

El coaching ontológico como herramienta para disminuir la deserción en el primer año ^{p. 13} de la carrera de Enfermería

UNA EXPERIENCIA DE MUSICOTERAPIA
RECEPTIVA DESTINADA A TRABAJADORES
^{p. 17} DE LA SALUD EN EL CONTEXTO
DE LA CRISIS SANITARIA POR COVID-19

LA IMPORTANCIA DEL ROL DE ENFERMERÍA
^{p. 7} PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS
SANITARIAS EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA

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



- 5 EDITORIAL
- 7 ENFOQUES I
La importancia del rol de Enfermería para la implementación de estrategias sanitarias en el contexto de la pandemia
María Victoria Enríquez
Judit Díaz Bazán
- 13 EXPERIENCIA I
El coaching ontológico como herramienta para disminuir la deserción en el primer año de la carrera de Enfermería
Miriam Liliana Di Loretto
Ivana Elizabeth Alfieri
Adriana Victoria Camio
- 17 EXPERIENCIA II
Una experiencia de musicoterapia receptiva destinada a trabajadores de la salud en el contexto de la crisis sanitaria por Covid-19
Agustina Iturri
- 23 ENFOQUES II
Más allá de la responsabilidad individual, el rol del Estado en el diseño de políticas públicas
Rosana E. Firpo
- 28 RINCÓN LITERARIO
Tu muerte
Paola B. Pisani
- 29 RINCÓN LITERARIO II
De los errores y la indiferencia.
Una historia de la vida real
Eva Silva
- 31 FICHA 66
Atención del paciente COVID con cánula nasal de alto flujo (CNAF)
Romina Medina
Norma Soto
Erica Cruz
Alejandro Aquino
- 35 SEGURIDAD DEL PACIENTE
Hacia un cambio de paradigma
Fabián Vítolo
- 39 EXPERIENCIA III
Alcances e importancia de la vacunación para enfrentar la pandemia
Analía Paula Aquino
- 45 INVESTIGACIÓN
Intervenciones eficaces para la prevención y manejo de la mucositis oral en pacientes oncológicos adultos
Ángela 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 (C1059ABl)

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 18 | N° 67 | SEPTIEMBRE 2021

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, AECAP (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. **MISIONES (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.

En estos meses hemos ingresado en un período de quietud en relación a la presencia de pacientes afectados por el COVID en las instituciones de salud. Este tiempo diferente nos da la pauta de que el fin de la pandemia se acerca. A la vez, nos obliga a analizar lo sucedido con miras a planificar la reconstrucción de la cultura organizacional, de modo tal de incorporar los elementos que hemos adquirido y descontar aquellos que hemos dejado de lado en este año y medio.

La crisis sanitaria obligó a los profesionales a mantenerse presentes, centrados y creativos en un ambiente de constante cambio e incertidumbre, lo cual ha llevado, en muchos casos, a situaciones de extremo cansancio, desgaste físico y psicológico. Se hizo evidente que quienes cuidan necesitan, tanto como los destinatarios del cuidado, un entorno de trabajo en equipo que reconozca las necesidades humanas físicas, psicológicas y espirituales de la persona.

Las instituciones de salud deben considerar y proponer reuniones grupales interdisciplinarias, en las cuales los profesionales puedan expresarse sobre las experiencias vividas y manifestar las emociones a que dieron lugar tales situaciones. Estas relaciones de mutua ayuda posibilitan reafirmar la confianza, identificar emociones compartidas y plantear aquellas que generan movimiento, renovación y apertura.

Otro componente necesario para esta recomposición del entorno sanitario es repensar las formas de comunicación entre los profesionales de la salud y los sujetos de atención: hacer partícipes al paciente y su familia del plan de cuidados, para que asuma un rol protagonista en el desarrollo de su recuperación, redundando en el beneficio mutuo de la seguridad del paciente mismo y la calidad de atención que se le brinda.

Desde la mirada de Florence Nightingale, esto enfatiza la relevancia del contexto en el cual se generan los cuidados de Enfermería. Al visualizar la influencia del ambiente, identifica que los contextos no son únicos, pues responden, en mayor o menor medida, a momentos políticos y estructurales de cada país y de sus sistemas sanitarios, los cuales influirán directa o indirectamente en el estado de salud de las poblaciones.

En el contexto actual, comprender a la persona desde un enfoque holístico, inmersa en una realidad cambiante, es un atributo básico de la naturaleza del cuidado humanizado, necesario para la recuperación de un sistema sanitario desgastado y abatido por la lucha constante de un gran enemigo.

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!

vea

La importancia del rol de Enfermería para la implementación de estrategias sanitarias en el contexto de la pandemia

María Victoria Enríquez*

Lic. en Enfermería – Universidad Austral – Ministerio de Salud de la Nación

Judit Diaz Bazán**

Médica Cirujana, Infectóloga – Ministerio de Salud de la Nación

La conformación de equipos de especialistas posibilitó el entrenamiento de profesionales por profesionales para el fortalecimiento de las distintas áreas según los requerimientos de cada establecimiento. Bajo la premisa de que la detección de una situación compleja implica una oportunidad de mejora, se trabajó con un enfoque en la calidad de los procesos para la seguridad de pacientes y trabajadores.

LA INICIATIVA *NURSING NOW* Y EL INICIO DE LA PANDEMIA

En el año 2019 la Dirección de Enfermería fue incluida en el nuevo organigrama del Ministerio de Salud de la Nación, en concordancia con la corriente mundial *Nursing Now* que convocó a los estados y gobiernos de todo el mundo a incluir a Enfermería en sus

políticas de salud global, en posiciones de liderazgo, mayor inversión, mayor difusión de prácticas efectivas e innovadoras por el rol clave que desempeñamos para mejorar la equidad, la calidad y el acceso a los cuidados de salud de la población.

*Maestranda en Educación para ciencias de la salud – Instituto Universitario del Hospital Italiano
Docente Cruz Roja

Ex Asesora Dirección de Enfermería – Ministerio de Salud de la Nación

Asesora Subsecretaría de Integración de los Sistemas de Salud y Atención Primaria – Ministerio de Salud de la Nación

**Médica Cirujana, Infectóloga, con estudios de posgrado en investigación clínica, epidemiología y salud pública (CDC, NIH, Mount Sinai, John Hopkins, University of Washington, entre otros). Subsecretaría de Integración de los Sistemas de Salud y Atención Primaria - Ministerio de Salud de la Nación



En paralelo con estos hitos históricos para la Enfermería argentina, ese mismo diciembre de 2019 en Wuhan (China) surgió un nuevo Coronavirus, el cual comenzó a propagarse con rapidez por diferentes países. El 3 de marzo de 2020 se notificó el primer caso en la Argentina y el día 11 de ese mes la Organización Mundial de la Salud declaró la enfermedad causada por el SARS-CoV-2 como pandemia.

Estas situaciones cambiaron el mundo que conocíamos y propiciaron el desarrollo de nuevas estrategias para hacer frente a la pandemia, posicionarnos en lugares estratégicos y claves, adecuándonos a las necesidades y problemas que surgían día a día y que aún hoy, a un año y medio de aquellos hechos, siguen presentándose.

Este artículo propone comentar tres abordajes coordinados por Enfermería en las que destacan su planificación estratégica, el trabajo en equipo transdisciplinario y la plasticidad frente a las situaciones complejas, sin dejar de lado la mirada empática y holística que caracteriza a la disciplina.

I Capacitación situada y permanente: la teleasesoría

En abril de 2020, en el marco del Plan de capacitación situada y permanente de la Dirección Nacional de Talento Humano y

Conocimiento, se dio inicio desde la Dirección de Enfermería a la planificación para la implementación de teleasesoría en cuidados intensivos para Enfermería.

Se contó con la participación del Capítulo de Enfermería de la SATI, que preside el Prof. Lic. Marcelo Morales, quien puso a disposición su equipo de especialistas para brindar asesorías en forma virtual y remota a enfermeros de todo el país para la capacitación continua y la adaptación de los cuidados en relación a los requerimientos específicos del paciente crítico con Covid-19.

Ante la aparición de los primeros casos en nuestro país y observando la experiencia de otros continentes y países como España e Italia, donde la cantidad de casos aumentaba a grandes pasos, pudimos ser buenos estrategas y actuar rápidamente para generar un plan de contingencia nacional, jurisdiccional y por establecimientos de salud para adecuar los servicios, generar recomendaciones y estrategias con el objetivo de dar respuesta desde el sistema de salud argentino.

Dado el porcentaje de infectados que requieren cuidados intensivos se hizo necesario aumentar la capacidad de camas de terapia intensiva, contar con respiradores y otros recursos para poder brindar los cuidados; a la vez, entrenar a los profesionales sin experticia para reforzar los equipos de especialistas en cuidados críticos.

Desde la Dirección de Enfermería, la estrategia para la implementación de las teleasesorías implicó, en primer lugar, la conformación de un equipo de enfermeras y enfermeros especialistas en cuidados críticos, gestión, control de infecciones y calidad para dar respuesta a las necesidades que iban surgiendo a medida que avanzaban los casos y la pandemia. Se organizaron encuentros diarios por regiones, previa difusión con los máximos referentes provinciales. Contar con una Red Federal de Enfermería fue una herramienta clave para establecer una vía de comunicación con todas las jurisdicciones, no sólo para la difusión de estrategias sino para el acompañamiento. Se generó así un diagnóstico de situación para dar respuesta a las necesidades que allí se planteaban.

De estos encuentros participan enfermeros de las 24 jurisdicciones del país, que se desempeñan en las UCI o que por la contingencia fueron rotados de sus sectores para reforzar los equipos para el manejo del paciente crítico con Covid-19. Los encuentros son moderados por enfermeros del equipo de la Dirección de Enfermería, quienes se encargan de organizar la dinámica del encuentro, fomentar la participación, compartir documentos del Ministerio en relación a las temáticas que acontecen y realizar el registro o minuta para luego generar informes de avance bimestrales con análisis de los datos. A su vez, se encuentran a cargo de los canales de comunicación que se generaron con los enfermeros participantes, lo que permite realizar consultas relacionadas con la temática. Para participar de estas estrategias es necesario completar el formulario de inscripción, ser enfermero y desarrollar funciones en áreas críticas de Covid-19.

El análisis del período 2020 indica que han participado enfermeros de 600 establecimientos de salud del país, de todas las provincias. Se han abordado temas relacionados a la pronación, ventilación mecánica, manejo de secreciones, manejo de vía aérea, medicamentos de sedoanalgesia, cuidados de la piel, equipo de protección personal, autocuidado, limpieza y desinfección de superficies, cohorte de pacientes, circuitos de circulación, entre otros.

Esto permitió a los enfermeros de las UCI participantes brindar herramientas en relación no sólo al conocimiento específico del cuidado del paciente crítico con Covid-19, sino una mirada integral, que destaca la importancia del trabajo en equipo transdisciplinar, el rol de Enfermería, el cuidado humanizado, la refuncionalización de los servicios. Y, ante todo, el sentirse acompañados, escuchados en medio de una situación compleja y desconocida como lo fue al comienzo la pandemia.

II Profesionales itinerantes

En vista de los efectos de la pandemia y de las experiencias observadas en otros países, desde el Ministerio de Salud de

la Nación se impulsaron políticas sanitarias federales para mitigar el impacto del Covid-19 en las veinticuatro jurisdicciones del país. Una de ellas fue el Programa de Profesionales Itinerantes, coordinado por la Dirección de Enfermería. Este programa surge ante la necesidad de acompañar y fortalecer el trabajo realizado por las jurisdicciones, teniendo en cuenta el federalismo y la diversidad de realidades de nuestro país. Su principal objetivo fue reforzar los tres niveles de atención de la salud implementando diversas estrategias de fortalecimiento:

- 1- La detección oportuna y temprana de casos, aislamiento y seguimiento
- 2- La articulación de los niveles prehospitalario y hospitalario
- 3- La refuncionalización de áreas y roles para maximizar la capacidad de respuesta ante personas/pacientes con Covid-19 con necesidad de cuidados leves, moderados y críticos, adecuados a cada jurisdicción y al estado de situación epidemiológica que ésta atravesaba.

Se programaron distintos viajes para dar apoyo frente a la situación que atravesaban las jurisdicciones, con equipos de profesionales itinerantes conformados por médicos/as clínicos y de terapia intensiva; enfermeros/as generalistas y de terapia intensiva; kinesiólogos/as de terapia intensiva; epidemiólogos/as; emergentólogos/as; técnicos en emergencias, entre otros. El primer viaje se realizó el 4 de abril de 2020, a Chaco, y el último el 27 de noviembre, a Chubut. Durante este período de 250 días, 1289 profesionales acompañaron y reforzaron el abordaje territorial y 20 establecimientos de salud de 16 provincias del país: Jujuy, Salta, Chaco, Entre Ríos, Corrientes, Santa Fe, La Rioja, San Juan, Córdoba, Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Neuquén, Chubut, Santa Cruz, Río Negro y Tierra del Fuego.

Durante su estadía en cada provincia, los equipos de profesionales itinerantes contaban con programas de seguimiento para brindar herramientas de capacitación situada y permanente acordes a la realidad de la jurisdicción, así como supervisión y herramientas de contención emocional para afrontar las situaciones críticas y complejas con las que se enfrentaban (esto último en articulación con la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones). Todas estas acciones fueron coordinadas por la Dirección de Enfermería. Resultaron de vital importancia los encuentros virtuales antes mencionados, coordinados y moderados por la Dirección de Enfermería, con los/as Profesionales Itinerantes divididos/as por provincia, para la elaboración de mapas/diagnósticos de situación: equipos profesionales, recursos materiales, recursos

tecnológicos, procesos y estrategias implementadas por los establecimientos receptores. De esta forma fue posible sugerir intervenciones específicas, adecuadas al establecimiento y a la jurisdicción (situada) en relación a la reorganización de equipos de trabajo, cuidados, procesos e infraestructura. Esto permitió fortalecer el programa a medida que se implementaba y ejecutaba. Con respecto a las capacitaciones realizadas, entre los temas abordados los que resultaron de mayor relevancia según los destinatarios fueron: usos de elementos de protección personal, seguido por temas de bioseguridad y limpieza. Algunas conclusiones obtenidas en las encuestas realizadas a los/as responsables de establecimientos receptores de itinerantes apuntan en una dirección similar:

—El 80% consideró que los servicios se vieron fortalecidos y que las estrategias adoptadas para el cuidado de pacientes con Covid-19 resultaron enriquecidas a partir de la implementación del programa.

—Reportaron, asimismo, que los cambios en los equipos observados fueron positivos.

—El 52% consideró que haberse sentido muy contenido y apoyado por los profesionales itinerantes.

III Acompañamiento integral a las provincias: refuncionalización de roles y servicios

Desde la Dirección de Enfermería y la Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización se realizaron viajes a las provincias del NEA, NOA y Centro, en el marco de las políticas y estrategias definidas por el Ministerio de la Salud de la Nación para acompañar y fortalecer las funciones llevadas adelante en cada ministerio provincial.

Fue central la evaluación y planificación de estrategias en las jurisdicciones a través de un Plan de contingencia y la conformación de un Comité Operativo de Emergencias (COE) con principales referentes involucrados para dar respuesta a la pandemia. Estos viajes generaron espacios de intercambio entre los profesionales de distintas áreas del Ministerio de Salud de la Nación y los referentes a nivel provincial para la implementación de estrategias adecuadas a las necesidades que fueron surgiendo. Destaca la importancia de la refuncionalización de servicios para la adaptación a las recomendaciones referidas al manejo del paciente con Covid:

—la diferenciación de circuitos en los sectores de guardia, internación, cuidados intensivos, circulación de pacientes Covid y personal en atención directa, *triage*

—espacios definidos para la colocación y retiro del equipo de protección personal

—generación o readecuación de espacios para el aumento de la capacidad instalada destinada a la internación de pacientes con cuadros leves, moderados y críticos

—el autocuidado

—la importancia del trabajo en equipo con un enfoque interdisciplinar

—identificar posibles complicaciones ante el aumento de casos

—estrategias de planificación: contar con un plan b, pero también un plan c y d

Con esa misma finalidad se realizaron visitas a los establecimientos de salud donde se recorrieron los circuitos Covid y no Covid en conjunto con las autoridades y principales actores (enfermeras en control de infecciones, jefes de área, directores médicos y de Enfermería, equipos de calidad, entre otros), teniendo como premisa que la detección de una dificultad o situación compleja implicaba una oportunidad de mejora, con un enfoque en la calidad de los procesos Covid-19 para la seguridad de usuarios y trabajadores/as. De este modo se apuntó a fortalecer el trabajo con los equipos locales, en base a la experiencia de situaciones vividas en otras jurisdicciones que permitieron un aprendizaje. Se acompañó también en los rastreos en terreno, a fin de fortalecer las estrategias de búsqueda de casos, toma de muestras, seguimiento, planificando intervenciones en conjunto con los equipos locales.

A nivel de recursos humanos, ante el aumento de la capacidad instalada y de camas de cuidados intensivos fue necesaria la implementación de estrategias para fortalecer el déficit de profesionales especialistas en medicina, enfermería y kinesioterapia en estas áreas. Por medio de la capacitación situada y las Tele-UCI de estas tres disciplinas se acompañó en forma remota a profesionales de las UCI del país para el conocimiento, la adaptación de cuidados y tratamientos en el paciente crítico con Covid-19. Esto permitió, a su vez, que profesionales que no eran de estas áreas puedan capacitarse a distancia en temas clave como manejo de la vía aérea, AVM, pronación, sedoanalgesia, control de infecciones, bioseguridad, autocuidado, limpieza de superficies, entre otros.

Otra estrategia ante la falta de profesionales y los contagios en equipos enteros de trabajo —lo que implicaba la baja de especialistas— fue la conformación de equipos mixtos entre profesionales con experticia en cuidados intensivos y profesionales que no la poseen. Esto permitió el entrenamiento de profesionales por profesionales para el fortalecimiento de otras áreas según los requerimientos del establecimiento (internación, UCI, UFUS, guardia) a medida que avanzaba la pandemia.

Por último, cabe destacar aquellas estrategias vinculadas con la planificación de horarios y esquemas nuevos de trabajo para mitigar las bajas por contagios entre profesionales.

POR UNA ENFERMERÍA UNIDA Y FEDERAL, CON MEJORES CONDICIONES

En un país federal, donde cada jurisdicción tiene autonomía para la generación de sus propias normas, esto permitió acompañar a cada profesional y propiciar un punto de acuerdo entre

las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación, adecuándolas a cada realidad y a cada establecimiento, siempre sobre la base de la última evidencia científica disponible. Estas son algunas de las intervenciones implementadas y coordinadas por el equipo de la Dirección de Enfermería en el contexto actual que demostraron la importancia del rol enfermero para dar respuesta desde el sistema sanitario a la pandemia.

