

vea

VISIÓN DE enfermería ACTUALIZADA

Mi propia teoría
del diálogo **PÁG 25**

Resiliencia de profesores
y estudiantes de
Enfermería en tiempos
de pandemia **PÁG 41**

Acompañamiento
a familias de pacientes
oncológicos **PÁG 37**
pediátricos y adolescentes

Baño Fácil SOAP'N EASY®

Paño jabonoso para la higiene personal

Mejore su calidad de vida

- Limpieza completa, rápida, simple y efectiva
- Mejora la calidad de vida
- Evita derrames de agua
- Suaviza y perfuma sin irritar
- Fácil de usar para la higiene personal o de terceros



En sólo tres pasos un baño completo.
Un paño alcanza para higienizar
una persona adulta.



Utilizados en las principales clínicas y sanatorios del país

Distribución directa en Capital y GBA. Distribuidores en el interior

(011) 4641-2046 / 4644-3023 | bfacil@bfacil.com.ar - www.bfacil.com.ar

Sumario

- 5 | EDITORIAL
- 7 | INVESTIGACIÓN
Ocurrencia de eventos adversos en Enfermería en Servicios de Clínica Médica y Unidad Coronaria
Lic. Ana Arreguez / Lic. María Cristina Arreguez /
Lic. Jorge Cabrera / Lic. Ana Karina Herrera
- 25 | COMUNICACIÓN
Mi propia teoría del diálogo
Lic. Yésica Acosta / Dr. Roxana Fantin
- 29 | SEGURIDAD DEL PACIENTE
El tercer reto por la seguridad del paciente: medicación sin daños
Dr. Fabián Vitolo
- 37 | INFORME I
Acompañamiento a familias de pacientes oncológicos pediátricos y adolescentes
Lic. Claudia Fabiana Carissimo
- 40 | CURSO ONLINE
Certificado de Enfermería en Bienestar
- 41 | EXPERIENCIAS
Resiliencia de profesores y estudiantes de Enfermería en tiempos de pandemia
Lic. Prof. Eva L. Silva
- 43 | ENFOQUES I
Enfermería en tiempos de crisis: entre la reivindicación y el olvido
Guillermo M. Cao
- 47 | FICHA 62
Toma de hisopado para determinación de PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa)
Lic. Silvia López / Lic. Nancy Arregui / Lic. Marisa Server
- 49 | RINCÓN LITERARIO
Entre tus brazos
Sara Ruiz Díaz

STAFF
DIRECCIÓN Lic. Mercedes Sosa
JEFA DE REDACCIÓN Prof. Lic. Marisa Server
COORDINACIÓN EDITORIAL Alejandra Fuente Lic. Graciela Rojas
CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN Prof. Magdalena Villaverde
EDICIÓN Susana Prieto
Adecra Montevideo 451 - Piso 10º (C1059ABI) C.A.B.A. Argentina Tel: (011) 4374-2526 Fax: 4375-2070 www.adecra.org.ar www.enfermeria.adecra.org.ar e-mail: revistavea@adecra.org.ar
Esta publicación es propiedad de: Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospi- tales Privados de la República Argentina
Autorizada su reproducción mencionando la fuente. Registro de Propiedad Intelectual N° 399943 ISSN: 1669-385X Base de datos de indexación: CUIDEN - Tipo de indexación: EC-E EBSCO
Periodicidad trimestral (marzo, junio, septiembre y diciembre)
AÑO 17 N° 63 SEPTIEMBRE 2020

CONSULTORES ESPECIALISTAS

Aspectos legales de la profesión: Lic. Elena Perich, Secretaria General de FAE, Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Buenos Aires • Enfermería en Control de Infecciones: Lic. Stella Maimone, Asesora de la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones (AADECI), Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Enfermería en Cuidados Paliativos: Lic. Marta Junín, Coordinadora de Grupo de Trabajo -Cuidados Paliativos- Hospital de Gastroenterología B. Udaondo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Enfermería Laboral: Lic. Sofía Pagliero, AECAF (Asociación de Enfermería de Capital Federal) • Enfermería Médico-Quirúrgica: Mg. Carmen del Pilar Santesteban, Directora del Programa de Educación a Distancia, Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, Provincia de Santa Fe. • Enfermería Oncológica: Lic. Silvina Estrada de Ellis, Jefa del Departamento de Enfermería de FUNDALEU, Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Informática en Enfermería: Lic. Hugo Leoncio, Presidente de la Asociación de Informática en Enfermería de la República Argentina (ADIERA) • APS, Atención primaria y epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación, Lic. Analía Aquino.

CORRESPONSALES EN EL PAÍS: Lic. Maria del Valle Correa Rojas 0387 4397469 - celular 387 4154461 / Lic Javier Rosas 387 4095742 **CATAMARCA (CAPITAL):** Lic. Estrella Tillar. Tel. (03833) 427839 (de 7:00 a 11:00). **CÓRDOBA (CAPITAL):** Lic. Eduardo Giuliani. Tel. (0351) 4616362. **CHACO (RESISTENCIA):** Enf. Lidia Muñiz de López. Tel. (03722) 425050 int. 118. **FORMOSA (CAPITAL):** Lic. Elisa Acosta. Tel. (03717) 433651. **PROVINCIA DE BUENOS AIRES (LA PLATA):** Lic. Juana Lucila Ayala Rosa. Tel. (0221) 4220234 (desde las 18:00). **MENDOZA (GUAYMALLÉN):** Lic. María Rosa Reyes. Tel. (0261) 4215570. **MISSIONES (POSADAS):** Lic. Carmen Grittis. Tel. (03752) 428117. **SALTA (CAPITAL):** Lic. María del Valle Correa Rojas. Tel. (0387) 4225426 **CONCORDIA (ENTRE RÍOS):** Lic. Rosana Firpo. Tel. (02966) 15598681/ (02966) 433592. **SANTIAGO DEL ESTERO (CAPITAL):** Lic. Mariano Aníbal Chávez. Tel. (0385) 4509574. San Juan (Capital): Lic. Mabel Lucía Naveda de Torres. Tel. (0264) 4214370. **SAN LUIS (CAPITAL):** Lic. Mónica Soto Verchér. Tel. (802652) 435837. Fax (02652) 431354. **TUCUMÁN (SAN MIGUEL):** Lic. Natividad Díaz de Pacheco. Tel. (0381) 4272728. **COLEGIO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE JUJUY:** Tel. (0388) 4232910 / (0388) 154-387557 - Vicky Argañaraz - Capital Federal -Tel. 4833-4834. Nelly Guerrero (Salta) 0387-4341788. Rubén Siorto - Venado Tuerto (Santa Fe) Tel. 03462-425490 / 03462-15667838. Enfermería de Alto Riesgo. **SALTA CAMPO QUIJANO:** Lic. Rosaria Francisca Gerónimo - 387 5025790

EN EL EXTRANJERO: COLOMBIA (BOGOTÁ): Enf. Sonia Pimiento. Tel. 571-629-0766. **CHILE (SANTIAGO):** Lic. Celsa B. Parrau Tejos. Telefax 6347438. **MÉXICO DF (CAPITAL):** Lic. Claudia Alarcón Morales. Tel. 53-413157. **URUGUAY (MONTEVIDEO):** Lic. Amanda Serrón. Telefax 598023 085866 (de 8:00 a 11:00). **URUGUAY (MONTEVIDEO):** Lic. Teresa Estela Delgado González. Tel. 659-6007.

Editorial

Como consecuencia de la pandemia de COVID-19 los sistemas de salud enfrentan una presión histórica única, que pone en riesgo tanto la atención de las personas como la salud de los trabajadores del sector. Estos últimos viven la actual crisis de manera directa; su repercusión se hace evidente en el desgaste físico y mental frente a un desafío cuyo fin todavía resulta lejano.

A pesar de estas condiciones —o, precisamente, a causa de ellas— debemos destacar que el sostenimiento del sistema de salud sigue siendo posible gracias a la dedicación y a la capacidad de adaptación de los profesionales de Enfermería y de las distintas áreas de la salud. A esa versatilidad para generar nuevas herramientas en respuesta a un contexto exigente, en permanente cambio.

La Enfermería siempre ha estado dispuesta a enfrentar las enfermedades, y al hacerlo ha asumido la importancia de cuidar del personal que lleva adelante esa tarea. Pero nunca como en esta pandemia su integridad física y mental se vio tan comprometida. Quienes brindan el cuidado también transitan el padecimiento del coronavirus. Y como el resto de la población, la gran mayoría se recupera, pero lamentablemente no todos.

De allí que la incertidumbre, el miedo, la angustia, sean emociones que están a la orden del día. Y al mismo tiempo, en cada momento la enorme capacidad de resiliencia da testimonio del compromiso de Enfermería de cumplir su rol: CUIDAR. Nos habla de su profesionalismo y también de una actitud valiente, digna de admiración y respeto.

Quienes formamos ADECRA+CEDIM y el comité de la Revista VEA continuamos de luto por los enfermeros que nos han dejado en esta pandemia. Para ellos nuestro recuerdo y gratitud por su labor. Deseamos hacerles llegar a sus familias nuestras condolencias y esperanza, para que encuentren consuelo ante la ausencia.

Lic. Mercedes Sosa

Desde la Revista VEA queremos agradecer **A TODO EL PERSONAL DE ENFERMERÍA** por dar testimonio, en estos momentos tan difíciles que vivimos, de los valores éticos y profesionales

Desde la primera línea de atención, aun con el estrés que genera esta situación, a pesar de la incertidumbre y de la angustia de estos tiempos, ustedes siguen abrazando a diario la profesión con una dignidad y una entereza enormes. ¡Una vez más y todas las que sea necesario:

¡MUCHAS GRACIAS!

Ocurrencia de eventos adversos en Enfermería en Servicios de Clínica Médica y Unidad Coronaria

Lic. Ana Arreguez*

Lic. María Cristina Arreguez**

Lic. Jorge Cabrera***

Lic. Ana Karina Herrera****

Los eventos adversos observados con mayor frecuencia están directamente relacionados con procesos sustantivos en el cuidado del paciente internado. De allí la importancia de contar con un cuerpo profesional de Enfermería que responda a su encargo social de brindar cuidados oportunos, de calidad y libres de riesgo.

Resumen: Según la OMS, la seguridad del paciente constituye uno de los pilares de la atención sanitaria. De ahí la importancia del estudio sobre eventos adversos (EA) para el desarrollo de estrategias que permitan su detección y prevención en los sistemas de salud, particularmente para Enfermería.

Este artículo presenta los resultados de un estudio de caso para determinar la ocurrencia de eventos adversos en Enfermería en los Servicios de Clínica Médica y Unidad Coronaria del Hospital Escuela Interzonal "San Juan Bautista", en la Provincia de Catamarca.

Abstract: According to the World Health Organization, patient safety is one of the pillars of healthcare. Hence the importance of the study on adverse events (AE) for the development of strategies that allows their detection and prevention in health systems, particularly for Nursing.

This article presents the results of a case study to determine the occurrence of adverse events in Nursing at the Medical Clinic and Coronary Unit Services of the Interzonal School Hospital "San Juan Bautista", in the Province of Catamarca.

Palabras clave: seguridad del paciente, evento adverso, cuidado enfermero

Keywords: patient safety, adverse event, nursing care

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es uno de los aspectos más importantes de la atención de salud, por ello se precisa una revisión y desarrollo permanentes de sus fundamen-

tos. Se trata también de un valor necesario en la atención de Enfermería, lo cual requiere conocer con precisión cuáles son las situaciones adversas que pueden

*Licenciada en Enfermería. Enfermera UCO Hospital Interzonal San Juan Bautista, Catamarca.

**Licenciada en Enfermería, Magister en Salud Pública. Profesora Titular Concursado. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Catamarca.

***Licenciado en Enfermería, Magister en Gerencia y Administración de Servicios de Salud. Profesor Adjunto Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Catamarca.

****Licenciada en Enfermería. Enfermera Clínica Médica, Hospital Interzonal San Juan Bautista, Catamarca.

presentarse durante la atención, a fin de evitar o reducir al mínimo la ocurrencia de errores que pongan en riesgo la vida del paciente, que obliguen a prolongar la estancia hospitalaria o que afecten su integridad física, produciendo como resultado una incapacidad o invalidez.

En la actualidad, la relación entre eventos adversos y seguridad del paciente se ha convertido en una preocupación mundial. En octubre del 2004 la OMS declaró la seguridad en atención en salud como un problema de salud pública mundial y presentó una alianza que proponía reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de esos errores. En atención de la salud, y específicamente en Enfermería, el evento adverso (EA) es definido como “aquella situación que termina en un daño no intencional al paciente como consecuencia del cuidado proveído o con ocasión de este, más que como consecuencia de la enfermedad de base”, o también en referencia al resultado clínico que es contrario al esperado, donde el error ocurre durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no como parte del curso natural de la enfermedad o de las condiciones propias del mismo.

El estudio de la asociación causal y de la probabilidad de que ocurran hechos adversos relacionados con la atención en salud (tales como fallecimiento, enfermedad, agravamiento, accidente, etcétera) abarca todos los aspectos de la asistencia sanitaria, incluyendo los efectos no deseados de los medicamentos, las infecciones nosocomiales, las complicaciones del curso clínico, los errores diagnósticos y terapéuticos. Es por ello que la evaluación y mejora del nivel de calidad de las presentaciones deben ser objetivos fundamentales tanto para las instituciones como para los trabajadores de la sanidad, en aras de obtener niveles cada vez más altos en la calidad de asistencia que se brinda a los pacientes.

ANTECEDENTES

Estudios realizados en EEUU, Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá en la década del '80 estimaban una tasa de efectos adversos (EA) en hospitales de entre 4 y 17%, de los que alrededor de un 50% eran considerados evitables. Una de las principales causas identificadas en dichos estudios es el error en la medicación.

Todos estos estudios compartían la definición operativa de evento adverso como el daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso

nosológico en sí. Se trata de estudios de cohortes retrospectivas, con una metodología similar: en primera instancia, la revisión de historias clínicas por parte del personal de Enfermería, para detectar posibles alertas en pacientes que podían haber padecido un evento adverso; en una segunda fase, esos pacientes que habían sido detectados por la Guía de Cribado eran reevaluados por médicos para valorar si se trataba verdaderamente de un EA o no.

El estudio de referencia fue el que se desarrolló en 1984 en Nueva York, conocido como el Estudio Harvard Medical Practice (HMPS), el cual estimó una incidencia de EA de 3,7% en las 30.121 historias clínicas de pacientes. En el 70% los casos el acontecimiento adverso condujo a discapacidades leves o transitorias; un 3% de las discapacidades fueron permanentes y en el 14% de los casos contribuyeron a la muerte.

El motivo de la revisión era establecer el grado de negligencia en la ocurrencia de estos EA, no de medir la posibilidad de prevención de los mismos. Así, fueron identificados, por relevancia estadística, los siguientes eventos adversos: las reacciones a los medicamentos (19%), infecciones nosocomiales de herida quirúrgica (14%) y complicaciones técnicas (13%). Las especialidades que presentaron mayor número de sucesos fueron las quirúrgicas, y de ellas la cirugía vascular (16,1%), mientras que las especialidades médicas presentaron una menor frecuencia (3,6%).

Se pudo observar también que los pacientes mayores de 65 años padecían más del doble de sucesos adversos comparado con los menores de 65 años, y que la mayor parte de las negligencias se debían a problemas diagnósticos y fallos terapéuticos.

Utilizando métodos similares a los del HMPS, un estudio en los estados de Utah y Colorado encontró una incidencia anual de acontecimientos adversos del 2,9% en las 15.000 historias clínicas revisadas. Por su parte, el Quality Australian Health-Care Study (QAHCS), realizado en 28 hospitales del sur de Australia y Nueva Gales, encontró una tasa del 16,6%, siendo un 51% de ellos prevenibles. Las especialidades donde se produjo la mayor cantidad fueron: cirugía general (13,8%), cirugía ortopédica (12,4%) y medicina interna (6,5%). Los sucesos altamente prevenibles fueron asociados con los de mayor discapacidad. Las razones que se podrían argumentar para explicar las diferencias obtenidas en las tasas entre los estudios de Nueva York y el de Australia serían las siguientes:

a) Una definición diferente de evento adverso: en el HMPS sólo se lo consideraba una vez (se descubriera

antes o durante la hospitalización) mientras en el QAHCS se lo incluía tantas veces como admisiones produjera.

b) Las motivaciones de los estudios eran diferentes.

c) Ambos estudios se hicieron según la información registrada en las historias médicas (estudios retrospectivos) pero en períodos bien distintos.

