre, tos y dificultad para respirar, es importante que busque atención médica de inmediato, ya que dichos síntomas pueden deberse a una infección respiratoria o a otra afección grave. Los síntomas respiratorios con fiebre pueden tener diversas causas, y dependiendo de sus antecedentes de viajes y circunstancias personales, el 2019-nCoV podría ser una de ellas.*

- **Mantenerse bien informado y siga las recomendaciones de los profesionales sanitarios**

Manténgase informado sobre las últimas novedades en relación con la COVID-19. Siga los consejos de su dispensador de atención de salud, de las autoridades sanitarias pertinentes a nivel nacional y local o de su empleador sobre la forma de protegerse a sí mismo y a los demás ante la COVID-19.

¿Por qué? *Las autoridades nacionales y locales dispondrán de la información más actualizada y verdadera acerca de si la COVID-19 se está propagando en su zona de residencia. Son los interlocutores más indicados para dar consejos sobre las medidas que la población de su zona debe adoptar para protegerse.*

- **Mantener limpios y desinfectados los objetos de uso frecuente (17)**

Mantener la limpieza y desinfección de los objetos de uso frecuente (llaves, picaportes, pasamanos, puertas de la heladera, canillas o grifos de agua, perillas de cocina) con una solución desinfectante a base de cloro.

¿Por qué? *Las superficies limpias y desinfectadas ayudaran a cortar con la propagación del virus a través de los objetos de uso frecuente.*

- **Mantener limpia la ropa de uso frecuente**

Mantener limpieza y en lo posible planchada la ropa de uso frecuente.

¿Por qué? *La ropa limpia y planchada ayudara a cortar con la propagación del virus a través de los objetos de uso frecuente.*

Medidas de protección para las personas que se encuentran en zonas donde se está propagando la COVID-19 o que las han visitado recientemente (en los últimos 14 días)

- Siga las orientaciones expuestas arriba anteriormente.
- Respete las medidas de recomendación de las autoridades de salud de su zona de residencia.
- Permanezca en su casa.
- Si presenta síntomas respiratorios aunque se trate de síntomas leves como cefalea y rinorrea leve, llame a los números telefónicos provistos por las autoridades pertinentes en su zona de residencia o de prestación de salud.

¿Por qué? *Evitar los contactos con otras personas y las visitas a centros médicos permitirá que estos últimos funcionen con mayor eficacia y ayudará a protegerle a usted y a otras personas de posibles infecciones por el virus de la COVID-19 u otros.*

- Si tiene fiebre, tos y dificultad para respirar, busque rápidamente asesoramiento médico llamando a los números telefónicos que su zona de residencia informaron, ya que podría deberse a una infección respiratoria u otra afección grave. Llame con antelación e informe a su dispensador de atención de salud sobre cualquier viaje que haya realizado recientemente o cualquier contacto que haya mantenido con viajeros.

¿Por qué? *Llamar con antelación permitirá que su dispensador de atención de salud le dirija rápidamente hacia el centro de salud adecuado. Esto ayudará también a prevenir la propagación del virus de la COVID-19 y otros virus.*

BIBLIOGRAFÍA

1.Coronavirus action plan: a guide to what you can expect across the UK. Departamento de Salud y Bienestar Social. Gobierno UK. (2020 Mar 03). [Citada 2020 Mar 13]. Disponible en: https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-action-plan/coronavirus-action-plan-a-guide-to-what-you-can-expect-across-the-uk

2.Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). CDC. (2020 Feb 20) [Citada 2020 Feb 26]. Disponible en: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/faq-sp.html

3.Zhang L, Shen FM, Chen F, Lin Z. Origin and evolution of the 2019 novel coronavirus. Clin Infect Dis.2020 Feb 3 ciaa112, [Citada 2020 Mar 12]. Disponible en: https://doi.org/10.1093/cid/ciaa112

4.Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Summary. CDC. (2020 Mar 12). [Citada 2020 Mar 13], Disponible en: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/summary.html

5.Macintyre CR. On a knife's edge of a COVID-19 pandemic: is containment still possibl7. Public Health Res Pract. 2020;30(1):3012000. 2020 Mar 10. [Citada 2020 Mar 13], Disponible en: https://www.phrp.com.au/issues/march-2020-volume-30-issue-1/on-a-knifes-edge-of-a-covid-19-pandemic-is-containment-still-possible/

6.C Huang, Y Wang, X Li, et al. Clinical features of patients infected with novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet (2020). [Internet]. 2020 Ene 24 [Citada 2020 Mar 13]. Disponible en: https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30183-5.pdf

7.Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. 2020; (2020 Mar 9.) [Citada 2020 Mar 12]. Disponible en: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30566-3/fulltext

8.Coronavirus Disease 2019(COVID-19): situation report—61 OMS. 2020 Mar 20 [Citada 2020 Mar 22]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200321-sitrep-61-covid-19.pd10sfvrsn=-f201f85c_2

9.WHO director -General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. 2020 Mar 11. Discurso, OMS Génova. [Citada 2020 Mar 13].

