

vea VISION DE **enfermería** ACTUALIZADA

**Seguridad y resiliencia
en la era COVID-19** **PÁG 33**

**El oportuno legado
de Florence Nightingale
frente a la pandemia
de coronavirus** **PÁG 49**

**Las epidemias:
nada nuevo en
la historia** **PÁG 11**
de la humanidad

Baño Fácil

SOAP'N EASY®

Paño jabonoso para la higiene personal

Mejore su calidad de vida

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



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



Utilizados en las principales clínicas y sanatorios del país

Distribución directa en Capital y GBA. Distribuidores en el interior

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



Sumario

- 5 | EDITORIAL
- 7 | INFORME I
Hipertensión arterial: qué es y cómo prevenirla
Lic. Romina Ledesma
- 11 | EXPERIENCIAS I
Las epidemias: nada nuevo en la historia de la humanidad
Mg. Guillermina Chattas
- 17 | EXPERIENCIAS II
Cuando, por un segundo, el sentir personal choca con el saber profesional
Lic. Laura Clara Ester Bellini
- 21 | INVESTIGACIÓN I
La simulación clínica como estrategia educativa: de la racionalidad instrumental al aprendizaje reflexivo
Lic. Rosana Elisabet Firpo
- 27 | INVESTIGACIÓN II
Respuesta dermatológica al uso de clorhexidina acuosa al 2% en la colocación de catéteres centrales a neonatos
Lic. Silva M. Campos / Lic. C. Cenardo / Lic. M. Suárez
- 33 | GESTIÓN
Seguridad y resiliencia en la era COVID-19
Dr. Fabián Vitolo
- 37 | INFORME II
2020 Año de la Enfermería
Lic. Hna. Mercedes Zamuner
- 42 | GACETILLA
Curso de Posgrado
Gestión de Jefaturas en áreas de Enfermería
- 44 | RINCÓN LITERARIO
"Paciencia", "Escuchá"
Sara Ruiz Díaz
- 45 | FICHA 61
Pronación en pacientes ventilados
Lic. Adriana Mamani / Lic. Alejandra Gómez / Lic. Fernandez Elizabeth /
Lic. Zulema Salvatierra / Lic. Gisell Quinteros
- 49 | ENFOQUES
El oportuno legado de Florence Nightingale frente a la pandemia de coronavirus
Lic. Prof. Walter G. Leguizamón

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 10° (C1059AB1)

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 Hospitales Privados de la República Argentina

Autorizada su reproducción mencionando la fuente.

Registro de Propiedad Intelectual N° 399943

ISSN: 1669-385X

Base de datos de indexación:

CUIDEN - Tipo de indexación: EC-E

EBSCO

Periodicidad trimestral

(marzo, junio, septiembre y diciembre)

AÑO 17 | N° 62 | JUNIO 2020

CONSULTORES ESPECIALISTAS

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

CORRESPONSALES EN EL PAÍS: Lic. Maria del Valle Correa Rojas 0387 4397469 - celular 387 4154461 / Lic Javier Rosas 387 4095742 **CATAMARCA (CAPITAL):** Lic. Estrella Tillar. Tel. (03833) 427839 (de 7:00 a 11:00). **CÓRDOBA (CAPITAL):** Lic. Eduardo Giuliani. Tel. (0351) 4616362. **CHACO (RESISTENCIA):** Enf. Lidia Muñiz de López. Tel. (03722) 425050 int. 118. **FORMOSA (CAPITAL):** Lic. Elisa Acosta. Tel. (03717) 433651. **PROVINCIA DE BUENOS AIRES (LA PLATA):** Lic. Juana Lucila Ayala Rosa. Tel. (0221) 4220234 (desde las 18:00). **MENDOZA (GUAYMALLÉN):** Lic. María Rosa Reyes. Tel. (0261) 4215570. **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 Vercher. Tel. (802652) 435837. Fax (02652) 431354. **TUCUMÁN (SAN MIGUEL):** Lic. Natividad Díaz de Pacheco. Tel. (0381) 4272728. **COLEGIO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE JUJUY:** Tel. (0388) 4232910 / (0388) 154-387557 - Vicky Argañaraz - Capital Federal -Tel. 4833-4834. Nelly Guerrero (Salta) 0387-4341788. Rubén Siorto - Venado Tuerto (Santa Fe) Tel. 03462-425490 / 03462-15667838. Enfermería de Alto Riesgo. **SALTA CAMPO QUIJANO:** Lic. Rosaria Francisca Gerónimo - 387 5025790

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

Editorial

La decisión de la OMS de declarar al 2020 el Año de Enfermería había despertado muchas expectativas en el colectivo profesional. No obstante, dicha celebración quedó muy pronto relegada por la aparición de un virus que ha puesto en peligro la estabilidad del sistema sanitario a nivel mundial.

La rápida transmisión del virus SARS-CoV-2 (COVID-19) ha desatado una crisis mundial que expone las fortalezas y debilidades de los servicios sanitarios, públicos y privados, de todos los países y regiones. El equipo de salud se encuentra en el corazón de la circulación viral, siendo la población con mayor exposición al contagio, y las condiciones laborales de los trabajadores de la salud en general, y de los enfermeros en particular, exhiben a las claras el contraste entre aquellos sectores que invirtieron en recursos y aquellos otros que no, por considerarlo un gasto.

En este contexto, las herramientas de barrera (elementos de protección personal, EPP) se han vuelto vitales por su doble propósito: proteger a los pacientes y a los efectores de salud. Asimismo, esta nueva condición sanitaria ha dado lugar a una gran incertidumbre e inestabilidad emocional que comprometen los procesos médicos en su totalidad. La calidad del cuidado de Enfermería, en particular, está estrechamente relacionada con la ausencia o la escasez de dichos EPP.

Transcurridos ya algunos meses desde su irrupción, ¿qué aprendizajes nos deja esta pandemia? Es pronto para generalizar, pero si algo ha quedado a la vista es que el personal de Enfermería es un recurso esencial e imprescindible en los sistemas sanitarios de todo el mundo. Sólo el fortalecimiento de la profesión puede asegurar el sostén necesario ante una crisis mundial.

Sabido es que, a mayor grado de competencia profesional, mejores resultados. Es por ello que la capacitación debe ser un eje central en la agenda política y dentro de las instituciones de salud. Los ámbitos laborales deben generar espacios propicios para el ejercicio de la profesión y el liderazgo a cargo de profesionales idóneos. Enfermeras y enfermeros debemos aunar aptitud profesional y actitud colaborativa para delinear políticas de mejora que jerarquicen a la Enfermería.

No ha sido posible llevar adelante los festejos por el bicentenario del nacimiento de Florence Nightingale, pero, siguiendo su ejemplo, tal vez esta pandemia sea la oportunidad histórica de unir esfuerzos en pos de ese reconocimiento tan merecido.

Quienes formamos ADECRA+CEDIM y el comité de la Revista VEA estamos de luto por los enfermeros que nos dejaron, víctimas de este flagelo. A ellos nuestro recuerdo y gratitud por su labor. Deseamos hacerle llegar a sus familias nuestras condolencias y esperanza, que encuentren consuelo ante la ausencia.

Lic. Mercedes Sosa

COACHING ORGANIZACIONAL

SERVICIO DE APOYO AL PERSONAL DE SALUD
EN MOMENTOS DE CRISIS

Adecra+Cedim
80 AÑOS

Gratis!



- Apoyar a los líderes en la creación de un plan de acompañamiento del personal durante la pandemia.
- Técnicas que permitan el manejo eficiente del estrés.
- Liderazgo en tiempos de crisis.
- Ayudar a las personas a gestionar sus emociones de forma saludable.
- Acompañar a los trabajadores en el desarrollo de una personalidad más resiliente.

Michelle Kowalewski
michelle@adecra.org.ar o 1153790882

Hipertensión arterial: qué es y cómo prevenirla

Lic. Romina Ledesma

Sanatorio Itoiz - Sector Enfermería de Guardia

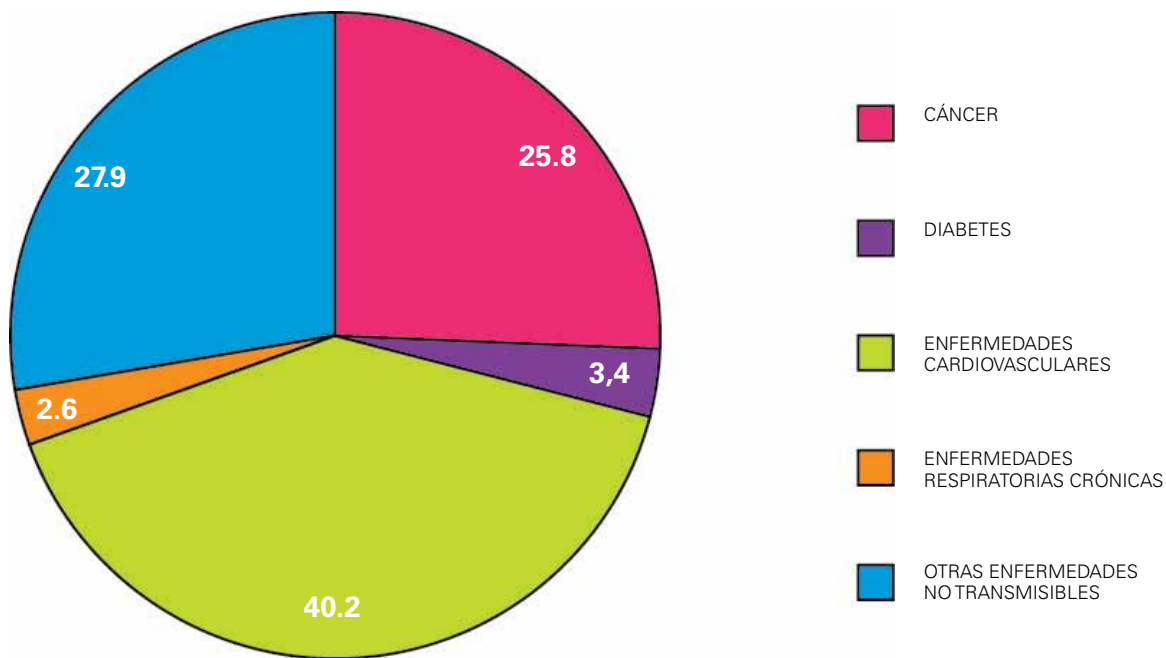
La incorporación de hábitos saludables y la consulta médica periódica son las principales claves para prolongar nuestra vida con una mejor calidad.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto el 17 de mayo como el Día Internacional de la Hipertensión Arterial con el fin de promover la concientización sobre esta enfermedad, así como también sobre los mecanismos disponibles para prevenir, diagnosticar y controlarla. Las estadísticas sanitarias de los últimos años muestran que la hipertensión es el principal factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares, las cuales constituyen una epidemia. En la actualidad no solo preocupa el mayor el número de personas que padecen de hipertensión, en comparación con otros tiempos, sino el hecho de que esta mayor incidencia está siendo aceptada como algo común por una parte creciente de la población.

Dentro del grupo de las enfermedades no transmisibles (ENT), la hipertensión es la principal causa de mortalidad, representando el 63% del total de muertes anuales. Las ENT, también conocidas como enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Según estimaciones del Ministerio de Salud de la Nación, las enfermedades no transmisibles en nuestro país constituyen más del 70% de las muertes. Dentro de este grupo, las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de muerte (40,2%).

GRÁFICO 1 Porcentaje de mortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT).



Fuente: MSN en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (2013).