El estudio que ha alcanzado tasas más elevadas es el de Heale, realizado en Vermont entre 2000 y 2001. Sobre 4.743 pacientes que siguieron de una manera prospectiva, se detectaron 31,5% de eventos adversos (de los cuales 48,6% eran prevenibles). Los autores justifican la obtención de unas tasas tan elevadas (4 a 6 veces) por el hecho de centrarse exclusivamente en pacientes quirúrgicos, por utilizar una definición más amplia para la consideración de las complicaciones (incluye las complicaciones menores) y porque se analizaba, además de la tasa de complicaciones del paciente, la tasa total de complicaciones; finalmente, porque el estudio estaba integrado dentro de la política del hospital, que de este modo buscaba proporcionar una cultura de mejora de la calidad continua, facilitaba el desarrollo de propuestas de mejora de la calidad y proporcionaba un forum para la formación médica continua que asegurase una óptima calidad en la atención sanitaria.

Cabe mencionar también un estudio muticéntrico realizado en España (Proyecto IDEA), financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), que en alguna medida ha servido como prueba piloto para este estudio nacional, habiéndose adaptado los materiales, bases de datos, etcétera, del mismo. Se ha estimado la incidencia de eventos adversos, la proporción de evitables, evaluando el impacto en términos de incapacidad o muerte del paciente y/o la prolongación de la estancia.

SITUACIÓN EN ARGENTINA

Estudios realizados por el Ministerio de Salud de la Nación apoyados por OPS/ OMS han llegado a estimar que un 20% de los egresos hospitalarios en nuestro país han experimentado un EA. En base a esta información podríamos afirmar que los aproximadamente 3500 establecimientos de atención de salud de Argentina (entre públicos, privados o de obras sociales) además de atender y producir excelentes resultados en su gestión pueden ser también potencialmente peligrosos por problemas de gestión que afectan su calidad y seguridad. En base a estos datos, se estima que se producen en el país alrededor de 15.000 muertes anuales (el doble de las muertes por accidentes de tránsito) y unos 600.000 eventos adversos; una epidemia silenciosa, inaceptable

por las consecuencias en la salud, bienestar y calidad de vida de la población.

Existen pocos trabajos de investigación en Argentina sobre esta temática; todavía menos en relación a Enfermería. Uno de ellos, “Gestión de seguridad del paciente: participación de Enfermería” (Torres: 2011) aporta los siguientes resultados en relación a la ocurrencia y notificación de caídas de los pacientes: el 60 % afirma nunca haber tenido este tipo de evento (de dicho porcentaje la mayoría fueron auxiliares de Enfermería y enfermeros profesionales); un 18%, “casi nunca.” Entre quienes respondieron “algunas veces” (15% de la muestra total) la mayoría eran auxiliares de Enfermería, de los cuales un porcentaje significativo (81%) afirmó tener habitualmente situaciones de trabajo estresantes. En cuanto a la relación existente entre el número de pacientes asignados por guardia y la ocurrencia de caídas, se encontró que el 61 % contestó “algunas veces”, siendo personal a cargo de más de siete pacientes asignados por guardia. Respecto del desconocimiento de la dilución de medicamentos habituales para su servicio, un 45% respondió que dicha situación les ocurrió algunas veces, siendo la mayoría de ellos auxiliares de Enfermería; un 35% manifestó nunca haber pasado por esta situación; de ellos, la mayoría eran Licenciados en Enfermería.

Estos resultados ponen de manifiesto, por un lado, la relación existente entre el nivel de formación y la ocurrencia de eventos adversos, entendiendo que a mayor nivel de formación y capacitación menor riesgo de la ocurrencia de errores. Por otro lado, que cuando ocurre un evento adverso las alternativas posibles (se informa y se comparte con los compañeros de trabajo; se oculta; no se hablaba de lo sucedido) guardan una relación con el grado de información que posee el personal sobre los eventos adversos. En el estudio mencionado, una parte importante del personal considera poseer información insuficiente. A su vez, se manifiesta a favor de la participación en la notificación de errores y eventos adversos en la institución, situación que es considerada positiva, ya que el personal reconoce la necesidad de contar con mejor información y de llevar a cabo la notificación como dos actividades fundamentales para avanzar en la prevención de errores y eventos adversos.

El estudio de caso que se presenta a continuación, realizado en el Hospital Escuela Interzonal “San Juan Bautista” de la provincia de Catamarca, busca contribuir a la bibliografía disponible sobre el tema y al logro de las metas de calidad y seguridad en las prestaciones de salud.

Objetivos	
General:	
Determinar la ocurrencia de eventos adversos en Enfermería en los servicios de Clínica Médica y Unidad Coronaria del Hospital Escuela Interzonal “San Juan Bautista” (Catamarca) durante el año 2017.	
Específicos:	
- Caracterizar a la población según edad, sexo, formación académica, antigüedad en la institución, antigüedad en el servicio y turno laboral. - Determinar el conocimiento del personal de Enfermería sobre eventos adversos, error y mala praxis. - Determinar la ocurrencia de los eventos adversos en la atención de Enfermería según medicación, cuidados de Enfermería y caídas. - Analizar la relación entre el nivel de formación del personal de Enfermería y la ocurrencia de eventos adversos.	
Metodología	
- Tipo de estudio: descriptivo, observacional, cuali-cuantitativo, de corte transversal. - Universo: conformado por el 100% del personal de nivel operativo (N=30) de los servicios de Clínica Médica y Unidad Coronaria del Hospital Escuela Interzonal “San Juan Bautista”. El universo fue estratificado y responde a 16 enfermeros del servicio de CM y 14 enfermeros en el servicio de UC. - Criterios de inclusión: enfermeros que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado. - Criterios de exclusión: los jefes de Enfermería de los servicios en estudio; enfermeros que se encontraban con licencia al momento del estudio o los que realizaban guardias eventuales por contrato; las autoras del estudio. - Instrumento de recolección de datos: mediante una adaptación de la Guía de Cribado del Proyecto IDEA (Identificación de Eventos Adversos), instrumento desarrollado y validado por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (OMS, OPS), el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y Ministerios de los países México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia, para orientar las políticas estratégicas en la mejora de seguridad de los pacientes. - Procesamiento de datos: se utilizó el paquete estadístico SPSS. En la estadística inferencial se utilizó el chi cuadrado de Pearson, con un nivel mínimo de significancia de 5% ($p = < 0,05$). - Aspectos éticos: A todos los participantes les fueron explicados los objetivos del estudio y su propósito, los datos que fueron recolectados y el uso que se haría de los mismos. En todos los casos se pidió consentimiento para su participación en el estudio.	

Variable 1: Características de la población						
Dimensión	Edad	Sexo	Formación académica	Antigüedad en la institución (años)	Antigüedad en servicio (años)	Turno laboral
Indicadores	25-30	Masc.	- Licenciado en Enfermería - Enfermero - Auxiliar de Enfermería	0 - 5	0 - 5	Mañana Tarde Noche
	31-36	Fem.		6 - 11	6 - 11	
	37-42			12 - 17	12 - 17	
	43-48			18 - 23	18 - 23	
	49-54			No contesta	No contesta	

Variable 2: Eventos adversos		
Dimensión	Indicadores	Subindicadores-categoría
Relacionados con el conocimiento	Evento adverso	Verdadero Falso
	Error	Verdadero Falso
	Mala praxis	Verdadero Falso
Relacionados con la medicación	Prescripción de medicación	Sí No Detalles
	Administración de medicación	Sí No Detalles
	Monitorización de medicación	Sí No Detalles
	Vía de administración	Intravenoso Intramuscular Subcutáneo Oral Sublingual Intratecal Tópico Rectal Otros (especificar)

Variable 2: Eventos adversos (cont.)		
Dimensión	Indicadores	Subindicadores-categoría
Relacionados con la medicación	Tipo de medicamento	Antibiótico Antineoplásico Antiepiléptico Antidiabético Cardiovascular Antiasmático Sedante o hipnótico Medicación de úlcera Antihipertensivo Antidepresivo Antipsicótico Anticoagulante Potasio AINE's Narcótico Diurético Otro (especificar)
Relacionados con los cuidados de Enfermería	Monitorización y manejo general del paciente.	Sí No No contesta
	Manejo inadecuado del paciente.	Signos vitales Fluidos Efectos secundarios medicación Alteración cardiopulmonar Escaras y úlceras por presión Movilización Infección Curación enlentecida Cambio en condiciones generales Otros (especificar)
	Manejo con fallo en prevención y control de infecciones.	Heridas quirúrgicas Procedimiento invasivo Tracto urinario Tracto respiratorio Sangre Otros (especificar) Naturaleza de la infección

Relacionados con las caídas	Ocurrencia	Sí No No contesta
	Antecedentes	Hora (turno) Consecuencia Seguridad de la unidad del paciente Otro (especificar)
	Causas	Estado de conciencia Incumplimiento del paciente y/o familiar Efecto de la medicación Otro (especificar)

RESULTADOS

TABLA 1. Perfil de la población en estudio – Servicio de Clínica Médica y Servicio de Unidad Coronaria.

Características de la población		
Dimensión	Servicio de Clínica Médica (n = 16)	Servicio de Unidad Coronaria (n = 14)
Sexo y Edad (n = 30)	Femenino 25 a 30 años (28,6 %) 31 a 36 años (14,3 %) 37 a 42 años (35,7 %) 43 a 48 años (14,3 %) 49 a 54 años (7,1 %)	Femenino 25 a 30 años (7,7 %) 31 a 36 años (30,7 %) 37 a 42 años (23,1 %) 43 a 48 años (23,1 %) 49 a 54 años (15,4 %)
	Masculino 25 a 30 años (0 %) 31 a 36 años (0 %) 37 a 42 años (50 %) 43 a 48 años (14,3 %) 49 a 54 años (50 %)	Masculino 25 a 30 años (0 %) 31 a 36 años (0 %) 37 a 42 años (0 %) 43 a 48 años (100 %) 49 a 54 años (0 %)
Formación Específica (n = 30)	Licenciado en Enfermería: 25,0% Enfermero: 12,5 % Auxiliar de Enfermería: 62,5%	Licenciado en Enfermería: 35,7% Enfermero: 7,2 % Auxiliar de Enfermería: 57,1%
Antigüedad en la institución (n = 30)	0 a 5 años: 0 % 6 a 11 años: 78,6 % 12 a 17 años: 0 % 18 a 23 años: 14,3 % *No contesta: 7,1 %	0 a 5 años: 25 % 6 a 11 años: 25 % 12 a 17 años: 31,2 % 18 a 23 años: 12,5 % *No contesta: 6,3 %

Características de la población (cont.)		
Dimensión	Servicio de Clínica Médica (n = 16)	Servicio de Unidad Coronaria (n = 14)
Antigüedad en servicio (n = 30)	0 a 5 años: 21,4 % 6 a 11 años: 64,4 % 12 a 17 años: 7,1 % 18 a 23 años: 0 % *No contesta: 7,1 %	0 a 5 años: 43,8 % 6 a 11 años: 31,3 % 12 a 17 años: 6,3 % 18 a 23 años: 6,3 % *No contesta: 12,5 %
Turno laboral (n = 30)	Mañana: 31,3 % Tarde: 37,4 % Noche: 31,3 %	Mañana: 35,7 % Tarde: 35,7 % Noche: 28,6 %

Respecto del perfil de la población de estudio, destaca la formación específica en ambos servicios, conformada en su mayoría por auxiliares de Enfermería, con una antigüedad en la institución y en el servicio menores de 11 años, lo que indica que es personal que ingresó directamente a los servicios de referencia; en su mayoría se desempeñan en los turnos mañana y tarde.

En este punto es importante recordar que el Programa Nacional de Garantía de Calidad, elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación, establece en las Normas de funcionamiento de los Servicios de Enfermería que los enfermeros de servicios críticos, como unidad coronaria, deberían ser enfermeros profesionales.

TABLA 2. Conocimiento sobre evento adverso, error y mala praxis.

Conocimiento sobre EA		
Indicador	Servicio de Clínica Médica (n = 16)	Servicio de Unidad Coronaria (n = 14)
Evento adverso	Correcto: 56,3 % Incorrecto: 31,2 % No contesta: 12,5 %	Correcto: 78,6 % Incorrecto: 21,4 % No contesta: 0 %
Error	Correcto: 62,5% Incorrecto: 12,5% No contesta: 25%	Correcto: 50 % Incorrecto: 14,3 % No contesta: 35,7 %
Mala praxis	Correcto: 75% Incorrecto: 18,7% No contesta: 6,3%	Correcto: 42,9 % Incorrecto: 57,1 % No contesta: 0 %

GRÁFICO 1: Relación entre conocimiento (evento adverso, error, mala praxis) y formación académica específica. Servicio de Clínica Médica. (n= Licenciado en Enfermería: 4 / Enfermero: 2 / Auxiliar de Enfermería: 10)

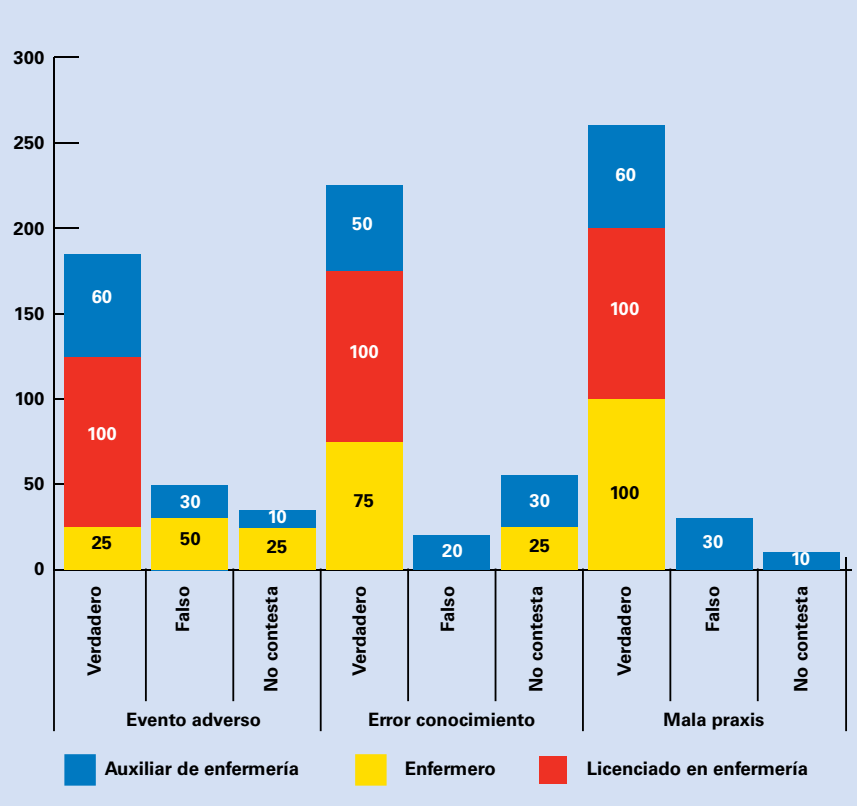
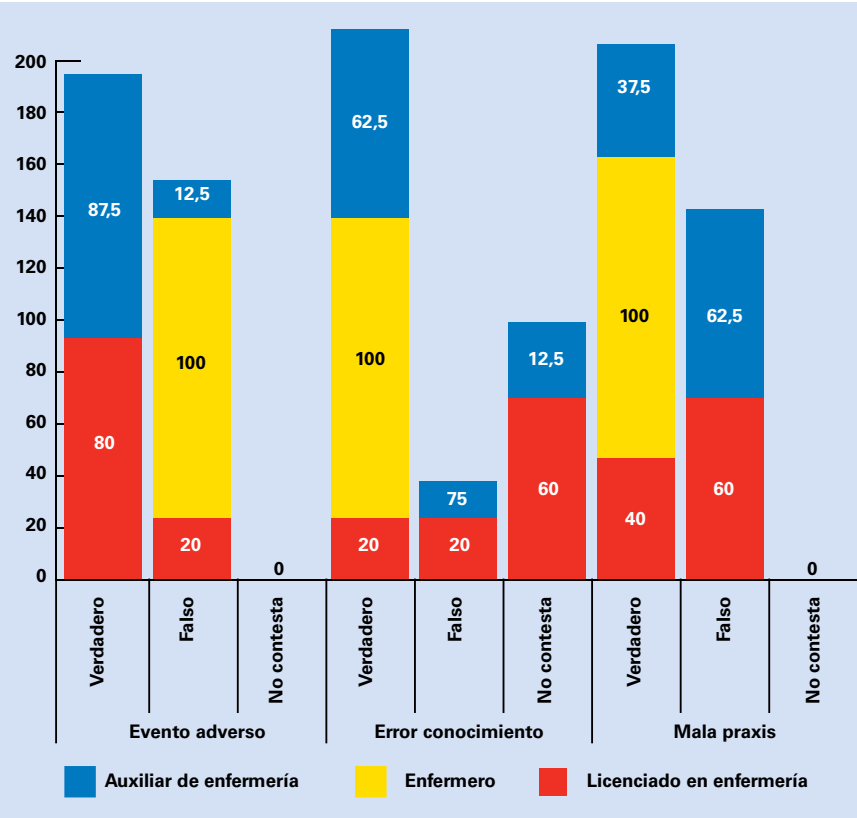


GRÁFICO 2: Relación entre conocimiento (evento adverso, error, mala praxis) y formación académica específica. Servicio de Unidad Coronaria. (n = Licenciado en Enfermería: 5 / Enfermero: 1 / Auxiliar de Enfermería: 8)



CUENTA I: Relación entre Formación específica y Conocimiento sobre EA (*).