10.Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. (2020 Feb 19) Manejo en urgencias y primera atención de pacientes con sospecha de COVID-19. Madrid.

11.Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Protocolo de limpieza y desinfección de ambientes COVID-19. (2020). Santiago de Chile.

12.Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings. CDC. (2020). [Citada 2020 Mar 21], Disponible en: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html

13.Allegranzi B, Baller A, Coutinho AP, et al. Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria de casos en los que se sospecha una infección por el nuevo coronavirus (nCoV). OMS. 2020 Ene 25 [Citada 2020 Feb 26].

14.OMS. (2020 Ene 25). Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected (p. 5). Génova.

15.Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. (2020 Feb 20) Instituto Carlos III. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Madrid.
16.Consejos para la población en GENERAL.OMS. (2020). Disponible en: https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters
17.Información, recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación y medidas de prevención. Ministerio de Salud. Gobierno de la República Argentina. (2020). Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19
18.Vega Viyuela A.M., Cueva Talledo V., Ayala M. O.. Protocolo de unidad de pacientes infecciosos. Enfermería Activa 2019;5(15):68-81. Disponible en: http://inursingn.com/wp-content/uploads/2019/10/ENFERMER%C3%8DA-ACTIVA-N%C3%9AMERO-OCTUBRE_EDICION_DEFINITIVA.pdf

Anexo I. Precauciones de aislamiento (18)

Para llevar a cabo las medidas de aislamiento tanto el personal de salud como las visitas del paciente han de conocer el EPI y el material que lo compone.

El centro debe proveer al personal del adecuado EPI para los empleados y asegurarse de que si el material esté debidamente conservado y al alcance de los funcionarios.

Material

Guantes (protección de las manos), bata (protección de piel y ropa), mascarillas (protección de nariz, boca y vía aérea), gafas (protección ocular).

Este material es utilizado como barrera entre la persona y los agentes infecciosos.

Para la selección de este material hay que tener en cuenta el tipo de exposición que se va a llevar a cabo y la durabilidad del material.

Utilización del material (como poner y quitar el material)

Hay que tener en cuenta unos puntos básicos para que la utilización del equipo sea la correcta.
1. No tener contacto con el paciente antes de usar las medidas de protección.
2. Ponerse y quitarse el EPI en la entrada a la habitación del paciente.
3. Tener cuidado de no contaminar zonas del servicio en las que no hay agentes patógenos.
4. Eliminar el equipo de forma adecuada y en el lugar correcto al salir de la habitación del paciente.
5. Inmediatamente después de desechar el equipo contaminado realizar un lavado de manos exhaustivo.
6. Si eres alérgico a algún material, recuerda informarlo con el tiempo suficiente para poder tener el stock necesario del mismo.

Con estas medidas se mantendrá la limpieza y protección de la unidad y del resto del personal.

Hay que recordar utilizar la talla correcta y el material de protección correcto para que no entorpezca la tarea a realizar.

Secuencia de uso del material.

Ponerse la ropa o vestirse de la siguiente forma:

1. Ponerse la bata y atarla:
   - Abrirla por la parte trasera que está en la espalda.
   - Asegurar el cuello.
   - Si se considera que la bata no es lo suficientemente protectora se pueden utilizar dos batas, la primera con la abertura hacia delante y la segunda hacia atrás, como se ha descrito en el anterior punto.

2. Utilizar la mascarilla ajustándola a la cabeza:
   - Colocar la mascarilla sobre la nariz y barbilla.
   - Ajustar la pieza flexible a la nariz.

- Atar las cuerdas o fijar los elásticos a la parte trasera de la cabeza, una de las bandas se fijará en la parte superior de la cabeza y la otra por debajo de las orejas.

3. Gafas o protector facial:
   - Colocar las gafas con las patillas sobre las orejas y ajustarlas a la cara.
   - Si se va a utilizar el protector facial ponerlo sobre la cara.

4. Guantes:
   - Insertar las manos en los guantes.
   - Ponerlos por encima de los puños de la bata.

Recuerda durante la utilización del material tener las siguientes medidas de protección personal:

- No te toques la cabeza con los guantes.
- Si los guantes se rompen quítatelos, realiza el lavado de manos y ponte unos nuevos, sin tocar el resto del EPI.
- Intenta tocar lo mínimo el resto de lugares o superficies del cuerpo del paciente que no necesites para la tarea asignada.