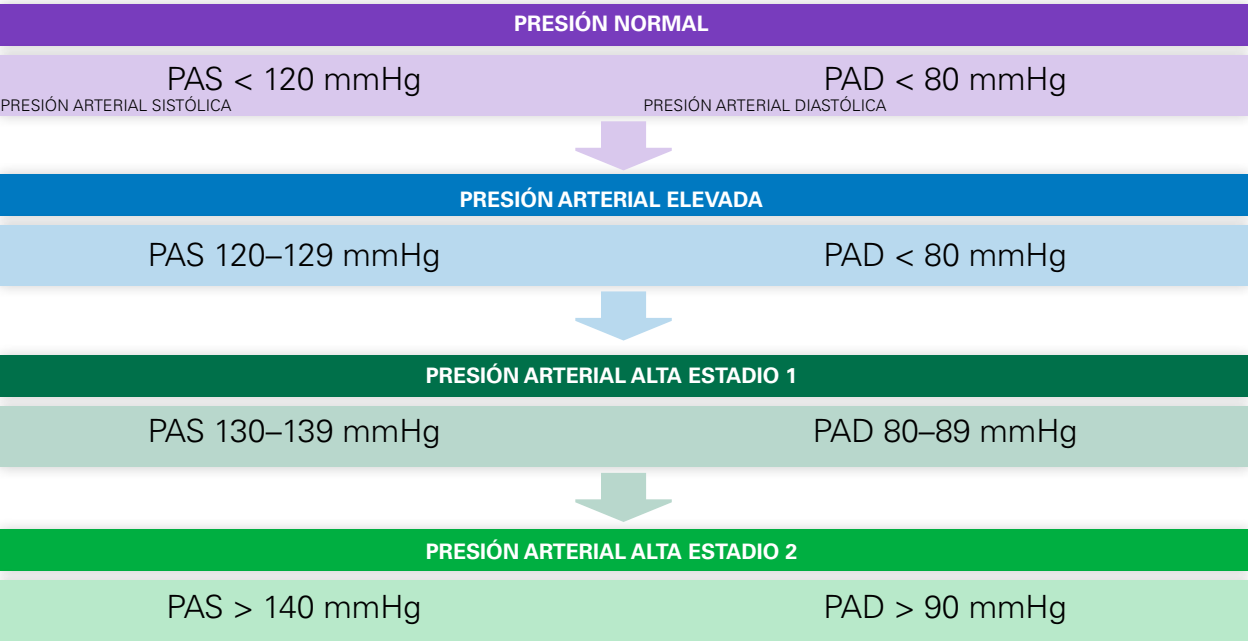
¿Qué es la hipertensión arterial (HTA)?

En 2015 la OMS definió a la hipertensión o tensión arterial elevada como un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede ocasionar daños graves y, eventualmente, fallas que conduzcan a la muerte: “Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.” La hipertensión arterial es una enfermedad frecuente que afecta a un tercio de la población adulta. Como no da síntomas durante mucho tiempo, si no se la detecta y se la trata puede desencadenar complicaciones severas como infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, daño renal y ocular, entre otras.

¿Cómo se hace el diagnóstico?

La única manera de detectar la hipertensión es su medición. Muchas personas tienen la presión arterial elevada durante años sin saberlo. Por eso se recomienda un control anual con el médico de cabecera. Existen dos medidas: la presión arterial sistólica (PAS) o máxima y la presión arterial diastólica (PAD) o mínima. En Argentina se considera presión arterial alta (hipertensión) cuando dicha medición máxima es mayor o igual a 140 mmHg y la mínima es de 90 mmHg. Cuando las presiones sistólica y diastólica califican en categorías diferentes, se debe elegir la más alta, en base al promedio de dos mediciones obtenidas en dos o más visitas luego del examen inicial.

GRÁFICO 2 Valores de referencia de ACC/AHA (2018).



American College of Cardiology / American Heart Association (ACC/AHA)

GRÁFICO 3 Resultados presentados del último censo a la población argentina.



¿Cómo la prevenimos? ¿Cómo es el tratamiento?

En la mayoría de los casos la hipertensión no puede curarse, pero sí es posible evitar su desarrollo y mantenerla bajo control. Esto se logra mediante un tratamiento regular, de por vida, para bajar la presión y mantenerla estable. La medicación es solo una parte; el tratamiento principal requiere incorporar hábitos saludables y el compromiso de sostenerlos con acciones cotidianas.

Consejos para la persona con hipertensión:

- Reducir el peso corporal si tiene sobrepeso.
- Reducir el consumo de sal a 4-6 gramos al día.
- Reducir la ingesta de alcohol. En las mujeres debe ser inferior a 140 gramos por semana y en los hombres, inferior a 210 gramos.
- Realizar actividad física (pasear, correr moderadamente, nadar, andar en bicicleta) de 30 a 45 minutos, un mínimo de tres veces por semana.
- Reducir el consumo de café.
- Consumir alimentos ricos en potasio como legumbres, frutas y verduras.
- Abandonar el hábito de fumar.
- Seguir una alimentación saludable rica en ácidos grasos poliinsaturados (pescado, maíz, soja, girasol, calabaza y nueces) y pobre en grasas saturadas (papas fritas, productos de pastelería y grasa vacuna).



Tarjeta de promoción de cuidados de la OMS / OPS.

CONCLUSIÓN

A pesar de ser una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, la hipertensión arterial es reducible y prevenible. La clave principal consiste en modificar hábitos nocivos e incorporar otros que mejoren el cuidado: una alimentación saludable que contribuya a lograr un peso adecuado, reducir el consumo de sal y de alcohol, realizar actividad física con regularidad y consultar al médico de cabecera para llevar un control anual.

BIBLIOGRAFÍA

–OMS (2018) “Enfermedades no transmisibles”. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

–OMS (2015) “Preguntas y respuestas sobre la hipertensión”. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/82/es/>

–OPS / OMS (2019). Enfermedades no transmisibles: “Día mundial de la hipertensión arterial”. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15077:dia-mundial-de-la-hipertension-2019&Itemid=3465&lang=es

–Ministerio de Salud Nación Argentina (2013) “Mortalidad”. Dirección Nacional de Promoción de la salud y control de enfermedades no transmisibles. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/vigilancia/areas-de-vigilancia/mortalidad>

–SAC (2014) “Hipertensión arterial”. *Revista argentina de cardiología*, vol 69, supl. 1. <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/hipertension1.pdf>

–Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (2018). “Consenso argentino de hipertensión arterial”. *Revista Argentina de Cardiología*, vol 86, supl. 2. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/08/consenso-argentino-de-hipertension-arterial-2018.pdf>

<http://www.saha.org.ar/pdf/formacion/CONSENSO-SAHA-2.pdf>

–Folgarait, A. (2019) “Día mundial de la hipertensión arterial: señales de alerta”. Sociedad Argentina de Cardiología. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/actualidad/hipertension-arterial-mas-senales-de-alerta/>

–Folgarait A. (2017) “Controversia por cambios en guía de hipertensión arterial”. Actas del Congreso AHA, 22 de noviembre de 2017. Sociedad Argentina de Cardiología. <https://www.sac.org.ar/actualidad/congreso-aha-controversia-por-cambios-en-guia-de-hipertension-arterial/>

Las epidemias: nada nuevo en la historia de la humanidad

Mg. Guillermina Chattas

Subdirectora Carrera Especialización en Enfermería Neonatal, Universidad Austral

Editor Responsable, Revista Enfermería Neonatal, FUNDASAMIN

Epidemias y pandemias han sido siempre un terrible azote para la humanidad. Sus secuelas fueron espantosas, pero también dieron lugar a la posibilidad de cambios que redundaron en beneficio de la sociedad y perduraron en el tiempo.

INTRODUCCIÓN

La palabra “pandemia” significa enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región. El vocablo procede del griego πανδημία, de παν (*pan*, todo) y de δῆμος (*demos*, pueblo), expresión que significa *reunión de todo un pueblo*. Algunos lo traducen como “todo el pueblo” (1).

Escribo esta experiencia a los cuarenta días de iniciada la cuarentena en Argentina, o, mejor dicho, el aislamiento social preventivo. En medio de la incertidumbre que nos rodea, una cosa sí sabemos: que no durará cuarenta días sino muchos más.

Pocas cosas en esta época les suceden a todas las personas. La pandemia de COVID 19 irrumpió en nuestras vidas, en nuestro trabajo, alterando nuestros planes y rutinas, la forma de saludarnos y de hacer las compras, la forma de trabajar, e impuso un distanciamiento que debemos guardar entre personas. Tuvi- mos que desaprender lo que hasta hace apenas dos meses era una rutina segura, en la que anclábamos

nuestra vida. El dinero y el poder, dos cosas efímeras pero de tanto peso en nuestro mundo, perdieron su valor ante la llegada de un virus frente al cual los bienes materiales no importan, ni tampoco los cargos, ni la posición social. Políticos, presidentes, amas de casa, profesionales y niños, todos en el mismo mundo, tienen posibilidades de ser infectados. Y así como nadie está a salvo, tampoco nadie se salva solo.

LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS NO ES LA ÚNICA PANDEMIA DE LA HISTORIA

Virus, bacterias, hongos y protozoarios están presentes en nuestro entorno ambiental desde antes que el hombre apareciera en la Tierra y nuestro conocimiento sobre su existencia es más reciente que la experiencia de los estragos que pueden causar. La primera epidemia documentada en la historia es la peste de Atenas, en el 430 AC, durante la Guerra

del Peloponeso. Pericles, un líder con ideas revolucionarias para la época, un estadista de tenaces convicciones, meditaba sobre las expectativas y posibilidades de la victoria. Ideó un plan bélico basado en una fría valoración de los recursos de los que disponía. Poco importaba, decía, que los enemigos talaran los bosques e incendiaran los campos de las afueras de Atenas, pues los árboles que se cortan vuelven a crecer, mientras que si son los ciudadanos los que perecen a manos del enemigo no resulta posible reponer sus vidas. Bajo esta concepción preservó a las personas durante la guerra, que transcurría al mismo tiempo que la epidemia. Cuentan los historiadores que decía “temo más nuestros propios errores que la estrategia de los enemigos”. Tuvo una mirada autocrítica sobre su propio accionar. En esta época surgió la medicina laica, que se apoyaba (o pretendía apoyarse) en bases racionales, al margen de la religión y de los milagros. Pericles murió afectado por esta peste, pero su legado abarca la arquitectura y cultura de la Grecia clásica, así como las bases para la mejora para la salud e inicio de la medicina (2).

En 1348, en la Europa medieval, comenzó a propagarse una enfermedad terrible y desconocida, que en pocos años sembró la muerte y la destrucción por todo el continente: la peste negra o peste bubónica, transmitida por las ratas. Se ignoraba tanto su origen como su terapia y afectaba a todos por igual, sin distinguir apenas entre pobres y ricos. Quizá por esto último, porque afectaba a los mendigos, pero no se detenía ante los reyes, tuvo tanto eco en las fuentes escritas. El Papa Gregorio IX afirmó que los gatos negros eran una representación de Lucifer. Hubo entonces una gran matanza de gatos. A pesar de que no existen estudios concluyentes, es muy probable que el descenso de la población felina haya influido poderosamente en la proliferación de la peste negra.

Por sus características, la epidemia cambió la forma de concebir el mundo durante el Medioevo, al punto de que algunos autores sostienen que la mortandad provocada por la peste pudo haber acelerado el arranque del Renacimiento y el inicio de la modernización de Europa (3).

Ya en el siglo XX, entre 1918 y 1919 la gripe española se extendió a gran velocidad por todo el mundo: en solo dieciocho meses infectó a un tercio de la población mundial y se cobró la vida de cincuenta millones de personas, cinco veces más que la Primera Guerra Mundial. Se la llamó también gripe escocesa, napoli-

tana, en un intento por señalar quién era el culpable de tanto mal. Los periódicos españoles fueron los primeros en informar sobre una enfermedad que estaba matando a la población. En el resto de Europa, y a ambos lados de las líneas aliadas, toda información fue censurada para no desmoralizar a las tropas ni mostrar debilidad ante el enemigo.

Como esta catástrofe se producía al otro lado del Atlántico, poco importaba al Estado argentino, cuya preocupación se centraba en otras enfermedades, como la tuberculosis, la viruela, la peste bubónica, la sífilis. Sin embargo, la pandemia acabó por arribar, tal vez a través de los inmigrantes europeos que llegaban al país huyendo de la guerra. Su difusión en nuestro territorio estuvo ligada al ferrocarril, siendo las zonas más afectadas el NEA y el NOA debido al traslado de viajeros por ese medio (4,5).