Conocimiento sobre EA				
Formación	Correcto	Incorrecto	N/C	Total general
Auxiliar de Enfermería	13	4	1	18
Enfermero	2	1	–	3
Licenciado en Enfermería	5	3	1	9
Total general	20	8	2	30
$p = 0,891618918$ Chi² sin significancia estadística (*) Podemos observar que la mayoría de la población en estudio, que respondió correctamente a los conceptos de Evento Adverso, Error, Mala Praxis, fueron Auxiliares de Enfermería.				

Al comparar la formación específica con el conocimiento de eventos adversos en ambos servicios, se puede inferir que la formación académica no tuvo relación significativa con las respuestas obtenidas ($p=0,891618918$), cuando lo esperable sería que los profesionales tuvieran mejores resultados.

TABLA 3. Ocurrencia de eventos adversos en relación con la medicación.

Eventos adversos - Medicación		
Indicador	Servicio de Clínica Médica (n = 16)	Servicio de Unidad Coronaria (n = 14)
Prescripción	Sí: 31,3 % No: 68,7 % No contesta: 0% Detalle (*)	Sí: 31,3 % No: 68,7 % No contesta: 0% Detalle (*)
Administración	Sí: 43,7 % No: 56,3 % No contesta: 0% Detalle (**)	Sí: 35,7 % No: 64,3 % No contesta: 0% Detalle (**)
Monitorización	Sí: 12,5 % No: 87,5 % No contesta: 0% Detalle (***)	Sí: 7,1 % No: 85,7 % No contesta: 7,1 % Detalle (***)
Vía de administración	Intravenosa: 71,4 % No contesta: 28,6 %	Intravenosa: 80% Subcutánea: 20% No contesta: 0%

Tipo de medicamento	Antibiótico: 42,9 % AINE's: 14,3 % No contesta: 42,9 %	Antibiótico: 60% Anticoagulante: 20% Sedante: 20%
Detalles – Servicio de Clínica médica (*) Situaciones que llevaron a la ocurrencia de evento adverso en la prescripción de medicación: el 31,3% que respondió afirmativamente lo atribuye a la letra ilegible de los médicos prescriptores. (**) Situaciones que llevaron a la ocurrencia de evento adverso en la administración de medicación: vía incorrecta (42,8%); distracción (14,3%); paciente incorrecto (14,3%); dosis incorrecta (14,3%). (***) Situaciones que llevaron a la ocurrencia de evento adverso en la monitorización de medicación: el 12,5% que respondió afirmativamente lo atribuye al paso de goteo rápido cuando debería haber sido lento. Detalles – Servicio de Unidad coronaria (*) No se especifica detalle sobre situaciones. (**) Situaciones que llevaron a la ocurrencia de evento adverso en la administración de medicación: hematoma en sitio de punción (20%); paciente incorrecto (40%); vía incorrecta (40%). (***) Situaciones que llevaron a la ocurrencia de Evento Adverso en la monitorización de medicación: el total de quienes respondieron afirmativamente lo atribuye a la falta de insumos.		

CUENTA II: Relación entre Formación específica y Error en la Administración de medicamentos.

Error en administración de medicamentos			
Formación	No	Sí	Total general
Auxiliar de Enfermería	12	6	18
Enfermero	2	1	3
Licenciado en Enfermería	4	5	9
Total general	18	12	30
$p = 0,523013424$ Chi² sin significancia estadística			

Al determinar la variable ocurrencia de evento adverso en la medicación en ambos servicios se observan algunas coincidencias: el evento adverso en prescripción estuvo relacionado con la letra ilegible de los médicos; en la administración, con fallas en “los 5 correctos” y con distracción del personal. Mientras que, con respecto a la monitorización, el evento adverso estuvo relacionado con el procedimiento (clínica médica) o debido a falta de insumos en el servicio. Los resultados apuntan como errores más frecuentes los relacionados con la dosis, el horario y medicamentos no autorizados; los errores en la técnica, de vía, de dosis extras; errores de prescripción y omisión. La administración de medicamentos parece ser vulnerable al error debido a la ausencia de monitorización en el proceso, ya que la mayoría de los medicamentos es administrada por un único profesional de Enfer-

mería. Los errores en la fase de preparación ocurren cuando existe diferencia entre la prescripción y lo que realmente fue preparado y administrado. De los profesionales envueltos en errores, 66,7% menciona haber tenido preocupaciones adicionales al trabajo (financieras, conyugales, familiares) y 61,1% de estos afirman ser cuidadores de niños. Los errores de medicación más frecuentes identificados en el presente estudio muestran similitud con los hallazgos realizados en otros trabajos de investigación sobre el tema: los errores de medicación más frecuentes ocurrieron en la fase de administración (19=67,9%), seguidos por errores en la fase de preparación (9=32,1%). Resulta notoria la baja significancia estadística del evento adverso relacionado con la administración de medicamentos respecto la formación específica de los enfermeros que formaron parte del estudio ($p=0,523013424$).

TABLA 4. Ocurrencia de eventos adversos en relación con los cuidados de Enfermería.

Eventos adversos – Cuidados de enfermería		
Indicador	Servicio de Clínica Médica	Servicio de Unidad Coronaria
Monitorización y manejo general del paciente.	Sí: 56,3% No: 37,4% No contesta: 6,3%	Sí: 85,7% No: 14,3% No contesta: 0%
Manejo inadecuado del paciente. (*)	Signos vitales: 11,1% Efectos secundarios de la medicación: 11,1% Escaras y úlceras por presión: 77,8%	Signos vitales: 15,4% Efectos secundarios de la medicación: 7,7% Escaras y úlceras por presión: 76,9%
Manejo con fallo en prevención y control de infecciones.	Heridas quirúrgicas: 37% Procedimiento invasivo: 25,9% Tracto urinario: 22,2% Tracto respiratorio: 14,8% Naturaleza de la infección: - herida contaminada (50%) - mal manejo del material a utilizar (16,7%) - germen salmonella (22,2%) - no contesta (11,1%)	Heridas quirúrgicas: 28,1% Procedimiento invasivo: 31,3% Tracto urinario: 25% Tracto respiratorio: 15,6% Naturaleza de la infección: - herida contaminada (14,3%) - neumonía (7,1%) - germen salmonella (7,1%) - no contesta (71,5%)
Naturaleza de la infección asociada con catéter.	- sonda urinaria: 46,2% - catéter intravenoso: 26,9% - tubo de drenaje: 19,3% - SHUNT sin derivación: 3,8% - no contesta: 3,8%	- sonda urinaria: 46,2% - catéter intravenoso: 30,8% - tubo de drenaje: 11,5% - traqueostomía: 7,7% - respirador artificial: 3,8%
(*) Pudiendo elegir más de una opción los entrevistados refirieron en su mayoría, en ambos servicios, que los EA se manifestaron en Escaras y Úlceras por presión, debido a la falta de personal.		

Sobre la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la monitorización de los pacientes, el servicio de clínica médica indicó un 56,3% y el servicio de unidad coronaria un 85,7%. Este porcentaje mayor corresponde a las características específicas del servicio y a la complejidad de los pacientes internados. Sobre el manejo inadecuado de pacientes que deriva en eventos adversos (escaras y lesiones por presión), en ambos servicios se lo atribuye a la falta de personal. Los porcentajes menores en ambos servicios fueron para el manejo inadecuado en control de signos vitales y efectos secundarios de medicación.

Respecto de los fallos en la prevención y control de infecciones, la alta incidencia de eventos relacionados con infecciones cruzadas, por heridas contaminadas o por falta de higiene apropiada, se debe observar que se trata de eventos prevenibles y que es preciso reforzar la aplicación de las medidas de bioseguridad para evitarlos. Es de vital importancia abordar el manejo de estos aspectos desde los servicios, el comité de infecciones y el departamento de bioseguridad para implementar acciones que reviertan esta situación.

TABLA 5. Ocurrencia de eventos adversos en relación con las caídas.

Conocimiento sobre EA		
Indicador	Servicio de Clínica Médica	Servicio de Unidad Coronaria
Ocurrencia	Sí: 43,8% No: 50% No contesta: 6,2%	Sí: 35,7% No: 64,3% No contesta: 0%
Antecedentes	Turno: - mañana (28,6%) - tarde (57,1%) - noche (14,3%) Consecuencia: - golpe en la cabeza (57,1%) - golpe en cara y hombro (28,6%) - golpe en la cabeza con herida (14,3%) Seguridad de la unidad del paciente: en 100% de los casos de caída se relacionan directamente con la falta de barandas en las camas (*)	Turno: - mañana (20%) - tarde (40%) - noche (40%) Consecuencia: - golpe en la cabeza (40%) - golpe en cara y hombro (20%) - traumatismo de cráneo severo (40%) Seguridad de la unidad del paciente: en 100% de los casos de caída se relacionan directamente con la falta de barandas en las camas (*)
Causas	Estado de conciencia del paciente: en 100% de los casos de caída se encontraban desorientados en tiempo y espacio. Incumplimiento del paciente y/o familiar: en 100% de los casos de caída. Efecto de medicación: - Sí (sedante): 28,6% - No: 71,4%	Estado de conciencia del paciente: - orientado en tiempo y espacio (80%) - desorientado en tiempo y espacio (20%) Incumplimiento del paciente y/o familiar: No, ya que se trata de un servicio de circuito cerrado, donde los pacientes permanecen solos, al cuidado de Enfermería. Efecto de medicación: - Sí: sedante (40%), antiarrítmico Amiodarona (20%) - No: 40%
(*) Cabe aclarar que los enfermeros se basaron en la experiencia de sus años de trabajo en los respectivos servicios.		

EA – Caídas				
Formación	N/C	No	Si	Total general
Auxiliar de Enfermería	1	11	6	18
Enfermero	–	2	1	3
Licenciado en Enfermería	–	7	2	9
Total general	1	20	9	30
<i>p = 0,941646081</i> <i>Chi² sin significancia estadística</i>				

Respecto de los eventos de caídas de los pacientes, en el servicio de clínica médica el personal de Enfermería manifestó que no hay personal suficiente y relacionó la caída con la medicación que se daba al paciente (sedantes). Ambas son situaciones que deben ser tenidas en cuenta por los niveles de gestión ya que estos pacientes dependen totalmente de los enfermeros. Mientras que, en el servicio de unidad coronaria, las caídas involucran directamente al personal de Enfermería por el tipo de sistema de gestión de pacientes donde la familia no está presente la mayor parte del tiempo. Se observa, de nuevo, que al momento del evento caída los pacientes estaban medicados, en mayor porcentaje con sedantes. La mayor parte de las caídas tiene que ver con las alteraciones cognitivas, siendo la confusión o desorientación la causa principal. Este factor se vincula notoriamente con que los pacientes estaban tomando psicofármacos (41,7%) u otro tipo de medicamentos (58,3%), mientras que los factores vinculados con el entorno sólo representan el 20%. Por último, no se encontró significancia estadística al analizar los eventos caídas y su relación con la formación específica de los enfermeros en ambos servicios ($p = 0,941646081$).

DISCUSIÓN

Resulta pertinente analizar los resultados obtenidos a la luz de la bibliografía consultada para esta investigación.

- Sobre la relación entre formación enfermera y seguridad del paciente (ver Tablas 1 y 2, Gráficos 1 y 2): En el artículo “El currículum de Enfermería y la seguridad del paciente”, Zarza-Arizmendi señala que la

educación de Enfermería ha avanzado en ciertas áreas conceptuales, ya que ha incorporado los contenidos de salud pública, atención primaria de la salud, superando el modelo biomédico centrado en la enfermedad y la curación; pero, aunque los planes de estudio se organizan en torno al cuidado, en muchos casos se sustentan todavía en el modelo biomédico. En efecto, la formación de enfermeras y enfermeros requiere en la actualidad no sólo de conocimientos teóricos y prácticos, sino también del dominio conceptual de todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente: calidad de la atención, gestión del cuidado, uso de indicadores de atención. Es indispensable que esta temática sea incluida en los planes de estudio, a fin de que los alumnos (futuros profesionales) conozcan los factores que intervienen en la ocurrencia de eventos adversos y dispongan de los recursos mínimos indispensables para realizar los diferentes procedimientos de manera que puedan evitar o reducir al mínimo los errores en la atención, ya sea por desconocimiento o por deficiencias edilicias. Garantizar prácticas seguras de cuidado requiere derribar algunas barreras en la enseñanza, tanto en los contenidos como en los métodos. La temática de seguridad del paciente debe estar basada en la evidencia científica, pero también en conocimientos de la ética, la legislación vigente y los valores que dan sustento a las profesiones humanísticas. De parte de los docentes, es preciso establecer vínculos estrechos con las instituciones de salud donde los alumnos realizan sus prácticas clínicas, con el propósito de asegurar intervenciones de cuidado seguras y que éstos no las lleven a cabo si no cuentan con los conocimientos y la supervisión experta de docentes profesionales.

- Respecto de los eventos adversos relacionados con la medicación (ver Tabla 3):
–En el artículo “Errores en la administración de medicamentos: análisis de situaciones relatadas por los profesionales de Enfermería” (Tosta de Carvalho et al.: 2001) se hace mención a las prescripciones médicas cuya letra resulta ilegible, o bien presenta errores en el nombre del medicamento, de modo que nombres similares pueden conducir a los profesionales de Enfermería a cometer un error si no cuentan con la formación apropiada.
–Fuqua y Stevens, en su artículo “What we know about medication errors: a literature review”, publicado en 1988, ya habían señalado como fuente potencial de error las escrituras ilegibles combinadas con el uso de numerosos medicamentos cuyos nombres son semejantes. Los autores definen allí la categoría *falla de conocimiento* como aquella relacionada con la falta de preparación teórica y práctica de los profesionales de Enfermería respecto a los medicamentos y sus propiedades farmacológicas.
La falta de conocimiento teórico para ayudar a la implementación segura del tratamiento farmacológico constituye una situación de riesgo para el paciente, e involucra no sólo el déficit de conocimiento farmacológico, sino también cálculos equivocados de infusiones intravasculares o dosis del medicamento. En la base de este error se encuentra, a menudo, la falta de supervisión directa por parte de personal experto.
–En el trabajo “Errores en la preparación y administración de medicamentos: una revisión integradora en la literatura latinoamericana” (Toffoletto et al.: 2015) las autoras analizan la evaluación de errores de medicación en un hospital universitario. El estudio se propone identificar y analizar los tipos de errores de medicación observados en las dosis de medicamentos que fueron preparadas y administradas de modo diferente respecto del cual fueron prescritas; a partir de allí, proponer estrategias y recomendaciones para evitar estos errores.
–En el estudio publicado por Pellicioti y Kimura en 2010 (“Errores de medicación y calidad de vida relacionada a la salud de profesionales de Enfermería en Unidades de Terapia Intensiva”), seis enfermeros y doce técnicos informan haber cometido errores o errores potenciales con la medicación en las cuatro semanas anteriores a la recolección de datos (representando 19,1% del total de participantes). Las autoras señalan que para cada uno de los errores cometidos es posible sugerir un método de prevención, que varía desde la distribución de medicamentos en dosis únicas, uti-

lización de códigos de barra para confirmar el medicamento a utilizar, organización del quehacer de los profesionales de Enfermería, entre otros.

En este punto es preciso llamar la atención sobre la necesidad de protocolos, políticas de evaluación y seguimiento articuladas desde la dirección de las instituciones de salud.