Quitarse el material o desvestirse de la siguiente forma:

Tener en cuenta que el material que se encuentra en la parte trasera del cuerpo y la parte interior del EPI no debería estar contaminado. Esto es primordial para quitar el EPI.

1. Quitar los guantes:
   - Con una mano agarrar la parte más cercana al puño en la zona palmar del guante de la mano contraria por la zona contaminada, y retirarlo dando la vuelta al guante, dejando hacia fuera la zona no contaminada del mismo y sujetarlo.
   - Inserta uno de los dedos de la mano que ya no tiene guante por la misma zona palmar en el interior del guante de la otra mano tocando de esta forma la zona limpia del guante, retirar este guante dándole la vuelta y dejando la parte contaminada en el interior del guante, de esta forma también se puede abarcar el guante que se ha quitado previamente y se estaba sujetando.
   - Eliminar en el contenedor.

2. Protector facial o gafas:
   - Quitar las gafas con las manos sujetando las patillas de las gafas o del protector facial.
   - Valorar si hay que desecharlo o se puede esterilizar de nuevo.

3. Bata:
   - Desatar los lazos de la zona trasera (no está contaminada).
   - Deslizar hacia delante la bata teniendo cuidado de no tocar la parte contaminada y retirarla del cuerpo, se puede tirar de la manga contraria procurando siempre tocar la zona no contaminada.
   - Desechar a misma en el contenedor.

4. Mascarilla:
   - Desatar el lazo o deslizar la goma de la parte posterior de la cabeza.
   - Desechar la mascarilla tocando siempre la zona limpia.

Después de la retirada de todo el EPI realizar el lavado de manos.

Utilización del EPI

Guantes: se utilizan para realizar técnicas en las que haya exposición de sangre, fluidos corporales, secreciones, heces, material contaminado, membranas internas o piel lesionada.

Bata: Se usa en procedimientos en los que haya que estar en contacto con una superficie contaminada, piel lesionada o contaminada, secreciones o fluidos y heces.

Mascarilla, gafas o protector facial: durante procedimientos en los que pueda haber aerosoles de sangre, fluidos corporales, heces o secreciones.

Recuerda que si el paciente está en aislamiento se han de tomar las medidas adecuadas en referencia al aislamiento y no según la tarea.

Tabla 1. Las precauciones de aislamiento más comunes

TRANSMISIÓN	HABITACIÓN	PROTECCIÓN RESPIRATORIA	GUANTES	BATA	TRASLADO PACIENTE
AÉREA	Individual	Respirador de partículas	Precauciones estándar	Precauciones estándar	Respirador de partículas
GOTAS	Individual (si es posible)	Mascarilla quirúrgica	Precauciones estándar	Precauciones estándar	Mascarilla quirúrgica
CONTACTO	Individual (si es posible)		Sí	Sí	
INVERSO	Individual	Mascarilla quirúrgica	Si	Si	Mascarilla quirúrgica

1. En los casos de transmisión aérea, la habitación debería de disponer de un sistema de presión negativa. Si este método no existe se puede abrir las ventanas.

2. Sólo se utilizará respirador de partículas en los casos de transmisión aérea. En los demás casos utilizar mascarillas quirúrgicas.

Tabla 1. Tipos de transmisión de las infecciones. Precauciones y aislamientos en patología infecciosa. Hospital de Aranda de Duero.

Aislamiento aéreo: se da cuando la diseminación de partículas menores de cinco micras permanece suspendidas en el aire por largos periodos de tiempo, y así son inhaladas por un huésped susceptible. Se debe utilizar una mascarilla de alta eficiencia.

Las enfermedades que requieren este tipo de aislamiento son Tuberculosis Pulmonar, Sarampión, Varicela, …

En este tipo de aislamiento la habitación debe tener presión negativa o posibilidad de abrir las ventanas.

Aislamiento por gotas: diseminación de partículas mayores de cinco micras, generadas al hablar, toser o estornudar, quedan suspendidas en el aire, hasta un metro de distancia al hablar, y hasta 4 metros al toser o estornudar.

Las enfermedades que requieren este tipo de aislamiento son la enfermedad invasiva por Haemophilus Influenzae, Meningococo, Difteria, Tosferina, Escarlatina, Neumonía por Micoplasma, Gripe, Rubeola, …

En caso de necesidad varios pacientes con la misma infección pueden compartir la estancia.

Aislamiento por contacto: Se utiliza con pacientes que puedan infectar a otras personas a través del contacto directo con él o superficies con las que haya tenido contacto.