La viruela ha sido desde la Antigüedad una causa de enfermedad y muerte terrible. Se estima que solo en el siglo XX, hasta su erradicación, la mortandad supera los 300 millones de personas en el mundo. En 1958, la Unión Soviética propuso a la OMS una campaña mundial para erradicar la enfermedad y desde 1967 se intensificaron los esfuerzos para eliminarla, con campañas masivas de vacunación, hasta certificar oficialmente su final en 1980.

Recientemente se ha conmemorado el 40° aniversario de la declaración formal de la erradicación de la viruela, en la 33° Asamblea Mundial de la Salud, el 8 de mayo de 1980. Es una efeméride que nunca debería olvidarse: se trata de la primera vez en la historia de la humanidad en que gracias a una decisión común, un plan específico, una vacuna y el esfuerzo colectivo, fue posible hacer desaparecer de la faz de la Tierra una enfermedad infecciosa que había causado estragos desde hacía miles de años (6).

En Argentina, otra epidemia que marcó la historia de la medicina fue la epidemia de la fiebre amarilla, en 1871. Con epicentro en la zona de Montserrat, en esta ocasión fueron centro de ataques los afroamericanos, que venían en barco escapando de la Guerra del Paraguay. Hubo un gran desconcierto. Sarmiento y Alsina, presidente y vicepresidente, abandonaron la ciudad, actitud que los historiadores trataron como un gesto de cobardía. Sin embargo, hubo una comisión de gobierno de crisis, conformada por médicos comprometidos (el Dr. Roque Pérez, el Dr. Cosme Argerich y el Dr. Muñiz), quienes murieron durante la epidemia y cuyos nombres se recuerdan hoy en los de varios hospitales de



la Ciudad de Buenos Aires. La epidemia de fiebre amarilla obligó a las autoridades, con un concepto equivocado respecto del origen de la enfermedad, a dotar a la ciudad de agua corriente, abandonando la costumbre de servirse agua del Río de la Plata. De esa época quedaron conceptos como la necesidad de salud, agua corriente e inversión en sanidad pública; en infraestructura, el “Cementerio del oeste”, hoy Cementerio de Chacarita.

Otro hito en la historia nacional, ya en el siglo XX, es la epidemia de poliomielitis. Si bien la enfermedad ya era conocida desde mucho antes, era motivo de gran preocupación que la población de riesgo fueran los niños, así como la morbilidad asociada a ella. La epidemia de 1956 azotó a nuestro país en un contexto difícil. El golpe militar de 1955 había eliminado el Ministerio de Salud y la primera actitud fue la de ignorar la epidemia. La ausencia de promoción de la salud por parte del Estado hizo que el virus se diseminara, que proliferaran los remedios caseros como las bolsas de alcanfor en el cuello de los niños, o las calles y cordones y árboles pintados con cal.

Fue el pediatra Juan P. Garrahan quien documentó la manera en que la enfermedad afectaba a los niños. Cuando en el año 1955, Jonas Salk comunicó al mundo que la vacuna era efectiva, Argentina fue uno de los principales focos de su aplicación. No fue sino hasta el año 1984 que la enfermedad fue erradicada.

Este episodio ha quedado como ejemplo de un Estado que estuvo por detrás de los acontecimientos (7,8).

SER ENFERMERA EN TIEMPOS DE CRISIS SANITARIA

Después de treinta y cinco años de profesión en Enfermería neonatal pensé que ya lo había visto todo, o casi todo. La historia de la Neonatología es contemporánea a mi vida profesional y me ha tocado atravesar algunas epidemias.

Cuando empecé a trabajar, en el año 1984, las terapias intensivas neonatales eran muy diferentes. Los padres solo entraban un ratito, pues eran considerados visitas; las enfermeras creíamos que la unidad

era nuestra, no de la familia. Los insumos eran también diferentes: no teníamos set de percutáneas, me llevaba a casa unas agujas tipo *butterfly* para limarlas y luego enhebrarlas para esterilizar. Tampoco se hablaba de neurodesarrollo; mucho después empezamos a ver neonatos egresados de la unidad con parálisis cerebral, trastornos motores y de relación que limitaban su calidad de vida. Después de advertir que varios de los neonatos que atendíamos tenían hipoacusia, empezamos a prestar atención a cómo diluir y administrar los aminoglucósidos. Ni hablar de los recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria (en esa época la llamábamos enfermedad de membrana hialina) que, sin maduración pulmonar ni surfactante, fallecían en más del 50% de los casos. A los pacientes con síndrome de aspiración meconial se los aspiraba en el periné de la madre, antes que nacieran. A todos los RNPT mayores de 1000 gramos se los intubaba independientemente de su estado (hoy valoramos la ventilación no invasiva) y los menores de 1000 gramos solo recibían cuidados compasivos.

Recuerdo perfectamente cuando leí por primera vez que en EEUU había oxímetros de pulso; pensé que nunca vería uno en mi vida. Acá usábamos transcutáneos de oxígeno, que lastimaban sin piedad la piel, sobre todo a los recién nacidos prematuros. Los más jóvenes tal vez se preguntarán dónde lo había leído, porque no había internet. Lo máximo que leíamos era la revista *Neonatal Network*, en inglés; se la pedíamos a algún alma caritativa que viajaba, que nos la trajera como regalo de viaje. Las comunicaciones eran muy diferentes. Todavía recuerdo más de un traslado en persona, ir a buscar a un neonatólogo a un bar en la esquina del hospital donde trabajaba, por alguna emergencia, porque los radiollamados no funcionaban o eran lentos, o el teléfono de línea estaba ocupado.

Para el lector joven podrá sonar descabellado, pero así empezamos a cuidar recién nacidos en la Argentina. Con respecto a epidemias y pandemias, durante este tiempo me ha tocado pasar varias desde distintos lugares. Casi en forma simultánea con mi inserción laboral se desató la epidemia de VIH. La viví con mucho temor al principio: el desconocimiento de cómo se contagiaba, la preocupación ante la posibilidad de pincharse con un objeto cortopunzante contaminado con un hemoderivado. Sí: en la escuela de Enfermería aprendí a sacar sangre sin guantes, sin descartadores rígidos, sin saber del riesgo

de encapuchar una aguja. Y como había un período de ventana, estuvimos un tiempo esperando ver si presentábamos signos o síntomas de la enfermedad o no. Al principio buscábamos si los padres tenían factores de riesgo. Fue difícil evitar estigmas. Luego entendimos que todos eran potencialmente positivos hasta que se demostrara lo contrario. En ese momento, el uso de guantes de protección en las extracciones y para el manejo de sangre pasó a ser *gold standard* en el cuidado.

En el área materno-infantil se hizo foco en la transmisión vertical de madre a hijo durante el embarazo, en el parto o a través de la lactancia materna. Cambiamos la forma de enseñar a las madres a extraerse la leche, ya que entendimos que la leche materna podía ser vehículo de transmisión. El riesgo puede ser elevado si la madre tiene VIH y no está tomando antivirales; sin embargo, las recomendaciones de hacerles la prueba a todas las mujeres embarazadas y de iniciar el tratamiento contra el VIH inmediatamente han reducido la cantidad de neonatos que nacen con esta infección.

Treinta años después del inicio de la epidemia, numerosos avances científicos y sociales han modificado aquella realidad acuciante de los primeros momentos y han hecho de la infección por VIH una condición crónica, que ya no es sinónimo de muerte.

Muchos años después, ya en el siglo XXI, el H1N1 llegó para hacer estragos en la población de embarazadas. Corría el invierno de 2009 y la Argentina fue el segundo país en cantidad de víctimas mortales. Desde entonces, el alcohol en gel se ha quedado definitivamente con nosotros.

Para las enfermeras y enfermeros no hay cuarentena o aislamiento. No la hubo nunca durante ninguna guerra, epidemia o pandemia en la historia de la humanidad. Todos los días, desde diferentes lugares, hospitales, sanatorios, universidades, consultorios, salas de atención, desde la gestión pública, continuamos trabajando. Desde la virtualidad o en forma presencial, según la situación en la que nos haya encontrado el coronavirus.

Las grandes crisis nunca avisan. Hoy, todos estamos en tensión por lo que nos toca vivir. En poco tiempo hubo que enseñar a colocar y retirar elementos de protección personal para evitar el contagio; desterrar costumbres tan latinas como abrazarnos, besarnos y compartir un desayuno todos juntos en el comedor del hospital; llegar a casa, del trabajo, y demorar un buen rato hasta poder saludar a los seres queridos.



En estos tiempos de incertidumbre, resulta fundamental la cercanía de los gestores con sus equipos de trabajo, ya que los conflictos están a la orden del día. Por su parte, los enfermeros docentes, que a veces también ocupan un cargo en la asistencia, han tenido que enseñar estrategias de cuidado a personas en situación de emergencia, además de aprender el manejo de nuevas herramientas tecnológicas, como Zoom, para muchos un perfecto desconocido hasta hace unos pocos meses. Los docentes, además, escuchamos a los alumnos en su angustia y sus dudas, para ayudarlos a buscar la mejor evidencia frente a los problemas concretos de la práctica, ya que hoy las normas y recomendaciones cambian de manera permanente.

Para quienes se encuentran en la primera línea, la incertidumbre y el miedo son mayores. El hecho de ver cómo, un día, aíslan a un colega o hisopar a otro, hace del temor por la salud y por la propia vida, sobre todo para los enfermeros que trabajan en terapias intensivas de adultos, una dura realidad cotidiana.

A los profesionales se nos confía la responsabilidad de cuidar a madres y recién nacidos, adultos mayores, personas con perfil de riesgo, en medio de una crisis dinámica, hasta ahora sin igual por la magnitud y la gravedad de su impacto. Para lograrlo, Enfermería necesita contar, en todos sus campos, con el desarrollo de distintas y mejores formas de brindar cuidados, basados en el avance de los conocimientos, en pruebas obtenidas mediante la investigación; esto se vincula no solo con la necesidad de lograr cuidados seguros y de calidad, sino también con generar recursos humanos competentes. Está en el deseo y el interés de todos que pese a la crisis sea posible la investigación que contribuya a encontrar una respuesta a este desafío.

CONCLUSIÓN

Hoy, aquí y en el resto del mundo, la salud está en crisis. Una crisis de acceso a lo que debe ser considerado, ante todo, un derecho. Los costos sanitarios son elevados y los gobiernos batallan para que todos tengan acceso a ella. Argentina no es la excepción. Pero la razón profunda de esta crisis mundial es que las ideas antiguas ya no funcionan.

A lo largo de la historia hemos visto que, frente a las pandemias, las personas se volvían o muy solidarias o muy egoístas. Procuraban salvarse solas o aunaban esfuerzos por el bien común. Podemos comparar a la pandemia con un túnel oscuro. No sabemos cuán largo es, no sabemos tampoco cómo son las condiciones de ese túnel, pero, por sobre todo, no sabemos dónde termina. Lo que sí está en nuestras manos es

elegir la forma en que queremos caminar por él. De este modo, al elegir nuestros actos estamos eligiendo qué persona vamos a ser cuando podamos atravesar su umbral y ver el sol. Solo las personas dispuestas a luchar podrán mañana trabajar por un mundo mejor.

¿Puede ser una oportunidad la pandemia? Me cuesta creerlo. Una frase, que quizá no sea del todo cierta, afirma que las crisis son oportunidades. Las crisis son promesa: la promesa esperanzada de que vamos a salir fortalecidos de ellas.

