



PIDEUSA

Programa Internacional de Enfermería

3/15/2013

Edition 1 Volume 3

Historia de la Bacteria Resistente a los Antibióticos

Las infecciones causadas por las súper-bacterias están siendo cada día más comunes en los hospitales. Recientemente la cadena CNN hizo un reportaje acerca de la bacteria conocida como la “nightmare bacteria,” o la

De acuerdo a una investigación de Saga (2009) la penicilina se descubrió en 1928, y tarde, en 1935 se descubrió la sulfonamida; sin embargo la penicilina no se empezó a usar en forma clínica sino hasta los años 40s.

“Los indicadores pueden ser usados para ayudar a las instituciones de salud a valorar, monitorear, marcar y mejorar la seguridad en los servicios al paciente interno.”

carbapenem-resistant Enterobacteriaceae.

En los últimos diez años, la prevalencia de estas infecciones ha crecido a niveles alarmantes. Pero desde cuando empezaron estas bacterias. Yo escuche de ellas hasta después que empecé a trabajar en los EUA como enfermera.

El hecho de que la penicilina fue el primer antibiótico es muy conocido por todos nosotros.

Poco después surge el estafilococo aéreo, producido por el uso de la penicilina.

En los años 50s se descubren los aminoglicosidos, cloranfenicol, tetraciclina, y la macrolide. Con el surgimiento de estos antibióticos, que salvaron muchas vidas, también surge el multidrug-resistant estafilococo aéreo.

6 Consejos Para Enfermería y El Uso de las Redes Sociales



Los enfermeros, y estudiantes de enfermería tenemos la obligación de entender la naturaleza, beneficios, y consecuencias de participar en redes sociales de todo tipo.

Principios de la American Nurses Association para el uso de las redes sociales:

1. No transmitir o poner en línea información individual que ayude a identificar el paciente.
2. Observar la ética profesional y los lineamientos para la relación enfermero-paciente.
3. Entender que pacientes, colegas, instituciones, y empleadores pueden ver sus postings.
4. Tomar ventaja de los settings de privacidad y separar la información personal de la

En 1956 se descubre la Vancomicina, antibiótico potente. Y en 1960 se sintetiza la metacilina. El estafilococo aereo resistente a la metacilina (MRSA) hace su aparición solamente un año después de que se usa la matacilina. Se usa la Vancomicina para tratarlo...y posteriormente aparece el estafilococo resistente a la Vancomicina (VRSA).

Bacterias Gram-positivo, o gram-negativo, o anaeróbcos, o entamoebas, o pseudomonas. No importan, cada una ha podido mutarse y/o engrosar la pared de su célula para evitar ser eliminado por el antibiótico.

La historia se repite con cada antibiótico que se descubre o se sintetiza. El MRSA, el Vancomycin Resistant Enterococcus o VRE, el Penicillin Resistant Streptococcus o PRSP, la pseudomona aruginosa resistente a multiples antibióticos o MDRP o la Nightmare Bacteria.

Los comentarios en la población reflejan temor. Prefieren evitar las actividades en áreas comunes como el parque, las albercas, etc. La verdad es que estas súper-bacterias están solamente en los hospitales.

Es claro que el uso de los antibióticos ha dado como res ultado la aparición de bacterias resistentes. Desafortunadamente no se siguen encontrando o produciendo nuevos y más potentes antibióticos que combatan las super-bacterias. Asi es que el uso adecuado de los antibióticos, y los esfuerzos para minimizar la proliferación de las super-bacterias usando los estándares de control de infecciones es de suma importancia.

La prevención sigue siendo la clave para disminuir las infecciones nosocomiales. Lo más efectivo: lavarse las manos antes y después del contacto con el paciente. No con los gels, o las espumas, sino con agua y jabón. El problema y la solución para evitar infecciones, *está en tus manos*.