Como parte de la visibilización de nuestro rol y de las competencias en gestión, no sólo de pacientes sino también de estrategias sanitarias, destacan la planificación estratégica, el trabajo en equipo transdisciplinario, la plasticidad frente a situaciones complejas, sin dejar de lado el pensamiento crítico, nuestra mirada empática y holística hacia los sujetos de atención: las personas, familias y comunidades.



JORNADA GRATUITA DE ENFERMERÍA



Adecra+Cedim
80 AÑOS



Enfermería, pandemia, procesos y aprendizajes

MIÉRCOLES 17 DE NOVIEMBRE DE 8.30 A 14 HS

Por  zoom

SE ENVIARÁN CERTIFICADOS DE PARTICIPACIÓN POR MAIL
INFORMES E INSCRIPCIÓN: alejandrafuente@adecra.org.ar

El coaching ontológico como herramienta para disminuir la deserción en el primer año de la carrera de Enfermería

Miriam Liliana Di Loretto*
Ivana Elizabeth Alfieri**
Adriana Victoria Camio***

Universidad Favaloro, Licenciatura en Enfermería

A través de la formulación de preguntas efectivas y la escucha activa no sólo se brinda contención, sino que se posibilita aumentar la conciencia y la responsabilidad de los estudiantes respecto de la elección y permanencia en la carrera.

INTRODUCCIÓN

Enfermería es una profesión que requiere el aprendizaje de habilidades blandas para lograr un desempeño profesional continuo y humanizado. Sin embargo, sus planes de estudio se encuentran mayormente organizados por materias en las cuales estas habilidades no se enseñan de manera articulada, sistematizada y progresiva; además, son escasos los datos publicados sobre los niveles obtenidos por los alumnos respecto a la adquisición de las mismas a lo largo de sus estudios.

El concepto de *habilidades blandas* es equiparable al concepto de *habilidades para la vida* propuesto por la División de salud

mental de la OMS, que las define como un conjunto de habilidades de carácter socioafectivo necesarias para la interacción con otros, que permiten hacer frente a exigencias y situaciones desafiantes cotidianas; es decir, que le permiten a la persona tomar decisiones, resolver problemas, pensar de manera crítica y creativa, comunicarse de manera efectiva, reconocer las emociones de otros y construir relaciones saludables a nivel físico y emocional (OMS, 2003).

La formación en Enfermería, tal como se presenta en la mayoría de los planes de estudio, no individualiza ni explicita las estrategias

* Licenciada en Enfermería. Profesora Universitaria. Coach Ontológico profesional. Profesora Asociada de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Favaloro.

** Licenciada en Relaciones Laborales. Coach Ontológico Profesional. Coach Educativo. Tutora en la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Favaloro.

*** Licenciada en Enfermería. Especialista en Gestión Educativa. Directora de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Favaloro.

a través de las cuales serán obtenidas, en qué grado o cómo serán evaluados los logros. La investigación sobre las estrategias a utilizar y la forma en que se evaluarán objetivamente los resultados esperados es una necesidad de las entidades formadoras para que el discurso teórico obtenga un correlato práctico y no quede supeditado a las acciones que cada docente pueda aplicar de acuerdo a su propia visión sobre la necesidad de adquirir estos dominios y los conocimientos de los que disponga para hacerlo. Además, teniendo en cuenta que en muchos casos la deserción académica se encuentra asociada a la imposibilidad de sentirse integrado a un grupo o identificado con los pares, es importante determinar si el desarrollo o fortalecimiento de estas habilidades desde el primer año puede influir en la decisión de abandono.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El coaching ontológico es una profesión comprometida con la expansión del potencial personal, organizacional y social, basado en el aprendizaje, que utiliza un marco constructivista y una perspectiva sistémica, considerando que el ser no es inmutable y que en su devenir se va construyendo y reconstruyendo a sí mismo. Desde esta perspectiva, se considera que el ser humano no está solo, sino que siempre pertenece a un sistema que influye en él, y viceversa (Echeverría, 2018). Su base epistemológica está dada por los siguientes postulados, que comienzan con la palabra “interpretamos” ya que para la ontología no hay verdades absolutas ni creencias universales, sino que sostiene la afirmación de que vivimos en mundos interpretativos:

- Interpretamos a los seres humanos como seres lingüísticos
- Interpretamos al lenguaje como generativo
- Interpretamos que los seres humanos se crean a sí mismos en el lenguaje y a través de él

Los postulados señalan la importancia que tiene en la vida de los seres humanos el lenguaje, asignándole un papel fundamental. Sostiene que ser seres lingüísticos es lo que nos diferencia de otros seres sobre el planeta y que es a través del lenguaje que podemos coordinar acciones, contar quiénes somos, ir construyendo nuestras historias y nuestra identidad. Para la ontología la racionalidad de los seres humanos encuentra su sentido porque existe un lenguaje que la puede expresar.

En esta misma línea de pensamiento, afirma que el ser está formado por los tres dominios primarios, desde los cuales es posible comunicarse: el cuerpo, las emociones y el lenguaje. Por ello, cuando nos comunicamos, lo hacemos desde lo que pensamos y decimos, pero también desde la emoción que habíamos y el cuerpo que tenemos y mostramos.

Finalmente, de este marco descriptivo se derivan tres principios:

–Principio del observador: no sabemos cómo son las cosas. Sólo sabemos cómo las observamos o cómo las interpretamos. Vivimos en mundos interpretativos.

–Principio de la acción: no sólo actuamos de acuerdo a cómo somos (y lo que hacemos), también somos de acuerdo a cómo actuamos. La acción genera *ser*. Uno deviene de acuerdo con lo que hace.

–Principio del sistema: la acción de toda entidad resulta de su propia estructura y de la estructura del sistema en el que se desenvuelve. Eso define su ámbito de acciones posibles. Dentro de ese ámbito puede estar la capacidad de introducir transformaciones en ambas estructuras.

En la teoría del coaching ontológico se sostiene que se mira con los ojos, pero se observa con las distinciones. Una distinción es una nueva manera de nombrar una misma realidad, que invita a adquirir un significado distinto al que había adquirido originalmente con la manera original de nombrar dicha realidad.

Es por esto que el paradigma ontológico se encuentra en contraposición al paradigma metafísico dominante en el mundo actual y su conocimiento facilita distinguir una forma diferente de observar al mundo, a ver posibilidades donde antes no las veíamos y también herramientas para cambiar acciones que nos acercan a sus objetivos y permiten la adaptación a nuevos desafíos. El paradigma ontológico, además, reconoce que las emociones tienen un papel preponderante para alcanzar metas; no las clasifica como buenas ni malas y sostiene que dependen del observador que somos. Por nuestra forma de interpretar el mundo una misma situación despierta diferentes emociones en las personas y para gestionarlas primero se debe reconocer en qué emoción nos encontramos, luego identificar la situación que la despertó; el tercer paso es pasar a la acción que hace que esa emoción no esté más o perdure (según sea que favorezca o aleje de la situación deseada).

La propuesta pedagógica que se describe en este artículo plantea el desarrollo de habilidades blandas por parte de los alumnos de Enfermería mediante la aplicación supervisada de herramientas del coaching ontológico y educativo con resultados progresivos y medibles, utilizando un espacio tutorial integrado a las asignaturas a lo largo de la carrera. La aplicación de estas herramientas y su aprendizaje en los espacios áulicos y de práctica facilita también la socialización entre los estudiantes, contribuyendo a disminuir la deserción académica en el primer año de la vida universitaria.



DISEÑO Y METODOLOGÍA

Durante el ciclo lectivo 2020 el equipo de tutoras trabajó con los 72 alumnos ingresantes de la carrera de Licenciatura de Enfermería de la Universidad Favaloro, incorporando herramientas de coaching ontológico con el objetivo de incrementar el desarrollo de habilidades blandas.

Mediante las distinciones *juicios personales*, *escucha*, *aprendizaje vs conocimiento* y *confianza* se abordó la motivación para continuar con la meta elegida, habilitando la posibilidad de que se conozcan, elijan y rediseñen tantas veces como sea necesario enfocados en qué profesionales quieren ser en el futuro. Se implementaron 20 talleres virtuales en cada turno de cursada. Los mismos estuvieron a cargo de dos tutoras con formación de posgrado en coaching ontológico, una de ellas licenciada en Enfermería y la otra en relaciones laborales. Con una duración de 45 minutos, cada taller contó con espacios para la reflexión, la generación y fortalecimiento del vínculo entre tutoras (coach) y estudiantes (coachee). Al comienzo de cada uno se fijaron de manera conjunta las metas a alcanzar y se establecieron las dinámicas y acciones que permitieran lograrlas.

En el primer taller se realizaron las presentaciones, se brindó información acerca del coaching y se trabajó en generar un con-

texto favorable entre los compañeros; esto es, que las nuevas relaciones se desarrollen de manera tal que faciliten una apertura que promueva el aprendizaje individual y grupal.

Con el fin de acompañar a los estudiantes en su decisión de estudiar esta carrera, y apoyándonos en la distinción de los tipos de comunicación, se implementaron entrevistas individuales con las tutoras (una al inicio de cada cuatrimestre, y de manera voluntaria en cualquier momento del año). Se realizaron 158 entrevistas individuales mediante videollamadas utilizando Zoom o Whatsapp, 113 de ellas correspondieron a entrevistas de inicio de cuatrimestre y 35 fueron para seguimiento. Durante el primer cuatrimestre se indagó acerca de las fortalezas y debilidades de los alumnos, mientras que en el segundo se focalizó sobre los logros obtenidos y las necesidades identificadas para facilitar su progreso académico.

Durante la implementación de este proyecto, en cada encuentro y al final del año, se evaluó cómo se encontraba el grupo en base a la distinción *confianza* y *autoconfianza*.

Por último, los estudiantes completaron una encuesta virtual de satisfacción, cuyo objetivo fue evaluar las actividades y brindar datos para mejorar esta propuesta con futuros ingresantes.

RESULTADOS

El 100% de los cursantes reconoció que las estrategias implementadas permitieron en diferentes grados revisar su ser, su hacer, su forma de comunicarse, su capacidad para organizarse, gestionar el trabajo en equipo, las emociones y estados de ánimo con el fin de lograr las metas que cada uno se había planteado para el inicio su vida universitaria.

Los motivos identificados en relación a la decisión de abandonar la carrera fueron: fallecimiento de familiares, enfermedad de ellos mismos y de sus familiares, conflicto con el grupo de compañeros en los trabajos colaborativos, angustia ante el desconocimiento para resolver problemas administrativos, angustia y/o ansiedad frente a exámenes virtuales.

Las tutoras acompañaron a los estudiantes para dilucidar los procesos individuales de modo que ellos mismos plantearon sus metas para mejorar el rendimiento y resolver los obstáculos. Entre los temas trabajados se destacó la organización del tiempo para estudiar. Gracias a estas intervenciones se produjeron solamente diez bajas académicas en total, mientras que ocho alumnos con seguimiento personalizado revirtieron su decisión de dejar la carrera.

CONCLUSIONES

Las entrevistas individuales permitieron apreciar el lenguaje de la corporalidad y las emociones. Explorar estos matices de la escucha facilitó a los estudiantes mejorar sus relaciones en el aula virtual. A partir de la información obtenida en las entrevistas se logró hacer foco y seguimiento de aquellos alumnos que requerían mayor atención y acompañamiento por diferentes motivos.

Tanto la reducción de la deserción como la reversión de la decisión previa de dejar la carrera ponen de manifiesto que el coaching ontológico es una herramienta efectiva para el desarrollo de habilidades blandas y el acompañamiento de los estudiantes de primer año durante la pandemia. En este mismo sentido apuntan las encuestas de satisfacción, en las que se expresa gratitud hacia el equipo por el acompañamiento durante el ciclo lectivo en pandemia, la contención brindada, a través de la formulación de preguntas efectivas y la escucha activa, lo que posibilitó aumentar la conciencia y la responsabilidad respecto de la elección y permanencia en la carrera.

BIBLIOGRAFÍA

- Castellanos Giraldo, D., Baquero, D., & Dayan, L. (2019). *Factores que Influyen en el Fenómeno de Deserción Universitaria en el Área de las Ciencias de la Salud: Una Aproximación al Programa de Enfermería de la Universidad Manuela Beltrán* (tesis de posgrado). Repositorio digital de la Universidad Cooperativa de Colombia. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/12428>
- Echeverría, R. (2018) *Ontología del Lenguaje*. Ediciones Garnica SA.
- Parrino, MC (2014) "Factores intervinientes en el fenómeno de la deserción Universitaria." *Revista argentina de educación superior*, (8), 39-61.
- Parnov Machado, B., Gama Paes, L., Ferreira Tonini, TF et al. (2014) "Coaching en la Enfermería: revisión integradora." *Index de Enfermería*, 23(1-2), 51-55.
- Veliz Rojas, L. y Paravic Klijn, T. (2012). "Coaching educativo como estrategia para fortalecer el liderazgo en Enfermería." *Ciencia y enfermería*, 18(2), 111-117.
- Organización Mundial de la Salud (2003). Skills for Health. Disponible en: http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf

Una experiencia de musicoterapia receptiva destinada a trabajadores de la salud en el contexto de la crisis sanitaria por Covid-19

Agustina Iturri*
Hospital Universitario Austral

RESUMEN La crisis sanitaria a causa del Covid-19 ha generado estrés en toda la población, sin embargo los efectos psicológicos desde el inicio del aislamiento social cobraron mayor intensidad entre los trabajadores de la salud. El presente artículo describe la experiencia llevada a cabo a partir de un dispositivo de musicoterapia focal receptiva, en la que participaron más de 600 trabajadores de salud del Hospital Universitario Austral, en Argentina, durante el año 2020.

PALABRAS CLAVE musicoterapia, aislamiento, estrés, salud de los trabajadores

ABSTRACT The sanitary crisis caused of Covid-19 has generated stress in the whole population; however, since the beginning of social isolation the psychological effects became more intense among health workers. This article describes the experience carried out using a receptive focal music therapy device, in which more than 600 health workers from the Austral University Hospital, in Argentina, participated during the year 2020.

KEYWORDS music therapy, isolation, stress, workers' health

*Licenciada en Musicoterapia (Universidad de Buenos Aires). Ha completado el posgrado en Psico-socio-oncología (Pallium Latinoamérica) y actualmente es maestranda en Metodología de la Investigación Científica (Universidad Nacional de Lanús).

Docente de la Especialización en Enfermería oncológica de la (Universidad Austral) y de la Cátedra Ética y DDHH de la Facultad de Psicología (UBA).

Musicoterapeuta en la Unidad de Cuidados paliativos del Hospital Universitario Austral; en Atención a pacientes adultos internados y ambulatorios atendidos por la Unidad de Cuidados Integrales (Hospital Universitario Austral); en el Centro de Cuidados Integrales (UCIA) y en "FLENI" Sede Escobar, y en Consultora "Guork", CABA.

Es miembro de la Red de Investigaciones en Cuidados Paliativos del Instituto Pallium Latinoamérica (RED- InPal) y colaboradora en el proyecto de investigación internacional *The i-Live Project Live well, Die well*: experiencias de atención al final de la vida durante la crisis del Covid-19 (Instituto de investigaciones médicas Lanari).

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) y las autoridades de salud pública de todo el mundo están actuando para contener el brote de Covid-19. Esta época de crisis ha desencadenado, además, distintas consecuencias psicológicas relacionadas con diversos factores como la duración de la cuarentena, la frustración, el aburrimiento, el exceso de información o información inadecuada, problemas económicos y el miedo a contagiarse o contagiar a los seres queridos (Brooks et al. 2020). Por este motivo, los autores dedicados al tema recomiendan abordar de manera integral los efectos negativos asociados con la pandemia.

En este contexto, los trabajadores de la salud constituyen uno de los grupos más vulnerables. Se han evidenciado altos niveles de estrés que comprometen su salud mental y que provocan un agotamiento tanto físico como emocional (Fernandes y Ribeiro, 2020), siendo las afecciones más frecuentes a nivel mundial la depresión, la ansiedad, el insomnio y la angustia (Lai et al. 2020). En nuestro país, una encuesta realizada en mayo de 2020 por la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP) mostró que el 67,9% de los trabajadores presentaba síntomas de angustia, 67,4% alteraciones del sueño, 47,7% irritabilidad y 39,6% tristeza. El documento de la AAP concluye que se trata de datos alarmantes que coinciden con los originados en China, países de Europa y los Estados Unidos, motivo por el cual es posible pensar en una epidemia de síndrome de estrés postraumático entre los trabajadores de la salud en Argentina (AAP, 2020).

El presente trabajo describe la implementación de intervenciones focales de musicoterapia receptiva en el Hospital Universitario Austral (HUA) en la que participaron 624 trabajadores de la salud de distintos sectores durante el período de abril a noviembre del año 2020. Este trabajo se enfocará en las técnicas de musicoterapia receptiva.

El Hospital Universitario Austral es una organización universitaria privada, dedicada a la asistencia, docencia e investigación biomédica. Se encuentra ubicada en Pilar, provincia de Buenos Aires. Se trata de un hospital general de agudos de alta complejidad en el cual trabajan 3165 empleados de diversos sectores. Durante el período de pandemia, el hospital sufrió varias modificaciones en relación a: la mayor demanda en la guardia, un número creciente de diagnósticos positivos por Covid-19 (lo que derivó en internaciones y seguimientos ambulatorios de estos pacientes), un menor flujo de personal en el hospital debido a aislamientos por contagio o casos sospechosos, y la fragmentación de los equipos tanto administrativos como asistenciales ya que se organizó el trabajo de forma presencial en pequeños grupos.

A raíz de los cambios institucionales implementados a partir del decreto de cuarentena en marzo de 2020 comenzaron a

evidenciarse distintas problemáticas relacionadas con la salud mental de los trabajadores del hospital: angustia asociada a la incertidumbre, insomnio, miedo de contagiarse o contagiar a sus seres queridos, tristeza por tener que aislarse de sus familias, agotamiento por sobrecarga de trabajo. Si bien el hospital contaba con un dispositivo coordinado por el equipo de Cuidados Paliativos (conformado por un médico, un psicólogo y una musicoterapeuta) los mismos tuvieron que ser cancelados ya que se trataba de espacios de trabajo grupales y de gran carga horaria. Por este motivo, y ante el malestar general percibido en los trabajadores, el Comité de bienestar del HUA decidió programar intervenciones de musicoterapia focales y breves para continuar brindando espacios de contención.

LA MUSICOTERAPIA Y LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

La musicoterapia es una disciplina de la salud que busca optimizar la calidad de vida de las personas o grupo de personas y mejorar su bienestar físico, social, comunicativo, emocional, cognitivo y espiritual a partir del diseño de experiencias musicales (*World Federation of Music Therapy* por sus siglas en inglés WFMT, 2011), siendo el ámbito hospitalario uno de los ámbitos de inserción bajo el nombre de *musicoterapia en medicina*, lo cual implica “un proceso terapéutico, un musicoterapeuta y una relación que se desarrolla en la música y en el proceso” (AMTA: 1999). Existen distintos tipos de abordajes que pueden categorizarse en experiencias musicales activas o receptivas dependiendo del rol que asuma el paciente o usuario en las mismas (Bruscia, 2014).