Necesitamos liderazgo y solidaridad para vencer al coronavirus. El enemigo común es invisible, un virus que ataca sin piedad, que no se puede contener, que acrecienta o hace más visibles otros flagelos de base: la violencia, la corrupción, la pobreza, el hambre y la exclusión. Necesitamos una cultura de la solidaridad para fortalecer el compromiso de cada uno de nosotros desde el lugar que ocupamos, para priorizar a aquellos que sufren las peores consecuencias económicas y sociales de este momento. El coronavirus viene a ser como un zoom gigante: nos muestra, amplificados, los problemas que la Argentina, en décadas, no ha sabido resolver. En el ámbito de la salud esto resulta más evidente: el deterioro del sistema, las condiciones precarias de los trabajadores de la salud, la falta de insumos, entre otros. Cuando inicié mi carrera ya faltaban enfermeros; hoy, en Argentina, el índice de proporción de enfermeras por habitante ha empeorado. No obstante, otros países de América pudieron, con políticas públicas, mejorar la relación. Puede ser importante y convertirse en motor de un cambio de mentalidad necesario incorporar, con todo lo que ella implica, una palabra: *aprendizaje*. El aprendizaje es una elaboración y transformación racional y emocional del conocer. Si hacemos de esto un trabajo, seremos capaces de convertir este acontecimiento (la pandemia, con todas sus restricciones) en una experiencia que puede ser saludable en la medida en que nos permita madurar y crecer. Si no lo hacemos, la cicatriz que va a dejar será imborrable.

En cualquier caso, el sistema de salud ya no será el mismo. El COVID nos ha cambiado a todos. Veo y escucho a diario los aplausos de agradecimiento, a las nueve de la noche, a los profesionales de la salud. ¿Podremos aprovechar la oportunidad de nuestras vidas, de mostrar cómo el trabajo de cuidado dedicado y especializado de una enfermera cambia los resultados? Ojalá el sentimiento de gratitud que se muestra por las enfermeras pueda traducirse en acción en el futuro, en mejores condiciones laborales y en reconocimiento social. Nada volverá a ser como era antes. Si lo hiciera, significará que no hemos aprendido nada. Esta incertidumbre de la transición es un drama, puesto que en el cambio constante y a corto plazo no hay posibilidad de mirar al futuro. Pero así como la cuarentena no va a ser eterna, lo que no podemos permitir que suceda es que el COVID 19 nos robe la esencia de lo que somos. En palabras del doctor Frankl: "Las circunstancias externas pueden despojarnos de todo, menos de una cosa: la libertad de elegir cómo responder a esas circunstancias" (9).

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2014). *Diccionario de la lengua española*. 23ª edición. Madrid: Espasa.
- 2) Dagnino, JS (2011) "¿Qué fue la plaga de Atenas?" *Revista chilena de infectología*, 28(4): 374-380. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182011000500013
- 3) Beltrán, JL. (2006) *Historia de las epidemias en España y sus colonias* (1348-1919). Madrid: La Esfera de los Libros.
- 4) Carbonetti, A. (2010) "Historia de una epidemia olvidada: La pandemia de gripe española en la Argentina, 1918-1919." *Desacatos*; 32: 159-174. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2010000100012
- 5) Kilbourne, ED. (2006) Influenza pandemics of the 20th Century. *Emerg Infect Dis.*; 12(1): 9-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3291411/>
- 6) Kirby, T. (2020) WHO Celebrates 40 years since eradication of Smallpox. *Lancet Infect Dis.*; 20(2): 174. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30012-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30012-8/fulltext)
- 7) Garrahan, JP. (1951) *Medicina infantil: Pediatría y Puericultura*. 7ª edición. Buenos Aires: El Ateneo. [Material de Archivo. Localizado en: Buenos Aires, Biblioteca Central Juan José Montes de Oca, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.]
- 8) Invaldi, A. (1956) "Epidemiología mundial de la poliomielititis." *Revista de la Asociación Médica Argentina*; 70(827-830):265-269. [Material de Archivo. Localizado en: Biblioteca Central Juan José Montes de Oca, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.]
- 9) Frankl, Viktor [(1946)2015] *El hombre en busca del sentido*. México: Editorial Herder.

Cuando, por un segundo, el sentir personal choca con el saber profesional

Lic. Laura Clara Ester Bellini (*)
Docente (Universidad Maimónides – UAP Luján)

Los casos en los que apenas unos minutos en una intervención pueden hacer la diferencia en la vida del paciente plantean situaciones límite en las que la ética profesional y los valores subjetivos pueden entrar en conflicto.

INTRODUCCIÓN

Un domingo cualquiera, disfrutábamos el franco con nuestras familias. Todo cambió en el momento en que sonó el teléfono: ese día la vida nos demostró que todo puede cambiar en un instante. Un niño de doce años había sido ingresado a la guardia del Hospital Nuestra Señora de Luján (Provincia de Buenos Aires), traído por los bomberos voluntarios, tras sufrir un accidente domiciliario. La situación era un caos, la guardia estaba colapsada de profesionales,

el hall central lleno de chicos y familias... En el parte médico se podía leer: "Paro cardiorrespiratorio secundario a electrocución. Responde a medida de RCP avanzada tras una hora cuarenta y cinco minutos de reanimación".

En su ya clásico libro *Estupor y coma* [(1966) 2011] Plum y Posner afirman que "una isquemia cerebral completa, como en el caso de un paro cardíaco, produce la pérdida de conciencia en menos de veinte

(*) Licenciada en Enfermería. Cursó el Profesorado universitario en la Universidad Maimónides. Realizó una Diplomatura en Gestión de riesgos para emergencias y desastres (IPAC – Instituto Provincial de la Administración Pública). Actualmente cursa la Maestría en Metodología de la investigación científica (Universidad Nacional de Lanús).

segundos. Al cabo de cinco minutos se agotan las reservas de la glucosa y fosfatos de alta energía. A partir de ese momento, incluso aunque se reanime con éxito al paciente, este puede quedar con daño cerebral grave. Por definición, durante un paro, el flujo sanguíneo cae hasta cero”.

Estas consideraciones técnicas, basadas en la evidencia, nos obligan a planteamos si hay un límite entre la ética profesional y la moral. En el caso que aquí presentamos, ¿que el paciente fuera niño es un factor determinante? ¿Qué hay de los daños extraprimoniales? ¿Quién se responsabiliza de los daños que nuestra práctica profesional pueda causar?

BREVE CRÓNICA DEL CASO

El 11 de septiembre de 2016 a las 17:10, el paciente ingresa al servicio en paro cardiorrespiratorio secundario debido a electrocución. Se trata de un niño de doce años, 1,70 m de alto y 86 kg de peso, que ingresa a la guardia del Hospital Municipal Nuestra Señora de Luján (Luján, Provincia de Buenos Aires) traído por bomberos voluntarios tras sufrir un accidente domiciliario mientras jugaba en casa de un amigo (al levantar una bordeadora se electrocuta y recibe una descarga de 360 kw).

Responde a medida de RCP avanzada, al cabo de 75 minutos de reanimación. Recibe desfibrilación en tres oportunidades; requiere cinco dosis de adrenalina, también lidocaína y sulfato de magnesio. Es derivado a la Clínica Modelo de Morón (Morón, Provincia de Buenos Aires) por su obra social. Al momento del ingreso permanece en coma farmacológico.

Ingresa a la unidad de terapia intensiva pediátrica ventilado, bien perfundido, sin alteración pupilar ni signos de foco. Presenta *weaning* dificultoso debido a secuela neurológica severa, con mal manejo de secreciones. Se realiza traqueotomía.

El paciente evoluciona con persistente hipertensión arterial e insuficiencia renal aguda. Se inicia un tratamiento con antihipertensivo (amlodipina y enalapril). Al quinto día, tras 48 horas de oligoanuria, presenta episodios de anisocoria; sumado al persistente requerimiento de diuréticos en altas dosis y valores de laboratorio de función renal empeorados. Se decide colocar catéter de Cook e iniciar hemodiálisis (cinco días totales), logrando una función renal normalizada. Se suspende la administración de diuréticos.

El episodio de anisocoria es evaluado mediante una

TAC y se constata la presencia de un edema cerebral difuso asociado, por lo cual se realiza una craneotomía descompresiva como parte del tratamiento médico para el manejo de la hipertensión endocraneana. La resonancia de cerebro muestra compromiso isquémico de los ganglios de la base, presencia de colecciones (hidromas bifrontales) adyacentes al área de craniectomía que requieren evacuación quirúrgica.

Luego de realizársele gastrostomía y, tiempo después, craneoplastia, el paciente evoluciona con una encefalopatía crónica, con severa cuadriparesia espástica; debido a las secuelas, desarrolla encefalopatía crónica no evolutiva, doble hemiparesia. El informe del médico legista (médico neurocirujano) deja constancia de “lesiones cerebrales irreversibles, con lesiones severas hemisféricas y centrales de sustancia gris y núcleo de la base”, que “no existió circulación de sangre en cerebro durante 45 a 60 minutos” y que “se insistió 16 veces con la desfibrilación”. Dadas las características clínicas del caso y las complicaciones que pudieran surgir, se indica que el paciente sea retirado de terapia intensiva y derivado a una clínica de tercer nivel, acorde a sus necesidades médicas fisiátricas.

Conforme a esta indicación, se lo deriva al Centro Médico Integral Fitz Roy (CABA) para continuar con tratamiento. Se inicia estimulación multisensorial, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia cognitiva y fonoaudiológica en forma intensiva, con escasa respuesta.

Tiempo después se lo externa y es trasladado a su domicilio para continuar con modalidad de internación domiciliaria dado el carácter crónico y definitivo. Se realiza interconsulta con el Hospital de Pediatría “Profesor Dr. Juan P. Garrahan” (CABA). Dada la evaluación del paciente, crónicamente enfermo y con escasa posibilidad de mejoría, se evalúa continuar con cuidados paliativos para su contención y confort. Tras una larga conversación, la madre (único familiar a cargo del menor) acepta el nuevo cuadro clínico y de inmediato se inicia un plan de cuidados paliativos en domicilio.

A esta altura el peso ha descendido notablemente (26 kilos en 78 días), las micciones son cada vez más esporádicas, catarsis líquidas y abundantes, presenta lesión ósea de apoyo por falta de masa muscular, sin reflejo deglutorio. Su frecuencia cardíaca y tensión arterial desciende y empieza a haber registros de cuadros febriles. Su conexión con el

entorno se encuentra notablemente desmejorada. Continúa con tratamiento de kinesiología, terapia ocupacional, musicoterapia, medicina china, acompañamiento de amor y contención, y bajo supervi-

sión de la médica paliativa que lo visita cada quince días, o según necesidad.

Finalmente, el miércoles 4 de septiembre de 2019, a las 13 horas, se declara su muerte.

REFLEXIÓN FINAL

EL TIEMPO TRANSCURRIDO desde que se produce el paro cardiorrespiratorio y el momento en que comienzan las maniobras es un elemento determinante para iniciar o no la reanimación. Las estadísticas indican que, si al cabo de treinta minutos no se logra reanimar al paciente, aunque las maniobras se prolonguen más allá ningún paciente se recupera; como excepción, solo el 5% lo hace en casos en que la reanimación dura quince minutos (Bedell et al.:1983). Entonces, ¿por qué si el protocolo de RCP plantea ese límite máximo se había insistido durante una hora y cuarto? ¿Qué parte de la subjetividad de cada uno de los agentes de salud intervinientes se puso en juego en aquel momento?

El acto de reanimar a una persona reconoce el valor de la vida cuando se está frente a una situación límite. Estos casos nos instan a rever la obligación médica y ética al intentar dicha maniobra, u otras intervenciones en casos extremos. Entendemos que la aplicación indiscriminada de este tipo de maniobras menoscaba la dignidad del morir y deja a los pacientes con graves secuelas que ni el sistema de salud ni las familias están preparados para afrontar, ya sea por factores económicos o emocionales.

Juani, a pesar de su estado mínimo de conciencia, entendía su situación. Su prolongada letargia, su ciclo evolutivo sumamente alterado y deteriorado, hacían de cada día un día más de pesar.

Durante ese largo proceso de acompañamiento no había manera de saber qué le faltaba hacer, de quién quería despedirse, qué lugar visitar por última vez, o si algo lo tenía preocupado y no le permitía partir. Pero dado lo irrevocable de los acontecimientos, solo nos quedaba dar lo mejor de nosotros: podíamos llenarlo de amor, brindarle contención desde una mirada psicosocial ante esa fría realidad.