Las enfermedades que requieren este tipo de aislamiento son SMRA, ABRIM, enfermedades entéricas por Clostridium Difficile, y en pacientes incontinentes por E. Coli, Shigella, Hepatitis A o Rotavirus.

Virus sincicial respiratorio en niños.

Infecciones cutáneas como Impétigo, Pediculosis, Escabiosis, Herpes Zoster diseminado o en inmunodeprimidos…

El material clínico debe ser de uso exclusivo y ha de permanecer en el interior de la habitación.

Disponible en www.inursingn.com "Protocolo de unidades de pacientes infecciosos, Anexo I"

Anexo II

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN ANTE UN CASO EN INVESTIGACIÓN O CONFIRMADO DE INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS

INFORMACIÓN DEL CASO

CCAA declarante _____
Fecha de la declaración del caso (a la CCAA) (dd/mm/aaaa): ____/____/_____
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa): ____/____/_____; Sexo: Hombre Mujer NS/NC
Edad en años_____ Edad en meses en menores de dos años_____
Edad en días en menores de 1 mes _____
Código de identificación de caso para la CCAA1 _____
País residencia actual: _____; CCAA de residencia_____ Provincia de residencia _____ Municipio de residencia _____
País de nacimiento: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA
Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa): _____/_____/ _____
Presentación clínica
Fiebre2 ___ºC **SI NO NS/NC**
Tos **SI NO NS/NC**
Neumonía3 **SI NO NS/NC**
Dolor de garganta **SI NO NS/NC**
Escalofríos **SI NO NS/NC**
Dificultad respiratoria **SI NO NS/NC**
Vómitos **SI NO NS/NC**
Diarrea **SI NO NS/NC**
Síndrome de Distress Respiratorio Agudo **SI NO NS/NC**
Otros cuadros respiratorios graves **SI NO NS/NC**
Fallo renal agudo **SI NO NS/NC**
Otros síntomas/signos clínicos o radiológicos: **SI NO NS/NC**
Especificar _____
Factores de riesgo y enfermedad de base: Si No NS/NC
- o Diabetes
- o Enfermedad cardiovascular (incluida hipertensión)
- o Enfermedad hepática crónica
- o Enfermedad pulmonar crónica
- o Enfermedad renal crónica
- o Enfermedad neurológica o neuromuscular crónica Inmunodeficiencia (incluyendo VIH)
- o Embarazo. Trimestre_____
- o Post-parto (< 6 semanas)
- o Cáncer
- o Otras: _____

Ingreso Hospitalario: Si No NS/NC
En caso afirmativo:

Fecha de ingreso (dd/mm/aaaa): ____ / ___/ ___; Fecha de alta (dd/mm/aaaa): ___ / ___/ __ Ventilación mecánica Si No NS/NC
Ingreso en UCI Si No NS/NC
Fecha ingreso UCI (dd/mm/aaaa): __ / ___/ ___; Fecha alta UCI (dd/mm/aaaa): ___ / ___/ ___
Hospital_____
Resultado:
o Vivo recuperado al final del seguimiento
o Muerte por COVID-19
o Muerte por otra causa
o Muerte por causa desconocida
o Todavía en seguimiento
o NS
Fecha de defunción (dd/mm/aaaa): ___ / ___/ ___

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS
Antecedentes de riesgo en los 14 días previos al inicio de síntomas (marcar las casillas que correspondan):
¿Ha tenido contacto estrecho con un enfermo de infección respiratoria aguda? Sí No NS/NC Tipo de lugar (trabajo, clase, hogar….) _____
¿Ha tenido contacto estrecho con un caso de COVID-19 probable o confirmado? Sí No NS/NC En caso afirmativo, NID del caso con el que ha tenido contacto1_____
Lugar del contacto (País (CCAA si procede) y tipo de lugar trabajo, clase, hogar…): _____ _____ Fecha del último contacto **(dd/mm/aaaa):** ____/___/____
Ha viajado a la provincia de Hubei, China. Sí No NS/NC
Especificar fechas del viaje:

Itinerario	Fecha de entrada al lugar (dd/mm/aaaa)	Fecha de salida del lugar (dd/mm/aaaa)	Fecha de regreso a España (dd/mm/aaaa)	Vuelo y número de asiento

¿Ha viajado a otras provincias de China o a otros lugares?
Especificar lugares y fechas del viaje (incluidos los sitios en España):

Itinerario	Fecha de entrada al lugar (dd/mm/aaaa)	Fecha de salida del lugar (dd/mm/aaaa)	Fecha de regreso a España (dd/mm/aaaa)	Vuelo y número de asiento