Es una disciplina reconocida a nivel mundial, que en Argentina se desarrolla como carrera universitaria desde el año 1966. En diciembre de 2005, la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires aprobó el proyecto de Ley de Ejercicio Profesional de la Musicoterapia que permite a la disciplina contar con un marco legal y regulador.

La Federación mundial de Musicoterapia la define como:

“El uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en los entornos médicos, educativos y de todos los días con individuos, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su bienestar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual y espiritual. La investigación, la práctica, la educación y la formación clínica en la musicoterapia, se basan en las normas profesionales de acuerdo a los contextos culturales, sociales y políticos.” (WFMT, 2011)

En la actualidad, el rol del musicoterapeuta se relaciona con la protección, promoción, prevención y rehabilitación de la salud, integrándose en equipos interdisciplinarios de distintas áreas en el campo de la salud, educación y el ámbito comunitario (Ferraggina, 2004).

No obstante ello, son escasos los estudios publicados en 2020 y 2021 acerca de la implementación de distintas experiencias musicoterapéuticas como intervención de apoyo para reducir el estrés y mejorar el bienestar del personal de salud. Se han reportado dispositivos de musicoterapia receptiva en modalidad remota que mostraron una disminución en los niveles de cansancio, tristeza, miedo y preocupación post intervención (Giordano, 2020). Otro artículo describió un dispositivo implementado en el Norte de Londres a partir de una intervención de musicoterapia virtual telefónica en la que se utilizaron técnicas receptivas que incluían la creación de listas de reproducción (Rizkallah, 2020).

MUSICOTERAPIA RECEPTIVA EN EL ABORDAJE DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS

Existe toda una línea de investigación que estudia la eficacia de los tratamientos musicoterapéuticos agudos o focales, definidos como la intervención en un momento particular de un tratamiento, situación o desempeño cognitivo (Díaz Abraham & Justel, 2019). El objetivo frecuente en la implementación de las técnicas receptivas se relaciona con la promoción de la relajación, la disminución del estrés y la ansiedad tanto en pacientes (Grocke y Wigram, 2007; Metzler y Berman, 1991; Karagozoglu, 2012; Ozgundodu y Metin, 2019) como en adultos saludables (Malakoutikhaha, 2020).

La fundamentación teórica de estas intervenciones reside en que algunas de las vías psicológicas, neurológicas y bioquímicas involucradas en el procesamiento y la respuesta a la música se relacionan con las estructuras implicadas en la reducción del estrés. Por este motivo, escuchar música puede disminuir los niveles de cortisol, aumentar los niveles de serotonina y activar las áreas del cerebro involucradas en el sistema de recompensa permitiendo una recuperación más rápida del sistema nervioso autónomo luego de haber estado expuesto a una situación estresante (Baltazar, 2019).

La musicoterapia receptiva (de ahora en adelante MTR) se define como *“un tipo de experiencia musical en la cual los pacientes escuchan música grabada o ejecutada por el musicoterapeuta y reaccionan a esta silenciosamente, verbalmente o de otro modo no musical”* (Bruscia, 2014). Las experiencias de MTR suelen incorporar visualizaciones o imágenes guiadas en estado de relajación con acompañamiento musical y han demostrado ser eficaces en pacientes hospitalizados, reduciendo el nivel de estrés (Wigram & Grocke, 2007), la ansiedad antes de una intervención

médica (Metzler & Berman, 1991; Saperston 1999), disminuyendo la tensión (Bruscia, 1998; Hanser, 1996; Kibler & Rider, 1983; Pelletier, 2004) y regulando la respiración (Hanser, 1996).

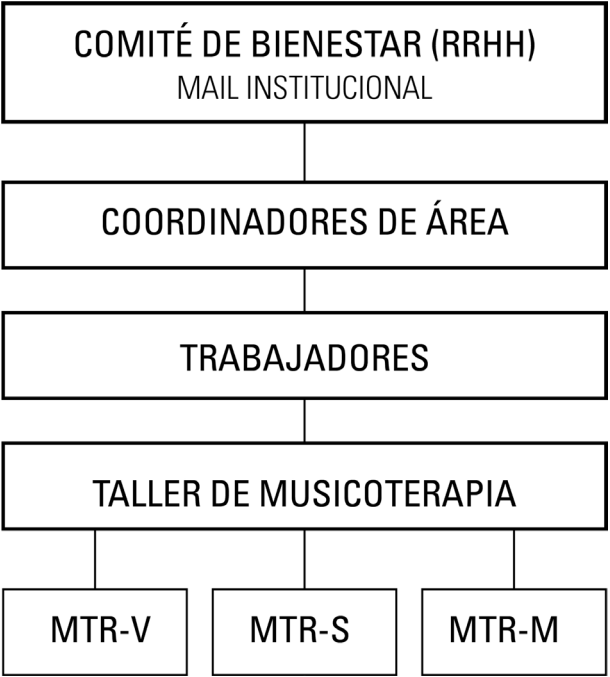
PROCEDIMIENTO Y ESTRUCTURA DEL DISPOSITIVO

La fase de implementación del dispositivo fue organizada por el Comité de Bienestar e impulsada por el equipo de Recursos Humanos del hospital. Se informó en forma semanal, a través del mail institucional, los días y horarios en los que se realizaban los talleres. Los mismos se dictaron con una frecuencia de dos veces por semana, uno de los días durante el fin de semana. Los horarios ofrecidos fueron diversos, incluyendo el turno mañana, tarde, noche y madrugada, en respuesta a los distintos horarios del personal.

Modalidad

La mayor parte de los talleres se realizaron en modalidad presencial en un aula destinada para tal fin ubicada en la Universidad, dentro del hospital; en algunas oportunidades el taller fue dictado en modalidad virtual mediante la plataforma *Zoom*. En ambos casos la duración fue de treinta minutos. Como medidas preventivas y de seguridad se establecieron grupos reducidos de entre cinco y diez personas respetando el distanciamiento social de dos metros entre cada participante.

Gráfico 1

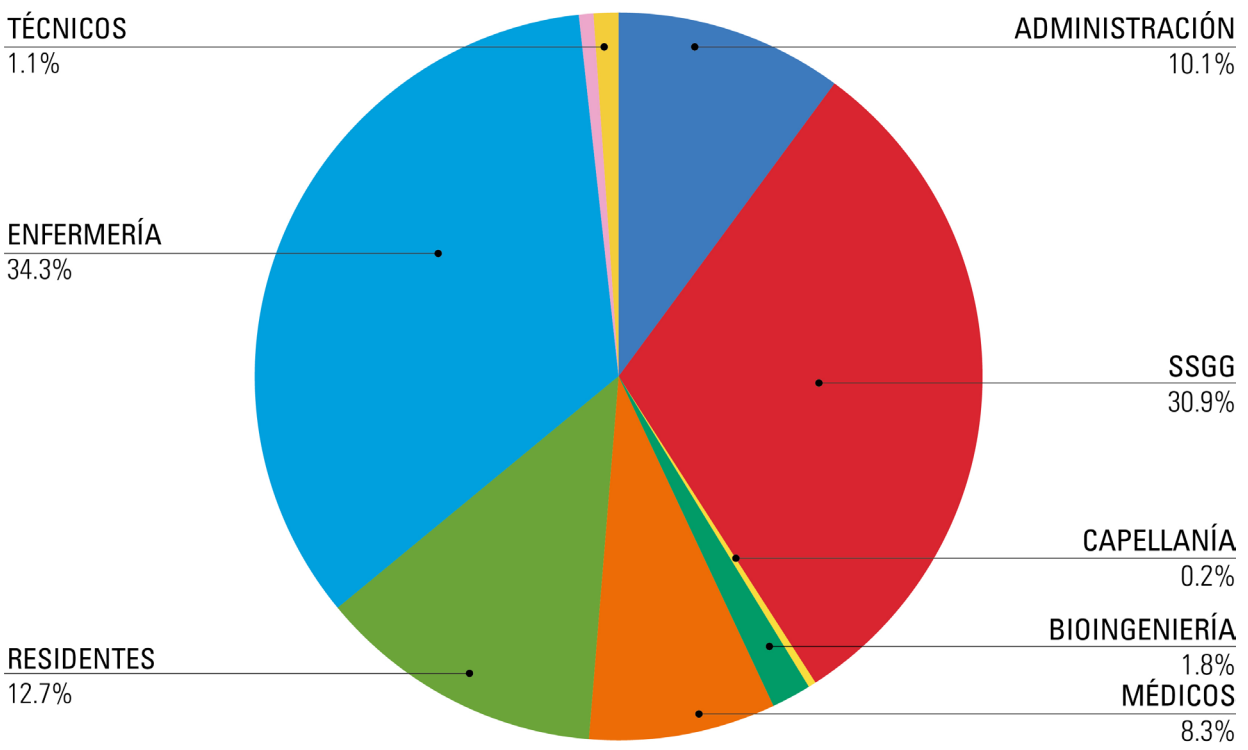


Población

–Sobre un total de 624 trabajadores que participaron, el 57% realiza tareas asistenciales y el 43% restante son trabajadores dedicados a diversas tareas no asistenciales.

–La población total, analizada por sectores, muestra un grado diversidad: Enfermería (34%); servicios generales (31%); médicos residentes (13%); administrativos (10%); médicos de staff (8%); otros (4%). En la categoría “otros” encontramos personal perteneciente a la dirección del hospital, bioingeniería, capellanía y técnicos.

Gráfico 2



Intervenciones

Las intervenciones de musicoterapia receptiva fueron creadas especialmente para su uso en este dispositivo y basadas en la evidencia científica sobre el tema. Se diseñaron tres tipos de experiencia, cada una de ellas basada en una estrategia cognitiva utilizada para mitigar el estrés y combinada con música en vivo y/o editada.

Experiencia 1	Experiencia 2	Experiencia 3
musicoterapia receptiva y visualización (MTR-V)	musicoterapia receptiva y sincronización (MTR-S)	musicoterapia receptiva y meditación (MTR-M)
Se utilizó una inducción verbal y música interpretada en vivo. Se empleó la técnica Safe Place Imagery adaptada y traducida por Gonzalo Brito (Brito, 2020). La misma se trata de una práctica de visualización en la cual se invita al participante a recrear un lugar en su mente que ofrezca sentimientos internos de relajación, paz y calma. La música utilizada se basó en la interpretación en vivo del Concerto No.2, Op.35 de Rieding, Oskar. Se recrea esta pieza en violín, a un tempo de 35 bmp, intensidad mezzopiano (sin matices) y una duración de total de 4:00 min.	Se utilizó una inducción verbal basada en Grocke y Wigram (2007) y un audio creado para tal fin en el que se guía al participante a lograr una sincronización de sus signos vitales (frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria) a partir de los sonidos con distinto timbre en formato midi, en el que su tempo va disminuyendo progresivamente. Presenta un tempo inicial de 65 bpm que disminuye hasta llegar a los 40 bpm y tiene una duración total de 10 min.	A partir de una inducción verbal y el uso de cinco melodías seleccionadas en base a los criterios propuestos en Grocke y Wigram (2007), se invita a los participantes a pensar en cinco situaciones: 1) un esfuerzo positivo 2) una buena acción hacia uno mismo o hacia otro 3) una emoción difícil 4) un lugar agradable, sereno 5) un movimiento en que se llevan las manos al pecho uniendo los puntos anteriores Entre cada una de las situaciones se reproduce una breve melodía que dura 1min 30s.

Evaluación cualitativa

La evaluación se realizó a partir de un cuestionario previo y otro posterior a la intervención. El carácter del cuestionario era anónimo y consistía en preguntas demográficas (género, edad, sector de trabajo) y se incluyó la siguiente pregunta *ad-hoc*: “¿Cómo caracterizaría su estado actual (palabra o frase) ahora?”.

Asimismo, terminada la intervención se propiciaba un espacio en el cual cada participante podía compartir su experiencia si así lo deseaba. En algunas oportunidades los participantes hacían preguntas sobre el uso de la música en la vida diaria para reducir el estrés en el hogar, en el auto y en el propio espacio de trabajo.

CONCLUSIONES

La implementación del dispositivo de musicoterapia dentro del HUA es una muestra de cómo es posible implementar estrategias para mejorar el bienestar general de los trabajadores de la salud, prevenir el desgaste profesional propio del sector, acentuado en los tiempos actuales debido a la crisis sanitaria. Asimismo, esta experiencia pone de manifiesto la importancia de los distintos actores en la gestión y organización de las intervenciones, ya que no sólo es importante que estos espacios

sean conducidos por un profesional de la salud competente, sino que también es imprescindible contar con personal que intervenga en la implementación estratégica (en este caso, el equipo de recursos humanos).

Por todo ello consideramos que es relevante poder evaluar y medir objetivamente las intervenciones para generar producción de conocimiento en esta área y visibilizar la importancia de su aplicación en otros centros de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Music Therapy Association, Inc. (1999) *Music Therapy & Medicine: Theoretical and Clinical Applications* (Cheryl Dileo ed.). The American music Therapy Association, Inc.
- Asociación Argentina de Psiquiatras (2020) Comunicado AAP 25/05/2020. Disponible en: <http://www.aap.org.ar/content.php?id=264>
- Baltazar, M., Västfjäll, D., Asutay, E., Koppel, L. y Saarikallio, S. (2019). Is it me or the music? Stress reduction and the role of regulation strategies and music. *Music and Science*, 2, 1-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2059204319844161>
- Benito, E., y Rivera-Rivera, P. (2020) Presencia, autoconciencia y autocuidado de los profesionales que trabajan con el sufrimiento. *Apuntes de Bioética*, 3 (1), 72-88.
- Brito, G. (2020) *Meditaciones guiadas. Cultivar la mente*. Disponible en: <https://cultivarlamente.com/meditaciones-guiadas/>
- Brooks, SM y Webster, RK (2020) The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, vol 395, n° 10227, pp. 912-920. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bruscia, K. (2014) *Defining music therapy* (3ª ed.). Barcelona Publishers.
- Díaz Abrahán, V. y Justel, N. (2020) Uso de la música para modular la memoria: Una revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 12(2):39-50. Disponible en: <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.12204>
- Ferraggina, A. (2004) Panorama 2004 de la Musicoterapia en la Argentina. Conferencia presentada en el Segundo Congreso del CLAM (Comité Latinoamericano de Musicoterapia).
- Fernandes, M. A., y Ribeiro, A. (2020). Salud mental y estrés ocupacional en trabajadores de la salud a la primera línea de la pandemia de COVID-19. *Revista Cuidarte* 11(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1222>
- Giordano, F., Scarlata, E. (2020). Receptive music therapy to reduce stress and improve wellbeing in Italian clinical staff involved in COVID-19 pandemic: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy* 70. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101688>
- Grocke, D., y Wigram, T. (2007). *Receptive Methods in Music Therapy*. Jessica Kingsley Publisher, Londres y Filadelfia.
- Hanser, S. (1996). Music therapy to reduce anxiety, agitation, and depression. *Nursing Home Medicine*, 10, 20–22.
- Karagozoglu, S.(2012). Effects of music therapy and guided visual imagery on chemotherapy-induced anxiety and nausea-vomiting. *Journal of clinical nursing* 22(1-2), 39-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.12030>
- Kibler, V., y Rider, M. (1983) Effects of progressive muscle relaxation and music on stress as measured by finger temperature response. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 213–215. Disponible en: [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198303\)39:23.0.CO](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198303)39:23.0.CO)
- Lai, J.; Simeng, M.; Ying, W.; Zhongxiang, C.; et al. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open.*; 3(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Malakoutikhah, A., Dehghan, M., Ghonchehpoor, A., Parandeh Afshar, P., & Honarmand, A. (2020). The effect of different genres of music and silence on relaxation and anxiety: A randomized controlled trial. *EXPLORE*, 16(6), 376–381. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.02.005>
- Metzler, R., y Berman, T. (1991). Selected effects of sedative music on anxiety of bronchoscopy patients. *Applications of music IN medicine*. National Association for Music Therapy.
- Ozgundodu, B. & Gok Metin, Z. (2019) Effects of progressive muscle relaxation combined with music on stress, fatigue, and coping styles among intensive care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 54, 54–63. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.07.007>
- Pelletier, C. (2004). The effect of music on decreasing arousal due to stress: A meta-analysis. *Journal of Music Therapy*, 41, 192–214. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jmt/41.3.192>
- Rizkallah, M. (2020). The North London Music Therapy Phone Support Service for NHS staff during the COVID-19 pandemic: A report about the service and its relevance for the music therapy profession. *Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*.
- Saperston, B. (1999). Music-based individualised relaxation training in medical setting. En C. Dileo (Ed.), *Music Therapy and Medicine: Theoretical and Clinical Applications*. Silver Spring, MD: American Music Therapy Association.
- World federation of music therapy. (2011). Recuperado en: <https://wfmt.info/>
- WHO (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020. World Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331490>
- Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Más allá de la responsabilidad individual, el rol del Estado en el diseño de políticas públicas

Rosana E. Firpo*

La recolección de datos mediante registros digitales basados en un modelo disciplinar constituye una poderosa herramienta para revelar las inequidades en el acceso a la salud y la necesidad de que Enfermería participe en el diseño de políticas públicas con enfoque de género

INTRODUCCIÓN

La experiencia que se presenta en este artículo (1) forma parte del proyecto que se realizó en el año 2018 (2). En esa oportunidad se planificó el control de vacunación contra el Herpes Papiloma Virus en ocho niños y niñas de una escuela pública del Barrio Belgrano, en la ciudad de Diamante, Entre Ríos. La recolección de datos se realizó de forma digital mediante una aplicación de software libre (GNU Health) basada en el modelo disciplinar de Roper, Logan y Tierney, específicamente desde la actividad vital *mantenimiento de un entorno seguro*. Posteriormente, se propuso ampliar la población hacia las mujeres

que convivían con los/as menores y visitar los domicilios para realizar promoción de controles ginecológicos: autoexamen mamario, Papanicolau (PAP) y mamografía.

Lo que se plantea a partir de ambas experiencias es generar cambios en los procesos de trabajo, con la premisa de que esto conlleva, de por sí, un impacto en la subjetividad de los/as trabajadores de la Enfermería. Esto es: Enfermería no está en el Centro de Salud a la espera de que las personas concurren a la consulta médica, sino que se moviliza hasta el domicilio de las mismas con material preparado y recaba datos a través de la

(1) Este artículo fue posible gracias al invaluable aporte de Ingrid Spessotti (bioingeniera y referente del área de Informática del Municipio de Diamante, en Entre Ríos) y de Nataly Albornoz (Administrativa del Centro de Salud del Barrio Belgrano) en cuanto al diseño de la aplicación y el acompañamiento en la recorrida por los domicilios, respectivamente.

(2) Véase *Revista VEA* 66, pp. 13-17.