Sus últimos dos días los vivió así, rodeado de sus amigos y sus tíos, de su hermano y del equipo interdisciplinario que lo había acompañado. Su mamá, pese al dolor, estuvo con él en todo momento, llenándolo de abrazos, mimos, palabras de amor, de mucho amor.

Juani no necesitó de equipo de asistencia, ni medicación complementaria. **Juani nos dejó físicamente, pero esta experiencia desafiante que transitamos junto a él y su legado de amor vivirá por siempre en cada uno de los que lo conocimos.**

BIBLIOGRAFÍA CITADA

—Plum y Posner (2011). Estupor y coma. Ed. Marhan. Madrid.
[Edición original: 1966]

—Bedell SE, Delbanco TL, Cook EF, Epstein FH. (1983)

"Survival after cardiopulmonary resuscitation in the hospital." N Engl J Med.

Curso de posgrado Gestión de Jefaturas en Áreas de Enfermería

**Directora:**

Prof. Lic. Isabel Vera
Doctora en Enfermería

*Declaratoria de Interés en trámite
Facultad de Medicina*



Del 27 de marzo
al 18 de diciembre



Auditorio Adecra+Cedim
Montevideo 451 10°



Viernes de 8 a 18 hs
(1 vez por mes)

Dirigido a:

Licenciados en Enfermería
que estén ejerciendo el cargo
y quienes aspiren a ejercerlo.

Modalidad:

Presencial con talleres y
dinámicas grupales.



Matrícula: \$1500
Valor del curso: \$25.000
(Se puede abonar en 10 cuotas)



Efectivo, tarjeta de crédito VISA,
transferencia o cheque.

Se realizan descuentos por más de una persona por institución

Presentar: Fotocopias de título, DNI y matrícula.

- CUPOS LIMITADOS -



Curso de Estadística aplicada a los Profesionales de Enfermería BÁSICO Y AVANZADO

Directora:

Prof. Lic. Isabel Vera
Doctora en Enfermería

Dirigido a:

Licenciados en enfermería interesados
en aprender y saber manejar los métodos
estadísticos que se utilizan en las Ciencias
de la Salud



Del jueves 26 de marzo
al 17 de diciembre



Auditorio Adecra+Cedim
Montevideo 451 10°



Jueves de 8 a 16 hs
(1 vez por mes)



Matrícula: \$1.500
Valor del curso: \$18.000
(Se puede abonar en 10 cuotas)



Efectivo, tarjeta de crédito VISA,
transferencia o cheque

SE REALIZAN DESCUENTOS POR MÁS DE UNA PERSONA POR INSTITUCIÓN

INFORMES E INSCRIPCIÓN

aleiandrafuente@adecra.org.ar / (011) 4374-2526

La simulación clínica como estrategia educativa: de la racionalidad instrumental al aprendizaje reflexivo¹

Rosana Elisabet Firpo*
Lic. en Enfermería UBA

Resumen: La simulación clínica constituye una alternativa pedagógica para dar respuesta a los desafíos actuales de la atención de la salud. A diferencia del modelo biomédico, se enfoca en el cuidado de las personas y no en el procedimiento; además, se centra en el estudiante e incorpora el error como parte del proceso de aprendizaje. Estas características la hacen muy apta para el campo específico de saberes y metodologías propias de Enfermería.

Abstract: *The clinical simulation establishes a pedagogical alternative to respond to the current challenges of health care. In contrast to the biomedical model, it focuses on caring for people and not on the procedure; besides, it focuses on the student and incorporates the error as part of the learning process. These characteristics make it very suitable for the specific field of nursing knowledge and methodologies.*

Palabras clave: simulación clínica, enfoques pedagógicos, formación profesional

Keywords: clinical simulation, pedagogical approaches, professional training

INTRODUCCIÓN: UNA INVITACIÓN A REVISAR EL MODELO PEDAGÓGICO.

El proceso de enseñanza, aprendizaje y evaluación del cuidado enfermero se ha ido modificando a medida que la Enfermería se desarrollaba como una disciplina con un campo propio de acción. En ese proceso, las instituciones formadoras de profesionales siguen siendo el elemento clave para el porvenir del desarrollo profesional. Así, por ejemplo, en

su repaso sobre las prácticas de enseñanza utilizadas en Colombia, Acevedo Gamboa (2009) muestra cómo esa constante evolución ha tendido hacia “promover en el estudiante procesos de análisis y pensamiento crítico y en el docente un replanteamiento de sus metodologías (...)”².

*Licenciada en Enfermería UBA

¹ El texto de este artículo se basa en el Taller “Inserción de la Simulación Clínica en el pregrado. Enfoque pedagógico y resolución de casos clínicos mediante la Teoría del Aprendizaje Pleno y el Modelo de Vida en el proceso enseñanza/aprendizaje del cuidado enfermero”, desarrollado en conjunto con el Lic. Emiliano Arguello (Universidad de Montemorelos, México) y la Lic. Alexia Cardoso (Instituto Superior Viale, Entre Ríos) en el marco del Congreso Iberoamericano de Simulación Clínica. 2 Acevedo Gamboa, FE (2009: 53) “Construcción metodológica para la enseñanza de la disciplina de Enfermería: aspectos históricos y reflexiones.”

² Acevedo Gamboa, FE (2009: 53) “Construcción metodológica para la enseñanza de la disciplina de Enfermería: aspectos históricos y reflexiones.”

Siguiendo los lineamientos del PRONAFE (Programa Nacional de Formación de Enfermería), la simulación clínica puede definirse como una estrategia educativa en la cual se crea o replica un conjunto particular de condiciones para asemejar situaciones auténticas y posibles en la vida real³. Para lograr ese objetivo, propone tres aspectos cruciales: centrarse en el estudiante, garantizar un ambiente seguro e incorporar el error como parte del proceso de aprendizaje (FIGURA 1). Se entiende, entonces, a las estrategias de enseñanza como “el conjunto de decisiones que toma el docente para orientar la enseñanza con el fin de promover el aprendizaje”⁴. De allí que la elección de la simulación clínica implique asumir la reformulación de roles al interior de la práctica pedagógica.

Esto supone una revisión muy profunda de todo el enfoque, pues se corre el riesgo de que la simulación clínica sea incorporada en los mismos términos que otras estrategias educativas. Esto es, desde la



FIGURA 1
La estrategia educativa de la Simulación Clínica toma al error como oportunidad de aprendizaje.

racionalidad instrumental, centrada en el procedimiento y no en el cuidado de las personas, colocando al estudiante en el lugar de mero receptor de un conocimiento aislado, con un rol pasivo, y sin considerar el error como oportunidad de aprendizaje e incluso planificarlo en los escenarios (FIGURA 2).

FIGURA 2.
En estas dos primeras imágenes se observa a estudiantes en una actitud pasiva mientras se les indica la técnica correcta (sin margen de error) para auscultar sonidos pulmonares y ruidos cardíacos y colocar una vía IV. Esto da la pauta de un enfoque desde el modelo biomédico.



En las tres imágenes siguientes, estudiantes tratan de resolver un caso clínico en talleres sobre cuidados en salud materno-infantil (medición de la altura uterina, maniobras de Leopold y auscultación de latidos fetales), con una persona inconsciente en la vía pública (valoración primaria) o con integración de contenidos de Cuidados en salud de la madre y el niño y Urgencia y Emergencia con un Taller sobre Gestosis.

³ Cita extraída del Curso Fundamentos para la integración de la Simulación Clínica. Enseñanza de habilidades en el aprendizaje. PRONAFE. 2018. Componente 2.2. Referencia: INACSL 2016.

⁴ Curso Fundamentos para la integración de la Simulación Clínica. Enseñanza de habilidades en el aprendizaje (2018, Módulo 2, Unidad 4: 3); se cita a Anijovich y Mora (2010: 9).

ADOPTAR UN NUEVO ENFOQUE PEDAGÓGICO REQUIERE REDEFINIR LOS ROLES DE DOCENTES Y ESTUDIANTES.

Con el fin de evitar ese riesgo tan contraproducente y de aprovechar la oportunidad de una adhesión plena al nuevo paradigma es que se propone hacerlo desde el enfoque pedagógico del Aprendizaje Pleno, propuesto por David Perkins (FIGURA 3). Por una parte, como se verá a continuación, porque sus siete principios son perfectamente aplicables a la simulación clínica; por otra parte, porque habilita la incorporación de un modelo disciplinar que otorga identidad al campo de conocimientos propios del trabajo desde las metodologías de Enfermería. Un somero repaso por cada uno de los principios evidencia lo apropiado de este enfoque pedagógico para las diferentes fases de la simulación clínica:

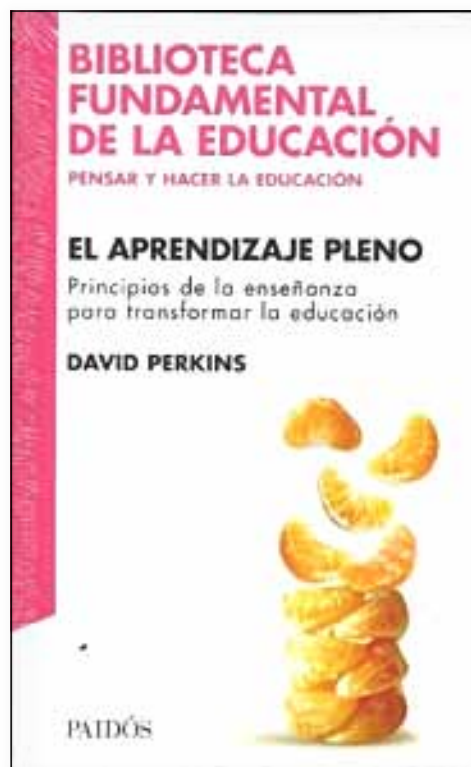


FIGURA 3 Portada del libro de Perkins

- **Jugar el juego completo.**

Partir de describir un caso clínico, no desde un procedimiento puntual al concebir la actividad para el desarrollo del proceso enseñanza, aprendizaje y evaluación. Esto implica una planificación pormenorizada de las etapas de la simulación clínica. De esta forma puede llevarse a cabo un proceso heurístico que contemple la capacitación y evaluación en diferentes tipos de competencias: cognoscitivas, psicomotoras, afectivas y comunicacionales.

También, al tomar como base un caso clínico, pueden identificarse actividades alteradas, realizar un diagnóstico de Enfermería, proponer un objetivo y enumerar actividades.

- **Lograr que el juego valga la pena.**

Debe haber una versión para principiantes. Es decir, desde el inicio de la cursada en primer año se debería poder trabajar con casos clínicos y realizar un recorte específico en la adquisición de las competencias de forma gradual pero siempre teniendo en cuenta que se insertan en un objeto complejo de conocimiento como es el cuidado enfermero.

Por ejemplo, mediante un caso común a los tres años de cursada, se puede solicitar el lavado de manos o la recolección de datos para el primer año; la administración de un fármaco o una visita domiciliaria en segundo año; la valoración primaria en un escenario de riesgo o asesoramiento en planificación familiar en tercer año, según el plan de estudios de cada carrera.

- **Trabajar sobre las partes difíciles.**

Es lo que en simulación clínica se corresponde con el concepto de práctica deliberada, cuya finalidad es "adquirir, desarrollar y perfeccionar destrezas cognitivas y motoras, para mejorar la calidad de atención y la seguridad de los pacientes"⁵.

Puede suceder que en la planificación de un ingreso de una persona que entra en paro cardiorrespiratorio el estudiante coloque bien los brazos pero necesite revisar la profundidad de las compresiones específicamente. Aquí es donde se incorporan conceptos como la tutoría y la retroalimentación.

⁵ Barrientos Jiménez, M. y col. (2015: 50). "La práctica deliberada en la educación médica".

- **Jugar de visitante.**

En los gabinetes o centros de simulación los estudiantes se preparan para concurrir a la práctica hospitalaria o para insertarse en el ámbito laboral.