Referencias:

Saga, T., Yamaguchi, K. (2009) "History of Antimicrobial Agents and Resistant Bacteria.JMAJ Vol. 52, No. 2: 103-108.

Redes Sociales



5. Reportar a las autoridades correspondientes contenido en las redes sociales que pudiera dañar la privacidad, los derechos, o el bienestar del paciente.
6. Participar en el desarrollo institucional de políticas que gobiernen la conducta en línea.

Para Evitar Problemas:

1. Los estándares de profesionalismo aplican en línea.
2. No compartas información o fotos de pacientes.
3. Ponte límites en el uso de las redes sociales. No tengas contacto con los pacientes en las redes sociales.
4. No has comentarios negativos o dañinos acerca de pacientes, empleadores, colegas, aun cuando no los identifiques en el comentario.
5. No tomes fotos o videos de pacientes con tu celular u otro aparato personal.
6. Reporta violaciones a la confidencialidad o la privacidad.

From: American Nurses Association (2011)

Trabajo Para Recién Graduados: Los Hospitales Prefieren BSN



Una encuesta conducida por la American Association of Colleges of Nursing indica que en promedio el 57% de los graduados de un programa de enfermería reciben ofertas de trabajo al momento de su graduación. En contraste solo el 25.5% de los graduados en general reciben ofertas de trabajo. Después de cuatro meses de graduación un promedio de 88% a 92% de los graduados reciben ofertas de trabajo. Esto pudiera deberse a que algunos hospitales prefieren contratar al enfermero una vez que hayan pasado el examen del NCLEX-RN. La encuesta también indica que el 39.1% de los hospitales requiere que el

enfermero tenga un BSN, 9% más que en el 2011. Y el 77.4% expresaron una fuerte preferencia por los graduados de BSN. La evidencia indica que hay una estrecha correlación con una mortalidad más baja, y una menor “failure to rescue” y los enfermeros con un BSN.

Por otro lado, la asignación de “Magnet Hospital” de la American Nurses Association requiere que la mayoría de los enfermeros en el hospital sean graduados de un BSN. Por último, en el 2010 el Institute of Medicine instó a la profesión de enfermería a que 80% de sus miembros tengan por lo menos un BSN para el año 2020.

Indicadores de Seguridad del Paciente

Establecidos por la AHRQ en los EUA

La semana pasada se observó la “Semana de Seguridad del Paciente.” Por una semana se enfoca en la seguridad con el propósito de mejorarla a través del año.

Los Indicadores de Seguridad del Paciente, publicados en el 2003, fueron desarrollados por la Universidad de California, la Universidad Stanford de San Francisco, y el Centro para la Practica Basada en la

Evidencia de la Universidad de California.

Por ejemplo, se pueden identificar y evitar complicaciones nosocomiales. Los indicadores están divididos en nivel hospital, y nivel área.

La siguiente es una lista de los indicadores a nivel de hospital:

- Muerte en grupos con diagnósticos que tienen un bajo riesgo de mortalidad.
- Ulceras por presión
- Muerte entre pacientes de cirugía con complicaciones serias tratables.
- Cuerpo extraño dejado durante la cirugía.
- Pneumotorax iatrogénico
- Infecciones en la circulación causadas por catéteres venosos centrales.
- Fracturas de cadera post-quirúrgicas.

- Hemorragias o hematomas post-quirúrgicas.
- Problemas fisiológicos y metabólicos post-quirúrgicos.
- Falla respiratoria post-quirúrgica.
- Embolismo pulmonar, o trombosis venosa profunda post-quirúrgica
- Sepsis post-quirúrgica
- Postoperative wound dehiscence
- Laceración o punción accidental.
- Reacción a la transfusión.
- Trauma en el nacimiento, lesiones al neonato.
- Trauma obstétrico, parto vaginal con instrumentos.
- Trauma obstétrico, parto vaginal sin instrumentos.

Los indicadores por área se refieren a los que son comunes de acuerdo al área geográfica, como el condado, o el estado. Se hacen reportes de los indicadores y se ve si algunos son más comunes en diferentes partes de EUA.