*Licenciada en Enfermería (Universidad de Buenos Aires), Técnica Universitaria en Comunicación Social (Unidad Académica Río Gallegos, Universidad Nacional de la Patagonia Austral)

aplicación diseñada *ad hoc* (cabe destacar que la aplicación diseñada contaba con georreferencia –considera la accesibilidad geográfica desde el domicilio al centro de salud). De esta forma, se promueve el desarrollo de roles como el de enlace, docente, comunicador/a, investigador/a, agente de cambio, defensor/a de las personas.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El PAE puede definirse como “el método científico aplicado a la práctica asistencial que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente/familia/comunidad” (García Ramírez et al 2007: 2).

Para su realización se recabaron datos en base a los siguientes componentes del Modelo de Vida:

• Etapa de la vida: ya que, “conforme una persona transcurre por su tiempo de vida, existe un cambio continuo y en cada momento recibe la influencia de las circunstancias” (Roper, Logan y Tierney, 1993: 25). En el caso de los controles ginecológicos, la importancia de la etapa de la vida radica en que para el diseño de políticas públicas y la asignación de recursos en salud se propone que “el tamizaje se debe focalizar en mujeres de entre 30 y 59 años” (Almonte et al, 2010: 53).

- Actividades vitales: mantenimiento de un entorno seguro
- Factores que influyen en las actividades vitales:
 - a) ambientales: (vivienda) “el ambiente se considera como una dimensión amplia, incluye todo lo que es exterior en lo físico al sujeto (y) los edificios son parte esencial del ambiente e influyen sobre varias actividades vitales” (Roper, Logan y Tierney, 1993: 30).
 - b) político-económicos: cobertura de obra social y procedencia de los ingresos familiares.
 - c) socio-culturales: la ocupación, en tanto “ayuda a describir el papel que un sujeto juega en la sociedad (...) y cada uno conlleva expectativas y requisitos específicos” (Roper, Logan y Tierney, 1993: 29).
 - d) psicológicos: vinculados al nivel de estudios. Desde el Modelo disciplinar se distingue entre habilidades intelectuales y emocionales y se las relaciona con el nivel de dependencia-independencia ya que se considera el desarrollo cognitivo en el sentido de “adquirir habilidades intelectuales (pensar, razonar y resolver problemas) que son esenciales para la supervivencia” (Roper, Logan y Tierney, 1993: 28).

COMPONENTES DEL MODELO DE VIDA Y ELABORACIÓN DEL PAE

NIVEL EDUCATIVO Y OCUPACIÓN	Casi todas las mujeres mayores de edad refirieron tener primario completo; la mujer de 81 respondió que “sólo fui hasta tercer año”. Por su parte, una niña de trece años, que abandonó en primer año de la secundaria, afirmó que “no voy a continuar estudiando, me puse de novia”. Según Singh, Azuine y Siahpush (2017), la tasa de alfabetización es una de las variables relacionadas con la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero. Todas las mujeres se identifican como amas de casa. La niña de 13 años que abandonó los estudios aclara que trabaja, ya que “le ayudo a mi mamá con la venta de panes”. Una mujer de 35 años dice que, además, “vendo pan, hago pan casero, pastelitos”. Otra mujer, de 38, comenta como al pasar que “vendo plantas” pero resultó que tenía un importante vivero en su terreno con suculentas, aromáticas y limoneros. Cuenta que trabaja en una iniciativa del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) y que “los segundos miércoles de cada mes hacemos una feria en la plaza”. A diferencia del resto, esta mujer estaba empoderada en su actividad.
-----------------------------	--

COBERTURA SOCIAL

La cobertura social facilita el acceso a los controles de rutina y por lo tanto el diagnóstico temprano. Sólo una mujer, de 56 años, cuenta con la obra social PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral).

Al respecto, Blasco Hernández señala que “es frecuente que las mujeres tengan un papel subsidiario y por ello sean beneficiarias en vez de ser titulares de la prestación de un servicio de salud” (2013: 3). En este caso, las demás mujeres no contaban con cobertura social.

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Ninguna de las viviendas visitadas contaba con gas natural ni cloacas. Sólo una estaba sobre calle asfaltada y todas tenían agua potable, luz eléctrica y cable; sólo dos de las cinco familias* visitadas contaba con internet.

La recolección de residuos se realiza entre dos y tres veces por semana.

La relación entre el número de cuartos y la cantidad de integrantes que habitan la vivienda estaba en el límite de la definición de hacinamiento.

*Nos referimos aquí a lo que el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC) describe como hogares extendidos, es decir aquel “conformado por un hogar nuclear con el agregado de otros familiares” (2018, 208: 5).

PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR

Las dos mujeres mayores (56 y 81 años) reciben una jubilación y una pensión graciable.

El resto de los ingresos provienen de planes sociales o son informales por trabajos de albañilería (de las parejas de estas mujeres) o los denominados emprendimientos de economía social.

DATOS Y TESTIMONIOS

Además de la familia con la que se realizó la prueba piloto, se visitaron otros cuatro domicilios, correspondientes al 50% de estudiantes a los cuales se les realizó control de la vacunación (3). Si bien se contaron quince mujeres en total con edades comprendidas entre los 6 y los 81 años, sólo se incluyó a nueve de ellas en el rango etario para la realización de controles ginecológicos.

Los siguientes son algunos de los testimonios recogidos:

–Mujer de 47 años respecto al autoexamen mamario: “antes me lo hacía, así fue que descubrí que tenía un quiste” y en referencia al PAP: “me hice el control el año pasado, pero se extravió el resultado”.

–Mujer de 41 años: “hace mucho tiempo me realicé el PAP”.

–Mujer de 38 años: “nunca me hice ese estudio”.

–Mujer de 35 años: “desde que quedé embarazada de la menor que hoy tiene 9 años no fui más a control”.

–Mujer de 32 años: “algo escuché pero no sé bien de qué se trata”.

–Mujer de 28 años: “nunca me realicé el autoexamen mamario”; “el último control me lo hice cuando nació mi hijo más chico” (de cinco años).

En este último caso no queda claro si confunde el control obstétrico con el ginecológico o si efectivamente se le tomó una muestra para el PAP, ya que “pareciera ser que el embarazo es considerado por todos como la oportunidad para realizar cuidados preventivos, entre ellos el rastreo de cáncer de cuello de útero, debido a que para muchas mujeres es frecuente que este sea el primer y único contacto con el sistema de salud” (Giraud et al, 2006: 10).

En cuanto a la mamografía, sólo la mujer de 56 años, que estaba en el rango etario para esa práctica, refirió haberse realizado el estudio el año anterior con resultado normal.

(3) Dos de las familias vivían fuera del tejido urbano, en zona de chacras; otra familia se mudó de domicilio en el transcurso de la actividad y una última se excusó en dos oportunidades, por lo cual no se insistió en realizar la visita.

HACIA UNA INTERVENCIÓN EFECTIVA: DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES SEGÚN LOS DIFERENTES ROLES

Ruymán Brito y Aguirre reconocen dos acepciones para lo que se entiende como diagnóstico de Enfermería: la primera como enunciado de un problema que presenta la persona; la segunda, como “el proceso de razonamiento o diagnosis por el que se llega a dicho enunciado” (2014: 3). En base a ello, de la experiencia aquí presentada es posible señalar dos diagnósticos:

–Déficit de conocimiento en relación al autoexamen mamario relacionado con dificultad de acceso a la educación sanitaria.

–Riesgo de contraer cáncer de cuello de útero relacionado con la realización del último control ginecológico hace más de tres años.

A nivel colectivo, esto mismo puede reformularse, en términos del Modelo de Vida, como “ejercicio de la ciudadanía de baja intensidad relacionado con condiciones de vulnerabilidad socio-sanitaria”.

A partir de allí, las intervenciones tenderán a que las mujeres logren adquirir los conocimientos necesarios y de este modo contribuir a la disminución del riesgo de cáncer. Para ello se implementarán diversas actividades a partir de los diferentes roles de Enfermería:

- Demostración de la técnica de autoexamen mamario (rol de prestador/a de cuidados directos).
- Entrega de folletería (imagen 3) y recomendación de videos en YouTube (rol de comunicador/a).
- Explicación de los requisitos para la realización de la técnica (rol docente).
- Propuesta de agendar una visita al Centro de Salud para una consulta con Enfermería y Ginecología (rol de agente de cambio).
- Solicitud de difusión de la visita y el material por sus redes sociales (rol de líder en el equipo de salud).
- Recolección de datos y documentación (rol de investigador/a - Imagen 4).
- Participación en el diseño de políticas públicas con perspectiva de género (rol de defensor/a de las personas).



Imagen 3. Material informativo que se preparó para las visitas domiciliarias.

Imagen 4. Póster presentado en las Jornadas Interdisciplinarias del Hospital San Roque, en Paraná, que mereció una mención.

Salud materno-infantil. Inmunización por HPV y controles ginecológicos en el Barrio Belgrano (Diamante) mediante registros digitales basados en el modelo de Roper, Logan y Tierney

Rosana Firpo, Ingrid Spessotti, Fernando Sassetti, Gloria Sequín

ENFERMERÍA e INFORMÁTICA:
enfoque centrado en la persona
visibilización de los cuidados enfermeros
Hullin (2010: 371) “un registro electrónico de enfermería es una herramienta muy potente que facilita (...) la comunicación entre los profesionales de Enfermería y sobre todo la forma en que Enfermería hace patente la estructura de la ciencia del cuidado dejando ver el enfoque holístico que la caracteriza”.

Taller ESI.
Esc. Primaria B° Belgrano

- Relevamiento vacunación contra el HPV
- Vacunación contra el HPV
- Promoción ESI
- Promoción controles ginecológicos
- Implementación de registros digitales en el primer nivel de atención

GNU Health es un Sistema de Información Sanitaria distribuido bajo licencia GPLv3. Es gratuito y tiene posibilidad de modificar los diferentes módulos.

Desde el año 2014 se está trabajando en la red de atención de la salud de Diamante en la implementación, desarrollo y adaptación de módulos de GNU Health, con el objetivo de interoperar con diferentes SIS.

Se encuentra en desarrollo una aplicación en Android con el fin de disminuir la fragmentación de la información, disminuyendo la cantidad de registros en papel para los trabajos en terreno.

CONCLUSIÓN PRELIMINAR: SALUD Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Si bien la muestra puede considerarse no representativa, expone la vulnerabilidad de mujeres y niñas en un contexto que excede la práctica individual de autocuidado. Por un lado, desde la corriente de salud colectiva latinoamericana se advierte sobre las implicaciones que conlleva responsabilizar “a los individuos y familias por cuidar o descuidar, individualizando y privatizando dicha función, desligándola de sus dimensiones históricas, políticas, económicas y de construcción colectiva, y eximiendo a los Estados de su responsabilidad” (Michalewicz et al., 2014: 220). Por otro lado, desde la Epidemiología social, Nancy Krieger (4) considera clave el papel de la teoría que provea “evidencia útil para ubicar las formas en que incorporamos y transformamos el entremezclado social y biológico en el que vivimos, amamos, trabajamos, jugamos, peleamos y morimos” y afirma que “la teoría sin acción es una promesa vacía” (2001: 674). Puede apreciarse la semejanza entre este concepto de *entremezclado* y la afirmación de Michel Foucault de que somos seres de vida, trabajo y palabra (Imagen 1).



Imagen 1. Ponencia en el Congreso Argentino de Educación en Enfermería. Posadas, Misiones, 2016.

En este sentido, el Modelo de Vida ofrece una posibilidad inmejorable, por cuanto refleja las inequidades en salud. Sin duda, materializar la teoría que ofrece el Modelo requiere, para su documentación, registros de calidad, digitales, que permitan evidenciar la tensión entre las responsabilidades individuales y las del Estado en lo que hace a la salud de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almonte, M et al (2010) “Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y el control del cáncer de cuello de útero en América Latina”, *Revista Salud Pública de México*, Vol 2, N 6, nov-dic; 44-59. Disponible en www.scielo.org.mx
- Blasco Hernández, T (2013) “Dimensiones sociales de la salud-enfermedad desde una perspectiva de género”. Disponible en www.nureinvestigacion.es
- Foucault, M (2014) *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI editores: Argentina. Cap 8
- García Ramírez, S. Navio Marco, AM y Valentín Morganizo, L (2007) “Normas básicas para la elaboración de los registros de Enfermería”, *Nure investigación* N 28, mayo-junio. Disponible en www.nureinvestigacion.es
- Giraudó, N et al (2006) “Barreras para el rastreo de cáncer de cuello de uterino en CABA”. Disponible en www.hospitalitaliano.org.ar
- INDEC. Glosario. Disponible en www.indec.gob.ar
- Krieger, N (2001) Theories for social epidemiology in the 21st century; an ecosocial perspective en *Journal of Epidemiology* Vol 30 Issue 4, August; 668-677. Disponible en <https://academic.oup.com>
- Michalewicz, A. Pierri, C y Ardilla-Gómez, S (2014) “Del proceso salud-enfermedad-atención al proceso salud-enfermedad-cuidado: elementos para su conceptualización” en *Anuario de investigaciones* (UBA) Vol XXI; 217-224. Disponible en www.redalyc.org
- Roper N, Logan W y Tierney A (1993) *Modelo de Enfermería basado en el Modelo de Vida*. 3ra edición. Interamericana-McGraw-Hill: México
- Ruymán Brito, P. y Aguirre, A. (2014) *El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva Enfermera*. Elsevier: España. Cap 1 y 2
- Singh, GK. Azuine, RE y Siahpush, M (2012) “Global Inequalities in cervical cancer incidence and mortality are linked to deprivation low socioeconomic status and human development” en *International Journal of MCH and AIDS*. Volume I. Issue I; 17-30. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov

(4) Uno de los conceptos principales de la teoría ecosocial es el de embodiment. Krieger afirma que la teoría contribuye a la explicación de las relaciones causales en lo que hace a la salud, la enfermedad y el bienestar de las personas.

Tu muerte

Paola B. Pisani

Me asusta el hecho de no temer, de no conmoverme, de no sentir... ¿Será que poco a poco los sentimientos nos van abandonando y esfumándose en el infinito, como el propio hálito de vida?

El sonido timbreante del monitor se vuelve cada vez más lento. La vida se resiste a abandonarte. Te resistís a la muerte, ya inminente. Me quedo a tu lado observándote: sos joven, con toda una vida por delante, con sueños, amores y proyectos. Sin embargo el destino te ha dejado ahí, debatiéndote en cruzar ese umbral. Decime, ¿qué sentís? ¿Te sentís solo? ¿Sentís frío? ¿O acaso miedo?

Tu cuerpo, demacrado, ya está helado. ¿Es justo decir que has perdido la batalla? ¿Por qué no pensar que quizá seas feliz allá donde vayas?

Pasa el tiempo, minutos, horas; miro el monitor esperando la señal que tarda en llegar. Pero llega. Esa inequívoca línea final que te separa de este mundo.

Tu familia no se inmuta con la noticia, quizás era lo esperado. El final de tu agonía, de una vida sufrida; quizás ya habían esperado demasiado por un milagro.

Ahora tu cama ya se encuentra vacía a la espera de otra vida, tal vez parecida a la tuya, con el mismo final por delante. O no, ¿quién sabe? A veces uno no comprende los caprichos del destino.

Golpean la puerta. Abro y es tu madre. Es ahí, al ver en sus ojos el miedo, la angustia y la desolación preguntándome dónde queda la morgue que me doy cuenta de que aún siento. Siento su dolor, siento tu partida. La acompaño hasta donde estás. Allí, en aquel lugar, sin más que una sábana cubriendo tu muerte...

La muerte. Sí, es que ya no le temo. Quizás sólo hasta el día en que el lugar de tu madre lo ocupe yo.

Años de terapia intensiva me han hecho ver la muerte como algo cotidiano y hasta normal. Sin embargo, esa tarde sentí tanto miedo de haberme convertido en algo frío y mecánico, inhumano, que realmente me horroricé. Este texto surgió luego de esa experiencia y día a día sigo luchando para que cada muerte no me sea indiferente. Algo que se hace muy difícil en tiempos de pandemia.

Hoy puedo decir que sigo sin temerle a la muerte, sólo temo que me sea indiferente. Considerando que ahora me encuentro en una terapia Covid-19, es una mezcla de sentimientos encontrados, donde sabemos que no hay mucho que hacer, pero también que detrás de cada paciente hay hijos, padres, hermanos, y por eso luchamos hasta lo último, dando lo mejor de cada uno.

De los errores y la indiferencia Una historia de la vida real

Eva Silva

Profesora licenciada en enfermería - Coordinadora del área
práctica de la licenciatura en enfermería universidad Isalud

*Lo que mueve al mundo no son
los potentes brazos de los héroes
sino la suma de los pequeños empujones
de cada trabajador honrado.*

HELEN KELLER

Brasil, 2003.

La combi llegó al pie del cerro. La subida se adivinaba dificultosa: hacía días que lloviznaba y la arcilla se pegoteaba en la suela de los zapatos. Esto, sumado a la humedad tibia del clima tropical, generaba una sensación de incomodidad y desasosiego. Flotaba en el aire olor a basura podrida, los perros jugaban con los niños descalzos y semidesnudos.

Miré a lo lejos. Al fondo del caminito trazado por dos huellas rodeadas de hierbas se veía el comienzo del monte. Una inmensa pared de árboles centenarios, enredados unos con otros por las lianas, formaban el fondo de una pintura vegetal. Algunas palmeras desprolijas contra el gris plomizo del cielo; aquí y allá, algunos bananos que despeinaban su melena mojada con la pereza de sus hojas gigantescas. Al costado del sendero, en un charco de agua turbia, hundían sus raíces dos guayaberas. Caracoles muertos y heces de animales completaban el paisaje que divisaba por la ventanilla, anunciando lo que se venía.

Apenas abrir la puerta de la combi para descender supe que me esperaba otra difícil travesía: aproximadamente quinientos metros a pie, cuesta arriba, en medio del lodo arcilloso, patinando y haciendo equilibrio con mi maletín en una mano y la caja de medicamentos en la otra. Ya eran casi las cinco de la tarde. A esa hora debía estar saliendo de mi trabajo. Pero aquel día yo sabía que María me esperaba. No podía fallarle. Después de ocho años, de innumerables consultas médicas, después de

muchos medicamentos ineficaces, de noches de insomnio con dolores y calambres insoportables, de muchos amaneceres con su llanto gutural viajando por el aire, después de ser rechazada en todos lados porque las úlceras de sus piernas despedían olor a muerte, por fin, aquella tarde de otoño de 2003, María de la Asunción, de cuarenta y cinco años, sordomuda y pobre de toda pobreza, conocería el nombre de su enfermedad. Y lo más importante, ¡que tenía cura!

Su casa, en parte de tablas y en parte de material, con dos pequeños cuartos —uno para dormir, el otro para cocinar y comer—, estaba construida sobre pilotes de madera; por debajo corría el agua del arroyo en épocas de lluvia. Los gatos se reproducían y se quedaban viviendo dentro y fuera de la misma.