Se debe recordar que mediante la incorporación de esta estrategia de enseñanza y evaluación se tiende a generar condiciones de seguridad para los estudiantes, pero por sobre todo para los pacientes.

- **Descubrir el juego oculto.**

Los escenarios de simulación se preparan en función de los saberes previos de los estudiantes. Aquí es donde cobra sentido prestar atención a las correlatividades y las materias regularizadas o aprobadas. La planificación de un escenario, definido como “herramienta que proporciona el contexto en el cual se llevará a cabo la simulación”⁶, requiere considerar una actividad que los estudiantes estén en condiciones de resolver, siendo de particular importancia la definición de los objetivos de aprendizaje.

- **Aprender del equipo y de los otros equipos.**

En la resolución de escenarios de simulación, los estudiantes ponen en juego competencias de tipo relacional ya sea entre ellos o con la incorporación de actores y actrices en diferentes roles según se planifique. En particular, este punto puede enlazarse con la fase de debriefing, donde se comenta cómo se sintieron o fundamentan el marco desde el cual tomaron decisiones.

Por ejemplo, si estando solos al momento de una emergencia deciden pedir ayuda, o también, cuando alguien asume el rol de líder en un equipo.

- **Aprender el juego del aprendizaje.**

La resolución de escenarios a partir de un caso clínico favorece la interrelación de saberes de diferentes espacios formativos.

Por ejemplo, a partir de un caso sobre una persona inmunodeprimida por un trasplante renal se pueden hacer nexos en torno al lavado de manos: desde Microbiología, ¿cuál es el germen más frecuente en infecciones intrahospitalarias?; desde Ética, tomando el precepto de no hacer daño; desde Anatomía y Fisiología, en relación al aparato renal; desde farmacología se pueden trabajar conceptos básicos.

Este enfoque pedagógico permite, por lo tanto, abrir un abanico de posibilidades de interrelación para el trabajo en simulación clínica, en la medida en que excede la mera descripción de una técnica o procedimiento a cargo del docente aislado del resto (que perpetúa de esta manera el formato tradicional de la clase derivado del Modelo Médico Hegemónico, el cual parecer tener plena vigencia tanto en las instituciones de salud como en las educativas).

INCLUSIÓN DE UN MODELO DISCIPLINAR PARA FORTALECER LA IDENTIDAD PROFESIONAL.

El primer principio del Aprendizaje Pleno, que insta a jugar el juego completo, habilita la inclusión de un modelo disciplinar. En este caso, se elige el Modelo de Vida de Roper, Logan y Tierney (FIGURA 4) ya que, por un lado, es lo suficientemente versátil como para ser aplicado en los diversos ámbitos y funciones de la Enfermería y, por otro lado, considera los determinantes sociales de la salud.

De manera general, podemos decir que el Modelo de Vida⁷ presenta los siguientes cinco componentes a considerar en la revisión de un caso clínico.

⁶ Morales López S y col (2018:39). Otra bibliografía muy esclarecedora en relación a la temática es el capítulo de Mencía S (2017) Metodología para el diseño de los escenarios. Capítulo 4, pp 39-50 del Manual de Simulación Clínica de la SLACIP compilado y editado por Román Ramos AC y publicado por Malevaje editorial. Disponible en <https://slacip.org>

⁷ Las actividades vitales del Modelo de Roper, Logan y Tierney aparecen explícitamente enumeradas en los contenidos mínimos de cinco espacios formativos en la Resolución 0620/15 que es el marco normativo de las Tecnicaturas en Enfermería en la provincia de Entre Ríos.

- **Factores que influyen en las diferentes actividades vitales.**

El abanico incluye factores físicos, psicológicos, socioculturales, ambientales, políticos y económicos. Esto permite pensar los determinantes sociales de la salud como inherentes al cuidado enfermero y desarrollar diferentes roles (docente, comunicador, líder, enlace, defensor de los derechos de las personas).

– Ejemplo: puede suceder que una persona concurra al centro de salud a controlarse la presión arterial, pero en realidad lo haga porque no ha tomado el medicamento porque no tiene el dinero para comprarlo. Frente a esta situación, el rol de enlace con profesionales del área de acción social puede garantizar el acceso a la medicación y, en el transcurso de la misma, utilizar los medios de comunicación para advertir sobre la necesidad de adherencia al tratamiento.

- **Individualidad de la vida.**

Recordar que las personas y las familias toman decisiones respecto a su salud y bienestar condicionadas por circunstancias y representaciones sociales, las cuales debemos respetar en lo posible (excepto en los casos en que, por ejemplo, se están vulnerando derechos de los niños).

No es un detalle menor observar que, a diferencia de este modelo, los casos descritos habitualmente en la bibliografía se centran en lo biomédico, desde lo patológico.

CONCLUSIÓN

Las disímiles condiciones en las cuales se implementa la simulación clínica en las instituciones requieren la integración de las funciones propias del nivel superior: docencia, investigación y extensión, ya que las mismas se retroalimentan simultáneamente.

La docencia requiere una urgente reformulación para dar respuesta a los desafíos actuales tanto en la enseñanza como en la atención de la salud; la investigación es un elemento ineludible para contar con datos y opiniones fiables sobre los cuales basar la toma de decisiones en la gestión; por último, la extensión es la herramienta para compartir las experiencias y la producción de conocimiento mediante la vinculación con las instituciones y la comunidad.

Se trata de un campo donde aún hay mucho camino por recorrer: no solo en lo que hace al proceso de enseñanza, aprendizaje y evaluación del cuidado enfermero en general, sino también a la inserción de la simulación clínica en el *curriculum* profesional en particular.

BIBLIOGRAFÍA

–Acevedo Gamboa, FE (2009) “Construcción metodológica para la enseñanza de la disciplina de Enfermería: aspectos históricos y reflexiones”. *Investigación en Enfermería: imagen y desarrollo*, 11(1), 53-66. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1611>
–Barrientos Jiménez M, Durán-Pérez VD, León-Cardona AG y García-Tellez SE (2015) “La práctica deliberada en la educación médica”. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, vol 58, n° 6. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422015000600048

–Morales López S y col (2018) “¿Cómo se construyen los escenarios para la enseñanza basada en la simulación clínica?”. Primer Encuentro Internacional de Simulación | Simex 2017, Facultad de Medicina de la UNAM. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/uns171e.pdf>
–Perkins, D. (2016) *El aprendizaje pleno. Principios de la enseñanza para transformar la educación*. 1° edición. Paidós: Argentina.
–PRONAFE (2018) Curso Fundamentos para la integración de la simulación clínica. Enseñanza de habilidades en el aprendizaje.
–Roper N, Logan W y Tierney A (1993) *Modelo de Enfermería*. 3° edición. Interamericana, McGraw-Hill: México.

Respuesta dermatológica al uso de clorhexidina acuosa al 2% en la colocación de catéteres centrales a neonatos

Lic. Silva M. Campos*

Lic. C. Cenardo**

Lic. M. Suárez***

Sanatorio de Los Arcos

El uso de clorhexidina en esta población requiere sumo cuidado debido a que las características de la piel varían según la edad gestacional.

INTRODUCCIÓN

El acceso vascular constituye una de las herramientas indispensables para el manejo de los neonatos hospitalizados. En la terapia intensiva, el catéter central permite un acceso vascular seguro y es utilizado para muchas funciones (monitoreo de indicadores hemodinámicos, administración de fármacos, nutrición parenteral, administración de hemoderivados), así como para la toma de muestras sanguíneas.

No obstante, su uso en esta población presenta po-

tenciales complicaciones a corto y mediano plazo, siendo la de mayor mortalidad la infección del torrente sanguíneo asociada a catéter. Es por ello que en la colocación del acceso vascular central resulta imprescindible el uso de antisépticos como medida básica de prevención de infecciones, a fin de reducir la tasa de morbilidad, la incorporación de tratamientos con antibiótico terapia, la extensión de internaciones y el aumento de costos institucionales.

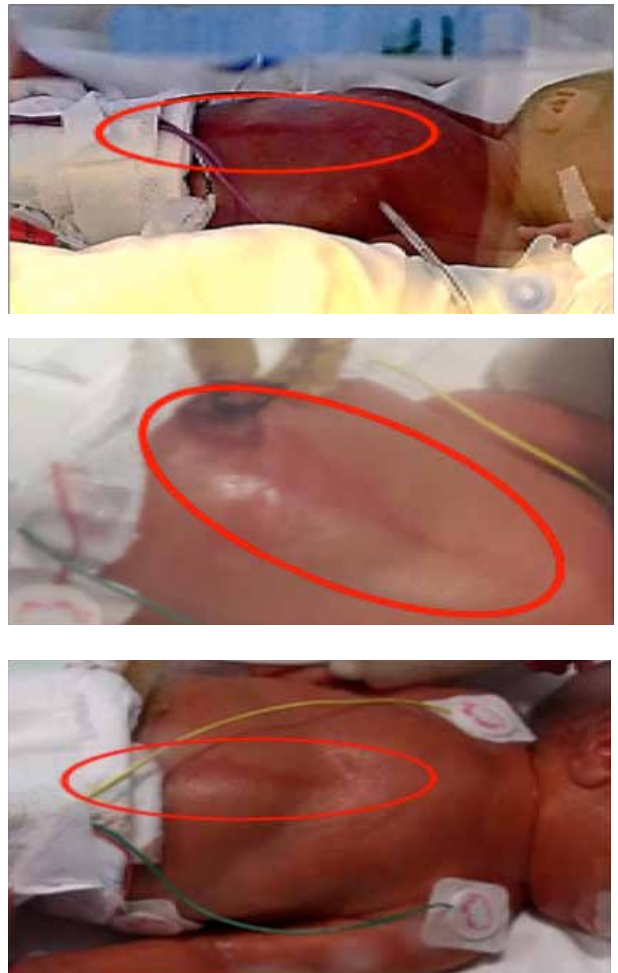
* Licenciada en Enfermería (Universidad Nacional de Rosario). Enfermera en Control de Infecciones, CODEINER Enfermera de enlace, del Servicio de Neonatología del Sanatorio de Los Arcos.

** Licenciada en Enfermería (Universidad Nacional de Rosario). Especialista en Enfermería Neonatal (Universidad Austral). Supervisora de Turno del Servicio de Neonatología, Sanatorio de Los Arcos.

*** Doctora en Farmacia y Bioquímica (Universidad de Buenos Aires). Jefa del Servicio de Farmacia, Sanatorio de Los Arcos.

Uno de los antisépticos de resultado más efectivo es la clorhexidina. Se trata de un compuesto catiónico, perteneciente al grupo químico de las biguanidas, que actúa por disrupción de la membrana citoplasmática. Es altamente activa contra bacterias Gram(+), Gram(-), anaerobias facultativas y aerobias; en menor medida, contra hongos y levaduras; en actividad *in vitro*, contra virus encapsulados. Se caracteriza por su actividad residual de hasta seis horas y su actividad antimicrobiana mínimamente afectada por material orgánico.

Distintos estudios en los que se menciona el uso de clorhexidina en neonatos recomiendan la precaución en esta población debido al riesgo potencial de irritación dérmica, quemaduras químicas y absorción sistémica. El riesgo es inversamente proporcional a la edad gestacional, ya que las características de la piel varían: la piel de los prematuros puede tener la permeabilidad aumentada, el estrato córneo disminuido, la circulación dérmica y sistema vasomotor inmaduro; lo que le confiere una fragilidad y vulnerabilidad extrema. Cabe mencionar que desde el CDC (Centers for Disease Control and Prevention) no se proporcionan recomendaciones específicas para los recién nacidos y lactantes menores de dos meses.



PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

- El estudio se llevó a cabo en el servicio de Neonatología del Sanatorio de los Arcos (CABA), durante el período enero 2018 a diciembre 2019.
- Se utilizó clorhexidina acuosa 2% en todos los casos.
- Se observó presencia de lesiones dermatológicas en 0,73% de los casos (3/410).

Objetivo:

Describir la respuesta dermatológica observada en los neonatos ante el uso de clorhexidina acuosa 2% durante la colocación de accesos vasculares centrales.