- Sobre cuidado enfermero y seguridad del paciente (ver Tabla 4):
–El estudio “Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de Enfermería” (Lima; De Souza et al.: 2014), realizado en Brasil, presenta en sus resultados una relación directa entre la actuación de Enfermería y la ocurrencia del error, como así también con la promoción de la seguridad. Señalan los autores que es la profesión con mayores probabilidades de identificación del error debido a las características específicas de su práctica, pues interviene en el cuidado del paciente en los diversos niveles y ámbitos de la asistencia sanitaria.
–Por su parte, un estudio realizado en la Ciudad de La Plata, “Nuevos enfoques para la evaluación de la Ocurrencia de los Eventos adversos hospitalarios y sus características”, encontró que en el 41,1% de los casos de eventos adversos se conjugaron dos o más procesos de atención en forma simultánea (Barragán: 2016). Esto se relaciona con el origen multifactorial de los eventos adversos, corroborado en los resultados aquí obtenidos.
- Sobre las caídas (ver Tabla 5):
–El estudio “Incidencia de caídas en un hospital de nivel 1: factores relacionados”, los autores (Laguna-Parras et al.: 2011) establecen una correlación entre las características del paciente y el motivo de la caída. Los resultados muestran que en su mayoría se debieron a causas funcionales y/o motoras, siendo la alteración de la marcha y el mareo los principales factores que influyen en ellas, seguidos de la inmovilización prolongada.
Esta problemática de las caídas de pacientes ingresados al hospital es de gran relevancia no sólo por la repercusión que tiene en su calidad de vida, sino también por el impacto que tiene en las políticas de atención sociosanitaria de las administraciones.
Finalmente, merece especial atención volver sobre la relación entre caídas y medicación, por ser uno de los aspectos de mayor relevancia entre los estudios reseñados en la bibliografía y esta investigación. Aunque a primera vista la variable turno de noche podría actuar

como un factor desencadenante de la caída, en el presente estudio la mayor parte de las caídas se produjo durante la tarde, seguido del turno de mañana; en ambos turnos presentó como factor dominante el estado alterado de conciencia del paciente a causa de la medicación, principalmente sedantes (ansiolíticos, somníferos y antipsicóticos).

CONCLUSIÓN

La seguridad de los pacientes, entendida como el conjunto de estructuras y procesos organizacionales que disminuyen las probabilidades de padecer sucesos adversos como consecuencia de la atención recibida, lleva implícita una serie de elementos para la efectiva prevención de riesgos en la asistencia sanitaria.

Ante la falta de suficientes estudios sobre la ocurrencia de eventos adversos donde el profesional de Enfermería tiene un rol importante, se hace necesario avanzar en esta línea de investigación a fin de comprender mejor las variables específicas de ocurrencia, a la vez que incentivar a los profesionales a adoptar una cultura de la seguridad y una participación activa en la identificación, aceptación y reporte de eventos adversos.

Los procesos de atención observados con mayor frecuencia en la ocurrencia de los casos están directamente relacionados con el proceso de atención de Enfermería, el proceso de gestión y administración, y el proceso de atención de clínica médica, ya que estos acumulan casi 2/3 de los casos encontrados en este trabajo (abordaje y control inadecuado por parte de Enfermería, EA relacionados con factores organizativos o de gestión, y EA médico, siempre teniendo en cuenta la alta frecuencia de superposición o simultaneidad de más de un proceso en un mismo caso). Estos tres procesos pueden considerarse sustantivos en el cuidado del paciente internado ya que actúan en forma cotidiana en la atención en la sala de clínica; ésta parecería ser la cuestión determinante de su alta ocurrencia: la interacción permanente con el paciente. Estos aspectos son coincidentes con los resultados encontrados en todos los estudios, incluido el presente, ya que conjugan los cuidados enfermeros, la gestión y la institución, en la prevención de eventos adversos.

Los eventos adversos observados con mayor frecuencia en este y otros estudios, están directamente relacionados con procesos sustantivos en el cuidado del paciente internado. De allí la importancia de contar con un cuerpo profesional de Enfermería que responda a su encargo social de brindar cuidados oportunos, de calidad y libres de riesgo. En este sentido, la baja significancia estadística encontrada al analizar la ocurrencia de los diversos tipos de evento adverso y su relación con la formación específica del personal debe ser un llamado de atención porque a mayor grado de formación no se corresponde, como sería esperable, un mejor índice, y porque se trata de planteles compuestos en su mayoría por auxiliares de Enfermería.

La práctica enfermera debe contar con el respaldo de sólidos conocimientos, con el diálogo y el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias (dentro del equipo de salud y con los pacientes), basado en actitudes y habilidades que promuevan un ambiente seguro tanto para quienes desempeñan sus tareas como para quienes reciben atención. Promover cuidados donde la ocurrencia de daños sea nula o mínima constituye una de las implicaciones centrales de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de Enfermería.

Dado que algunos medicamentos (hipnóticos, antipsicóticos y antihipertensivos, entre otros) favorecen el desequilibrio postural y la debilidad muscular, el riesgo de caídas aumenta cuando confluyen varios factores de riesgo como medicación y estado cognitivo (confusión, desorientación). Este es uno de los resultados de esta investigación que muestra mayor similitud con los obtenidos en otros estudios.

BIBLIOGRAFÍA

- Amabilia, MS. (2014) *Evaluación de la nota de Enfermería en los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres, Hospital Nacional de Mazatenango, Suchitepequez, Guatemala. Agosto a octubre 2014*. Tesis de grado. Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/02/Mateo-Amabilia.pdf>
- Aquino, E. (2010) “Factores humanos descritos que intervienen en la aparición de eventos adversos”. Estudio Realizado en las Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (UCI/UTI), Hospital Italiano. Córdoba.
- Aranás, JM. (2006) “Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización: ENEAS 2005. Informe Febrero 2006.” Seguridad del Paciente, Ministerio de Sanidad, Madrid. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
- Barragán, S. (2016) *Nuevos enfoques para la evaluación de la ocurrencia de los Eventos adversos hospitalarios y sus características*. Tesis de Maestría. Facultad de Ciencias Médicas, UNLP. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/53170>
- Benavent Garcés, MA (2009) *Fundamentos de Enfermería*. Ed. Lexus.
- Cañete, M. (2005) “El registro de Enfermería debería hablar por sí solo”. Revista VEA, Año 1, n° 1. ADECRA. Argentina.
- Cassiani, S; Cometto, M; Gómez, P. y otros (2011) *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washington, Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51547?show=full&locale-attribute=es>
- Díaz Bravo, I; Torruco García, U.; Martínez Hernández, M.; Varela Ruiz, M. (2013) “La entrevista, recurso flexible y dinámico.” Revista *Investigación en Educación Médica*, Facultad de Medicina, UNAM, México DF. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/node/47>.
- Fernández Fernández, ML; Santo Tomás Pérez, M. (2000) *Fundamentos históricos, teóricos y metodológicos de la Enfermería*. DAE editorial, Grupo Paradigma.
- Fuqua RA, Stevens KR (1988) “What we know about medication errors: a literature review”, Journal of Nursing Quality Assurance. Vol. 3, n° 1, November (pp 1-17).
- Gutiérrez Cía, I. (2006) *Efectos adversos en una Unidad de Cuidados Intensivos*. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza, Facultad de Medicina. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/4549/files/TESIS-2010-024.pdf>
- Hospital Interzonal San Juan Bautista (2016) “Informe de Diagnósticos administrativos Servicios de Unidad Coronaria y Clínica Médica.” Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Catamarca.
- Laguna-Parras, JM; Arrabal-Orpez, MJ; Zafra-López, F. y otros (2011) “Incidencia de caídas en un hospital de nivel 1: factores relacionados.” *Gerokomos*; 22(4):167-173. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400004
- Lima, F.; de Souza, N.; Freire de Vasconcelos, P.; Aires de Freitas, C. y otros. (2014) “Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de Enfermería.” *Enfermería global*, vol.13, no.35. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300017
- Ministerio de Salud de Colombia (s/a) “Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas”. Guía Técnica: Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención de la salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>
- Otero López, MJ; Domínguez Gil, A. y otros (2000) “Acontecimientos adversos

- prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados”. Delegación Española del Institute for Safe Medication Practices. Servicio de Farmacia, Hospital Universitario de Salamanca. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero21.pdf>
- Paganini, J.M. (2013) “Los problemas de calidad y seguridad del paciente en las instituciones de atención de la salud: ¿cómo resolverlos?”. Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud. Facultad de Ciencias Médicas, UNLP.
- Pellicioti, JSS; Kimura, M. (2010) “Errores de medicación y calidad de vida relacionada a la salud de profesionales de Enfermería en Unidades de Terapia Intensiva.” Rev. Latino Am. Enfermagem, 18(6):9. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_04.pdf
- Rodríguez Rey, YL. (2014) “Causas de ocurrencia de evento adverso relacionado con la atención de Enfermería”. Programa de Maestría en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/40185/1/539472.2014.pdf>
- Toffoletto, MC; Canales Juan, MA; Moreira Arce, D. y otros (2015) “Errores en la preparación y administración de medicamentos: una revisión integradora de la literatura latinoamericana.” *Enfermería Global*, vol.14, n°1. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100016
- Torres, ML. (2011) *Gestión de seguridad del paciente: participación de Enfermería*. Tesis de la Maestría en Economía de la Salud y Administración de Servicios de Salud, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, UNLP. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/3468>
- Tosta de Carvalho, Viviane; Bortoli Cassiani, Silvia Helena. Errores en la administración de medicamentos: análisis de situaciones relatadas por los profesionales de Enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquía, Colombia. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5331786>.
- Villarreal Cantillo E. (2007) “Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad.” *Revista Científica Salud Uninorte*, vol. 23, n° 2. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4057/5714>
- Zarza-Arizmendi, MD. (2008) “El currículum de Enfermería y la seguridad del paciente”. Revista CONAMED, vol.13, n°3; julio–septiembre (pp.33-37). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3626464>

Mi propia teoría del diálogo



Seminario el jueves 19 de noviembre de 2020 de 14:00 a 16:30 h.

Topo Cultura general en la Investigación Solveig Fernagu-Oudet Sociología - Enfoque de capacidad	Topo Investigación e Innovación en el cuidado Isabelle Vera Complicaciones del acceso venoso periférico y estudio de mecanismos preventivos	Análisis de artículos Imani Ramazani Barata-Cavalcanti G, Ty D, Novelli W, Costa S, y Huang TK (2019). Informar una hoja de ruta para la colaboración intersectorial sobre la gestión del tamaño de las porciones como estrategia nacional para mejorar la nutrición de la población: un estudio Delphi. Ciencia y práctica de la obesidad, 5 (3): 189-202.
---	--	--

PRESENTACIÓN DE LA CÁTEDRA

La Cátedra de Investigación en Ciencias de la Enfermería AP-HP Paris Nord fue creada en 2009 y está ubicada en L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) y desde 2014 ha sido respaldada por la Universidad Sorbonne Paris Nord por el Laboratoire Éducation et Pratiques de santé - EA 3472 (LEPS).



Cátedra de Investigación en **Ciencias de la Enfermería**

Asistencia Publique Hôpitaux de Paris
Universidad Sorbonne Paris North

Lic. Yésica Acosta
Dr. Roxana Fantin

Profesora en el ISFT Nro.182 en la Tecnicatura Superior de Enfermería Profesora en el ISFDyT Nro. 42

“LO ESENCIAL NO SE ENSEÑA, SE REVELA A CADA UNO EN LO ÍNTIMO¹”.

Soy un misterio, lo sé. A veces ni yo logro descifrarme. A veces me escucho y otras prefiero no hacerlo para no detenerme. De aquellas veces en las que me permití parar, en las que no intenté tener una respuesta para todo, pero sí un tiempo para escuchar mis sentimientos, fue que aprendí más de mí y de lo que los hechos y las personas venían a enseñarme. Cuando entré en diálogo conmigo y acepté duelos postergados empecé a darme tiempo para procesar lo vivido, para llorar viejos dolores y tomar conciencia de cuántas máscaras aprendimos a usar a medida que fuimos creciendo con el objetivo encubierto de “sobrevivir” emocionalmente al mundo de los grandes. Entonces empecé a esforzarme por entender al que estaba a mi lado y a ampliar mi concepto de empatía. Si yo tengo mis sueños, anhelos, frustraciones, tristezas y guardaba algunos duelos postergados, ¿qué me hace pensar que al otro no le pasaba lo mismo? Si yo actué de cierta manera cuando me sentí inconscientemente atacada, el otro también puede estar reaccionando como

mecanismo de defensa a un miedo interno, la mayoría de las veces asociado a experiencias infantiles². El encuentro con la teoría de “la comunicación nuclear” propuesta por la Dra. Roxana Fantin brindó bases más sólidas a muchos de mis pensamientos en relación al diálogo y amplió profundamente mi mirada sobre la dimensión del sentir en esos diálogos llenos de riqueza en donde nos involucramos VOS y YO.

UNA PEQUEÑA INVITACIÓN A LA REFLEXIÓN

Me resulta fundamental hacer una pausa para adentrarnos a algunas de las preguntas filosóficas más esenciales en nuestra existencia y que darán rumbo a muchas de nuestras decisiones y posturas en la vida: ¿qué significa ser persona? ¿Y yo? ¿Quién soy? ¿De qué estoy hecha? Preguntas que empezaron a rondar mi cabeza los primeros años del ciclo escolar y que me despertaban más incertidumbre y misterio que certezas.

¹ Marcel Légaut (1900-1990)

² Lise Borbeau, ensayista contemporánea canadiense, autora del libro “La sanación de las cinco heridas” donde relata heridas infantiles (Rechazo- Abandono- Humillación- Traición-Injusticia) y las máscaras que aprendemos a utilizar para protegernos a medida que crecemos (Huída-Dependencia- Masoquismo- Control-Rigidez). Fundadora de la escuela “Escucha tu cuerpo”.

A medida que entendí que todo lo que sentimos y ronda en nuestra mente afecta indirecta o directamente nuestro cuerpo físico, hasta el punto de producir enfermedades, me fui acercando a una comprensión del ser humano con una mirada más holística, alejándome cada vez más de las definiciones que lo reducen como materia. Considero que el ser humano es un ser único e irrepetible, formado por un cuerpo físico y un alma espiritual que es el motor de ese cuerpo y donde habita la esencia de la persona. Cuerpo y alma concebidos como dos dimensiones distintas, pero no separadas una de otra, sino que se unen en un ser humano. Al estar unidas, lo que pensamos y sentimos se expresa en un cuerpo físico. Por tal motivo muchas de nuestras dolencias tienen su origen en nuestras emociones.

¿CUÁNTO PUEDE APORTAR A NUESTROS VÍNCULOS EL PENSAR QUÉ ES SER UNA PERSONA?

Mi percepción del valor que tiene el otro va a dirigir en cierta forma la calidad de mis diálogos y la riqueza que pueda obtener de ellos, sin caer en la instrumentalización del otro. Habermas nos habla de la **racionalidad instrumental** entendida como la mirada instrumental que podemos tener del otro: fijamos un objetivo y el otro pasa a poseer una utilidad para alcanzar un fin. Entonces, **¿quién es el otro en nuestros diálogos?** *¿Es un medio para alcanzar un fin o es una fuente de aprendizaje, un ser humano al igual que yo con su pasado, su presente, sus creencias, sus prejuicios, sus miedos, sus deseos y sueños?*

Mi mundo vital o Mundo de la Vida, como lo llamó Edmund Husserl, está comprendido por todos los actos culturales, sociales e individuales a los que nuestra vida no puede sobrepasar. Todo es mediado intersubjetivamente por alguien, por una experiencia. Alguien nos enseñó lo que es un árbol y todos en mi cultura vemos un árbol. Mi historia, mi familia, mi comunidad, mi país y su cultura, incluso el siglo en el que me ha tocado nacer, influye de manera significativa en quien soy.

Una vez que hemos comprendido que cada uno trae su propia historia y de una u otra manera la vuelca en sus modos de dialogar, me resultó revelador la reflexión acerca de las siguientes preguntas: ¿cómo nos estamos parando frente al otro en nuestras conversaciones? ¿Estamos **vos y yo** en este diálogo? ¿O estamos **yo y eso** que tengo en frente?

Entiendo que las conversaciones que tendemos a ins-

trumentalizar suelen presentarse en el ámbito laboral o comercial, donde se mezclan otros intereses. Pero *¿qué pasa cuando transportamos esa mirada instrumental en nuestros afectos?* Estamos poniéndonos siempre a nosotros mismos y a nuestros intereses en primer lugar, pensando en lo que yo quiero decir, anulando lo que el otro expresa y esperando mi turno (o no) para reimponer mi postura y alcanzar la verdad como ese hecho “satisfactorio” de tener la razón. Pero, ¿quién es dueño de la verdad? ¿Quién tiene la razón? ¿Acaso es realmente importante tener la razón? Zanutti refiere que “la verdad es expresión de un mundo de la vida habitado” y, por lo tanto, es intersubjetiva. Aquí interviene el “mundo vital” que cada uno trae consigo mismo y el diálogo es nuestra forma de acercarnos a la verdad.

En este punto, Buber (1994) toma el concepto de **verdad en el diálogo** como el darnos al otro tal cual somos, permitiéndole a la otra persona que participe de nuestro ser. “Sólo el diálogo entre personas reales es el diálogo en el pleno sentido del término”.