Adentro, en la semipenumbra, María y su anciana madre, aquejada de demencia senil, sobrevivían en medio de la suciedad y la enfermedad sin nombre, que había llegado como un fantasma en 1990, para no irse más. Primero fue una mancha blanca, en la espalda, descubierta al azar por un médico de guardia en el pequeño hospital de pueblo pobre (joven e inexperto, dijo: son hongos). Después los nódulos en las orejas, los dolores en las piernas, en las manos. Un buen día se quemó con agua caliente y recién se dio cuenta cuando la ampolla que le cubría la mano estuvo a punto de estallar.

Otra noche de pesadilla despertó bañada por la sangre que brotaba de la nariz a raudales. Fue llevada de urgencia al hospital,

de allí a otra ciudad y después a la capital, al Hospital de Clínicas, donde descubrieron que las larvas le habían comido la nariz por dentro. Las moscas habían logrado su cometido y decenas de gusanos rozagantes fueron retirados de sus fosas nasales. En aquel gran hospital la vieron doctores, cirujanos, profesores, y volvió a su pueblito, así como había ido, con un pedazo menos de nariz y sin nombre para su dolencia.

Pasó el tiempo. Las pequeñas heridas de las piernas fueron creciendo, multiplicándose, hasta sumar doce: una docena de ojos abiertos acusando a la ciencia.

Diariamente se curaban en el hospital y diariamente María sufría el dolor del rechazo por el olor que emanaba de ellas. Al mismo tiempo, su rostro se transformó: sus cejas desaparecieron totalmente, su nariz se acható, desfigurándola. Nada quedaba de María de la Asunción Correa, la de la foto del documento a los dieciocho años, la de grandes ojos oscuros y piel cetrina, la de las cejas como cintas de ébano, la del rostro delicado y femenino, de mulata bella.

Aquel día, cuando mandaron la enfermera nueva, esa extranjera, María pensó, ¿para qué? Si yo me voy a morir igual. Le costó entregarse para que ella limpiara una a una las úlceras hediondas. Pero la sonrisa de la otra mujer fue rompiendo las barreras y en un gesto de hospitalidad, de un termo viejo y sucio, le sirvió café renegrido en un pequeño vaso de vidrio, como se estila en el lugar.

Fue difícil tragar aquel líquido empalagoso y tibio. Pero fue el comienzo. Y así dio inicio mi peregrinaje por libros de medicina tropical, para desentrañar el dilema de María.

Jamás en mis muchos años de experiencia había visto algo igual. Y era todo un desafío: como ser humano, aliviar su sufrimiento; como profesional, saber cuál era su enfermedad.

Decidí hurgar en las viejas historias clínicas del puesto rural y descubrí que en 1989 ya tenía las manchas blancas, que habían sido tratadas como hongos de la piel. En 1990, ya en el hospital, nuevamente el mismo diagnóstico. En el antiguo hospital desempolvé otros papeles amarillos, que me contaban secretos, como cuando María llegaba quemada muchas veces a la guardia de emergencia; sus manos eran un mapa de antiguas cicatrices de quemaduras de todos los tamaños.

¿Por qué será —comencé a preguntarme— que a nadie le resultó curioso, al menos, investigar el motivo de sus frecuentes quemaduras? Y cuando fue contaminada por las moscas, ¿a nadie le llamó la atención? Simplemente imaginar que hasta un animal que tiene moscas en la nariz se las sacude con la pata, ¿por qué a María las moscas le pasaban desapercibidas?

Nadie pudo imaginar que había perdido la sensibilidad de la piel.

Aquellas úlceras, grandes como mi mano, que María soportaba curar diariamente, junto a la discriminación, los gestos de rechazo, sin poder comunicarse, sin poder decir “me duele”, “me pica”, “me arde”, “no siento”, sordomuda que no había tenido chance de aprender lenguaje de señas, María sufría en silencio y de vez en cuando lloraba la noche entera con su llanto gutural, que se perdía en la selva.

Atando cabos y buscando datos aquí y allá, como una novata, en un idioma que no era el mío, apareció la sospecha: era lepra, la vieja y bíblica lepra, que las pruebas de laboratorio confirmarían pocos días después.

Por eso aquella tarde húmeda y caliente, allá iba la enfermera, subiendo la cuesta de lodo arcilloso, con el resultado del análisis en el maletín y la caja con la cura en la otra.

Sólo Dios sabe cómo se comunicaron la sordomuda y la extranjera para terminar fundidas en un abrazo de felicidad cuando al fin María de la Asunción comprendió que su enfermedad se llamaba Mal de Hansen y que su tratamiento, simple y gratuito, estaba al alcance de sus manos.

Aquel atardecer, mientras regresaba a la ciudad en la vieja combi blanca, a los saltos por los caminos pedregosos que bajaban y subían ondulantes, la lluvia del atardecer tropical cantaba en mis oídos y las orquídeas que colgaban de los barrancos me sonreían. Mi alma se elevaba llena de gratitud.

En su choza rodeada de aguas servidas y de gatos famélicos, María acariciaba la caja de cartón, con sus pequeños comprimidos rojos y blancos, con los ojos húmedos de alegría.

Cuatro años después, luego de muchas idas y venidas en su tratamiento, María de la Asunción recibió el alta médica. Por fin, estaba curada. Esa noche, en el culto evangélico, María de la Asunción, la sordomuda, cantó loas al Señor, con su voz gutural. Y el Señor sonrió.

Atención del paciente COVID con cánula nasal de alto flujo (CNAF)

66

FICHA

Romina Medina
Norma Soto
Erica Cruz
Alejandro Aquino
Servicio de Internación general
Sanatorio de los Arcos

1) DEFINICIÓN

La cánula nasal de alto flujo (CNAF) es una terapia de soporte respiratorio y suplemento de oxígeno que emplea la humidificación activa y permite la entrega de flujos mayores a 40 L/min, en concentraciones de oxígeno que van desde el 21 hasta el 100%, con una temperatura del gas entregado de entre 34 y 37° C.

2) OBJETIVO

–Disminuir el esfuerzo respiratorio en pacientes con COVID y con ello la tasa de intubación; esto reduce la mortalidad y minimiza el escalonamiento terapéutico.
–Brindar terapia ventilatoria bien tolerada por los pacientes, confortable para la movilidad, la ingesta de alimentos y al habla.

3) ROLES Y RESPONSABILIDADES

La colocación y mantenimiento del dispositivo en una responsabilidad de todo el equipo de salud: enfermeros, médicos y kinesiólogos.

4) CONSIDERACIONES GENERALES

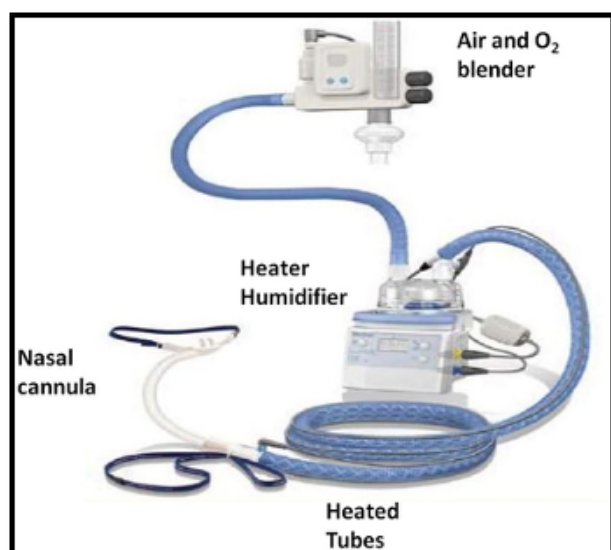
- Existe la preocupación de que la CNAF pueda aerolizar el SARS-CoV-2 y/o retardar la intubación por ese motivo, dando lugar al desarrollo de condiciones de intubación de emergencia que incrementarían la ocupación de camas en UTI y la mortalidad. De allí que sea fundamental establecer de manera objetiva y estricta los criterios de uso e identificación de falla terapéutica en el manejo del paciente con COVID-19. Realizar un diagnóstico precoz de la indicación de CNAF, así como la IOT (intubación orotraqueal) precoz en caso de fracaso de dicho tratamiento, contribuye a una reducción de la mortalidad.
- Respecto al riesgo de aerosolización con CNAF, no existe aún evidencia suficiente que demuestre un incremento significativo del riesgo relativo para el personal de salud (en comparación con otros dispositivos), con lo cual está recomendada como oxigenoterapia en pacientes con dificultad respiratoria refractaria a máscara con reservorio o Venturi a flujo de 8 L/min y FiO₂ mayor a 40%. Se recomienda, no obstante, uso de barbijo N95 y filtro HEPA junto con las precauciones y uso de EPP vigentes para la atención de pacientes COVID.

- Existen diversos sistemas de administración de oxigenoterapia de alto flujo y pueden utilizarse en todo tipo de pacientes. Las cánulas nasales son de diferente tamaño según la textura del paciente: el diámetro ideal de la cánula es la mitad del diámetro de las fosas nasales, a fin de no ocluir las, prevenir excesos de presión aérea y formación de úlceras por presión.
- Durante el tratamiento de pacientes COVID con CNAF, el personal de salud debe usar protección adecuada según el protocolo de cada institución; el paciente debe contar con una sala de adecuada ventilación, unipersonal y de presión negativa, si está disponible.
- La tos del paciente puede aumentar significativamente la distancia espiratoria, por lo cual se debe evitar realizar intervenciones que induzcan la tos. En caso de ser necesario, extremar las medidas de bioseguridad.
- La conexión suelta del catéter nasal de alto flujo es una razón importante para el aumento significativo de la distancia espiratoria del paciente. Por ello, al usar CNAF se debe verificar una adecuada posición del catéter nasal.

5) EQUIPO Y MATERIALES

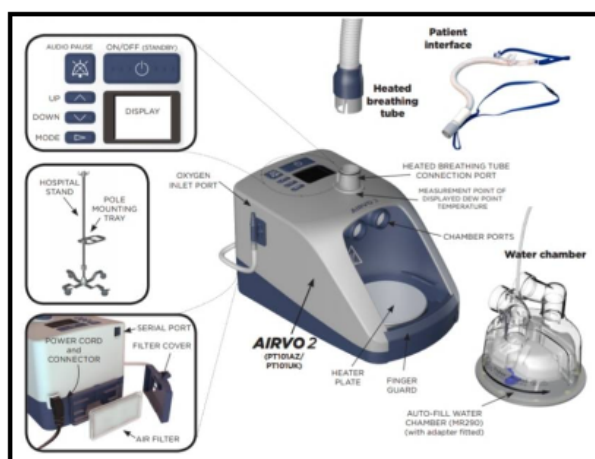
VENTILADORES MECÁNICOS

La diferencia entre la ventilación mecánica invasiva (VMI) y la no invasiva (VNI) no está determinada por el equipo sino por la interfaz con la cual el sujeto es conectado al equipo. En ambos casos, los ventiladores generan presión positiva e insufla un flujo de gas al paciente a través de un gradiente de presión. Dicho gradiente está determinado por dos factores: el flujo y la resistencia. La variación de cualquiera de estos parámetros generará presión, que se transmitirá al paciente. Los generadores de flujo actualmente disponibles son:



Sistema OptiFlow (Fisher & Paykel)

- **Mezclador aire/oxígeno conectado a humidificador:** dentro de este tipo de equipos destaca el sistema Optiflow (Fisher & Paykel), Precision flow (Vapotherm) y Comfort Flow (Teleflex Medical). Requieren al menos una fuente de aire para ser operativos. Algunos disponen de una válvula de liberación de presión que corta el flujo cuando se alcanza una presión pre-determinada.
- **Sistema de turbina con humidificador:** dentro de este tipo de equipos tenemos el AirVo2 (Fisher & Paykel), que no requiere fuente de aire (conexión de aire comprimido).



Equipo AirVo2 (Fisher & Paykel)

- **Ventilador convencional con circuito de alto flujo conectado a humidificador:** por ejemplo, Hamilton G5, V60, Bellavista, Evita XL.

6) PROCEDIMIENTO

1. Es importante la capacitación y entrenamiento del personal previo a la utilización de la CNAF.
2. Enfatizar la importancia de mantener un **nivel adecuado de agua en el humidificador** del sistema, utilizándose para ello agua estéril y no soluciones salinas. Los humidificadores de equipos para CNAF consumen mucha agua y la falta de ésta puede generar quemaduras en la vía aérea del paciente.
3. Vigilar que se mantenga la base calefactora encendida y el circuito libre de condensación, manteniendo permeables las ranuras de ventilación.
4. El personal de salud debe usar todos los elementos de protección personal definidos en su protocolo institucional. Se recomienda utilizar barbijo N95, sea para pacientes con SARS-CoV-2 confirmados o con sospecha.

5. Se sugiere mantener una distancia mínima de dos (2) metros con otros pacientes y personal sin EPP adecuado (salvo barbijo quirúrgico triple capa, que debe utilizarse en todo momento). Asimismo, es recomendable la colocación de una mascarilla quirúrgica por encima de la cánula nasal para disminuir la dispersión de aerosoles, que debe ser cambiada a diario o si se encuentra húmeda.
6. Al comenzar la terapia no conectar al paciente inmediatamente luego del encendido del sistema. Se debe esperar unos minutos a que se generen la temperatura y humedad adecuadas, de modo que el paciente no reciba un flujo de oxígeno frío y seco y pueda tolerar mejor la CNAF.
7. El equipo debe encenderse luego de colocada la CNAF y apagarse antes de retirarla, para evitar aerosolización en la unidad del paciente.
8. Antes de comenzar, verificar que el filtro se encuentre limpio, ya que de no estarlo el equipo puede no alcanzar el flujo programado y esto hará sonar la alarma. Un filtro sucio puede comprometer la eficiencia de la turbina.
9. Los tubos deben quedar por debajo del nivel del paciente. De esta manera se evita la condensación de agua y ayuda también a prevenir lesiones en la mucosa nasal y obstrucciones del flujo secundarias a la tracción accidental de la cánula nasal.



Paciente utilizando CNAF con ventilador mecánico

10. Es esperable que la humedad del flujo de oxígeno cause rinorrea y sialorrea. Por esta razón hay que realizar una adecuada higiene nasal al paciente antes de la instalación de la CNAF y luego, al menos cada seis (6) horas, aspirar secreciones de ser necesario y proveer al paciente de agua y pañuelos descartables. Si el paciente se encuentra en decúbito dorsal, mantener posición semisentada.
11. La utilización prolongada de la CNAF puede ocasionar lesiones cutáneas principalmente en narinas y orejas, por lo que se debe proteger de manera pronta dichos puntos de apoyo.
12. Si el paciente se encuentra en posición prono el equipo de salud debe estar más alerta a que se produzcan posibles obstrucciones del circuito. En este caso también hay que vigilar con mayor frecuencia el estado de conciencia del paciente y si presenta náuseas, vómitos, mucha rinorrea o sialorrea que pudieran obstruir el tubo.
13. Realizar limpieza y desinfección superficial del equipo después de la utilización con cada paciente. Las cánulas y circuitos son de uso individual para cada paciente y descartables.
14. Existen equipos con y sin batería interna. En caso de no tenerla debe considerarse que el corte de suministro eléctrico puede generar graves consecuencias en algunos pacientes de mayor gravedad. Se debe prever que estén conectados a una fuente que cuente con respaldo en caso de corte o falla eléctrica.
15. La terapia con CNAF puede ser menos efectiva en pacientes que son respiradores bucales. Al iniciar la terapia, enfatizar al paciente la necesidad de que respire por la nariz.
16. Una vez instaurado el tratamiento con CNAF, la respuesta de tratamiento exitoso debe ser monitoreada de manera rigurosa dentro de las primeras horas (1 a 2 horas) a fin de detectar en forma temprana las características de fracaso terapéutico, que pudieran llevar a la intubación precoz pero no prematura.
17. Evaluar:
 - frecuencia respiratoria
 - SpO_2 (SpO_2 objetivo: 93–97%)
 - FiO_2 (para lograr SpO_2 objetivo)
 - frecuencia cardíaca

Índice de Rox

Este índice fue desarrollado para ayudar a la predicción de resultados clínicos en pacientes tratados con CAFO. Se calcula por la relación de saturación de oxígeno ($SatO_2$) medida por oximetría de pulso y la fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) sobre frecuencia respiratoria (FR).

El mejor punto de corte para el índice ROX se estimó en 4.88. Valores superiores constituyen un predictor de éxito de la CNAF, lo que significa que es poco probable que el paciente progrese a necesitar ventilación mecánica.

7) FINALIZACIÓN

- Cabe resaltar la reducción en la necesidad de intubación si es un hallazgo importante, especialmente en el contexto de pandemia, donde los recursos (camas de cuidados críticos y ventiladores) son escasos frente a la demanda. Por tal motivo, la CNAF debe ser tomada en cuenta como estrategia terapéutica no sólo por el éxito terapéutico que se busca, sino también para la optimización de los recursos sanitarios.

- Colocar al paciente en posición cómoda, adecuada y segura.
- Acondicionar la unidad y el equipo utilizado.
- Lavarse las manos
- Registrar, al inicio y cada 2-4 horas (según evolución del paciente):
 - flujo de aire y oxígeno
 - temperatura del humidificador (posición)
 - valorar FR, FC, Sat O₂
- Registrar todas las intervenciones, la respuesta del paciente y las observaciones efectuadas en la Hoja de Enfermería; consignar firma, aclaración y número de matrícula del responsable.

BIBLIOGRAFÍA

- Laverde, J.C.H. (2020) *Soporte respiratorio de alto flujo en el manejo del paciente con COVID-19*. Colegio colombiano de terapeutas respiratorios. Bogotá, Colombia
- Arellano, M.P. (2020) *Guía de recomendaciones para el uso cánula nasal de alto flujo (CNAF) en pacientes COVID-19*. Revista chilena de enfermería respiratoria, vol.36, n° 2.

Hacia un cambio de paradigma

Fabián Vítolo
NOBLE Cía de Seguros



17/SEPT.
DÍA MUNDIAL DE LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE

EL DESAFÍO: PENSAR LA SEGURIDAD DE MANERA DIFERENTE

A más de veinte años de la publicación del informe “Error es humano” (1) el movimiento mundial por la seguridad del paciente se encuentra en un punto de inflexión. Si bien puede resultar una simplificación, nos hemos dedicado más de quince años a trabajar proyecto por proyecto, a identificar un peligro (ya sean úlceras por presión, retención de objetos quirúrgicos, caídas, infecciones hospitalarias, etcétera) y tratar de mitigarlo. Y eso no está mal, puesto que el problema es acuciante y seguramente los miles de pacientes que evitaron estas complicaciones deben estar más que agradecidos. Sin embargo, nos encontramos ahora en un nuevo nivel de maduración, que consiste en buscar la seguridad de todo el sistema. Y este es un tipo de desafío diferente: significa crear un entorno, una organización, una comunidad donde la búsqueda constante de la reducción de riesgos, la mitigación de peligros y la seguridad se encuentren integradas en todo lo que se hace.

Para poder crear ese entorno debemos modificar radicalmente nuestra manera de pensar y de actuar en términos de calidad y seguridad de los pacientes. Necesitamos que dejen de ser *proyectos* y pasen a formar parte del ADN del sistema de salud. ¿Cuáles serían los principales requisitos para cumplir con tamaño desafío?