Material y método:

- Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo, longitudinal.
- Población: todos los neonatos a los que se les colocó un acceso vascular central (umbilical, percutáneo y por punción).
- Recolección de datos: mediante observación diaria, utilizando como instrumento una lista de chequeo o *check list* que forma parte del paquete de medidas *bundle* para la prevención de infecciones durante la colocación de accesos vasculares centrales. La misma incluye: edad gestacional, peso, tipo de catéter, material utilizado, tiempo de demora.
- Los datos fueron tabulados y procesados mediante matriz de Excel. Se estratificó por peso, por edad gestacional y se registró la realización de *check list* durante la colocación.
- Para el análisis de los datos se utilizaron medidas de tendencia central.

RESULTADOS

–Durante el período que abarca el estudio se colocaron 410 catéteres centrales (TABLA 1). La media de edad gestacional de los neonatos que requirieron la colocación de un acceso vascular central fue de 33 DE $\pm$ 3.9 (24 – 41) (GRÁFICO 1) y el peso medio de 1941 gramos DE $\pm$ 875 (562–4295) (GRÁFICO 2).

–El control se realizó mediante *check list* en el 91,9% de los casos (377/410) (TABLA 2).

–La moda de duración de los procedimientos observados fue sesenta (60) minutos.

–Durante el período de estudio se presentaron tres casos con lesiones dermatológicas en línea media supra umbilical (TABLA 3) compatible con flebitis química (eritema, cordón fibroso visible y palpable, dolor, descamación). Esto representa un 0,73% del total de casos (3/410).

–Según la estratificación, presentaron lesiones 6,2% (3/48) de neonatos de <28 semanas y 2,1% (3/141) de neonatos con un peso $\leq$ 1500 gramos que tuvieron un tiempo de procedimiento inferior a la moda.

TABLA 1 Catéteres colocados

2018 - 2019	
CATÉTER	COLOCADOS (en %)
POR PUNCIÓN	5,6% (23/410)
PERCUTÁNEO	46,8% (192/410)
UMBILICAL	47,5% (195/410)

GRÁFICO 1 Edad gestacional estratificada

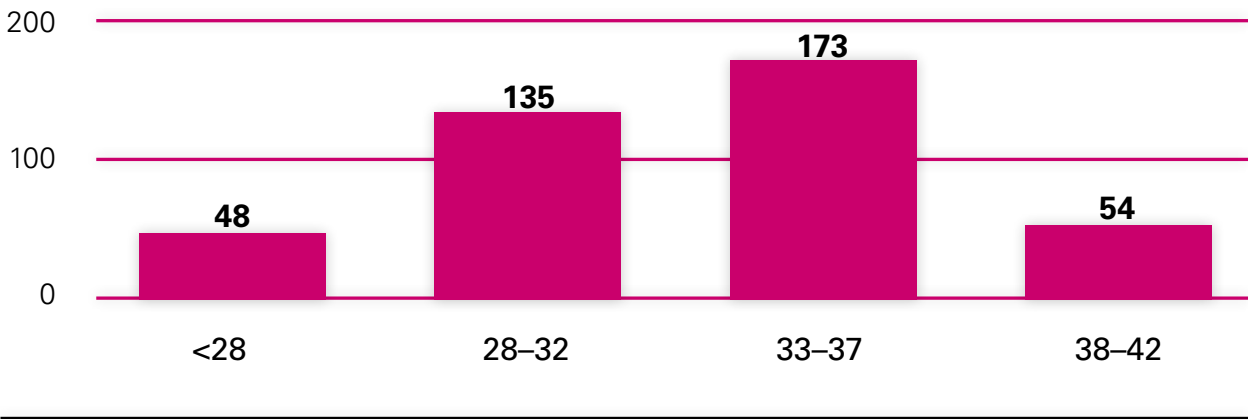


GRÁFICO 2 Peso al nacer estratificado

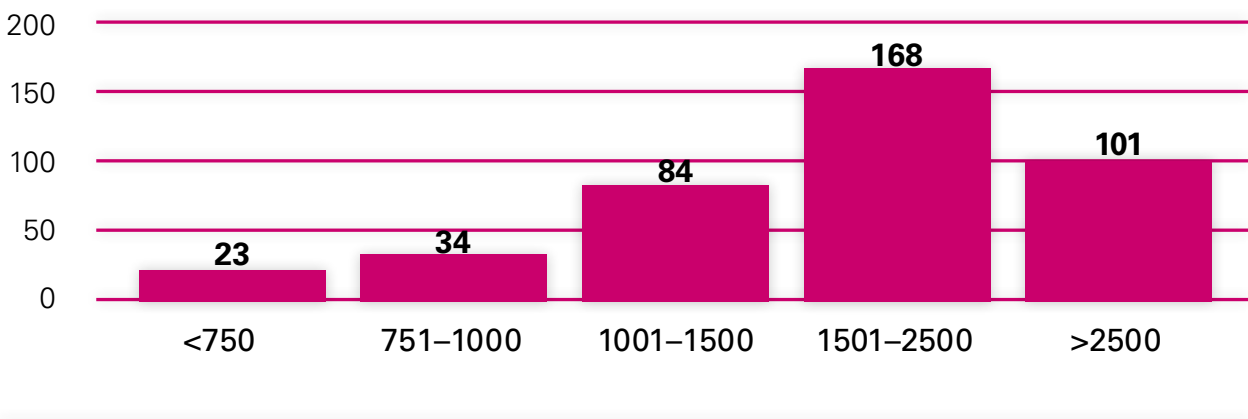


TABLA 2 Realización de Check list

REALIZACIÓN CHECK LIST 2018 - 2019	
SI	91,9% (377/410)
NO	8% (33/410)

TABLA 3 Características de los casos

CARACTERÍSTICAS CASOS 2018-2019				
PESO	EDAD GESTACIONAL	CATÉTER	CHECK LIST	DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
612	27	UMB	SI	N/E
845	24	UMB	SI	25'
1085	27	UMB	SI	20'

CONCLUSIONES

Las lesiones fueron progresivas con el paso de las horas, no requirieron retiro de los catéteres y se trataron con lubricante estéril. El tiempo de duración de los procedimientos en los casos fue inferior a la moda; uno de los casos no tenía registro horario completo, pero se decidió incluirlo para describir resultados reales. El tipo de lesión en el trayecto del catéter (no periumbilical, como se realiza la desinfección) es compatible con flebitis química por un posible arrastre de antiséptico durante la inserción. Si bien el estado clínico exige acortamiento de los tiempos, en base a los casos observados en el presente estudio es posible realizar las siguientes recomendaciones:

- Utilizar la cantidad mínima de solución.
- Respetar el tiempo de secado antes de la inserción.
- Retirar posible excedente con gasa embebida en agua destilada tibia al finalizar para disminuir el tiempo de exposición.

Los múltiples beneficios que ofrecen los catéteres centrales en la población neonatal y el uso de clorhexidina como antiséptico exigen cuidados rigurosos.

BIBLIOGRAFÍA

—Castaño Jaramillo L., Henao Ochoa C., Osorio Vasquez A., (2015) "Uso de clorhexidina y su papel preventivo en las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres en los recién nacidos: revisión de tema" *Medicina & Laboratorio* Volumen 21. Microbiología Números 5-6

—Chattás G. (2010) "Cuidados de la piel del recién nacido pretérmino" *Fundasamin Revista de enfermería* Año III N°10 10-17

—Chattás G, Serra M. (2014) "Guía de práctica clínica para el cuidado de la piel del recién nacido" *Archivos Argentinos de Pediatría* Cap.6 47-52

—Kusari A, Han A Virgen C, Cols. (2019) "Revisión y recomendaciones sobre el cuidado de la piel de los neonatos prematuros." *Pediatric Dermatology*. 36: 16-23

—Lai NM, Nai AL, Riordan E, Cols. (2016) "Antisepsia de la piel para la reducción de las infecciones relacionadas con el catéter venoso central." *Cochrane Database of Systematic Reviews* Ed Jul 13. CD010140.pub2

—Chapman A, Aucott S, Gilmore M, Cols (2013) "Absorption and tolerability of aqueous chlorhexidine gluconate used for skin antisepsis prior to catheter insertion in preterm neonates" *HHS Public Access Journal Perinatology* Oct 33 768-771

—Cloherty J, Stark A. (2017) "Dermatology, Skin Care" *Manual of Neonatal Care* Cap 65 968-978.

—Janssen LMA, Tostmann A, Hopman J, Liem KD. (2017) "0.2% chlorhexidine acetate as skin disinfectant prevents skin lesions in extremely preterm infants: a preliminary report." *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed pii: archdischild-2017-312694.

—Janssen LMA, Tostmann A, Hopman J, Liem KD. (2017) "0.2% chlorhexidine acetate as skin disinfectant prevents skin lesions in extremely preterm infants: a preliminary report." *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed May 3 pii: archdischild-2017-312694.

<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/recommendations.html>
https://www.uptodate.com/contents/chlorhexidine-gluconate-topical-pediatric-drug-information?topicRef=13146&source=see_link

2020

Año del Personal de Enfermería y de Partería

ADECRA • CEDIM • CIE • OMS • OPS

CECILIA GRIERSON • FLORENCE NIGHTINGALE

CUIDADO • DECISIÓN • SEGURIDAD •
DISPOSICIÓN • CALIDAD • OBSERVACIÓN •
ACCIÓN • PLANIFICACIÓN • DIAGNÓSTICO •
REGISTRO • EVALUACIÓN • ATENCIÓN
COMPROMISO • SUPERACIÓN • GESTIÓN •
ACOMPANIAMIENTO • LIDERAZGO
VOCACIÓN • INVESTIGACIÓN • ATENCIÓN •
EDUCACIÓN • TRABAJO EN EQUIPO •
EMPATÍA • REALIZACIÓN • SALUD •
PROFESIONAL • PERFECCIONAMIENTO •

En el 200° aniversario del nacimiento de Florence Nightingale, precursora de la Enfermería profesional moderna y creadora del primer modelo conceptual de la profesión.

Desde la Revista VEA, nuestro reconocimiento y homenaje a todo el personal de Enfermería, que desempeña una función crucial en la prestación de servicios de salud, consagrando sus vidas a cuidar y salvar vidas

Seguridad y resiliencia en la era COVID-19

Dr. Fabián Vitolo
NOBLE, Compañía de Seguros

La actual pandemia de COVID-19 es una situación imprevista e inédita que obliga a enfermeros, enfermeras y al resto del personal de salud a ser resilientes, no solo para cuidar mejor a sus pacientes sino también para poder sobrellevar el enorme impacto emocional y el estrés al que están sometidos.

RESILIENCIA ORGANIZACIONAL Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.

El término resiliencia (del latín *resilio*, volver de un salto, rebotar) se utiliza en distintas disciplinas y en todas tiene un significado más o menos parecido. En biología, hace referencia a la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador, un estado o una situación adversa. Cuando hablamos de estructuras, la resiliencia consiste en la capacidad de un determinado material para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que estaba sometido. En psicología, se entiende como la capacidad de las personas para

sobreponerse o incluso resultar fortalecidas luego de períodos de dolor emocional o traumas. Por último, desde una perspectiva de factores humanos, la resiliencia ha sido concebida como la capacidad que tienen algunos sistemas de responder a situaciones imprevistas que pueden originar fallas y de retornar rápidamente a sus operaciones normales, con un mínimo detrimento en su desempeño.

El concepto de resiliencia forma parte de la definición moderna de seguridad del paciente. Desde hace tiempo, el foco de la seguridad ha estado

puesto de manera casi exclusiva en evitar daños innecesarios asociados a la atención sanitaria. Por esa razón, toda la estrategia y las fuerzas se concentraron en identificar eventos adversos, analizar sus causas raíces, a fin de diseñar programas de prevención detrás de objetivos claros (identificación de pacientes, comunicación efectiva, medicación y cirugía seguras, prevención de infecciones o caídas, etcétera). Podría decirse que el movimiento mundial por la seguridad de los pacientes comenzó a conducirse mirando más por el espejo retrovisor que viendo lo que teníamos por delante. En ese mundo, el sistema nos parecía *maneable*.