¿Ha visitado algún centro sanitario en un país en el que se han notificado hospitalizaciones asociadas a SARS-CoV-2? Sí No NS/NC
Especificar el país/países y motivo de la estancia en el centro sanitario _____
_____

¿El paciente es trabajador sanitario? Sí No NS/NC
Si es afirmativo, ¿ha trabajado en algún centro sanitario en algún país en el que se han notificado hospitalizaciones asociadas a SARS-CoV-2? Sí No NS/NC.
Especificar el país/países: _____
¿Ha tenido contacto animales vivos o muertos en mercados, en países donde el SARS-CoV-2 está circulando?
Sí No NS/NC

DATOS DE LABORATORIO
Fecha de diagnóstico de laboratorio_____
Identificador de muestras en el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR)_____ **Muestras enviadas al Centro Nacional de Microbiología**

Tipo de muestras	Sí	No	Fecha de envío (dd/mm/aaaa)	Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)
Tracto respiratorio superior				
Tracto respiratorio inferior				
Otras muestras (especificar)				

Pruebas de laboratorio realizadas para la identificación de otros patógenos (marque los que cumpla):

Patógeno	+	-	**Pendiente**	**No realizado**	**Patógeno**	+	-	**Pendiente**	**No realizado**
Gripe A					Rhinovirus y/o enterovirus				
Gripe B					Coronavirus (No SARS-CoV-2)				
Test rápido de Gripe					Chlamydophila pneumoniae				
VRS					Mycoplasma pneumoniae				
Metapneumovirus Humano					Legionella pneumoniae				

Patógeno	+	-	Pendiente	No realizado	Patógeno	+	-	Pendiente	No realizado
Virus Parainfluenza					Streptococcus pneumoniae				
Adenovirus					Otros:				

CATEGORIZACIÓN
Clasificación del caso:
o Caso en investigación
o Caso probable
o Caso confirmado
o Caso descartado
Importado: Sí No NS/NC
Asociado a brote Sí No NS/NC
Código de identificación de brote para la CCAA_____

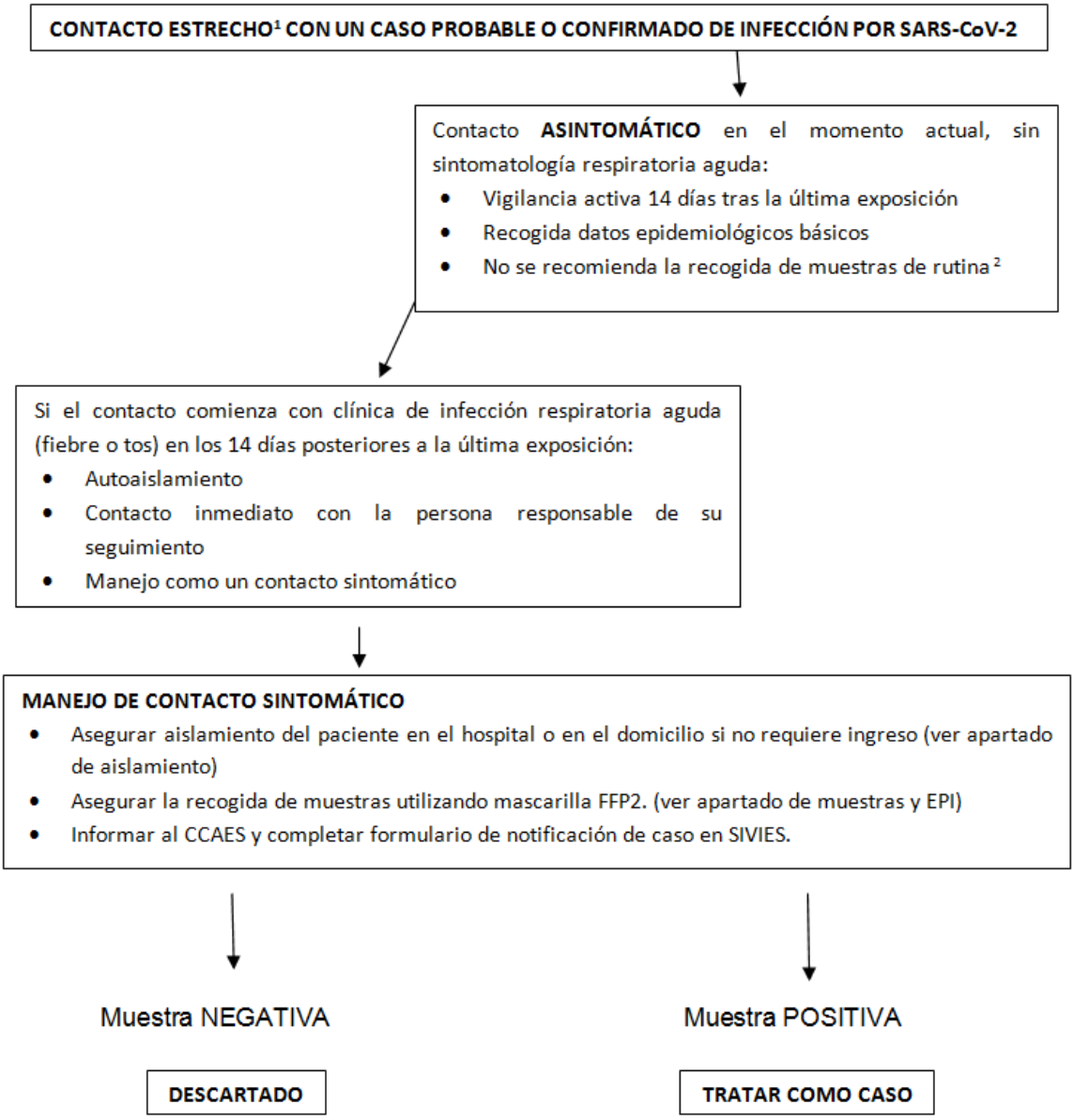
OBSERVACIONES:

1 A rellenar por la administración
2 Fiebre o reciente historia de fiebre 3 Evidencia clínica o radiológica de neumonía
3 Evidencia clínica o radiológica de neumonía

Disponible en: "Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2)". Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Instituto Carlos III. (13)

Anexo III

ALGORITMO DE INVESTIGACIÓN Y MANEJO DE CONTACTOS DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2



1 Se define contacto estrecho como cualquier persona que: 1) haya proporcionado cuidados a un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas: trabajadores sanitarios que no han utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar; 2) haya estado en el mismo lugar que un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas, a una distancia menor de 2 metros (ej. convivientes, visitas); 3) en un avión, a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas y a la tripulación que haya tenido contacto con dichos casos

2 En determinadas ocasiones, si la valoración del riesgo de transmisión realizada por salud pública se considera alta, se indicará la recogida de muestras respiratorias (nasofaríngeas y orofaríngeas; esputo si es posible) y para estudio serológico y envío al laboratorio del CNM. Si la muestra es negativa se continúa la vigilancia de síntomas durante los 14 días desde la última exposición. Si la muestra es positiva y no requiere hospitalización se recomendará el aislamiento domiciliario o donde las Autoridades de Salud Pública establezcan

Disponible en: "Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2)". Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Instituto Carlos III. (13)

INTERNATIONAL NURSING NETWORK

DECLARACIÓN DE INTENCIONES DE ENFERMERÍA ACTIVA

MISIÓN

La revista enfermera de difusión digital **ENFERMERÍA ACTIVA**, medio oficial de difusión científica de International Nursing Network, tiene como misión:

1. Conformar un espacio de comunicación e intercambio de conocimientos de profesionales de Enfermería, que se oriente hacia recoger, difundir y compartir buenas prácticas profesionales para la accesibilidad, mejora y uso adecuado de los servicios de salud y de los programas o proyectos destinados a la promoción, prevención y protección de la salud, especialmente en el campo de las urgencias y emergencias sanitarias.
2. Brindar un espacio de libre acceso para que investigadores y profesionales, puedan publicar y a acceder a producciones intelectuales, académicas o de investigación, ciencia y tecnología sanitaria.
3. Constituir un medio de actualización del conocimiento, a través de la producción científica, de la investigación, de la innovación y el desarrollo profesional.

VISIÓN

La visión ENFERMERÍA ACTIVA es la de una publicación caracterizada por el dinamismo, la permanente capacidad de innovación, de adaptación a la evolución de la Sociedad y de anticipación al futuro. Una publicación dinámica, competitiva y diferente, con una destacada capacidad de innovación, preparada en todo momento para adaptarse a las necesidades y oportunidades presentes y futuras, y contribuyendo a la búsqueda de la mejora de la calidad y la excelencia.

VALORES

Los valores de **ENFERMERÍA ACTIVA** sientan sus bases en los conceptos básicos fundamentales de la Comunidad Científica, de la Bioética, del Humanismo, de los parámetros y de las directrices emanados de las Instituciones Públicas como expresión de la voluntad popular en los procesos políticos vertebradores de nuestra sociedad.