1. Un cambio de cultura

La cultura organizacional es el conjunto de creencias, valores y principios compartidos que modelan conductas. Muchas organizaciones se encuentran empantanadas en una cultura patológica, en la que a nadie le interesa mucho saber (no hay indicadores), se mata al mensajero, los errores son consentidos o bien son castigados severamente, las responsabilidades son difusas y nunca se mejora.

Debemos avanzar con mayor sentido de urgencia hacia una cultura generadora, en la cual se compartan de manera transparente los datos y donde las personas se sientan libres para notificar problemas de seguridad sin temor a represalias, sabiendo que se actuará de manera justa sobre lo reportado. Las organizaciones con cultura de seguridad son capaces de aprender de sus errores y proponer cambios.

2. Un cambio en el concepto de calidad

El concepto de calidad, inicialmente basado de manera casi exclusiva en la creación y monitoreo del cumplimiento de estándares y buenas prácticas clínicas (calidad 1.0) ha ido evolucionando.

(1) Kohn, LT; Corrigan JM; Donaldson MS (eds) *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: The National Academy Press, 1999.

nando con el tiempo. Hoy ha incorporado elementos de la teoría de los sistemas y el concepto de confiabilidad (calidad 2.0). Pero para obtener aún mejores resultados debemos hacernos verdaderos socios de los pacientes y sus familias, activándolos y coproduciendo salud junto a ellos (calidad 3.0).

Debemos generar un sistema más centrado en las necesidades de los pacientes, en un marco de compasión, dignidad y respeto. No puede haber calidad sin seguridad, sin el centro en la persona, la eficiencia, la efectividad, la oportunidad y la equidad.

3. Un mayor conocimiento de las ciencias de la mejora y de la implementación

A esta altura del partido ya sabemos *por qué* hay que hacer las cosas (magnitud e impacto del problema) y *qué* es lo que tenemos

que hacer (prácticas de seguridad con evidencia científica). Lo que no queda tan claro es el *cómo*. Cómo cerrar la brecha entre lo que sabemos que funciona y su efectiva implementación. Y esto no es nada fácil, porque los problemas que experimentan las personas a nivel local son a menudo únicos, complejos e insidiosos. Es allí donde estas dos nuevas “ciencias” vienen en nuestra ayuda.

4. Un mayor estudio y comprensión de los factores humanos

Si realmente queremos avanzar en la prevención y reducción del daño a los pacientes, el entorno de atención médica debe diseñarse teniendo en cuenta las capacidades y limitaciones humanas. No basta con capacitar, entrenar o instar a las personas a que “se esfuercen más”. La ciencia de los factores humanos



tiene como objetivo ayudar a las personas a hacer mejor su trabajo, mejorar la resiliencia, optimizar el rendimiento general del sistema y minimizar los errores.

Las soluciones basadas en factores humanos hacen que sea *fácil hacer las cosas bien y difícil hacer las cosas mal* y que cuando ocurran errores, sea menos probable que provoquen daños a los pacientes. De allí la importancia de generar más recordatorios, *checklist*, dobles controles, de simplificar y estandarizar sabiamente los procesos, de computarizar, de generar funciones forzosas, etcétera.

5. Un manejo más proactivo de los riesgos

Durante estos últimos veinte años gran parte de nuestras energías han estado volcadas al aprendizaje a partir de los errores. Hemos aprendido a identificar y analizar eventos adversos buscando sus factores contribuyentes y causas raíces. Sin embargo, no deberíamos medir la seguridad de los pacientes ponderando exclusivamente el daño. Lo que ocurrió en el pasado, si bien puede ser muy informativo, no nos permite saber *per se* cuán peligrosos somos ahora o podemos serlo en el futuro.

Debemos ampliar nuestra mirada de la seguridad a sus otras dimensiones: confiabilidad, sensibilidad a las operaciones, anticipación y aprendizaje. Cada una de estas dimensiones de la seguridad debería contar con una estrategia e indicadores propios.

6. Coproducir soluciones y salud

El paradigma de la asistencia sanitaria está cambiando en todo el mundo. De una atención concentrada en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades se está pasando a otra, concentrada en la generación de salud y mayor calidad de vida. En esta nueva visión, la participación activa del paciente y de su familia es fundamental para obtener buenos resultados. Debemos capacitar más a los pacientes y a los profesionales para esta nueva realidad.

7. Aprender de lo que funciona

Cuando decimos que uno de cada diez pacientes internados sufre eventos adversos también estamos diciendo que nueve de cada diez evolucionan bien. Si bien tenemos bastante claro por qué las cosas salen mal, en general no sabemos explicar con la misma precisión por qué las cosas salen bien.

La seguridad no debería definirse sólo por la ausencia de even-

tos negativos, sino también por la presencia de eventos positivos. Esto tiene que ver con los ajustes que realizan todos los días las personas para responder, monitorear, aprender y anticiparse. Debemos prestar más atención al trabajo tal como se realiza todos los días que al trabajo como se lo imagina o como está escrito.

8. Implementar el Plan de Acción Global de la OMS para la seguridad del paciente

En febrero de 2020 la OMS lanzó una iniciativa emblemática: *“La década de Seguridad del Paciente 2020-2030”*. Este importante paso marca el compromiso y la contribución de la OMS al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. El plan será el hilo conductor de una serie de hitos anuales que buscarán implementar con éxito las acciones globales. Debemos difundir ampliamente la visión, misión y objetivos del plan, sus principios rectores y estrategias.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La realidad del entorno sanitario actual muestra, por un lado, que los sistemas que sustentan la atención de los pacientes son muy complejos y propensos a errores. Por otro, que la mayoría de las organizaciones carecen de un método integral para reducirlos.

Estas ideas que aquí presentamos son un breve apunte en base a lo que han planteado los líderes mundiales en seguridad del paciente, y constituyen por ello un punto de partida sólido. Es de esperar que las organizaciones puedan utilizarlas para guiar sus esfuerzos por mejorar la seguridad, la confiabilidad y la eficacia de la atención que brindan.

» Abierta la inscripción «



Congreso de Enfermería

Evento GRATUITO y virtual

| 21 y 22 de octubre



Lema del Congreso

"Enfermería, protagonista del cuidado de la salud en contexto de cambio"

Brisa Salud y Bienestar realizará su quinto Congreso de Enfermería, y te invita a ser parte. Se llevará a cabo el 21 y 22 de octubre, bajo una modalidad 100% online, y es de **caracter gratuito**.

El evento propone generar el intercambio entre profesionales de Enfermería, y tiene un alcance **nacional y latinoamericano**.

Las **temáticas** abordadas girarán en torno al presente escenario de Pandemia que desafía a la profesión. Entre ellas se destacan:

- **COVID y Vacunas:** presente y futuro.
- **COVID y Enfermedad Cardiovascular:** qué aprendimos.
- Cómo se repara y construye un **equipo** en tiempos de crisis.
- **Aprendizajes de Enfermería** en tiempos de pandemia en el cuidado de las personas; seguimiento pos-COVID.
- **Liderazgo y comunicación efectiva** para la seguridad del paciente.

Los asistentes al Congreso recibirán la certificación en formato digital emitida por la Universidad Austral.

**No dejes de aprovechar esta oportunidad.
¡Te esperamos!**

[Inscribite haciendo click aquí](#)

Alcances e importancia de la vacunación para enfrentar la pandemia

Analía Paula Aquino*
Lic. en enfermería

Estar vacunados no significa abandonar las medidas preventivas y arriesgar nuestra salud y la de los demás. La evidencia a la fecha ha demostrado que las vacunas protegen disminuyendo las complicaciones de COVID-19, pero no así la transmisión y, por ende, la posibilidad de contraer la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

El último día del año 2019 el mundo se notificaba de una nueva infección por coronavirus en China (1). Nada hacía suponer que a partir de allí se sucedería una serie de hechos que cambiarían la historia de varias generaciones y dejarían huella en la humanidad. Desde aquel momento el SARS-CoV-2, y la enfermedad que produce, conocida como COVID-19, se diseminó por varios países de todos los continentes. Quienes han vivido otras situaciones similares, como la aparición del VIH en la década del '80, el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) en los 2000 y otras

como la gripe aviar, la gripe A, el ébola y el dengue, podrían haber intuido que se avecinaban cambios importantes.

Sin entrar en las características específicas del virus, que atañen al campo de la virología, desde el punto de vista epidemiológico podemos mencionar algunas particularidades que anunciaban una situación diferencial de este virus respecto de los antes mencionados: su forma de transmisión (respiratoria), toda la población susceptible, y un mundo hiperconectado, en el cual las personas se trasladan de un sitio a otro en pocas horas. A

(1) <https://promedmail.org/promed-post/?id=6864153%20#COVID19>

*Enfermera sanitarista. Epidemióloga de campo. Profesora universitaria en las áreas de epidemiología y Salud comunitaria. apaaquino@gmail.com

nivel global, el impacto de la enfermedad por COVID-19 ha sido generalizado: más de 209.876.613 casos diagnosticados y más de 4.400.284 fallecidos al 20 de agosto de 2021. En la Región de las Américas, el primer caso se confirmó en Estados Unidos el 20 de enero del 2020 y el 26 de febrero Brasil notificó el primer caso en América Latina. En Argentina, donde el primer caso se confirmó el 3 de marzo de 2020, al 21 de agosto de 2021 el número de casos asciende a 5.130.852 y el de fallecimientos a 110.217. Estas cifras ponen en evidencia que la pandemia está causando enormes pérdidas humanas, con gran impacto a nivel sanitario, social y económico en todo el mundo. Asimismo, es preciso resaltar también que fue vertiginosa la respuesta de los científicos para desarrollar test diagnósticos y vacunas, gracias a la secuenciación genómica del virus (2) el 11 de enero 2020.

INCIDENCIA DE LA PANDEMIA ENTRE LAS Y LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Las y los trabajadores de la salud (de aquí en más, TS) fueron candidatos iniciales a recibir la inmunización debido a que desde el inicio de la pandemia han estado en la primera línea de atención; otros profesionales, como los epidemiólogos, han realizado trabajo de campo y gestionado las intervenciones sanitarias, en busca de nuevos conocimientos sobre cómo protegerse de la transmisión en el ámbito laboral.

Todo ellos han vivido situaciones de mucho estrés y desazón por situaciones en las que sus compañeros se enfermaban y fallecían, así como por el temor siempre constante de no poder dar adecuada respuesta desde lo técnico o lo humano. Se trata de una población estratégica para sostener adecuadamente el funcionamiento y la respuesta del sistema sanitario y, debido a las condiciones antes mencionadas, representan también una proporción significativa de las infecciones. En Argentina, en noviembre de 2020, significaban el 4,4% sobre el total de casos confirmados del país, incidencia que puede atribuirse particularmente a exposiciones reiteradas y/o sin protección adecuada.

LAS VACUNAS

Desde que el 11 de marzo de 2020 la OMS declarara el estado de pandemia se ha vivido una constante vorágine de noticias. En paralelo, la comunidad científica ha ido avanzando en la generación de nueva evidencia, en una carrera contrarreloj para el desarrollo de vacunas. En septiembre del 2020, a seis meses

de declarada la pandemia, ya se contaba con cuarenta vacunas candidatas en fase clínica de desarrollo; a principios de diciembre del mismo año se inició el primer programa de vacunación comunitaria, con vacunas aprobadas para su uso en emergencias (EUL, por sus siglas en inglés) como una herramienta de prevención primaria fundamental para limitar los efectos sanitarios y económicos derivados de este contexto.

Su desarrollo a corto plazo, la adquisición, distribución y administración suponen un reto sin precedentes a nivel mundial. En un escenario de gran incertidumbre, se inició en el mundo en general y en Argentina en particular la planificación de las acciones de vacunación. Como parte de ello, en el marco del Plan Nacional de Cuidado de Trabajadores y Trabajadoras de la Salud, se realizó en noviembre del 2020 una encuesta voluntaria y en línea de la que participaron 4.321 integrantes del personal de salud de diferentes áreas. Esta encuesta mostraba que el 66% de los trabajadores se aplicaría la vacuna, el 21 % no estaba seguro y 13% manifestaba no querer hacerlo (3). Si bien se trataba de una primera indagación, frente a las múltiples versiones y la desinformación que regía en esos momentos, daba buenos indicios en cuanto a la aceptación de la vacunación por parte de los TS. En esa misma encuesta el 76% de los TS sondeados se mostraron ávidos de recibir capacitación sobre el estado de situación de las vacunas en desarrollo en ese momento. En el país, la vacunación se inició el 29 de diciembre del 2020, siguiendo el plan estratégico establecido por el Ministerio de Salud de la Nación. Para desarrollar su planificación, el primer paso fue la enunciación del propósito de la campaña: *disminuir la morbilidad-mortalidad y el impacto socio-económico ocasionados por COVID-19* (4); luego, definir la población objetivo, la cual se alcanzaría por etapas según riesgo y disponibilidad de vacunas.

En relación con el primer grupo a vacunar se estableció llegar al personal de salud, con un escalonamiento en función de la estratificación de riesgo de la actividad. Esto presentó una primera dificultad: la cuantificación de ese recurso humano, sabiendo que si solo se consideraba a técnicos y profesionales quedarían muchos afuera. Como una primera estimación se recurrió a los datos del REFEPS (Registro Federal de Personal Sanitario) como mínimo a alcanzar, previendo que ese número iba a incrementarse debido a la definición de personal de salud considerada: *“toda persona que realice tareas y/o preste servicios en establecimientos de salud, públicos o privados, cualquiera sea la relación contractual a la que se hallaren sujetas”* (4).

(2) <https://twitter.com/WHO/status/1216108498188230657>

(3) <https://www.argentina.gob.ar/noticias/encuesta-sobre-percepcion-de-las-vacunas-contracovid-19-de-los-trabajadores-de-la-salud>

(4) <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/coronavirus-vacuna-plan-estrategico-vacunacion-covid-19-diciembre-2020.pdf>

TABLA 1. VACUNAS CONTRA COVID-19 APROBADAS PARA SU USO EN ARGENTINA

TIPO DE VACUNA	FUNDAMENTO	EJEMPLOS DE VACUNAS EN ARGENTINA
Vectores virales no replicativos	Utilizan un virus distinto (Adenovirus humano o de chimpancé) al SARSCoV- 2 y genéticamente modificado que no puede provocar la enfermedad, pero sí puede producir proteínas del coronavirus para generar una respuesta inmunitaria segura	Gam-COVID-Vac (SPUTNIK) ChAdOx1 nCoV- 19 Vaccine (Covidshield y AstraZeneca)
Virus inactivados	Utilizan un virus previamente inactivado, de modo que no provoca la enfermedad, pero aun así genera una respuesta inmunitaria.	SARS COV-2 (células vero) inactivada, (Sinopharm)
Con ARN mensajero	Un enfoque pionero que utiliza ARN para generar una proteína que por sí sola desencadena una respuesta inmunitaria contra el coronavirus.	mRAN-1273 COVID-19 (Moderna) BNT162b1 (Pfizer)

TABLA 2. CANDIDATAS VACUNALES EN FASE CLÍNICA

PLATAFORMA	CANDIDATAS VACUNALES (112)	
Subunidad proteica	38	34%
Viral Vector (no-replicativo)	17	15%
DNA	11	10%
Virus Inactivado	16	14%
RNA	18	16%
Viral Vector (replicativo)	2	2%
Partícula viral	5	4%
VVr + Célula presentadora de antígeno	2	2%
Virus vivos atenuado	2	2%
VVnr + Célula presentadora de antígeno	1	1%

Fuente: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>

LOGROS

En todo el mundo, los investigadores han trabajado con rapidez, colaborando e innovando para que dispongamos de vacunas eficaces y seguras que se espera puedan poner fin a esta pandemia. Esto bajo la convicción y la evidencia de que la vacunación es una estrategia esencial para lograrlo y que el avance en el número de vacunas en desarrollo y los buenos resultados obtenidos con aquellas en uso es contundente.

A poco de iniciar la campaña en Argentina ya se encontraba vacunada gran parte del personal de salud y la adhesión había superado las expectativas (5).

En el gráfico 1 se puede observar que la deserción es mayor en el género masculino que en el femenino. Esto puede deberse a varias causas: pérdida de los turnos asignados, por motivos de salud, o bien por falsas creencias como pensar que si ya cursaron la enfermedad no requieren segundas dosis. Si bien se han alcanzado coberturas elevadas, son muchas las personas que aún no han completado sus esquemas; asimismo, persiste la disparidad por género (Gráficos 2 y 3).