No es de extrañar que hoy en día *aparentar* funcione como un disfraz para ser aceptados e incluidos, o como un escudo tras el cual muchos buscan esconderse por miedo a ser juzgados. Pocos son los valientes que se muestran tal cual son. Como bien señala Buber: “*dejarnos vencer por esta tendencia es nuestra verdadera cobardía y sobreponernos a ella es nuestro verdadero coraje*”.

Entonces, frente a la pregunta **¿tenemos algo en común los seres humanos?**, yo respondo que sí. Compartimos espiritualidad, cada uno la propia. Y en mayor o menor medida, con preguntas filosóficas existenciales o no, todos estamos en búsqueda de nosotros mismos. Algunos más conscientes de eso y otros aún no. Si consideramos que el otro tiene un espíritu, además de un cuerpo físico, empezaremos a comprender que las respuestas y actitudes no vienen dadas solo como una manifestación corporal, sino que también provienen del mundo infinito que es nuestra espiritualidad.

Encontrarnos en un diálogo con el otro donde aceptamos de antemano que seremos dos misterios intentando acercarse desde la sinceridad y la autenticidad nos ayudará a descubrir cada vez más una capa más profunda de la verdad.

Roxana Fantin hace referencia a este encuentro en la dimensión del sentir y nos habla del nivel nuclear como un encuentro con la profundidad del otro. Alcanzar una

conversación en ese nivel es entrar a lo más sagrado de la persona. Por eso el otro siempre es importante, porque es único y tiene su propio valor.

RECONOCER – CONOCER

“No te reconozco con esta actitud”. ¿Cuántas veces le hemos dicho esta frase a alguien o la hemos escuchado? Clara muestra de que estamos en movimiento, de que no somos siempre iguales en todo momento y circunstancia. Y que nunca terminamos de conocernos. El desafío se presenta frente a la decisión de querer siempre “reconocer” a esa persona como ya la conocíamos o intentar explorar lo nuevo que se me presenta, dar un paso más e intentar “conocerla” nuevamente, como un ciclo de constante descubrimiento. Levinas aporta luz a este concepto y dice que, por lo general, estamos más acostumbrados a reconocer constantemente al otro que a conocerlo. Incorporamos con más facilidad lo que ya conocimos una vez y compatibilizó con nosotros, aceptamos con más apertura eso que ya conocemos y solemos rechazar el hecho de abrirnos a nuevos modos y facetas de la otra persona. Buber y Levinas coinciden en que las **diferencias** son el requisito para el comienzo de un diálogo genuino. “La persona nunca debe ser considerada un problema, sino más bien un misterio porque no lo puedo comprender” (Buber). Y el diálogo es siempre una oportunidad para reconocernos y volver a conocernos. La incorporación de este concepto me ha hecho repensar numerosas situaciones cotidianas donde solemos cerrarnos a lo nuevo que el otro nos muestra de sí.

Ahí radica el potencial del diálogo. En todo lo que el otro puede enseñarnos desde su mirada y su experiencia, incluso en aquellas controversias donde lo que nos molesta del otro podría estar actuando de espejo frente a nosotros con el fin profundo de revisar nuestras propias formas. En cada diálogo uno se conoce un poco más a sí mismo y al otro.

En muchas ocasiones existen palabras y actitudes gatillo del otro que despiertan en uno reacciones defensivas que están buscando ser atendidas. El enojo y la ofensa siempre son la salida más rápida y la que solemos tomar, porque adentrarse en uno y tener la intención de comprenderse es un camino lleno de obstáculos propios que causan dolor. Sin embargo, una vez alcanzado el núcleo, el centro, se genera un cambio positivo inmenso en nosotros mismos y en nuestras relaciones con los demás, con nuestros padres, hermanos, amigos, pareja.

DECIR – HACER – PENSAR – SENTIR

Las distintas miradas en relación al diálogo parten de bases psicológicas, antropológicas, existenciales, sociológicas y políticas; la combinación de ellas amplía notablemente el concepto que podemos llegar a tener de qué significa entrar en diálogo con el otro.

¿A QUIÉN va dirigido el diálogo? ¿Quién es el otro?

¿PARA QUÉ? ¿Qué quiero lograr?

¿QUÉ? ¿Qué mensaje quiero transmitir?

¿CÓMO? ¿Cómo decirlo?

Tener en cuenta estas preguntas nos ayuda sin duda a mejorar las condiciones del diálogo. Pero después de este recorrido me parece importante resaltar que incorporar la dimensión espiritual le aporta no sólo valor al diálogo, sino a la persona con la que estamos interactuando.

En su teoría de la comunicación nuclear, Roxana Fantin menciona que durante el diálogo participan cuatro dimensiones personales: el decir, el hacer, el pensar y el sentir. Podemos escuchar con el oído (primer nivel periférico, somato-reactivo), con nuestra psiquis (segundo nivel bisagra, incluye emociones y su respectiva conciencia) o más cercanos al “centro” de nuestra alma racional (nivel nuclear, donde experimentamos mayor libertad).

Me resultó muy interesante reflexionar acerca de cómo cada uno de nosotros transita por los tres niveles (periférico, bisagra, nuclear) a través de nuestro decir, de nuestro hacer y de nuestro sentir. Y cómo a veces elegimos pararnos en conversaciones “periféricas” con tendencia a ser más superficiales, mientras que con algunas personas logramos conectar en nuestro nivel más profundo, donde el silencio es bienvenido como un espacio de reflexión y donde uno siente que puede ser quien realmente es con total libertad. Habermas describe al silencio como la **distancia crítica**, necesaria para darle lugar al otro a que reflexione, que saque conclusiones y piense. Donde se intenta tener un diálogo mutuo y no un monólogo resulta de gran importancia tomar conciencia de la necesidad de no avasallar al otro con nuestro discurso y darle espacio. Gran papel el de la **empatía** como iniciadora y conductora de nuestros diálogos. La actitud con la que nos predisponemos a una conversación es el paso previo a iniciarlo y, a mi modo de ver, es esta capacidad la que tiene la mayor fuerza en este intercambio. Zanutti (2000) nos habla de tener “voluntad de empatía”, es decir, de querer realmente entender al otro.

Puede que hayamos dicho poco, pero si nuestra actitud en un diálogo es de escucha activa, realmente atenta y sincera, estamos haciendo mucho. Y puede significar justamente lo que la otra persona necesita: ser escuchado, no juzgado o aconsejado.

Me gusta mucho la descripción de la empatía como la capacidad de sintonizar con el estado de ánimo de la persona que está al otro lado. Roxana Fantin la describe como el intento de posicionarnos en la misma dimensión del otro y acompañar ese sentir. Es ir hacia donde está el otro y encontrarlo, poder aceptar el estado de ánimo que el otro me presenta y acompañarlo. Querer forzar un cambio de estado de ánimo en el otro cuando, por ejemplo, nos relata una situación que lo entristece puede generar que esa persona se cierre al no sentirse comprendida. Siempre son positivas las palabras de aliento y el ánimo, pero con los años he ido corroborando que a veces acompañar resulta más sanador que una lluvia de palabras positivas que qui-

zás el otro en ese preciso momento no está abierto a escuchar.

Es importante prestar atención a la relación que tenemos con nuestro modo de escuchar, ya que influye de manera significativa en nuestra capacidad de empatizar. Juan Pablo Berra³ menciona cinco modos de pensar que suelen irrumpir en nuestra mente y que exponemos en nuestros diálogos:

1. Competir – comparar: “A mí por suerte nunca me pasó” “A mi amigo le dijeron...”
2. Juzgar: “No es para tanto.” “Qué mal que estuviste”
3. Pensar en otra cosa: “Che, ¿qué hora es?” “Uh, no saqué la ropa del lavarropas”
4. Hacer un diagnóstico de la situación y aconsejar sin que me lo pidan: “Te debes sentir así porque...”
5. Educar: “Lo que podés sacar de esto...”

En la medida en que uno pueda disminuir ese diálogo interior mientras la otra persona habla se amplían las posibilidades de incorporar más lo que me están diciendo.

REFLEXIÓN FINAL

El mayor desafío es incorporar la mirada holística del ser humano al intentar comprender todos los factores que influyen y afectan un diálogo. No caer en “técnicas para un diálogo exitoso” como la única posibilidad de llegar a conectar con otro ser humano. Somos seres muy complejos y considerar el aspecto espiritual puede sonar o resultar difícil de concebir, pero intentar incluirlo sin dudas profundiza y enriquece los diálogos.

Para finalizar quisiera retomar la primera pregunta con la que empezamos este recorrido al inicio del texto: **¿qué le pedimos al diálogo?** Creo que todos, en el fondo, le pedimos amor. Amor como esa capacidad de dar tiempo, atención y escucha.

Somos amor, estamos hechos de amor, aunque nos cueste trabajo descubrirlo y aceptarlo. Y es en las conversaciones amorosas (en el sentido profundo de la palabra, no en el sentido romántico) donde nos sentimos libres, donde nuestra alma sonríe.

BIBLIOGRAFÍA

- ALORDA, A.G. (2013) “El poder de una conversación”. Charla TED. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=aQ-leBfQwGM>
- BORBEAU, L. (2017) *La sanación de las 5 heridas*. Ed. Sirio.
- BUBER, M. (1994). *Yo y tú*. Ediciones Nueva Visión: Buenos Aires
- FANTIN YTSMA, R. (2020) *Teoría del diálogo. La Comunicación Nuclear*, Editorial Biblos, Buenos Aires.
- FRIEDMAN, CALARCO, ATTERTON. (2006). *Levinas y Buber: diálogo y diferencias*. Lilmod :Buenos Aires:
- HABERMAS, J. (1990). *Teoría de la Acción Comunicativa II*. Taurus. (Interludio 1): Buenos Aires
- ROSENBERG, M. (2016). *La comunicación no violenta*. Yacanto: Barcelona. (Capítulos 4 al 7).
- ZANOTTI, G. (2000). Intersubjetividad y comunicación. *Stadium VI*, 221-261.

³ Filósofo argentino contemporáneo, Licenciado en Ciencias de la Religión (UNSTA) y Licenciado en Teología (UCA). Autor del libro “Los 7 niveles de comunicación”, entre otras obras.

El tercer reto por la seguridad del paciente: medicación sin daños

Dr. Fabián Vitolo

Gerente de Relaciones Institucionales y Servicios Médicos.

NOBLE. Cía de Seguros

Este programa busca abordar el daño resultante de errores o prácticas inseguras a causa de debilidades en los sistemas de salud y apunta a desarrollar mejoras en cada una de las etapas del proceso, incluyendo la prescripción, dispensación, monitoreo y uso.

INTRODUCCIÓN

Los Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente de la OMS son programas de cambio destinados a mejorar la atención médica y disminuir sus riesgos. Con este propósito, buscan cubrir las necesidades de todos los países: combinan intervenciones basadas en la evidencia con estrategias de implementación multimodales y tienen mayor impacto cuando adoptan la forma de un verdadero movimiento social. Los dos primeros retos mundiales (higiene de manos y cirugía segura) lograron hacerlo.

Los retos apuntan a aquellos problemas de seguridad que implican riesgos significativos, desarrollando intervenciones de primera línea y trabajando con los países para difundir la implementación de dichas in-

tervenciones. Cada uno hace foco en un tópico que conlleva un riesgo mayor y significativo para la salud y la seguridad de los pacientes. La OMS, en colaboración con los Estados miembros, los distintos actores y los expertos, brinda el liderazgo necesario para implementar las intervenciones, aportando las herramientas necesarias para disminuir los riesgos, mejorar la seguridad y facilitar cambios positivos.

LOS RETOS POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PREVIOS

En 2004 la OMS comenzó a trabajar en el marco de la que entonces se denominaba “Alianza Mundial por la

¹ Traducción libre y adaptación del documento. “Medication without harm-Global Patient Safety Challenge on Medication Safety”. Geneva. World Health Organization, 2017. Accesible en inglés: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1>

Seguridad de los Pacientes.” De su trabajo surgieron los dos primeros grandes retos: “Una atención limpia es una atención más segura” (conocida también como “Manos limpias salvan vidas”), seguida pocos años después por “Cirugía segura salva vidas”. Ambas campañas, destinadas a la comunidad global, buscaban poner en marcha acciones que redujeran, respectivamente, las infecciones asociadas al cuidado de la salud y los riesgos ligados a los procedimientos quirúrgicos. La escala y rapidez con la que se implementaron estos dos primeros retos no tiene precedentes. Ambos contaron con un fuerte compromiso y apoyo de los ministerios de salud, cuerpos profesionales, reguladores, trabajadores y líderes de sistemas sanitarios y de la sociedad civil. Su éxito estuvo basado en el análisis de la evidencia de los principales problemas y en las soluciones propuestas:

- Una invitación a los Estados miembros y a otros actores importantes a comprometerse a cumplir los objetivos planteados en el reto.
- Acciones de alto perfil para generar pasión y entusiasmo.
- Facilitación de la implementación a través del secretariado de la OMS, junto con los expertos y asesores asociados.
- Fuerte liderazgo y una amplia comunicación interna y externa.

EL TERCER RETO

La OMS inicia el tercer reto mundial con la seguridad de la medicación como tema. Lo hace en el marco de su filosofía que entiende que los errores son inevitables y están causados en gran parte por sistemas deficientes, siendo entonces el desafío reducir su frecuencia e impacto. El reto fue lanzado en marzo de 2017 en la Cumbre Mundial de Ministros sobre seguridad del paciente, llevada a cabo en Bonn, Alemania. Al buscar el compromiso de delegados de alto nivel, ministros de salud y expertos, el lanzamiento de la campaña significó una gran oportunidad para que los líderes trabajen juntos y conduzcan los cambios que permitan marcar una diferencia real en la vida de las personas. Este tercer reto aprovechará la experiencia acumulada por los dos anteriores y conducirá a un proceso de cambio para reducir el daño generado a los pacientes por prácticas inseguras y errores de medicación. La medicina moderna ha alterado para siempre nuestra capacidad para vivir con enfermedades aumentando, generalmente, la duración de nuestras vidas. Sin

embargo, la medicación puede a veces causar daños muy serios tanto si son tomadas o controladas de manera incorrecta, como a consecuencia de un error, un accidente o un problema de comunicación.

La experiencia de otras industrias de alto riesgo y el trabajo que viene llevando desde hace años la OMS con expertos de todo el mundo demuestran que los errores de los seres humanos raramente son la consecuencia de actitudes negligentes. En su inmensa mayoría se producen porque los procesos, procedimientos y el sistema en el que trabajan suelen ser deficientes y disfuncionales.

Todos los errores de medicación son potencialmente evitables. Por lo tanto, pueden ser fuertemente reducidos o aún evitados si se mejoran los sistemas y prácticas de medicación, incluyendo su compra, prescripción, dispensación, administración y vigilancia. Dado lo amplio del tema, el abordaje de este Tercer Reto busca salvar vidas y reducir los daños relacionados con la medicación que surgen de errores y prácticas inseguras, abordando específicamente las debilidades de la prestación del servicio y desarrollando sistemas de atención más efectivos.

SEVERIDAD DEL PROBLEMA

- Los errores de medicación y las prácticas inseguras en el uso de medicamentos son la principal causa de daño evitable en los sistemas de salud de todo el mundo.
- La escala y naturaleza de este daño difiere entre los países de bajos, medianos y altos ingresos. El costo global de los errores de medicación se ha sido estimado en US\$42 billones anuales.
- Los pacientes que viven en países de bajos ingresos experimentan el doble de discapacidad y mortalidad a causa de errores de medicación que los que viven en países de altos ingresos (medido en DALYs, Disability-Adjusted Life-Years; años de vida ajustados por discapacidad).
- Los errores de medicación ocurren cuando los sistemas deficientes, los factores humanos (como la fatiga), la escasez de personal o las malas condiciones del ambiente afectan la prescripción, transcripción, dispensación y prácticas de monitoreo, desembocando en daños severos, incapacidad e incluso la muerte.
- Los errores ocurren con mayor frecuencia durante la administración, si bien existen riesgos en cada una de las etapas del proceso de medicación.

OBJETIVO GENERAL

El reto busca abordar específicamente el daño resultante de errores o prácticas inseguras a causa de debilidades en los sistemas de salud y apunta a desarrollar mejoras en cada una de las etapas del proceso, incluyendo la prescripción, dispensación, monitoreo y uso. Con este propósito, se focaliza en lograr el compromiso y la acción de todos los países para reducir los daños severos y evitables asociados con la medicación en un 50% a nivel global durante los próximos cinco años.