Nuestro valor supremo es el Ser Humano como expresión del la antigua concepción humanista de considerar al “hombre como la medida de todas las cosas”. Como valores específicos destacamos:

- El respeto a las creencias y decisiones de las personas.
- La confidencialidad.
- La búsqueda de la excelencia y la mejora continua.
- El trabajo en equipo.
- El compromiso con el Sistema Sanitario Público.
- La información y la transparencia.
- El uso adecuado de los recursos y de la innovación tecnológica.
- La orientación a los/as profesionales de Enfermería.
- El ser una publicación:
    - Comprometida con la calidad.
    - Comprometida con el respeto al medio ambiente.
    - Segura y fiable.
    - Abierta, transparente, y comunicativa.
    - Flexible, e innovadora.
    - Generadora y transmisora de conocimiento.

- Motivadora e ilusionante.
- Abierta a la innovación, a la investigación y al desarrollo (I+D+i).
- Amable y respetuosa.
- Humanizada y humanizante.
- Eficaz, efectiva y buscadora de la eficiencia.
- De fácil accesibilidad.
- Gestionada con calidad profesional y humana.
- Configurada en torno a las necesidades de los usuario.
- Preocupada por generar valor añadido.
- Generadora de estructuras horizontales.
- Preocupada por las "pequeñas cosas"
- De alta competencia profesional y humana
- De alta calidad científica y técnica.
- Aplicadora de los principios éticos de Beneficencia; No Maleficencia; Autonomía y Justicia
- Comprometida con la mejora continua en todos sus ámbitos (procesos, planificación, produc ción, servicios…)
- Preocupada con construir calidad.
- Con estilo de liderazgo participativo.
- Rompedora de barreras entre personas y profesiones.
- Minimizadora de costes
- Generadora de sentimientos de orgullo y pertenencia entre sus clientes –externos e internos-
- Honesta en sus planteamientos
- Generadora de feed-back
- Establecedora de sistema de evaluación de la calidad en todos sus ámbitos.
- Generadora de dinámicas directivas para la revisión constante de estos principios.

PRINCIPIOS ÉTICOS

ENFERMERÍA ACTIVA se somete a unos principios éticos, basados en los principios y valores de International Nursing Network, y en los principios explicitados en su Misión, Visión y Valores.

Este Código afecta a todas las personas que, de manera permanente o puntual, se relacionen con esta Publicación.

Hace alusión al modo de relacionarse con los/as profesionales, lectores/as, los autores/as, colaboradores/as Ha de ser útil para establecer las líneas de principios y valores por las que debe conducirse esta Publicación y resolver los posibles conflictos éticos en la práctica y anticiparse a los mismos.

Este código es biunívoco y debe comprometer las relaciones bilaterales de las personas con esta Publicación.

Su resultante debe ser el establecimiento de un adecuado nivel de confianza entre todas las personas que se relacionen con esta Publicación y para la creación de un clima de compromiso y valores compartidos.

Debe ser el elemento identificador de los principios en los que se basa la Publicación.

ENFERMERÍA ACTIVA, sienta sus bases y principios Éticos en los códigos, documentos, disposiciones, normativas, legislaciones y principios, de carácter profesional o social; y a cualquier nivel, en que esta se produzca; con especial referencia a los grandes Códigos y Principios que establecen nuestro ordenamiento social.

Los organismos responsables de la Revista **ENFERMERÍA ACTIVA** y sus miembros constituyentes, tendrán presente en todas sus actuaciones, decisiones y procedimientos de trabajo, a las personas como principales protagonistas y beneficiarios de sus acciones.

Los organismos responsables de la Revista **ENFERMERÍA ACTIVA** y sus miembros constituyentes, tendrán presente en todas sus actuaciones, decisiones y procedimientos de trabajo, a las personas como principales protagonistas y beneficiarios de sus acciones.

Todas las relaciones con las personas, en cualquier ámbito que esta se produzca, estarán presididas por el respeto a sus derechos y dignidad.

Los principios básicos de las relaciones interpersonales estarán basados en el respeto y la transparencia.

Se garantizará la confidencialidad sobre las informaciones recogidas en el curso de las actividades y acciones relacionadas con los trabajos y personas que se relacionan con la Publicación y sus acciones.

Se obtendrá el consentimiento previo de las personas y autores de los trabajos publicados, para utilizar cualquier información procedente de los mismos, o cualesquiera otras acciones se considerasen necesarias. Se tratará con objetividad el análisis y evaluación de los elementos, instituciones, profesionales, etc. Los hallazgos, conclusiones e informes estarán soportados en evidencias, sobre la base de la veracidad y la exactitud.

Se actuará con Imparcialidad y Responsabilidad en la toma de decisiones.

Se identificarán y comunicarán los posibles conflictos de intereses que puedan presentarse, para garantizar los principios de calidad.