Educación y Práctica Interprofesional

Los tres retos mayores en el sistema de salud de los EUA son confianza, acceso, y precios razonables. Las habilidades, conocimientos, y aptitudes de los profesionales de salud determinaran si cumplimos esos retos. No podemos resistir una reforma de salud si no tenemos una fuerza laboral de profesionales de la salud excelente.

La evidencia indica que cuando los servicios de salud son ofrecidos por un equipo de salud en armonía, los resultados del paciente son óptimos. Sin embargo, tendemos a educar a los profesionales de salud por separado. La educación

interprofesional es un medio de enseñar trabajo en equipo y destrezas basadas en el equipo como competencias primordiales para preparar a los profesionales de salud para una práctica colaborativa exitosa.

Ya existen algunas escuelas dando este tipo de preparación, pero últimamente se oye más hablar de la educación interprofesional y la practica en colaboración. Ya se han visto ejemplos exitosos de la educación interprofesional.

Las escuelas de enfermería nos estamos quedando atrás. De acuerdo con Thibault (2012) las escuelas de enfermería deben incluir educación con otras profesiones, de otras profesiones, y por otras profesiones para que estén preparados para el medioambiente de colaboración interprofesional.

Ya vemos el tema de trabajo en equipo y colaboración en el plan del NCLEX-RN para el 2013.

Referencias

AACN (2012) Syllabus Vol. 38, 6:4,5

Programa
Internacional de
Enfermería USA
www.pideusa.org
Facebook: Programa
Internacional de
Enfermería USA



My Clinical Experience

By Emily Pickett

During my Emergency Department rotation a patient in his early 30s was brought into the unit via ambulance. He had experienced two tonic-clonic seizures over the previous few hours, presumably as a result of his neurologist changing his anti-seizure medication the week prior.

Mr. G. had been diagnosed with epilepsy in 2008. His seizures had been well-controlled on Dilantin since his diagnosis, but his recent liver function tests had revealed the drug was having an adverse effect on his liver. Consequently, his neurologist

changed his medication to Neurontin. It had been a week or less since the medication change when Mr. G. was brought by ambulance to the Emergency Department with seizures. He had had one seizure at around 2:00 that morning, and then had another closer to 6:00, during which he had hit the back of his head. Mr. G's wife had cared for him herself during the first seizure, but she called 9-1-1 to get him medical attention during the second seizure. When paramedics arrived, he was in a post-ictal state. Upon arrival in the Emergency Department, he was awake, oriented, and able to answer questions. He was experiencing a very painful headache, to the point he was having trouble completing a sentence.

Mr. G. is in excellent physical condition, outside of his epileptic seizure disorder. His wife stated that he had never had seizure activity or any type of chronic illness until after he had received the anthrax vaccine before being deployed to Korea in 2008.

The MD in the Emergency Department called for a consult from Neurology, since the Neurology Department is responsible for changing the medication from Dilantin to Neurontin. Neurology changed the dosage of the veteran's Neurontin, and discharged him. In the meantime, Mr. G. was given pain medication for his headache. Mr. G's wife had gone to the pharmacy to fill his new prescription. I was visiting a patient in the next curtain when I heard a strange noise and went to investigate. I pulled open the curtain to find Mr. G. having another seizure—the third one of the day for this gentleman. I summoned the ER doctor for help and implemented seizure protocol. Ativan was ordered, and the patient eventually stopped seizing and fell into a post-ictal state. It was time for me to leave for the day, but the nurse on his service anticipated he would be admitted to the hospital until

his medication could be adjusted appropriately.