MOLDEANDO EL RETO: EL MARCO ESTRATÉGICO

Las lecciones para el éxito aprendidas de los dos retos mundiales previos incluyen: alta visibilidad, compro-

miso político y profesional, intervenciones “punta de lanza” a distintos niveles y la capacidad de la OMS de liderar y movilizar a la comunidad global para alcanzar los objetivos propuestos. El marco estratégico de este reto debería estimular el compromiso para reducir los errores de medicación y el daño asociado al mismo, fortaleciendo los sistemas de medición y monitoreo de la seguridad.

Las acciones planeadas apuntan a cuatro áreas de trabajo, de acuerdo a cada uno de los principales problemas identificados: pacientes y familia; medicamentos; profesionales de la salud; sistemas y prácticas de medicación. En cada uno de estos campos existen muchas formas por las cuales el uso de medicamentos puede causar daños evitables, pero existen también muchas formas por las cuales la atención puede hacerse más segura:

- **Los pacientes y la población** no siempre conocen acerca de su medicación. Demasiado a menudo se comportan como receptores pasivos y no son informados ni empoderados para que participen de manera activa con el objetivo de hacer más seguro el proceso de su propia medicación.
- **Los medicamentos** son a menudo complejos, con información poco clara y nombres o envases que pueden confundirse. Los medicamentos con similitud visual, fonética u ortográfica (Medicamentos LASA, *Look Alike*, *Sound Alike*) son fuentes frecuentes de errores y daños, transformándolos en un problema que debe ser abordado.
- **Los profesionales de la salud** a menudo prescriben y administran medicamentos en formas y circunstancias que aumentan el riesgo de daño para los pacientes.
- **Los sistemas y prácticas de medicación** son complejas y a menudo disfuncionales; los riesgos y daños pueden ser minimizados si los mismos se diseñan y comprenden adecuadamente.

Se facilitará el fortalecimiento de los sistemas y prácticas que permitan iniciar acciones correctivas dentro de los países para mejorar la seguridad de los pacientes y disminuir el daño evitable asociado a la medicación. Para lograr esto, el reto establece los siguientes cinco objetivos:

1. Evaluar el alcance y la naturaleza del daño evitable y fortalecer los sistemas de monitoreo para detectar y seguir este daño.
2. Desarrollar un marco de acción dirigido a los pacientes, los profesionales de la salud y los Estados Miembros para facilitar mejoras en los sistemas de compras, prescripción, preparación, dispensación, administración y prácticas de monitoreo que puedan ser adaptados y adoptados por dichos Estados.

3. Desarrollar guías, materiales, tecnologías y herramientas para apoyar el establecimiento de sistemas para un uso más seguro de la medicación y reducir los errores.
4. Comprometer a los actores clave, socios e industria para que ayuden a aumentar la conciencia sobre este problema y se dediquen activamente a mejorar la seguridad de la medicación.
5. Empoderar a los pacientes, familias y sus cuidadores para que participen activamente en las decisiones sobre su tratamiento, haciendo preguntas, señalando errores y manejando efectivamente sus medicamentos.

ÁREAS CLAVE DE ACCIÓN

Establecidas por la OMS, se ubican dentro de alguna de estas tres categorías:

1. Acciones prioritarias tempranas

Solicitar a los países y actores claves que adopten un fuerte compromiso sobre este tema, priorizando y tomando acciones tempranas para manejar efectivamente tres aspectos centrales para proteger a los pacientes de daños innecesarios: las situaciones de alto riesgo, la polifarmacia y las transiciones de atención.

2. Desarrollo de programas

Instar a los países a que reúnan a expertos, actores claves, representantes de pacientes y profesionales y líderes de la salud para diseñar programas de cambio específicos y tomar acciones que mejoren la seguridad de los pacientes en cada uno de los campos establecidos en el reto:

- pacientes y población
- medicamentos
- profesionales de la salud
- sistemas y prácticas de medicación

3. Acción global

- Servir de guía desarrollando estrategias, planes y herramientas para garantizar que el proceso de medicación tenga como centro la seguridad de los pacientes en todos los ámbitos de atención.
- Fortalecer la capacidad de los recursos humanos mediante el desarrollo de liderazgos y competencias.
- Fortalecer la calidad de los datos de monitores (indicadores).
- Promover y apoyar la investigación en esta área como parte de la agenda general de investigación en seguridad del paciente
- Continuar participando junto con organismos reguladores y actores internacionales para mejorar continuamente la seguridad de los medicamentos a través de mejoras en el envasado y etiquetado.
- Desarrollar mecanismos para aumentar la participación y el empoderamiento de los pacientes en el manejo seguro de su propia medicación.

• Situaciones de alto riesgo

Ciertas circunstancias clínicas, como la de los pacientes hospitalizados (más que en la atención ambulatoria), hacen que el impacto de los errores de medicación sea mayor. Esto se debe a que los pacientes internados se encuentran en una situación clínica más aguda o seria y a que en este ámbito los regímenes de medicación

son más complejos. Los niños pequeños y los adultos mayores son más susceptibles a tener resultados adversos, como también los pacientes con enfermedades renales o hepáticas. Los errores de medicación en estas circunstancias generalmente involucran la administración del medicamento por la vía o dosis equivocada y la falla para seguir los regímenes de tratamiento.

La comprensión de aquellas situaciones que, según demuestra la evidencia, presentan mayor riesgo de daño (asociadas a ciertos medicamentos en particular), resulta clave. La tecnología y distintas herramientas pueden ayudar a los profesionales de la salud que utilizan medicamentos de alto riesgo (aquellos que se asocian con daños más severos si se utilizan incorrectamente) y a reforzar el conocimiento y la comprensión de los pacientes acerca de los mismos.

• Polifarmacia

La polifarmacia consiste en el uso rutinario y al mismo tiempo de cuatro o más medicamentos, ya sean de venta libre o bajo prescripción médica. Esta práctica ha crecido de manera dramática con la mayor expectativa de vida, en la medida en que las personas con más años viven con distintas enfermedades crónicas. Además, aumenta la probabilidad de eventos adversos y de interacciones entre los medicamentos, haciendo más difícil la adherencia al tratamiento.

Si un paciente requiere varios medicamentos, los mismos deben ser utilizados de una manera óptima, es decir, ser adecuadamente prescritos y administrados para garantizar que produzcan beneficios directos y mensurables con mínimos efectos adversos. La estandarización de las políticas, procedimientos y protocolos es crítica en la polifarmacia. Esto aplica tanto a las prácticas de prescripción iniciales como a las revisiones regulares de medicación.

Los pacientes pueden jugar un papel fundamental si se les brinda información correcta, herramientas y recursos para tomar decisiones informadas sobre sus medicamentos y, en este sentido, la tecnología también puede ayudar.

• Transiciones asistenciales

Las transiciones asistenciales se producen cuando un paciente se mueve entre distintos centros médicos, sectores de atención o profesionales. Como ejemplos podemos mencionar los casos desde la guardia a las unidades de terapia intensiva, de un geriátrico a un hospital de agudos, de un médico de atención primaria a un especialista o de una enfermera a otra durante un cambio de turno.

El llamado de una madre para una medicación sin daño

“Martha, mi hija mayor, comenzó a estudiar enfermería con un fuerte deseo de cuidar de los enfermos. Pero ella también tenía algunos problemas de salud. Sufría una hipocalcemia crónica, con niveles de potasio muy bajos que requerían de tanto en tanto de suplementación. A consecuencia de esta situación, sus electrocardiogramas eran siempre anormales. Por eso, cada vez que Martha se realizaba nuevos estudios cardíacos, los resultados anormales eran vistos como normales para ella y simplemente no eran considerados. Ni ella ni yo habíamos sido advertidas de su condición cardíaca. Más tarde desarrolló cambios en su estado de ánimo, que fueron vistos como síntomas de un desorden afectivo bipolar. Fue entonces medicada con litio, para ayudar a regular su estado emocional. Juntas leímos la información del prospecto del medicamento e investigamos sobre la droga en internet, pero desconocíamos que en su historia clínica había una advertencia que específicamente aconsejaba no prescribir litio. Nadie nos explicó nunca a qué reacciones debíamos prestar atención. A pesar de que su corazón se aceleraba de tanto en tanto, la dosis de litio fue incrementada. Entonces, 13 días después de iniciado el tratamiento con litio, su papá fue a despertarla una mañana y encontró a Martha muerta en el piso de su habitación. Ni siquiera había podido llegar a la puerta para pedir ayuda. Con tan sólo 22 años, nuestra hija había sufrido una arritmia cardíaca fatal.

A pesar de que fue esta serie trágica de errores médicos y la reacción adversa a la medicación lo que se llevó la vida de Martha, su muerte fue identificada simplemente como “natural” y no se realizó ningún reporte. Tuvieron que pasar seis años de gran esfuerzo, una importante cobertura mediática y el análisis de dos muertes similares para finalizar la investigación sobre la muerte de Martha y crear cambios significativos que ayuden a prevenir estas fatalidades en el futuro. ¿Qué podemos hacer como pacientes y familias para prevenir el daño asociado a los errores de medicación? Hay dos cosas que se destacan:

- 1) Podemos estimular el reporte o aún reportar nosotros mismos los eventos adversos que sufrimos.
- 2) Podemos adoptar un rol más activo en nuestra propia atención y en el manejo de la medicación.

Honremos a aquellos que, como Marta, han sido dañados por los errores en la medicación. No sólo debemos evitar el encubrimiento, sino que debemos demandar transparencia y un reporte centralizado para que estos eventos trágicos puedan llevar a mejoras en la seguridad de la medicación para todos.

Las transiciones en los cuidados aumentan la posibilidad de errores en la comunicación y, en consecuencia, en la medicación. El riesgo para los pacientes durante las transiciones es elevado y los problemas más graves suelen ocurrir en este momento en particular. La comunicación efectiva es crucial, incluyendo la comparación formal de los medicamentos indicados antes y después de la atención, proceso denominado *reconciliación de la medicación*. Los pacientes pueden ser de gran ayuda como participantes activos de este proceso, manteniendo ellos mismos una lista actualizada de los medicamentos que están tomando.

LIDERAZGO, COMPROMISO Y APOYO POLÍTICO

El tercer reto invita a los Estados miembros de la OMS a priorizar a nivel nacional la seguridad de la medicación. Para reducir en cinco años el actual nivel de daños severos y evitables, se requiere en todos los países de un fuerte liderazgo y un compromiso demostrable. Se busca que los Estados determinen sus propias prioridades y planes de acción sobre este tema, utilizando el marco establecido en este reto para apoyar su trabajo. Para aceptar la adopción de este desafío se ha desarrollado un plan de acción de cinco puntos:

- Tomar acciones tempranas para proteger a los pacientes del daño que surge de situaciones de alto riesgo, polifarmacia y transiciones asistenciales.
- Convocar a expertos nacionales, líderes de sistemas de salud y prestadores para producir guías y planes de acción para cada uno de los campos identificados.
- Poner en marcha mecanismos, incluyendo la utilización de herramientas y tecnologías, para aumentar en los pacientes el conocimiento y la conciencia acerca de los medicamentos y del proceso de uso de los mismos. Hacer que comprendan el papel que tienen en el manejo seguro de su propia medicación.
- Designar un coordinador nacional para encabezar el “Reto Mundial por la Seguridad del Paciente: Medicación sin Daños”.
- Evaluar los progresos regularmente.

El éxito de este plan dependerá de una alta priorización de la seguridad de la medicación por parte de los sistemas de salud, del masivo convencimiento de to-

dos los actores, de un cambio en la manera de trabajo y de acciones concretas para prevenir daños. Para llevarlo adelante, la OMS brindará apoyo en 10 áreas clave:

- Liderando el proceso de cambio y tomando acciones globales para progresar en los campos establecidos en el marco del Reto: pacientes y sus familias, medicamentos, profesionales de la salud y los sistemas y prácticas de medicación.
- Facilitando el desarrollo y la implementación de los programas nacionales.
- Encargando reportes a expertos que sirvan de punto de partida para el trabajo interno de los países, y que los mismos elaboren sus propias guías y planes de acción en cada uno de los campos del reto.
- Desarrollando estrategias, guías, planes y herramientas para garantizar la seguridad en las prácticas de medicación.
- Publicando una estrategia que precise las prioridades en investigación y que movilice recursos para realizar un estudio internacional sobre las admisiones hospitalarias originadas en efectos adversos de la medicación.
- Organizando eventos regionales de lanzamiento del reto en cada una de las regiones de la OMS, luego de este primer lanzamiento mundial.
- Creando e implementando una campaña mundial con estrategias comunicacionales de apoyo y produciendo material educativo y de promoción.
- Garantizando que los pacientes y sus familiares se involucren de cerca en todos los aspectos de este tercer reto y desarrollando herramientas para ayudar a que ellos mismos se protejan de los daños.
- Monitoreando y evaluando el impacto del reto.
- Movilizando recursos para posibilitar una implementación completa y exitosa del reto.

Durante el proceso de implementación, la OMS buscará desarrollar una mayor comprensión de los problemas especiales que plantea el daño asociado a la medicación en países de bajos o medianos ingresos, haciendo que el Reto se adapte a sus necesidades en los distintos ámbitos de atención.

Colaboración y alianzas

Trabajando de manera conjunta con expertos internacionales, socios y actores interesados, la OMS desarrollará las guías, herramientas, tecnologías y materiales que se

necesitan. Para implementar este Reto se trabajará en estrecha colaboración con los países miembros. Para abordar los objetivos establecidos en el Reto en todas las áreas definidas en el mismo, la OMS trabajará con una gran variedad de actores, incluyendo: ministros de salud, coordinadores nacionales de los programas de seguridad de la medicación, líderes de sistemas de salud, expertos, instituciones educativas, investigadores, centros de prácticas de medicación segura, agencias reguladoras, cuerpos de representantes de pacientes, sociedades profesionales y la industria farmacéutica.

¿Quiénes deberían ser los catalizadores del cambio?

- Los ministros de salud y líderes de los sistemas de salud
 - Las instituciones de docencia e investigación
 - Las autoridades reguladoras
 - Las sociedades de profesionales de la salud
 - Los grupos de defensa de pacientes
- Los donantes y patrocinadores del sector salud
 - La industria farmacéutica

BIBLIOGRAFÍA

Medication Without Harm – Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017.
 Texto original en inglés:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1>



JIS Go Live
2020

2, 3 y 4 de noviembre



II SIMPOSIO DE INFORMÁTICA EN ENFERMERÍA

Participá de las JIS Go Live 2020

Presentaciones orales:

- Experiencias
- Trabajos de investigación
- Paneles
- Demo de sistemas
- Workshops
- Cursos-Tutoriales

Si sos enfermero y/o participaste en el **desarrollo o implementación de una herramienta tecnológica en el ámbito de la salud y aplicada a los procesos de enfermería**, o te interesan temas como el **análisis de datos, inteligencia artificial, bioingeniería, bioinformática**; te invitamos a compartir tu experiencia en las **Jornadas de Informática en Salud 2020** del Hospital Italiano.

Acompañamiento a familias de pacientes oncológicos pediátricos y adolescentes

Lic. Claudia Fabiana Carissimo
Psicóloga Perinatal en Clínica y Maternidad Suizo-Argentina
Asesoramiento en embarazo de alto riesgo Abordaje a Grupos.

La investigación de las enfermedades ha avanzado tanto que cada vez es más difícil encontrar que alguien esté completamente sano.

– Aldous Huxley

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de enfermedad oncológica suele ser una noticia devastadora para el paciente y su familia. Esto se debe, en gran medida, a que en el imaginario social persiste todavía una asociación inmediata del cáncer con la muerte o con un largo padecimiento. Cuando se trata de niños y adolescentes esta reacción se ve exacerbada porque la enfermedad oncológica barre con la esperanza de salud y vitalidad asociadas con estas etapas de la vida. Esto genera en los padres y en el núcleo familiar primario un impacto de gran intensidad, que requiere un proceso de acomodación rápido, extenuante, para el cual no están preparados.

El desafío inicial para el grupo familiar es elaborar psíquica y cognitivamente la irrupción de una enfermedad que podría significar un riesgo para la vida. Niños y adolescentes son sujetos en formación, cuyo psiquismo aún se encuentra en construcción, en pleno desarrollo de las formas de dar sentido al mundo y de responder a él; unos y otros responden emocionalmente en base a lo que perciben de sus padres. El niño pequeño, en especial, busca encon-

trarse en la mirada de sus padres y cuando encuentra angustia en ella introyecta ese sentimiento, que además se suma a las emociones y pensamientos propios respecto de lo que está sucediendo.