GRÁFICO 1

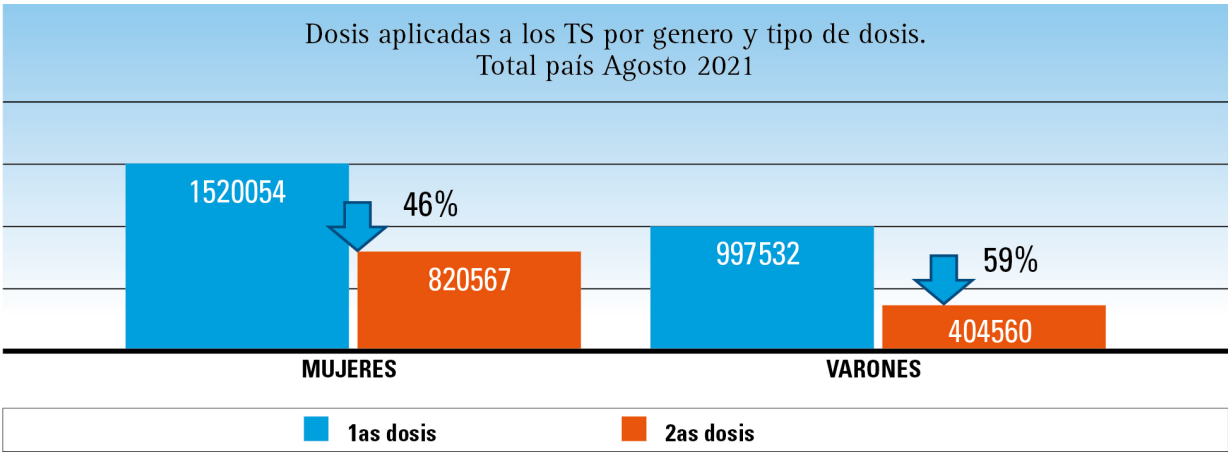
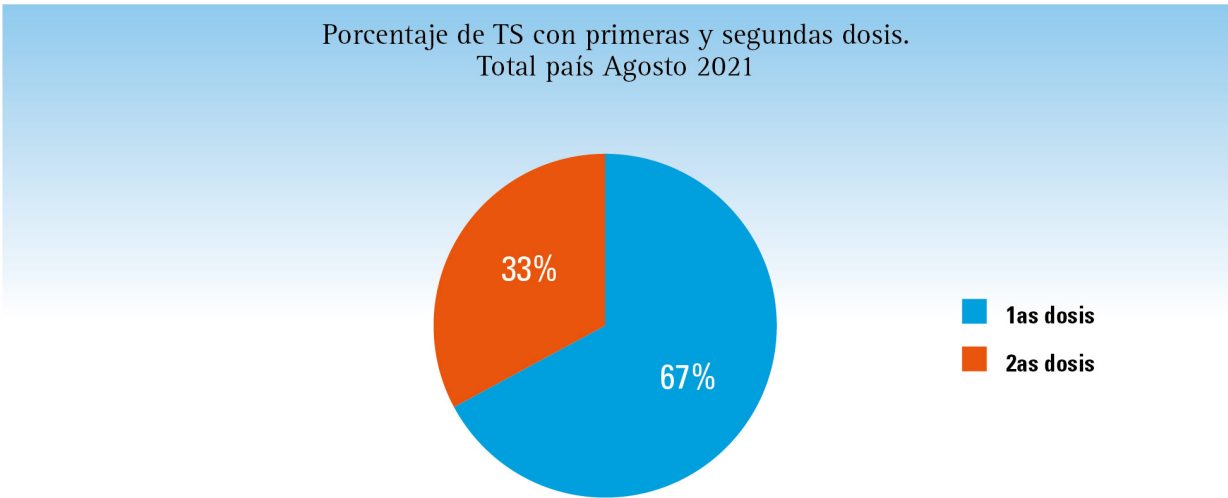
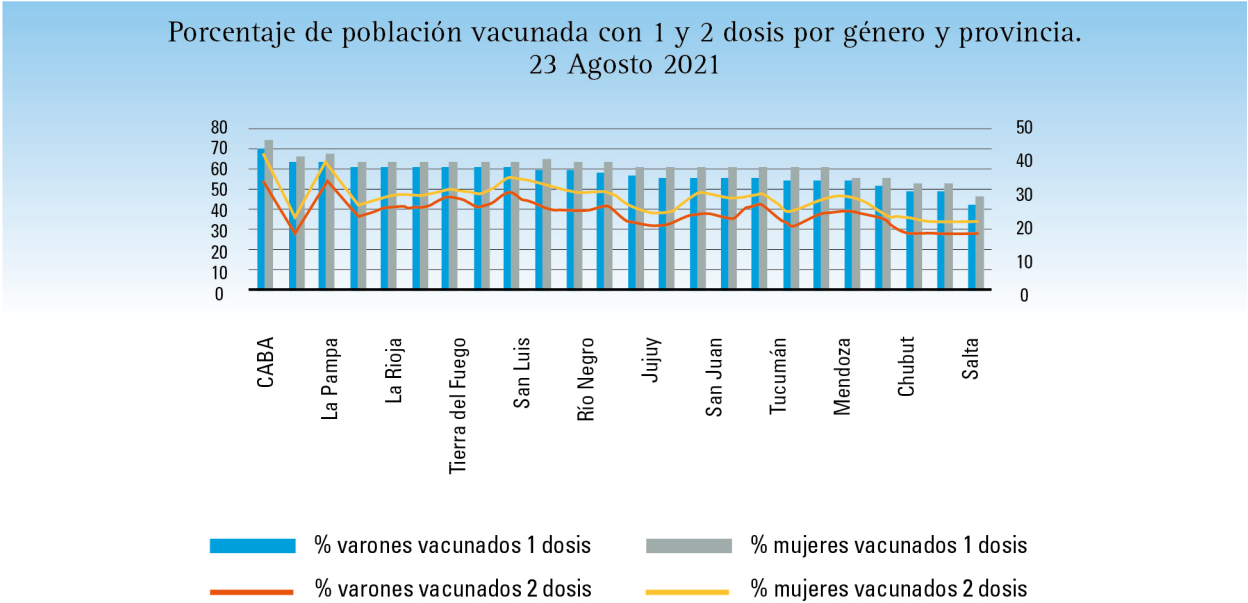


GRÁFICO 2



(5) <http://datos.salud.gob.ar/dataset/vacunas-contra-covid-19-dosis-aplicadas-en-la-republica-argentina>

GRÁFICO 3



Como podemos observar, luego de ocho meses de vacunación sostenida, la mayoría de las jurisdicciones tienen porcentajes cercanos y superiores al 60% con la primera dosis, y se está trabajando en forma enérgica para alcanzar el mismo nivel en la segunda a la mayor brevedad posible. Los equipos de salud trabajan con entusiasmo y dedicación para lograr las metas que permitan tener los mejores resultados en la prevención de esta enfermedad.

TABLA 3.-VACUNAS APLICADAS Y REGISTRADAS AL 24 DE AGOSTO 06 HS

CONDICIÓN	1 DOSIS	2 DOSIS
60 y más años	6.167.010	4.926.666
18 a 39 sin F de R	5.999.653	1.083.534
18 a 59 con F de R	4.939.449	1.907.120
Personal estratégico	4.237.999	1.547.155
Personal de salud	2.520.017	1.238.046
40 a 49 SIN F de R	2.140.463	692.077
50 a 59 SIN F de R	971.608	843.355
12 a 17 CON F de R	274.944	29.611
Otros	79.836	7.261
Total	27.330.979	12.274.825

Fuente: Nomivac

Además de las ciento doce vacunas en fase clínica, existen otras ciento ochenta y cuatro que se encuentran en desarrollo preclínico. Según los datos obtenidos de los análisis preliminares en relación a la inmunogenicidad y seguridad de los esquemas heterólogos (entre vacunas de diferentes plataformas) de vacunación contra COVID-19, es recomendable incrementar el porcentaje de población con dos dosis. Para ello es fundamen-

tal hacer los análisis adecuados al interior de cada institución y reforzar la comunicación e insistir en que la vacunación es clave para poder controlar los daños, su desarrollo y escalar la producción de las existentes. Las alternativas para completar los esquemas planteados por el Ministerio de Salud de la Nación (6) son los siguientes:

Primeras dosis	Segundas dosis	Intervalo mínimo
Sputnik V componente 1	AstraZeneca	8 semanas
Sputnik V componente 1	Moderna	
AstraZeneca	Moderna	

En relación a las vacunas a base de virus inactivado, los estudios se encuentran en fase de investigación.

CONCLUSIONES

La disponibilidad de vacunas confiables supondrá un cambio radical, pero en el futuro próximo, por lo que es una responsabilidad del equipo de salud completar los esquemas iniciados y seguir respetando las normas de bioseguridad en los centros asistenciales y las medidas sanitarias de probada eficacia en la vida social. Incluso considerando que el trabajo sanitario conlleva el riesgo de aumentar la transmisión de enfermedades, es en la vida social donde se han producido gran parte de los contagios. Es por esto que el uso correcto de barbijos, mantener la distancia de seguridad con las demás personas, evitar ambientes poco ventilados, no compartir utensilios, ni bebidas, ni cigarros en la cotidianeidad siguen siendo medidas de prevención a aplicar en los diferentes ámbitos y oportunidades. La producción de las vacunas se irá incrementando de forma progresiva y esto permitirá que los países puedan contar con una mayor disponibilidad del insumo que aplicarán con criterios de equidad para poder alcanzar una inmunidad colectiva a nivel global. Para esto es fundamental contar con el personal de Enfermería comprometido en todos los puntos del proceso de vacunación, en el análisis de la información y en la mejora de la comunicación a la comunidad, especialmente a la población destinataria de la vacunación para aclarar dudas y generar confianza.

MARCO NORMATIVO

- Decreto 260/2020 que amplía la Emergencia Sanitaria (Ley 27.541 del 21 de diciembre)
- Ley 27.573 que declara de interés público la investigación, desarrollo, fabricación y adquisición de las vacunas destinadas a generar inmunidad adquirida contra la COVID-19.
- Resolución 2883/2020, resolución que aprueba el Plan Estratégico para la Vacunación contra la Covid-19 en la República Argentina.

BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud de la Nación. Plan estratégico para la vacunación contra la covid-19 en la República Argentina. Diciembre 2020.
 Ministerio de Salud de la Nación. Recomendación sobre esquemas heterólogos de vacunación COVID-19. Agosto 2021
 Páginas web citadas

(6) <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendacion-sobre-esquemas-heterologos-de-vacunacion-covid-19>

Intervenciones eficaces para la prevención y manejo de la mucositis oral en pacientes oncológicos adultos

Ángela Díaz

Licenciada en Enfermería

El paciente en protocolo de quimioterapia para trasplante de células precursoras hematopoyéticas requiere de cuidados específicos de Enfermería para la prevención y tratamiento de la mucositis.

RESUMEN La mucositis oral es una complicación frecuente y potencialmente grave que ocasiona dolor intenso y úlceras que dificultan la alimentación, la deglución y el habla. Este artículo reseña algunas estrategias enfocadas en el autocuidado por parte del paciente y en las intervenciones de Enfermería para el control y reducción de la gravedad de la mucositis. En base a ello, propone que la combinación de ambas permite desarrollar protocolos apropiados que contribuyan tanto al bienestar del paciente como a la eficacia del tratamiento oncológico.

PALABRAS CLAVE oncohematología, mucositis, paciente adulto, quimioterapia de acondicionamiento

ABSTRACT Oral mucositis is a common and potentially serious complication that causes severe pain and ulcers that hinder the feeding, swallowing and speaking ability. This article reviews some strategies focused on self-care by the patient and nursing interventions for the control and reduction of the severity of mucositis. Based on this, it proposes that the combination of both conditions allows the development of appropriate procedures that contribute to the well-being of the patient as well as to the effectiveness of cancer treatment.

KEYWORDS oncohematology, mucositis, adult patient, conditioning chemotherapy

* Licenciada en Enfermería especialista en Oncología. Enfermera del servicio de terapia intensiva, Sanatorio Anchorena Itoiz.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el trasplante de precursores hematopoyéticos constituye una importante alternativa de tratamiento de distintas condiciones neoplásicas (neoplasias linfoides, mieloides y el neuroblastoma) y no neoplásicas (anemia de células falciformes, anemia de Fanconi, anemia aplásica, la aplasia medular y enfermedades metabólicas) en la población (1). La mucositis oral es uno de los efectos indeseables incapacitantes más reportados en pacientes que reciben este tratamiento (3).

La mucositis oral se produce por la ruptura de las membranas mucosas, dando lugar a lesiones y úlceras dolorosas. Aunque más frecuente en la boca, puede presentarse también en la garganta y el estómago. La prevención apropiada y la detección temprana pueden proteger de las inflamaciones y evitar complicaciones más severas.

Dada su compleja naturaleza biológica, su manejo constituye un desafío. En los últimos diez años se han desarrollado diferentes estrategias para el manejo de la mucositis oral causada por quimioterapia en pacientes con cáncer (2), por tratarse de un efecto muy frecuente en pacientes oncológicos que reciben tratamientos de radioterapia, quimioterapia, o trasplante de médula ósea (3). Esta patología ocasiona alteraciones en la calidad de vida de los pacientes que en algunos casos llevan a hospitalizaciones largas y retraso en los tratamientos. Existen diferentes grados de severidad y su tratamiento varía según las necesidades individuales de cada paciente. Por este motivo, Enfermería debe estar a la vanguardia para ofrecer tratamiento oportuno y eficaz.

ROL DE ENFERMERÍA

El abordaje de esta situación debe ser multidisciplinar. El papel de Enfermería cobra especial importancia por la cercanía con el paciente y en la implementación de las primeras medidas preventivas, llevando a cabo la revisión y evaluación diarias de la boca del paciente (3). Un elemento importante para ello es la inspección regular de la cavidad oral utilizando una herramienta de evaluación estandarizada, como CTC (Common Toxicity Criteria) elaborado por NCIC (Instituto Nacional del Cáncer de Canadá), o bien la escala OMAS (14) para efectos tardíos de la radioterapia.

Las mucositis asociadas al cuidado representan fallas en la seguridad del paciente que impactan a nivel emocional y en la eficacia de los tratamientos. Pese a los esfuerzos de las organizaciones de salud a nivel mundial para disminuir su incidencia

y prevalencia, continúan siendo un problema común de la atención; de allí la necesidad de identificar y establecer las mejores estrategias para su prevención y manejo.

Las intervenciones que lleva adelante Enfermería deben adecuarse según el grado de mucositis que presenta el paciente y tomar en cuenta su estado nutricional, edad, estadio de la enfermedad. Cuando la mucositis ya se ha presentado es el momento de realizar acciones enfocadas en el tratamiento. Es importante saber que no todos los medicamentos para tratarla funcionan de la misma manera, por lo cual las estrategias deben estructurarse a partir de elementos fundamentales como: diagnóstico previo, uso de escalas de valoración del riesgo, uso de diferentes tecnologías de la información, herramientas educativas adaptadas a las necesidades identificadas y enseñanza práctica, auditoría permanente que garantice el cumplimiento y actualización constante de los protocolos establecidos.

La enfermera especializada en oncología juega un papel muy importante en la detección a tiempo de la mucositis. Su adecuado control requiere tener en cuenta las diferentes fases y efectos negativos que produce en el sistema gastrointestinal, a fin de seleccionar las estrategias adecuadas. La prevención de la mucositis es mucho más fácil y menos costosa que el tratamiento de la misma. Es por ello que las medidas preventivas van dirigidas a su etiología, a fin de reducir su incidencia.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

Objetivos:

- Diseñar un protocolo de Enfermería para el manejo y prevención de mucositis oral en pacientes adultos sometidos a quimioterapia de acondicionamiento para trasplante de células hematopoyéticas precursoras.
- Efectuar una revisión bibliográfica de los tratamientos más habituales y otros de potencial aplicación utilizados para prevenir y aliviar la mucositis.
- Identificar mezclas, usos y administración de las sustancias más utilizadas para la prevención y control de la mucositis.

Materiales y Método

- Estudio descriptivo, de corte transversal.
- Revisión de la literatura publicada entre abril de 2010 y abril de 2020.
- La muestra total es de 13 artículos sobre pacientes oncológico que recibieron tratamiento de radioterapia, quimioterapia, y tratamiento combinado de quimioterapia y radio-

terapia, a los cuales se les realizó evaluación clínica de la cavidad bucal.

—Bases de datos consultadas: PubMed, Biblioteca Virtual de Salud, Google académico, revista Scielo; palabras clave utilizadas: mucositis, acondicionamiento, trasplante células, paciente adulto.

—Limitadores utilizados: estudios publicados en los últimos diez años, en idioma español e inglés.

—Criterios de inclusión: pacientes adultos, paciente oncohematológico, tratamiento de mucositis. Criterios de exclusión: pacientes con otras patologías.

RESULTADOS

Los artículos analizados mencionan diferentes acciones para el manejo de la mucositis. A la vez, coinciden en señalar que se requiere conocer las estrategias de cuidado y el uso de sustancias que hayan mostrado su eficacia en la disminución de la severidad de la mucositis. Los trabajos destacan las sustancias utilizadas para tratamiento y prevención de mucositis, la efectividad de las mismas en relación a un buen seguimiento de la mucositis y en comparación con otro tipo de intervenciones. En base a ello es posible enumerar algunas cuestiones generales:

- Si bien existen múltiples sustancias que se utilizan para el manejo de la mucositis, hasta el momento no se dispone de estudios que presenten una sustancia que haya mostrado altos porcentajes de efectividad, ya sea porque hacen falta más estudios, o porque la población en la cual se realizaron son muy pequeñas.
- Son varias las sustancias estudiadas que han mostrado efectividad en una población específica y en diferentes grados de presentación de la mucositis, incluso cuando se administra de forma preventiva antes del inicio de la quimioterapia. Tal es el caso del sucralfato o la palifermina. Con respecto a esta última, se destaca también que puede ser efectiva cuando ya se ha presentado la mucositis oral.
- Entre las intervenciones evaluadas para prevención y tratamiento se menciona el uso de enjuagues orales con Alopurinol, crioterapia, inmunoglobulina humana, aloe vera, miel, hidróxido de aluminio, entre otros. En todos los casos, las acciones están dirigidas a mejorar la calidad de vida del paciente promoviendo hábitos de vida saludables (4).

- La variedad de medicamentos utilizados en la actualidad es extensa e incluye los factores estimulantes de colonias y factores de recambio epitelial, vitaminas, enjuagues orales y tratamiento con láser (lamentablemente, algunos pacientes con escasos recursos económicos no pueden acceder a ellos). Estos tratamientos radican en sus propiedades antibacterianas y regenerativas, pero no implican en modo alguno dejar de lado la importancia de la prevención (practicar una higiene oral adecuada).

- Otras opciones, como los agentes inmunosupresores empleados en los trasplantes alogénicos para la prevención o tratamiento de la enfermedad de injerto contra huésped (EICH), aumentan aún más el riesgo de infección oportunista. En estos casos el rol de Enfermería es muy importante para la prevención y el tratamiento de complicaciones.

- Por último, todos los trabajos analizados coinciden en señalar una conclusión similar respecto de la necesidad de realizar estudios en poblaciones grandes, que tomen en cuenta una dosis exacta, el seguimiento en la administración de la sustancia o medicamento escogido, llevando a cabo una buena valoración, un seguimiento a cargo de personal calificado y entrenado en la detección y en la diferenciación de los grados que presenta la mucositis oral. Sólo de esta manera es posible mostrar la efectividad de estas sustancias para la prevención, tratamiento y resolución de la mucositis oral secundaria a la administración de quimioterapia de acondicionamiento.

INTERVENCIONES

Todos los pacientes con riesgo de desarrollar mucositis deberían recibir un protocolo estándar de cuidado oral como un complemento necesario de su cuidado. El propósito de dicho protocolo debe ser mantener una boca limpia a fin de limitar las infecciones que pueden diseminarse a través de la mucosa dañada.

Es importante señalar que los protocolos no son infalibles. No obstante, la probabilidad de complicaciones será mucho menor si existen un compromiso y una actitud responsable para cumplirlos. La importancia de contar con protocolos elaborados por Enfermería tiene que ver, entonces, con preparar un plan para la prevención de la mucositis y con estar preparados en caso de que esto ocurra.

- Explicar al paciente y a sus familiares el proceso de obtención de células madre al que será sometido dependiendo del tipo de trasplante que se realizará, así como las posibles complicaciones, entre ellas la mucositis (3).
- Fomentar el autocuidado para la prevención y en caso de producirse complicaciones a causa de la mucositis.
- Utilizar para ello estos cuatro pasos:

Intervención 1: Entender los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de adquirir una enfermedad (2,3)

- mala higiene oral (antes y durante la quimioterapia) (4)
- consumo de alcohol o tabaco (5)
- uso de dentaduras postizas (3)
- mala alimentación/deshidratación (2)
- edad avanzada (2)
- recuento bajo de neutrófilos o leucocitos
- quimioterapia (2)
- enfermedades hematológicas (2)

Intervención 2: Asumir una función activa en la propia revisión bucal

Acciones que el paciente debe llevar adelante:

- Observe cualquier cambio en su voz, sabor y capacidad para comer o tragar (5,4).
- Realice un control oral una vez al día: utilice una pequeña linterna o vaya a un área bien iluminada. Observe sus labios, lengua, saliva, encías, dientes, mucosa de la boca. Si advierte algún cambio, infórmelo (5,2).
- Si usa dentadura postiza (completa o parcial removible), sáquela antes de su control oral.
- Informe a su médico o enfermero(a) cualquier cambio en la humedad, presencia de úlceras, lesiones, enrojecimiento o inflamación o dolor (3).