Mr. G's wife's statement that he had never been sick, nor had he ever had any type of seizure until after he received the anthrax vaccine made me wonder how many others had experienced this type of phenomenon. A preliminary, non-scientific search on the internet provided some information that is well-known in the military community. Most importantly, soldiers are expected to comply with military vaccinations or face a number of consequences, including court martial. Also, a military chat board I found had a long discussion chain about anthrax vaccine. Most soldiers in the discussion were adamant that the vaccine carried no risk of seizure disorder and that no such result had ever been documented. Others on the board talked about personal experiences much like Mr. G's experience. The preliminary research I did on the subject begged the question, how ethical is it to force another human being to be injected with a substance against his or her will? I wondered about how the soldiers felt about being subjected to potentially harmful vaccines, such as anthrax vaccine.



Upon further search, I found a study in Military Medicine that explored military personnel feelings surrounding the ethics, safety, and efficacy of the anthrax vaccine. The study used 14 Likert scale questions to explore the attitudes of soldiers as they relate to the vaccine. I found the results of this study extremely interesting, from an ethical standpoint. Fifty-seven percent of those surveyed indicated they disagreed or strong disagreed with the ethics behind being forced to receive the vaccine. Only 21% indicated they believe the vaccine is safe for humans, and 58% say they would not receive the vaccine if they were not made to do so by the U.S. government. Some 8% of respondents indicated that they left the military to avoid

having to take the anthrax vaccine. (Pica-Branco & Hudak, 2008)

The study by Pica-Branco and Hudak recommends enhanced training and education for military personnel as it relates to the safety and efficacy of the anthrax vaccine. Ethically, I believe it is wrong to force another human being to be injected with any substance, especially since there is no way to guarantee that the vaccine will not be harmful or cause an onslaught of disorders such as epilepsy. On the other hand, an ethical dilemma exists in this circumstance, because an anthrax attack on our military could put the people of the U.S. in grave danger. Similar ethical dilemmas exist in childhood immunizations—

Some parents are reluctant to vaccinate their children for fear of an onset of autism, yet society as a whole is made vulnerable to disease by those parents' decisions not to vaccinate. One must adopt a utilitarian attitude toward these vaccinations—The vaccinations are for the greater good of society. That is, even though some may be susceptible to, and fall victim to, disease after receiving the vaccination, the general public is less likely to suffer and die as a consequence of contracting the disease.

Mr. G's situation saddens me. I believe there is a very good possibility his epilepsy is a direct result of the anthrax vaccine he was forced to receive, as a member of the U.S. military. I believe, also, that the vaccine only rarely causes such side effects and that he is one of the "unlucky" ones. But he was made to take the vaccine because his job as a soldier is to protect the American people, even if it means putting himself in harm's way. It's just that the harm in this case was not the usual "bullets and grenades" harm we usually think of in relation to our soldiers.

Reference: Pica' Branco, D., & Hudak, R. (2008). U.S. military service members' perceptions of the Anthrax Vaccine Immunization Program. *Military Medicine*, 173(5), 429-433.

Literature Review

•••

Collins, M. (2010). High impact interventions to control infection. *Emergency Nurse*, 17(10), 12-17.

The purpose of article is to describe and support the use of infection prevention interventions individually and as a team in the ER/ED environment.

Interventions to reduce the frequency and intensity of nosocomial infections in the emergency care environment have varying levels of compliance. Compliance rates are related to the urgency of care needed, the beliefs and practices of the department, the beliefs and practices of the individual care provider, and the education and training of both the department and the provider of care.

Management can help increase use of and compliance with these interventions. Individual nurses are often expected to take the initiative in caring for patients and providing these interventions require diligence, persistence, and non-complacent attitudes. A higher standard of care will require that the gaps between theory, current practice, and implementation of evidence-based practice (best practices) must be bridged as an ongoing behavior.

My nursing practice will be impacted by the use of high-impact infection control interventions in whatever environment I will be working. That this article focuses on emergency room care and protocols provides relevance to ensuring the use of best practice infection controls even when pressed for time in urgent care scenarios. As the system allows, I expect to be part of the ongoing solution implementations in my work environment. This includes high-impact infection control interventions.