La familia en general y los padres en particular experimentan desde lo emocional e intelectual la misma angustia y ansiedad que si se tratara de ellos mismos. Es habitual que sobrevenga una frustración intensa frente a la incertidumbre del pronóstico, la impotencia frente a los proyectos que deberán cancelarse, el cuestionamiento sobre cómo cuidar de la mejor manera posible a sus seres queridos y sobre el destino, la vida y los finales imprevistos. Algunas familias, o algunos de sus integrantes, no están dispuestos a hablar de su miedo, su ansiedad, de sus sentimientos de culpa o tristeza, pero es seguro que manifestarán estas emociones a través del lenguaje corporal o de su comportamiento.

La importancia del acompañamiento profesional radica en la necesidad de que los padres puedan dejar atrás, poco a poco, estos mecanismos de defensa para evitar que se conviertan en un comportamiento

predominante, ya que esto los aleja de la realidad, les impide prepararse para afrontar las nuevas circunstancias que se presentan, genera dificultades en la comunicación y en la adherencia al tratamiento. En definitiva, puede agravar la condición de aquel niño o adolescente al que se debe atender y al que la familia desea proteger.

DIMENSIONES DEL ABORDAJE

Tras conocer el diagnóstico, la primera respuesta suele ser de negación frente a lo inevitable. Reconducir esta posición rápidamente, desde el equipo de salud, es vital para no retrasar las opciones curativas y comenzar a construir el espacio del tratamiento. Se requiere el abordaje psicológico para desplazar la atención desde la pregunta del por qué (y la angustia que conlleva) hacia otro punto que los habilitará para comenzar de manera adecuada el trabajo del tratamiento.

Para la familia y el paciente esto implica reacomodar la vida a un nuevo esquema de normalidad basado en una rutina de organización artificial. Esto trae consecuencias en particular cuando hay hermanos, pues suelen sentir que se los corre del eje de las rutinas que hasta ahora les eran propias; dependiendo de su edad, es posible que pasen a estar al cuidado de otras personas, quienes deberán también reorganizarse.

La edad, antecedentes de otras enfermedades, modos de respuesta, estructura psíquica del grupo familiar e interacción social, son elementos que habilitarán modos diferentes de afrontamiento de la enfermedad, la adhesión y fortaleza frente al tratamiento, tanto de parte del paciente como de su núcleo familiar.

Hay un punto clave que recorre y estructura todo el proceso: la **comunicación**.

Comunicar una enfermedad y su tratamiento requiere de un equipo profesional entrenado y empático, capaz de adecuar la transmisión de la noticia a un lenguaje que pueda ser asimilado primero por los padres, luego por el paciente. Cuando la comunicación se enlaza de forma correcta entre todas las partes involucradas, se posibilita el despliegue de unos **modos de afrontamiento** (*coping*) adecuados, que toman en cuenta lo que el niño o adolescente y su familia perciben de la enfermedad, y esto permite al equipo de salud realizar los ajustes necesarios, de acuerdo con las diferentes fases del tratamiento.

• La comunicación con la familia

La salud mental del paciente y su familia están en estrecha relación con su percepción de la vida diaria y es preciso que sientan que no les ha sido arrebatado el control sobre ella. Si bien la reacción de cada integrante de la familia se dará de modo diferente, conforme a ciertas conductas defensivas, el equipo de salud debe tener siempre presente la importancia de validar las emociones: durante la enfermedad no habrá emociones buenas o malas, sino emociones procesadas o retenidas.

Pueden ser frecuentes los procesos de tipo proyectivo, incluso hacia el equipo de salud interviniente. La proyección es un mecanismo defensivo por el cual se ponen en otra persona las emociones propias, en un intento de colocar afuera lo que está dentro de uno generando estrés. Esto provoca buscar culpables, ajenos a la propia familia. Así como involucrar a los distintos profesionales de la salud, puede manifestarse también en el hecho de poner en duda los exámenes que confirman el diagnóstico y expresarse a través de la búsqueda de segundas opiniones, cambios de médico, de hospital o clínica. En el contacto diario con el equipo puede darse una búsqueda de control y adquisición de información adicional: la intelectualización, como mecanismo defensivo, intenta dar una forma abstracta y lógica a las emociones, con el fin de poder controlar las ideas intolerables que van surgiendo. Motivada por el afán de proteger, esta conducta puede dar lugar en muchos casos a un círculo en el cual se pasa de la confianza absoluta a la desconfianza extrema. En este punto es preciso que el equipo mantenga su profesionalismo y no pierda de vista que la ambivalencia es una característica propia de la inadecuación al proceso vivido. Es frecuente que, tras el enojo y la frustración, aflore la renegociación con la situación, se recupere la sensación de estar en control (dada por el vivir centrados en el aquí y ahora), lo cual genera una reducción de la angustia en el ámbito familiar.

Frente a estos mecanismos (esperables), las intervenciones tendrán como objetivo fortalecer la comunicación entre el equipo de salud y la familia, así como propiciar conductas de autonomía, autocuidado y sostenimiento del tratamiento en el corto y largo plazo. En un segundo momento se incluirán las adecuaciones corporales y emocionales que deja un tratamiento oncológico.

• La comunicación dentro de la familia

En aquellas familias en las que hay “pactos de silencio” para proteger a sus miembros se dificulta la convivencia del paciente con el grupo familiar ya que éste percibe que hay información no dicha. Que algún miembro o el propio paciente sospechen lo que ocurre y no pueda hablarlo produce un mayor desajuste emocional. El cuidado individual y familiar pondrá especial énfasis en este aspecto durante todo el tratamiento.

Se sugiere contar con un terapeuta especializado en oncología para evitar que la comunicación se corte o resulte inadecuada (es preciso asesorarse, conocer las pautas para gestionar las emociones que se ponen de manifiesto). En forma complementaria, los grupos de apoyo funcionan como espacios de difusión de ciertas pautas, de escucha y de integración, como núcleos contenedores. Participar en ellos hace que la familia experimente que no es la única que atraviesa una enfermedad de este tipo y ofrece una vía rápida de conexión con otras personas en una situación similar.

Ante todo, es preciso tener presente que, por lo general, las familias no cuentan con los recursos emocionales y conductuales necesarios para afrontar los desafíos que exige un tratamiento oncológico; de manera particular, cuando el paciente apenas transcurre la niñez o la adolescencia. La culpa y la tristeza (proyectadas en otros o introyectadas por los individuos) suelen ser las emociones que se esconden detrás del enojo. Al no hallar explicaciones en el mundo exterior, algunas personas se culpan a sí mismas de los males ocurridos en la familia. Por ello es fundamental que la comunicación atienda de manera efectiva tanto a la relación familia–equipo de salud como a la intrafamiliar.

ACOMPANAMIENTO PROFESIONAL CON PERSPECTIVA HOLÍSTICA

Como afirma Byron Good (2003) “la enfermedad no sólo se produce en el cuerpo, sino en el tiempo, en un ámbito, en la historia y en el contexto de la experiencia vivida y del mundo social”. Es por ello que realizar entrevistas con la familia ampliada (hermanos, abuelos, cuidadores) y con quienes son un apoyo para los padres facilitará que todas las personas involucradas avancen hacia la misma meta. Con el fin de identificar situaciones de riesgo que podrían incidir de forma negativa en un tratamien-

to se han desarrollado instrumentos como PAT (Phychosocial Assesstment Tool - “Herramienta de Evaluación Psicosocial”), que consiste en un informe elaborado a partir del relevamiento de una serie de ítems que dan cuenta de los factores psicosociales de riesgo en aquellas familias de niños diagnosticados con cáncer.

En síntesis, el acompañamiento psicoterapéutico de la familia debe estar dirigido a:

- Facilitar y contener los embates emocionales.
- Generar espacios de escucha, para expresar las dudas y temores en un ambiente que ofrezca contención.
- Brindar y transmitir de manera apropiada información sobre las diversas respuestas que pueden presentar sus hijos al tratamiento.
- Fomentar la sensación de competencia (involucramiento y capacidad para participar del cuidado).
- Hacer sentir a los padres partícipes del armado de sentido que se le dará a la situación.

Retomando la cuestión de los imaginarios sociales, es fundamental ayudar a las familias a redimensionar su concepción de la enfermedad y del curso posible que ésta puede tomar. Acompañarla en el nuevo marco social que implica el ámbito hospitalario o clínico, con sus rutinas y los diferentes agentes que entran en relación con el grupo familiar, empoderar al paciente como artífice necesario en su tratamiento y apoyarlos en la toma de decisiones son los ejes del abordaje holístico que debe primar en los modernos equipos de salud multidisciplinarios.

LECTURAS SUGERIDAS

—American Cancer Society (2012) “El cáncer y los niños”. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/los-ninos-y-el-cancer.html>

—Caballo, VE y Simón MA (2002). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid, Ediciones Pirámide, Colección Psicología.

—Fundación Natalí Dafne Flexler (2016) “Cuando tu hermano o hermana tiene cáncer”. Disponible en: <https://www.fundacionflexer.org/cuando-tu-hermano-o-hermana-tiene-cancer.html>

—Good, BJ (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

—Kazak A. et al (2007). The Psychosocial Assessment Tool (PAT2.0): Psychometric Properties of a Screener for Psychosocial Distress in Families of Children Newly Diagnosed with Cancer. *Journal of pediatric psychology*. N° 33; pp. 50-62.

Certificado de Enfermería en Bienestar

En los últimos tiempos se ha visto un aumento de interés en el cuidado humanizado y compasivo centrado en los individuos. En esta línea, se ha comenzado a pensar en el cuidador como alguien que también debe ser cuidado.

El martes 11 de agosto dio inicio el “Certificado de Enfermería en Bienestar” que Brisa Salud desarrolló en conjunto con la Universidad Siglo 21. Se trata de la primera edición, y busca especializar a los enfermeros en la promoción de la salud.

El mismo, está dirigido a todos los Licenciados en Enfermería, Enfermeros Profesionales y Auxiliares. Con el principal objetivo de contribuir a su formación para que adquieran nuevas herramientas y mejoren la calidad de vida de los usuarios y de su entorno.

En total son 80 horas virtuales que se reparten en 20 horas por materia. Y, además, cuenta con un formato “carrusel”. Lo cual habilita a cursar las materias en el



orden que uno prefiera sin la necesidad de empezar por la primera de ellas.

Dentro del cuerpo académico, podemos encontrar al Dr. Javier Naveros a cargo de “Introducción al Coaching de Salud”, el Dr. Alberto Marty a cargo de “Prevención de Enfermedades”, el Lic. Francisco Del Campo a cargo de “Filosofía y Bienestar”, y a la Lic. María Teresa Prieto a cargo de “Arte y Creatividad en el Bienestar”.

Para mayor información sobre el Certificado los invitamos a que visiten nuestro sitio web:

<https://brisaenfermeros.com/certificado-enfermeria>.

Resiliencia de profesores y estudiantes de Enfermería en tiempos de pandemia

Lic. Prof. Eva L. Silva

*Con la esperanza
entre los dientes*
-John Berger

El día que escribo estas líneas se cumplen exactamente cien días desde que iniciamos el confinamiento como respuesta a la llegada del COVID-19 a la Argentina. De un día para otro nos encontramos atravesados por la angustia, puertas adentro de nuestras casas, comunicados a través de pantallas y teléfonos y aprendiendo nuevos términos como distanciamiento social o cuarentena. En mi caso, además, con la certidumbre de saber que el inicio de las clases en forma presencial era imposible.

De un día para otro los y las integrantes del equipo académico-pedagógico de la Carrera de Enfermería descubrimos que debíamos enfrentar un desafío gigante para el que no estábamos preparados: la enseñanza a distancia.

En ese contexto, los profesores iniciamos una carrera contra el reloj para que en quince días nuestros estudiantes pudieran comenzar el ciclo lectivo en modalidad virtual. Fue ahí que sentimos por primera vez la angustia y la impotencia de no estar mejor capacitados para la emergencia.

Los docentes de prácticas, que ya preparábamos nuestros ambos para ir a los hospitales a realizar las experiencias clínicas, debimos de pronto echar mano a la imaginación para crear una forma virtual que acompañe a las clases teóricas.

Y de la noche a la mañana estábamos en una plataforma digital, delante de una pantalla llena de rostros y nombres que, en algunos casos, nunca habíamos visto personalmente.

Pero había que seguir adelante y cada amanecer nos levantábamos preguntándonos que nos esperaba aquel día, qué nuevo desafío, qué nuevo programa, herramienta, curso, error o dificultad nos iba a exigir manejar la presión y superar la tristeza.

A la distancia nos abrazamos y nos contuvimos unos a otros, codo a codo, mensaje a mensaje... necesitábamos controlar las emociones negativas. Día tras día fuimos enfrentando los errores, los corregimos, volvimos a empezar y al anochecer nos alegrábamos por los logros.

Aquel mensaje de un estudiante feliz o de una colega que nos contaba de su hisopado negativo nos levantaba el ánimo y festejábamos como si fuera el premio más deseado.

Los estudiantes también transitaban problemáticas terribles, como falta de equipamiento, de conectividad, situaciones familiares complicadas, de vivienda, de recursos, de trabajo. Y los docentes teníamos que estar ahí para contenerlos. En esos momentos apelábamos a la sensibilidad y a la escucha activa.

Más de una vez tuvimos que resignar tiempos de descanso para habilitar el diálogo con los estudiantes, opciones de accesibilidad y la oportunidad de cursar la materia a pesar de todo. Abrimos puertas y ventanas para que se animaran, junto a los docentes, a entrar al mundo desconocido de la enseñanza a distancia. Pusimos a disposición nuestros números de teléfono, los mensajes de WhatsApp, el correo electrónico, vi-

deoconferencias, textos, bibliografía digital, filmamos en casa, en el hospital, construimos simuladores con nuestras propias manos...

También hubo muchas lágrimas, pero no dejarse vencer era la bandera en común. A veces una guardia complicada o el miedo a llevar el virus a los seres queridos dejaba su huella en nuestra piel y en nuestra mirada, pero la pasión ayudaba a sobrellevar esta situación y nos sentábamos frente a la computadora con una sonrisa para recibir a nuestros estudiantes.

Invertimos en equipamientos digitales, en horas y horas de videoconferencia para capacitarnos todas las semanas. Compartimos con total generosidad cada descubrimiento, cada nuevo recurso que se lograba, los links iban y venían en grupos de docentes que agradecían la posibilidad de crecer y mejorar sus clases. Nos permitimos volver a ser estudiantes y, en momentos difíciles, confiar en nuestras habilidades y creatividad.

Y hoy, a días de terminar la cursada, con la satisfacción de mirar hacia atrás y ver el camino recorrido –uno totalmente nuevo para todos– se nos mezclan, entre otras sensaciones, el orgullo y la felicidad. Una vez más, la Enfermería hace historia: estamos en la primera línea de batalla y, al mismo tiempo, en las aulas virtuales.

Una vez más, las herramientas de la inteligencia emocional desarrolladas en la vida y en la tarea nos asisten y la resiliencia nos renueva y nos fortalece. Una vez más, la Enfermería se posiciona a la vanguardia, con la esperanza entre los dientes.

Enfermería en tiempos de crisis: entre la reivindicación y el olvido

Guillermo M. Cao

Profesor de historia del profesorado Alicia Moreau de Justo.

Mujeres como Florence Nightingale y Cecilia Grierson encarnan las búsquedas y los altibajos en la relación de la profesión con la sociedad a la que brindan su saber hacer. El 2020 se presenta, por diversos motivos, como la oportunidad de llamar una vez más la atención sobre la necesidad de reconocimiento y jerarquización de la Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Cuando, a las nueve de la noche, la sociedad argentina aplaude al personal de la salud inmediatamente se piensa en los médicos; en segundo lugar, en las enfermeras y los enfermeros, aunque en realidad son ellos los primeros en poner el cuerpo, quienes más tiempo están en la primera línea de atención. Esto ha sido así históricamente. El trabajo de Enfermería ha sido reconocido en cada guerra, ante desastres naturales, epidemias; es decir, siempre durante las peores crisis sanitarias. Pero luego, con el regreso a la normalidad, la profesión vuelve a ser invisible, salvo para quienes necesitan de su atención. Con el propósito de revertir esta falta de valoración

a nivel global, la Organización Mundial de la Salud (hoy también en boca de todos por la pandemia) había declarado el año pasado al 2020 como el año mundial de la Enfermería, por cumplirse también el bicentenario del nacimiento de Florence Nightingale, el 12 de mayo de 1820. Recordemos que, también en homenaje a su labor, el 12 de mayo se conmemora el Día Internacional de la Enfermería (mientras que, en Argentina, el día de la Enfermería es el 21 de noviembre, día de la fundación de la Federación de Asociaciones de Profesionales Católicas de Enfermería, y por la festividad de Nuestra Señora de los Remedios, considerada patrona de la actividad).