Intervención 3: Practicar una higiene oral adecuada

- La aplicación de protocolos de higiene bucal para la prevención de mucositis oral contribuye a disminuir la presencia microbiana y reduce el riesgo de infecciones secundarias (4).
- Control odontológico: en caso de presentar un dolor típico durante la prestación de atención oncológica se recomienda una consulta con un especialista en medicina oral o un dentista con experiencia en el manejo de complicaciones orales (5).
- Cepillarse antes de comer: la boca está prácticamente llena de organismos microscópicos que representan una amenaza para nuestro sistema inmunológico. Un correcto cepillado contribuye a reducir significativamente la cantidad de bacterias en la boca. Con niveles más bajos de bacterias, hay menos posibilidades de que ingresen a nuestro sistema cuando ingerimos alimentos.
- Reducir la ingesta alimentos y bebidas perjudiciales para la salud dental. En particular, evitar el azúcar porque es muy perjudicial para los dientes, agrava el deterioro dental.
- Cuidado con alimentos y bebidas ácidas o calientes, pues las mucosas ya están muy sensibilizadas como para soportarlos.

• El cepillado dental:

- Usar un cepillo de dientes blando para evitar sangrado.
- Cepillar los dientes y la lengua con suavidad, al menos cuatro veces al día durante aproximadamente 1½ minutos. Asegurarse de cepillar las áreas de difícil acceso y también las encías (4,5).
- Lo más conveniente es esperar unos 30 minutos después de comer antes de cepillarte los dientes. Esto es debido a que los ácidos de los alimentos y bebidas se quedan en el esmalte y no es sino hasta un rato después que la saliva neutraliza el contenido ácido del esmalte dental.
- Elegir un dentífrico que proteja al esmalte de la erosión dental.

• **Técnica correcta de cepillado:**

- Sostener el cepillo en un ángulo de 45° respecto a las encías y pasarlo de atrás hacia delante realizando un movimiento circular por la parte delantera de los dientes. Para la parte posterior de los dientes, cepillar de arriba hacia abajo. No olvidar cepillar la lengua luego de terminar con los dientes.
- La duración del cepillado debe ser, como mínimo, de 4 minutos, dedicando tiempo para abarcar todas las áreas de la boca, tanto por la zona delantera como posterior.
- Reemplazar el cepillo dental cada 3 o 4 meses para asegurar un cepillado dental efectivo y que las cerdas estén en buen estado.

• **Enjuagues:**

- Usar los enjuagues bucales sugeridos por el médico, al menos 4 veces al día.
- Para el tratamiento del dolor relacionado con la mucositis oral realizar el enjuague bucal con difenhidramina-lidocaína-an-tiácido (1,6).
- Si se usa dentadura postiza, sacársela antes de enjuagar la boca (5).
- Remojar la dentadura postiza (completa o parcial removible) por la noche, limpiarla y enjuagarla bien antes de colocarlas nuevamente en la boca (5).
- Quitar la dentadura postiza si causa dolor en la boca (3).

• **Limpieza con seda dental:**

- Limpiar con cuidado una vez al día, asegurándose de que el hilo de seda sea de un grosor adecuado para el espacio entre los dientes (3).

–Utilizar como mínimo 45 centímetros.

Técnica:

- Cortar unos 45 cm y enrollar la mayor parte en el dedo anular, dejando libres unos 5 cm para utilizar.
- Una vez tenga el hilo dental, sostenerlo entre los dedos pulgares e índices para introducirlo entre los dientes. Deslizar el hilo de arriba hacia abajo suavemente, nunca haciendo demasiada fuerza, ya que podría lesionar y causar el sangrado de las encías.
- Curvar el hilo dental alrededor de la base de cada diente, asegurándose de que el hilo dental pase por debajo de la encía.
- Utilizar una sección de hilo dental nueva para cada diente. Para ello desenrollar el hilo del dedo anular. No se debe reutilizar el hilo para dientes diferentes.
- Cuando tenga que sacar el hilo de entre los dientes, asegúrese de hacerlo con movimientos de atrás hacia delante mientras vas bajando el hilo dental y comprobando que se desliza sin problemas, lo que indica que no hay ningún resto de comida.
- No limpiar con seda dental si las encías sangran o si el recuento de plaquetas es inferior a 20,000 (5).

• **Cuidado de los labios:**

- Para mantener húmedos los labios, usar productos como aceite de oliva o de coco, vaselina, a fin de evitar sequedad y lesiones (7).
- Para mantener húmeda la boca, beber abundante líquido durante el día (3).
- La aplicación tópica de 100 mg de vitamina E dos veces al día da como resultado la desaparición de las lesiones de mucositis (4).

• **Tratamiento paralelo para alivio del dolor:**

- Evaluar y registrar el dolor del paciente cada cuatro horas.
- Enfermería debe evaluar la capacidad del paciente para ingerir sólidos y líquidos.
- Administrar analgésicos indicados según el grado de mucositis, previo a comidas, según el siguiente criterio:
- Mucositis grado II (dolor leve o moderado): el paracetamol es el analgésico de elección en conjunto con buches indicados para aliviar el dolor (benadryl, sucralfato y lidocaína).
- Mucositis grado III (dolor severo continuo): la OMS recomienda tercer escalón analgésico los opioides mayores, como son la Buprenorfina, el Fentanilo y Tramadol.

–Mucositis grado IV (dolor severo refractario): controlar infusiones de analgesia morfina si es necesario. En este grado no es posible la ingesta de alimentos (nutrición oral). La morfina puede administrarse por vía intravenosa o subcutánea. También se sugiere fentanilo transdérmico.

Intervención 4: Consejos para comer

–Los alimentos del paciente deben ser esterilizados. Deben evitarse lácteos, frutas y vegetales crudos para prevenir la aparición de infecciones gastrointestinales.

–Recordar que la vía oral se mantiene mientras su estado lo permita, es decir, mientras no aparezca la mucositis (3).

–Evitar alimentos ácidos, fuertes, crudos, picantes y condimentados (por ejemplo chile, jugos cítricos y tomates).

–Procurar consumir una dieta alta en proteínas, carne de aves y pescado bien cocidos (2).

–Consumir alimentos blandos: puré de manzana, natilla, requesón, huevos revueltos, gelatina; si se permite, frutas bajas en ácido (como sandía, banana y melón).

–Si los dolores causan molestia, tomar el medicamento para el dolor indicado por el médico tratante, aproximadamente una hora antes de comer (8).

–Mantener la boca húmeda: tomar sorbos de agua durante el día; chupar hielo picado o caramelos sin azúcar; masticar chicle sin azúcar (8).

–Si la boca está siempre seca, consultar al médico o enfermera sobre sustitutos de la saliva (5,13).

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA MUCOSITIS DURANTE LA SEGUNDA FASE DE INTERNACIÓN

–Las superficies de la cavidad oral acogen a cientos de especies de microorganismos, principalmente bacterias, que por lo general se encuentran en estado de simbiosis con el huésped inmunocompetente.

Sin embargo, la administración de quimioterapia citotóxica altera el equilibrio ecológico: el daño a la mucosa no queratinizada y el agotamiento de la reserva de neutrófilos permiten que algunos residentes habituales de la microbiota bucal inicien un proceso patogénico (10). Esto suele aparecer entre los cinco y siete días después de haber iniciado el tratamiento, con un pico máximo de estos efectos citotóxicos a los siete y los diez días de iniciada la terapia (3).

–La mucositis oral se desarrolla en cinco etapas biológicas definidas como: iniciación, respuesta al daño primario, amplificación de la señal, ulceración y curación (11). A continuación se describen los cambios que ocurren en la mucosa oral del paciente durante su internación y las medidas de autocuidado para mantener la integridad de la cavidad bucal.

Mucositis grado II

–Cambios tisulares localizados

–Eritema, úlceras con capacidad para comer una dieta sólida.

–Se utilizan enjuagues bucales.

–Enjuagues con caléndula y manzanilla, que contiene agentes antiinflamatorios y antimicrobianos que aceleran el proceso de recuperación (4).

–Enjuagues con gluconato de clorhexidina, un agente antimicrobiano que parece ser eficaz en el control de las infecciones periodontales temprana (4).

–Enjuague con Sucralfato 1gr en suspensión, cuatro veces al día antes de las comidas; se une a la mucosa formando una barrera protectora (2,6) que actúa en prevención y tratamiento de la mucositis.

–Administración de crioterapia 5-30 minutos antes y durante 20-30 minutos (4).

Mucositis grado III

- Cambios tisulares moderados difusos.
- Úlceras, eritema extensor.
- Precisa una dieta líquida fórmulas magistrales. El aumento de la frecuencia de administración debe tener en cuenta el diámetro de las lesiones. Cambiar la consistencia de la dieta.
- Valorar la necesidad de hospitalización.
- Fórmulas magistrales: sucralfato de sacarosa de aluminio en suspensión más Lidocaína gel al 2% más Nistatina 100.000UI. Aún no se han estandarizado la forma de conservación y especialmente la frecuencia de administración, ya que en varias instituciones se realiza según esquemas propios de aplicación (10).
- Enjuague triconjugado: se utiliza cada cuatro o seis horas y se mantiene en la boca durante uno o dos minutos antes de ser escupido o ingerido. Se recomienda que el paciente no coma ni beba ningún líquido durante los treinta (30) minutos posteriores a usar el enjuague bucal para que el medicamento tenga tiempo de producir un efecto.
- Lidocaína en gel al 2% + Hidróxido de aluminio e hidróxido de magnesio (mylanta) + Nistatina 100.000UI+ Hidrocloruro de difenhidramina en jarabe.
- Doxepina con difenhidramina + lidocaína + antiácido cada 4 horas (1).
- Vitamina E: se administra con dosis de 200 a 400mg, una a dos veces por día después de las comidas en mucositis grado III y IV; ayuda al manejo y la disminución del dolor (9).

Mucositis grado IV

- Cambios tisulares severos y generalizados.
- Úlceras que imposibilitan la alimentación, precisan la necesidad de alimentación endovenosa o por sonda (3).
- Se aplicarán las sustancias o enjuagues mencionados en el grado III. Se tendrán en cuenta las medidas necesarias de soporte para evitar la descompensación del paciente (nutricional, manejo del dolor). Este es el período de máximo dolor y malestar del paciente; en muchos casos requiere la administración de opioides y cambios en la dieta (4).

CONCLUSIONES

La mucositis es un síntoma que afecta el progreso de los pacientes pues dificulta su tratamiento y hace que su estadía hospitalaria sea más larga; en algunos casos, es causa de abandono del tratamiento. Aunque existe una variedad de productos que han demostrado buenos resultados, su uso generalmente se limita al tiempo de administración en los servicios de oncología o de trasplante y no se cuenta con una adecuada estandarización en el uso de los mismos.

La revisión sistemática de la literatura nos ha permitido identificar un número considerable de intervenciones para determinar su efectividad en la prevención y tratamiento de la mucositis

oral. Asimismo, dicha revisión pone de manifiesto que una de las principales funciones de la enfermera especializada en oncología consiste en la identificación oportuna de las primeras manifestaciones de los efectos secundarios de dichos tratamientos y la pronta intervención para ayudar a su control y favorecer así la adherencia al tratamiento.

Sobre la base del conocimiento de las intervenciones disponibles y del cumplimiento del protocolo clínico de intervención es posible disminuir la duración y gravedad de la mucositis oral, mejorando la calidad de vida de los pacientes y el éxito del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Elad S, Raber-Durlacher JE, Brennan MT et al. (2015) Basic oral care for hematology–oncology patients and hematopoietic stem cell transplantation recipients: a position paper from the joint task force of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC. *Support Care Cancer*; 23(1): 223–36.
- 2) Chaveli-López B, Bagán-Sebastián JV (2016) Treatment of oral mucositis due to chemotherapy. *J Clin Exp Dent*; 8(2): 201–9.
- 3) Harman M, Ovayolu N, Ovayolu O. (2019) The effect of three different solutions on preventing oral mucositis in cancer patients undergoing stem cell transplantation: A non-randomized controlled trial: A Turkish study. *J Pak Med Assoc*; 69(6):811–6.
- 4) Yu YT, Deng JL, Jin X-R, et al. (2020) Effects of 9 oral care solutions on the prevention of oral mucositis: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*; 99(16): e19661.
- 5) Logan RM, Al-Azri AR, Bossi P et al (2020) Systematic review of growth factors and cytokines for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines. *Support Care Cancer*; 28(5):2485–98.
- 6) Aghamohammadi A, Hosseinimehr SJ (2016) Natural products for management of oral mucositis induced by radiotherapy and chemotherapy. *Integr Cancer Ther*; 15(1):60–7
- 7) Elad S, Epstein JB, Raber-Durlacher J, Donnelly P, Strahilevitz J. (2012) The antimicrobial effect of Isegran HCl oral solution in patients receiving stomatotoxic chemotherapy: Analysis from a multicenter, double-blind, placebo-controlled, randomized, phase III clinical trial. *J Oral Pathol Med*; 41(3):229–34.
- 8) Ala S, Saeedi M, Janbabai G, et al. (2016) Efficacy of Sucralfate Mouth Wash in Prevention of 5-fluorouracil Induced Oral Mucositis: A Prospective, Randomized, Double-Blind, Controlled Trial. *Nutr Cancer*; 68(3):456–63.
- 9) Sio TT, Le-Rademacher JG, Leenstra JL, et al. (2019) Effect of Doxepin Mouthwash or Diphenhydramine-Lidocaine-Antacid Mouthwash vs Placebo on Radiotherapy-Related Oral Mucositis Pain: The Alliance A221304 Randomized Clinical Trial. *J.Am.Med.Assoc*; 321(15):1481–90.
- 10) Park SH., Lee HS. (2019) Meta-analysis of oral cryotherapy in preventing oral mucositis associated with cancer therapy. *Int J Nurs Pract*; 25(5):1–13.
- 11) Barbosa Liz DM, Bernal de Jaramillo LV, Gallego González C, Sierra Sánchez ME (2009) “Comparación de los efectos de tres enjuagues en el manejo de la mucositis oral secundaria al tratamiento de leucemia linfoblástica aguda en niños”. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*; 20(2):179–90.
- 12) Ayago Flores D, Ferriols Lisart R. (2010) “Efectividad de la palifermina en la prevención de la mucositis oral en pacientes oncohematológicos”. *Farm Hosp*; 34(4):163–9.
- 13) Martorell LM, Perdomo YL, Álvaro E, Escalona S. (2017) “Atención de Enfermería en el trasplante de progenitores hematopoyéticos.” *Rev Cuba Hematol, Inmunol y Hemoter*; 33(4):25–34.
- 14) Peña Sánchez, C. (2005). *Tipos de toxicidad y escalas de valoración*. *Oncología* (Barcelona), 28(2), 24-29.

INSTRUCTIVO PARA EL PACIENTE SOBRE EL CUIDADO DE LA MUCOSA

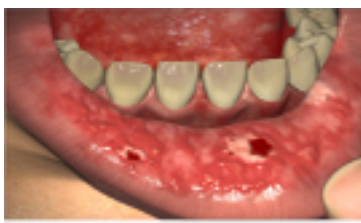
¿QUE ES LA MUCOSITIS?

La mucositis es una reacción inflamatoria que afecta todo el tracto gastrointestinal, desde la boca al ano.

Es uno de los efectos adversos de la quimioterapia y/o radioterapia.

La mucositis dependerá de la dosis y el esquema de drogas utilizadas, su duración también será variable, en relación a las drogas y a la predisposición de cada persona.

Sabemos que el cuidado preventivo y la educación son la clave para alcanzar la máxima salud oral, te brindamos estos consejos.



Aparecen cambios en la mucosa como enrojecimiento, inflamación y lesiones tipo vesículas o úlcera.

Otros síntomas son: sequedad en la boca o aumento de la saliva, sensación de hormigueo o quemazón en los labios, dificultad para ingerir alimentos, dolor, náuseas o vómitos y diarrea.

¿COMO PREVENIRLA?

La mucositis dependerá de la dosis y el esquema de drogas utilizadas.

Lamentablemente, no se pueden prevenir sus síntomas. Sin embargo, existen formas de controlar el dolor.

Una correcta higiene bucal como profilaxis reduce su incidencia y gravedad.

Llegar al tratamiento con una perfecta salud bucal.

Consultar a su odontólogo para tratar caries y/o ajustar prótesis dentales antes de comenzar la terapia.

LEA ATENTAMENTE
LAS SIGUIENTES
INSTRUCCIONES:

Para la mucositis oral

Higiene: cepille a diario dientes, lengua y encías, después de las comidas y al acostarse.

Ante signos de sangrado suspenda el cepillado y utilice hisopos.

Consulte a su médico.

Utilice un cepillo suave con productos no irritantes.

Limpie y cepille las prótesis dentales al igual que la boca con la solución antiséptica que le indicaron (clorhexidina).

Para la inflamación, sequedad de la boca o dolor: beber agua frecuentemente con hielo, masticar chicles sin azúcar, o cubitos, realizar buches anestésicos

EN CASOS DE NÁUSEAS
Y VÓMITOS

Evite la ingesta de alimentos picantes o grasosos cuando tenga náuseas.

Posiblemente, prefiera permanecer en un ambiente oscuro, tranquilo y fresco.

Se pueden recetar medicamentos, llamados antieméticos, para detener las náuseas siempre consultando con su médico tratante o enfermera de confianza.

En casos de diarrea o irritación del recto: si presenta un cuadro de diarrea grave, evite deshidratación bebiendo mucho líquido. Mantenga la zona del ano limpia y seca. Limpie su piel con un jabón suave, no use el bidet (la lluvia de éste puede ocasionar lesiones en la mucosa). El médico posiblemente le recomiende varios ungüentos y cremas protectoras.

No dude en consultar a su centro de atención más cercano



PREVENIR ES CURAR, CUIDA TU BOCA, CUIDA DE TI



/aeuera



@aeuera_oficial



@aeuera_oficial

IX CONGRESO ARGENTINO DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

“DESAFÍOS DE LA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA EN
ENFERMERÍA EN ÉPOCAS DE PANDEMIA: CALIDAD,
INCLUSIÓN Y PERTINENCIA SOCIAL”

OCTUBRE 2021

VIERNES 29 Y SÁBADO 30

INSCRIPCIÓN ABIERTA

WWW.CONGRESO.AEUERA.ORG.AR



MODALIDAD
VIRTUAL



MODALIDAD
VIRTUAL



ESCUELA DE
ENFERMERÍA
UNT



A E U E R A
ASOCIACIÓN DE ESCUELAS UNIVERSITARIAS
DE ENFERMERÍA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

ORGANIZADO POR: AEUERA - ESCUELA DE ENFERMERÍA UNT



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