Todas las personas relacionadas con la Publicación no se someterán a ningún compromiso económico ni de otro tipo procedente de organizaciones o personas ajenas que pudieran influenciarlos en el ejercicio de sus deberes.

Se rehusará utilizar la condición de miembro de la Publicación para obtener beneficio o trato preferente alguno.

NATURALEZA, COMPETENCIAS Y FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO ASESOR Y DE EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA ACTIVA

PROPÓSITO

En consonancia con los criterios de calidad que se enmarcan en el compromiso ético de la revista enfermera de difusión digital **ENFERMERÍA ACTIVA**, medio oficial de difusión científica de International Nursing Network, se conforma su Consejo Asesor y de Evaluación con carácter nacional e internacional.

1. El **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA**, es un órgano de asesoramiento, observador, consultivo y de evaluación externo a la entidad editora, constituido por profesionales de reconocido prestigio en diferentes áreas y especialidades de las ciencias sanitarias.

2. Los profesionales que forman parte del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA**, lo hacen a título individual y de manera altruista. Son designados por bienios y pueden cesar a petición propia cuando lo soliciten.

3. La composición del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** se rige por los siguientes criterios:

a) Ser profesionales expertos en sus respectivas áreas de conocimiento o experiencia profesional.
b) No pertenecer al Consejo Editorial de la Publicación, como garantía de exogamia científica y objeti vidad;
c) Reunir a profesionales nacionales e internacionales.

4. En virtud de su consideración de órgano consultivo, los miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** podrán ser requeridos por el Consejo Editorial para que asesoren sobre cualquier aspecto de la revista y para que actúen como evaluadores externos de los trabajos científicos presentados para su publicación.

5. Los miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** no serán consultados previamente por parte del Consejo Editorial sobre los contenidos de cada número de la publicación, por lo que no pueden ser tenidos por responsables de ellos, ni tampoco de los aspectos formales de la misma.

6. Lo dicho no obsta para que en tanto que órgano observador, los miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** puedan hacer, por propia iniciativa, y en cualquier momento, las sugerencias y propuestas y realizar las críticas que consideren convenientes para mejorar la calidad de la publicación.

7. La principal función del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** consiste en analizar la evolución de la publicación y evaluar su interés y calidad científica.

8. A tal fin, los miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** podrán ser consultados por el Consejo Editorial con las acciones que se consideren convenientes y factibles (evaluación mediante cuestionarios, sesiones presenciales...) para garantizar la función asesora de este órgano.

9. El número de miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** no tiene carácter cerrado y se podrán producir todas aquellas incorporaciones que por parte del Consejo Editorial se consideren necesarias, para enriquecer las funciones de este órgano de control de la calidad científica de la publicación.

COMPONENTES DEL CONSEJO ASESOR Y DE EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA ACTIVA

Aline Silva do Prado (Brasil)
Anier Felipe Borrego (Cuba)
Blanca Sánchez Baños (España)
Claudio Alberto Ibero (Argentina)
Denise King (Estados Unidos)
Francisco Jesús Antúnez Miranda (España)
Francisco Nieto Rosa (España)
Irama Josefina López Urbina (Venezuela)
José Antonio Ortiz Gómez (España)
Julia Ortega Limón (España)
Manuel Archilla Jiménez (España)
Mariana Beatriz Navarro (Argentina)
Mariot Bermúdez Soto (Venezuela)
Silvia Alicia Alamilla Alfonso (México)
Tatiana Piva (Brasil)

RECONOCIMIENTOS

ENFERMERÍA ACTIVA by INTERNATIONAL NURSING NETWORK is licensed under a Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional License.

Creado a partir de la obra en www.inursingn.com.

Web de interés Sanitario

WIS

INTERNATIONAL NURSING NETWORK

II CONGRESO MUNDIAL DE ENFERMERÍA

CUIDADOS DE CALIDAD, CUIDADOS SEGUROS

INN
Red Internacional de Enfermería

INTERNATIONAL NURSING NETWORK

12, 13 Y 14 DE NOVIEMBRE, 2020
LIMA, PERÚ
HOTEL SOL DE ORO

COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ · 1978 · HUMANIDAD SALUD PROGRESO

AUSPICIOS:

2020 AÑO INTERNACIONAL DE LAS ENFERMERAS Y MATRONAS

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas

Universidad Peruana Unión
Una Institución Adventista

Comisión de Formación Continuada
Sistema Nacional de Salud

Consejo de la Unión Europea

MediScience®

WWW.INURSINGN.COM

INFO@CRYSTAL-RESEARCH.COM.PE
+51 994114304

Crystal Research