Cecilia Grierson
Florence Nightingale

DOS MUJERES PIONERAS

¿Quién fue Florence? Fue la creadora del primer modelo conceptual de Enfermería. Nacida en Florencia, Gran Ducado de Toscana, desde muy joven se destacó en matemática y aplicó sus conocimientos de estadística a la epidemiología y a la atención sanitaria. Sentó las bases para la profesionalización de la disciplina con el establecimiento, en 1860, de su propia escuela de Enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres, la primera de carácter laico en el mundo. Sus experiencias fueron tomadas por Henri Dunant, fundador de la Cruz Roja y autor de las propuestas humanitarias adoptadas por la convención de Ginebra.

Alcanzó fama mundial por sus trabajos precursores en la asistencia a los heridos durante la guerra de Crimea. El registro estadístico que llevaba le permitió contabilizar las muertes que se evitaban gracias a la adopción de medidas de higiene y prevención con los heridos. A partir de ese momento fue conocida como «la dama de la lámpara», por su costumbre de asistir a sus pacientes durante la noche con una lámpara, tarea que, por lo general, sólo se realizaba durante el día.

Florence Nightingale murió el 13 de agosto de 1910 en Londres, Inglaterra. Ella también conoció la valoración de su trabajo en tiempos de guerra, así como los sacrificios para visibilizar la profesión en tiempos de paz.

En Argentina, otra mujer es considerada la precursora de la Enfermería por ser la fundadora de la pri-

mera escuela: Cecilia Grierson (1859-1934), primera médica argentina. Muy joven tuvo que ejercer de maestra para ayudar a su familia. La enfermedad y muerte de una amiga la llevaron a recibirse y ejercer la medicina, algo casi imposible en ese entonces por el sólo hecho de ser mujer. Se desempeñó como obstetra y kinesióloga y llegó a publicar libros específicos sobre el tema. No logró, en cambio, trabajar como cirujana, a pesar de ser la primera mujer que obtuvo el título habilitante. Al tiempo que creó escuelas y otro tipo de establecimientos educativos con actividades distintas de la medicina (fue pionera en el tratamiento de niños con discapacidades), luchó intensamente por el reconocimiento de los derechos de la mujer.

En 1891 fundó la primera Escuela de Enfermeras, que dirigió hasta 1913. Tomando de Nightingale los principios básicos de la Enfermería, preparó manuales aptos para las enfermeras, más didácticos que los textos médicos, entre ellos la “Guía de Enfermería y educación técnica y doméstica de la mujer”. Participó del Congreso Internacional de Mujeres, realizado en Londres en 1899, siendo elegida vicepresidente del mismo. Este congreso fue el gestor del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

La obra de Grierson, su esfuerzo por jerarquizar la Enfermería y reivindicar el rol de la mujer, encontraban serias dificultades: la actividad no era considerada una profesión y resultaba poco atractiva como salida laboral, por ser mal paga y sacrificada. Además, decenas de voluntarias se ocupaban de las tareas de asistencia a los enfermos, especialmente religiosas,

que sin estar debidamente capacitadas cumplían las órdenes de los médicos. A ello se suma que los hospitales de las colectividades (Italiano, Español, Gallego, Israelita, Británico, Francés, Alemán) habían creado sus propias escuelas, sin una titulación específica, muchas de ellas supervisadas por la Cruz Roja o por la Sociedad de Beneficencia.

POLÍTICAS DE SALUD

En 1924, el Dr. Manuel Carbonell creó el Instituto de Higiene, dependiente de la Facultad de Medicina, donde se dictaban cursos de visitadoras de higiene social, un rol ideado como “mensajeras de la higiene, eficaces auxiliares del médico y nexos con la sociedad. (...) Fue una carrera pensada para mujeres y, en general, la completaron unas cuantas jóvenes que lograban una salida laboral relativamente prestigiosa que les daba independencia económica” (Sánchez, 2009:11). En realidad, si bien las visitadoras recibían una gran capacitación, su función en los centros de salud, salas de primeros auxilios y escuelas, consistía en dar charlas de higiene y prevención. Con el golpe de Estado de 1930 y la inter-

vención de la UBA, pasó al Museo Social Argentino, donde adoptó las características de asistentes sociales más que de enfermeras.

Hasta la llegada del primer gobierno peronista (1946), la Enfermería tenía la misma escasa valoración que la mujer en la sociedad. Relegada a tareas de limpieza del edificio y de higiene de los enfermos más que a la atención de pacientes, su dependencia respecto del médico (en su gran mayoría hombres) era absoluta y sólo administraban medicamentos o realizaban alguna práctica bajo las órdenes y supervisión expresas del facultativo. Así también eran los salarios. Las enfermeras y parteras del barrio, que por lo general tenían más prestigio que las de los hospitales, solían heredar sus conocimientos de sus madres. Eran quienes asistían los partos en los domicilios, aplicaban inyecciones o realizaban curaciones, muchas de ellas caseras como la aplicación de ventosas o “tirar el cuerito”.

Con la llegada de Ramón Carrillo (1906-1956) a la Secretaría de Salud, luego elevada al rango de Ministerio de Salud Pública, la transformación fue total. Elaboró el “Plan Analítico de Salud Pública”, en base al cual, entre 1946 y 1954, se construyeron



234 hospitales, 60 institutos de especialización, 50 centros materno-infantiles, 16 escuelas técnicas, 23 laboratorios y centros de diagnóstico, 9 hogares-escuela y unidades sanitarias en todas las provincias y se puso en marcha el tren sanitario que recorría el país.

Entre las escuelas se encontraba la Escuela de Enfermería "7 de mayo" (día del nacimiento de Eva Perón). Allí se dictaban cursos de dos años y uno de residencia, con materias como primeros auxilios, Enfermería médica y quirúrgica, obstetricia, ginecología y puericultura, dietética, etcétera. Existían especializaciones como auxiliar de anestesiista, higienista dental, auxiliar de radiología, entre otras. Además se jerarquizó la profesión con prestigio social y salarios acordes. Se estima que a fines de la década del '40 había unas ocho mil enfermeras, entre las cuales "un alto porcentaje ejercía la profesión sin certificados ni preparación científica. Para 1953 el número de enfermeras había crecido a 18.000, de las cuales todas poseían certificados avalados por diferentes instituciones sanitarias" (Cipolla, 2012: 67).

El golpe de 1955 dejó inconclusos muchos proyectos y construcciones; muchas enfermeras perdieron sus trabajos por denunciar el desmantelamiento que se produjo. Durante la epidemia de poliomielitis de 1956, se denunció la falta de pulmotores porque habían sido dejados de usar o destruidos por llevar la inscripción "Fundación Eva Perón", entidad que financiaba muchas de las construcciones y la compra de insumos para la salud pública, incluida la Escuela de Enfermería "7 de mayo".

Una vez más la Enfermería pasó al desprestigio, acompañado por la ausencia de un marco legal regulatorio. Recién en 1967, con la ley 17.132, se le asigna a la Enfermería una actividad de colaboración con el médico y el odontólogo. Se trataba de un rol muy acotado, limitado al enfermero y auxiliar de Enfermería, sólo para el campo asistencial. Prohibía taxativamente determinadas prácticas, por ejemplo la "punción venosa".

No fue sino hasta 1991 que se sancionó la Ley Nacional de Enfermería (conocida como ley 24.004) que regula la profesión.

A MODO DE CIERRE

La historia pasada y el presente nos demuestran que, salvo algunos intentos aislados, Enfermería no tiene todavía el reconocimiento, por parte de la sociedad y de los gobiernos, y la jerarquización que le corresponden. En tiempos de crisis sanitarias como la actual, siguen siendo los médicos, como personal representativo de la salud, quienes se ganan los aplausos y la buena prensa, mientras que Enfermería queda en segundo plano. Esto resulta más notorio en épocas normales.

Es necesario prestigiar la profesión para que más personas abracen la Enfermería. Las proyecciones de la OMS son elocuentes: el mundo necesita 9 millones más de enfermeras y parteras para lograr la cobertura sanitaria universal en 2030. Por esta razón, mucho antes de que surgiera la pandemia, la OMS propuso declarar el 2020 como el AÑO DE LA ENFERMERÍA.

BIBLIOGRAFÍA

—Aguilar, Alejandra (S/A) ¿Por qué a Enfermería le pasa lo que le pasa? Disponible en: <https://amepsa.org/docs/sc002.pdf>
 —Attewell, Alex (1998) "Florence Nightingale, Biografía". Revista Perspectivas (UNESCO).
 —Cipolla, Damián (2012) "Escuela de Enfermeras, una fecunda experiencia." Revista Todo es Historia, n°540.

—Cutolo, Vicente Osvaldo (1968) Nuevo Diccionario Biográfico Argentino. 1750-1930.
 —Sánchez, Norma Isabel. (2009) Historia de la Salud Pública en la Argentina. Revista Todo es Historia, n°501.

Toma de hisopado para determinación de PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa)

Lic. Silvia López
 Lic. Nancy Arregui
 Lic. Marisa Server
 Sanatorio Itoiz

DEFINICIÓN

—El PCR (siglas en inglés de "Reacción en Cadena de la Polimerasa") es un tipo de prueba de diagnóstico para enfermedades infecciosas. Consiste en la toma de una muestra respiratoria mediante un hisopado por fosas nasales y por la boca, hasta el fondo de la faringe.
 —El virus SARS-CoV-2, que produce la enfermedad por Covid-19, contiene material genético ARN. Esta prueba se utiliza para detectarlo mediante un proceso químico, que consiste en una retrotranscripción a ADN.

OBJETIVO

Determinar la presencia del virus en la mucosa del sujeto de atención.

ROLES Y RESPONSABLES

—Enfermeros, bioquímicos, médicos, kinesiólogos.
 —Todo el personal de salud involucrado.

CONSIDERACIONES GENERALES

—Las muestras para detección de COVID-19 deben guardarse en una bolsa de bioseguridad, acompañadas por la ficha epidemiológica correspondiente.
 —Si una persona tiene predisposición a sufrir náuseas, se sugiere evitar comer en las horas previas al test ya que el hisopado orofaríngeo puede provocarlas.
 —En el caso del hisopado nasofaríngeo se introduce un hisopo en ambas fosas nasales y otro en la boca para recoger una muestra de mucosa suficiente para analizar la presencia de la partícula viral de ARN.
 —Los procedimientos técnicos llevados a cabo deben asegurar la mínima formación de aerosoles y gotitas. Se solicitará al sujeto de atención que mantenga la boca o los orificios nasales tapados con el barbijo quirúrgico, según corresponda, al momento de realizarse el hisopado nasal o bucal.

IMPORTANTE

—Todas las muestras deben ser consideradas potencialmente infecciosas.
 —Todo el personal de salud que realice la técnica debe conocer y cumplir rigurosamente las normas de bioseguridad, a fin de reducir la exposición a agentes patógenos.
 —El uso de mascarilla N95 debe considerarse obligatorio para la toma de hisopados

EQUIPO Y MATERIAL

- Un (1) tubo cónico con no más de 2 ml de solución fisiológica, o tubo con medio de transporte viral.
- Dos (2) hisopos de Dacrón (no madera).
- Una (1) bolsa de bioseguridad.
- Elementos de protección personal nivel 3: gafas, protector facial, barbijo N95, camisolín hemorrepe-lente o hidrorrepelente, doble par de guantes, gorro descartable, botas descartables.



FIGURA 1. Hisopo de Dacrón



FIGURA 2. El hisopo debe recorrer todo el conducto de la fosa nasal a 45°

PROCEDIMIENTO

• Preparación:

- Es primordial atender en todo procedimiento la adecuada higiene de manos.
- Rotular tubos, indicando: nombre y apellido, DNI o pasaporte, fecha de nacimiento y/o historia clínica del paciente. Siempre sobre la pared del tubo cónico, nunca sobre la tapa.
- El personal que realice esta tarea debe contar con los elementos de protección personal (EPP) recomendados por la OMS.

• EPP para hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo:

- camisolín y cofia
- barbijo N95 y un barbijo quirúrgico sobre el N95
- antiparras (los anteojos no sustituyen el uso de este protector ocular)
- doble par de guantes
- máscara facial

• Para la toma de muestra:

- Solicitar al paciente que se coloque el barbijo (quirúrgico).
- Confirmar identidad del mismo.
- Solicitar al paciente que descubra su nariz y que deje el barbijo cubriendo la boca, para disminuir la aerosolización.

A) Hisopado nasofaríngeo

- Colocar la cabeza del sujeto a 45°.
- Introducir un hisopo en una fosa nasal, a una profundidad aproximada de 5 a 8 cm, hasta llegar a la faringe.
- Girar durante unos 10 segundos para recoger una muestra de mucosa suficiente.
- Con el mismo hisopo, repetir el muestreo en la otra fosa nasal.
- Retirar el hisopo manteniendo el movimiento giratorio.
- Guardar el hisopo en el tubo. Romper el hisopo para poder cerrar con rosca el tubo que contiene solución.
- Solicitar al paciente que descubra su boca y que deje el barbijo cubriendo la nariz, para disminuir la aerosolización.

B) Hisopado orofaríngeo

- Introducir otro hisopo en la boca hasta llegar al final de la cavidad bucal y tocar la faringe.
- Girar el hisopo durante 10 segundos para recolectar la muestra.
- Guardarlo en el tubo junto con el otro hisopo.
- Colocar ambos hisopos (nasal y orofaríngeo) dentro del mismo tubo cónico. Asegurarse de que esté perfectamente cerrado.
- Colocar el tubo dentro de una bolsa de bioseguridad (envase secundario) y cerrarla.
- La ficha epidemiológica se colocará fuera del envase secundario o en el caso de contar con bolsas de bioseguridad, en un bolsillo interno, si lo tuvieran.

FINALIZACIÓN

- Finalizado el procedimiento, enviar las muestras al laboratorio.
- Finalizado el procesamiento de las muestras, descontaminar las superficies de trabajo y el equipo utilizado con los desinfectantes apropiados (alcohol al 70%, lavandina 1% o amonio cuaternario).
- Disponer contenedores de riesgo biológico en el área de trabajo inmediata para la eliminación adecuada de materiales contaminados.
- Descartar el material según los procedimientos recomendados para eliminación de residuos patológicos.
- Realizar higiene de manos.

Entre tus brazos

Sara Ruiz Díaz

Acuname entre tus brazos, porque entre tus pechos me siento seguro.
No llores porque parezca poco lo que me das: para mí es suficiente.
El alimento que me das es lo que me mantiene seguro y fuerte.
Gotas de vida amarillas, a veces blancas, otras transparentes.
Ésa es la esencia del amor infinito que nos conecta.

Dejame dormir entre tus pechos, porque es donde me siento seguro.
No desesperes, también para mí también todo es nuevo: sé que juntos aprenderemos.
El calor y el amor de tu cercanía son únicos.
Aroma de mamá que no se compara con nada.
Siento tu corazón palpar y sé que es por mí, por esta nueva sensación.
También a mí me pasa.

Aunque todavía no sepa expresarme de otra manera sino con llanto,
aunque todavía me inquiete y no entienda que todo esto para vos es nuevo,
siento paz cuando me rodéas entre tus brazos.
Aunque todavía no entienda lo que dicen tus labios,
el susurro de tu voz me trae paz cuando la escucho.
Me das tranquilidad y sé que estarás para mí
en las noches más oscuras, en los días más largos.

Gracias, mamá, por cada gota que juntás para mí
porque sabés lo mucho que todavía me cuesta.
Porque sé que con tu ayuda voy a lograrlo.
Gracias, mamá, por ayudarme a no a rendirme.
Vos no lo has hecho.
Ojalá todos los niños del mundo tengan una mamá como la que yo tengo.
Ojalá tengan un ángel como vos que vele por ellos.



LaboratoriosRIVERO

Rivero Junto a la enfermería especializada

MATERIALES BIOMEDICOS ORIGINALES RIVERO

Estériles, atóxicos, libres de pirógenos y látex natural

- Equipos para terapia parenteral
- Sondas de alimentación enteral
- Sondas de drenaje torácico
- Productos quirúrgicos especiales
- Bolsas colectoras de orina
- Equipo para medir presión venosa central

 **LaboratoriosRIVERO**

Avenida Boyacá 419 - C1406BHG - CABA

Director Técnico: Dr. Pedro Luis Rivero

Bioquímico y Farmacéutico

Tel.: 4633.8666 Líneas Rotativas | Fax 4631.5634 4633.4754

www.rivero.com.ar | [www.Facebook.com/LaboratoriosRivero](https://www.facebook.com/LaboratoriosRivero)

lab@rivero.com.ar | depcient@rivero.com.ar

Consultas - sugerencias 0800.222.7291

PLANTA MODELO JUNIN

Habilitada por ANMAT Legajo N° 0022

**Investigación, desarrollo y producción de
Materiales Biomédicos Originales Rivero**

Autorizados por ANMAT PM 0022