Pero entonces llegó el COVID-19 y, parafraseando a Mario Benedetti, *“cuando creíamos que teníamos todas las respuestas, de pronto nos cambiaron todas las preguntas”*. Esta crisis, que nos sorprende sin un mapa de ruta claro, nos está demostrando que la visión clásica de la seguridad se queda corta; que la misma es mucho más que la reducción de eventos adversos y que también debe incorporar en su definición la capacidad de las personas y de las organizaciones de adaptarse con éxito a las distintas situaciones que se les presentan, muchas de ellas imprevisibles. Entonces, así como la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino también el estado de bienestar físico, psíquico y social, la seguridad no es solo la minimización de eventos adversos sino también la capacidad del sistema de poder sostener las operaciones requeridas, tanto bajo condiciones esperadas como inesperadas. Es a esta capacidad de anticiparse, de responder, de monitorear y de aprender sin que haya una merma en el rendimiento a lo que se denomina *resiliencia*. En situaciones de extrema complejidad como la que estamos viviendo, plagada de incertidumbres, sin reglas fijas y con cambios permanentes, la resiliencia de los trabajadores de la salud pasa a ser gran parte de la solución, porque si bien errar es humano, también es humano innovar, adaptar, aprender, corregir, inspirar, sufrir con el otro y colaborar. Esta pandemia nos está enseñando que no siempre las llamadas soluciones alternativas son malas. Todos los días somos testigos de la increíble capacidad de adaptación, de innovación y de inspiración del personal de salud: desde la confección de camisolines hechos con bolsas de residuos, a máscaras de protección caseras con viseras impresas en 3D y placas radiográficas, a conectores especiales que permitirían ventilar a varios pacien-

tes con un solo respirador... Ahora bien, en paralelo con este ingenio técnico, en tiempos como estos resulta fundamental refugiarnos en muchas de las habilidades humanas básicas: en nuestra capacidad de comunicarnos respetuosamente, de colaborar, de ejercer el pensamiento crítico y de trabajar en equipo. Porque, en definitiva, a pesar de nuestros errores y defectos, son estas capacidades las que nos permitirán salir del túnel y avanzar.

RESILIENCIA PARA SEGUIR TRABAJANDO Y AVANZAR, PESE A TODO.

Las personas con una alta vocación de servicio, como las enfermeras y enfermeros, suelen tener valores e ideales muy acendrados que influyen no solo en la elección de la carrera sino también en su toma de decisiones diarias. Son esos valores los que los hacen fuertes para estar ahí cuando los pacientes o sus compañeros los necesitan. Pero son a su vez esos mismos valores e ideales los que los exponen física y emocionalmente.

El altruismo que los hace poner el interés de los demás por encima del propio puede hacer que no busquen ayuda para sus propios problemas porque su salud personal no les parece una prioridad; el enorme compromiso para cumplir con las tareas asignadas y para proteger a los demás pueden generar culpa y duelos complicados cuando ven morir a pacientes a su cargo; la resistencia y la capacidad para soportar dificultades sin quejarse pueden hacer que no adviertan su propio sufrimiento, que pasen por alto síntomas significativos; su estricto código moral puede hacer que se sientan frustrados o traicionados cuando ven que sus jefes o compañeros fallan moralmente. Por último, su búsqueda de excelencia profesional puede llevarlos a sentirse avergonzados cuando se equivocan, de modo que tiendan a negar o minimizar las imperfecciones.

Durante una situación límite como la pandemia, esta espada de doble filo de los altos valores e ideales puede desatar un verdadero tsunami de emociones, dando lugar a situaciones de estrés agudo. Entre ellas cabe mencionar:

1. Sensación de seguridad:

Las personas deben sentirse protegidas física (mediante adecuados elementos de protección personal) y psicológicamente (saber que pueden equivocarse y que sus opiniones serán valoradas).

2. Calma:

Tienen que sentir que sus líderes están calmos y que tratan de llevarlos hacia un lugar más seguro.

3. Apoyo social y conexión humana:

De allí la importancia de los aplausos (reconocimiento, gratitud) de la comunidad y del estímulo de los afectos.

4. Autoeficacia:

Deben sentir que son capaces de atravesar esta situación con éxito, que cuentan con la capacidad y/o los recursos.

5. Esperanza:

Que para algunos se manifestará como un optimismo natural, para otros tendrá un sentido espiritual o religioso, para otros será la convicción de que los recursos estarán disponibles cuando se necesiten.

Del estrés agudo al *burnout* (a estar “quemados”) hay un solo paso. La evidencia sugiere que un manejo temprano de estas reacciones puede ser muy efectivo para evitarlo. Es fundamental brindar una suerte de “primeros auxilios emocionales” a los enfermeros y enfermeras, quienes se transforman muchas veces en verdaderas segundas víctimas de las pandemias. Es aquí donde el apoyo entre compañeros se vuelve en extremo importante: si bien la mayoría de las personas sometidas a traumas, pérdidas o fatiga logra arreglárselas y salir adelante, también es cierto que algunas se enferman. Además, es muy común que quienes están mal desa-

rollen un mecanismo de negación y no busquen ayuda (“*Estoy bien, estoy perfecto, ni siquiera estoy cansada*”; “*Sería egoísta tomarme un descanso*,” etcétera).

A la luz de estas consideraciones, para quienes tienen a su cargo la conducción de equipos, ¿cuál sería la mejor forma de guiar a las personas que están en una situación de amenaza continua, como las y los enfermeros durante esta pandemia? Los especialistas en estrés traumático señalan cinco elementos que parecen estar muy relacionados con la capacidad de sobrellevar estas situaciones y de recuperarse:

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS DURANTE LA PANDEMIA

- Monitoree permanentemente su propio estado y ritmo de trabajo.
- Conecte regularmente con colegas, familia y amigos.
- Trabaje en equipo; genere alianzas.
- Participe de grupos colaborativos para fomentar la resolución de problemas, el intercambio de recursos y el apoyo mutuo.

- Tome breves descansos para relajarse y regular el estrés.
- Supervise y consulte regularmente a sus pares.
- Recorra a información precisa y tutoría como ayuda para tomar decisiones.
- Haga todo lo posible para que las conversaciones sean productivas; evite los miedos generalizados.
- Circunscriba la ansiedad a las amenazas reales.
- Concentre sus esfuerzos en lo que está a su alcance.
- Acepte las situaciones que no se pueden cambiar.
- Fomente un espíritu de fortaleza, paciencia, tolerancia y esperanza.
- Evite trabajar a toda hora, con pocos descansos, o sin consultar con colegas.
- Evite la ingesta excesiva de dulces y cafeína.

CONCLUSIÓN

La resiliencia describe cómo las personas aprenden y se adaptan para *crear* seguridad en ambientes plagados de grietas, peligros, prioridades que compiten entre sí, y soluciones intermedias que suelen distar mucho del trabajo tal y como había sido planificado. Si bien hemos dividido en este artículo la seguridad de los pacientes de la seguridad del personal de salud, es preciso destacar que se trata de una división con fines didácticos, que bajo cualquier otra perspectiva resulta arbitraria, pues la seguridad de los pacientes y la de quienes los cuidan están íntimamente ligadas.

Este hecho ha quedado de manifiesto recientemente, con la decisión de cerrar terapias intensivas y hasta hospitales enteros porque los médicos o enfermeros se contagiaron. La pérdida de recursos humanos importantes tiene un impacto directo en la atención: las probabilidades de que se comenten errores, de que no se trabaje en equipo o de que la coordinación falle solo pueden aumentar si quienes cuidan no cuentan con la protección, el respeto y el apoyo necesarios (imprescindibles) para realizar su tarea de manera apropiada, garantizando prácticas seguras.

2020 Año de la Enfermería

Lic. Hna. Mercedes Zamuner
Docente en Enfermería
Sanatorio Mater Dei, Buenos Aires

La campaña “Nursing Now” es un llamado a los gobiernos y a los dirigentes de las instituciones sanitarias para concientizar sobre la importancia de invertir en Enfermería: se trata de la forma más rentable de garantizar un mejor acceso a la atención de salud esencial de las poblaciones.

INTRODUCCIÓN

Con gran alegría y expectativa ha reaccionado el colectivo de Enfermería a nivel internacional ante la consigna lanzada desde la Organización Mundial de la Salud de declarar el año 2020 como Año de la Enfermería, en coincidencia con el bicentenario del nacimiento de Florence Nightingale, el 12 de mayo, pionera de la Enfermería profesional. Esta iniciativa, impulsada por el director de la OMS, Tedros Ghebreyesus, responde a un clamor mundial por la necesidad imperiosa del recurso humano enfermero para la atención de salud de las poblaciones, presencia esencial e imprescindible para satisfacer las demandas de salud de los ciudadanos del mundo. Desde sus inicios como profesión, la Enfermería ha transitado un camino de superación continua. Hoy en día es parte integrante del equipo de salud con su aporte propio y específico, al mismo nivel que cualquiera de los otros profesionales de la salud (médicos, kinesiólogos, nutricionistas, psicólogos).

Su preparación cualificada y las oportunidades de capacitación de los últimos años han permitido a las y los enfermeros asumir con idoneidad no solo las tradicionales responsabilidades asistenciales, sino también la conducción de servicios e instituciones de salud, el liderazgo de equipos de trabajo multidisciplinarios, la capacitación de pares y otros miembros del equipo de salud, la gestión y planificación en salud en organismos gubernamentales, entre otras. No obstante, hay barreras que persisten en el tiempo y hacen que la profesión no tenga el atractivo necesario para las generaciones jóvenes como una carrera con futuro promisorio. Hoy, un joven que se plantea su vocación profesional es más pragmático: no solo aspira a desarrollar sus aptitudes e inclinaciones naturales, sino que también desea una profesión que le signifique, entre otras cosas, prestigio social, buena remuneración y posibilidades de crecimiento.

Comprender y dar respuesta a esta complejidad –la necesidad de contar con mayores recursos humanos en una profesión clave pero poco atractiva en términos laborales– requiere el compromiso activo de los profesionales, las instituciones y los gobiernos.

FORMACIÓN EN ENFERMERÍA

A través de la Resolución Ministerial 2721 del 30 de octubre de 2015, la carrera de Licenciatura en Enfermería fue incluida en el artículo 43 de la ley 24.521 que fija “*el régimen de títulos correspondientes a profesiones reguladas por el Estado, cuyo ejercicio pudiere comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes*”. Esto marcó un punto de inflexión para la capacitación cualificada de los aspirantes a enfermeros,

ciados en Enfermería que han alcanzado títulos de posgrado, desde especialidades en distintas áreas de la profesión, hasta maestrías y doctorados en Enfermería o Ciencias de la Salud. Si bien el porcentaje de estos graduados sigue siendo aún bajo –las limitaciones económicas y las obligaciones laborales impiden muchas veces el acceso a estos estudios–, hay muchas expectativas de crecimiento académico entre las generaciones jóvenes de enfermeros.

Para los empleadores debería ser un objetivo lograr la mejor capacitación de su personal. Así lo demuestran investigaciones realizadas por centros de reconocido prestigio internacional: a mayor capacitación, mejor calidad asistencial, menores riesgos de daño para los pacientes, mayor satisfacción para el propio profesional. Todo lo cual redundará, en último término, en beneficio para la institución de salud.



pues significó un reconocimiento que la jerarquizaba como carrera universitaria, ubicándola al mismo nivel que Medicina, Odontología, Veterinaria, Farmacia, entre otras.

Actualmente, la carrera se dicta en 93 universidades argentinas (68 nacionales y 25 privadas). Desde 2018, varias de ellas, en distintas universidades a nivel nacional, cuentan con la acreditación de la CO-NEAU, lo que establece un currículo unificado para todo el territorio de la República Argentina.

Gracias al esfuerzo y tesón en el estudio, hay licen-

OBSTÁCULOS

El prestigio social de la Enfermería en nuestro país está marcado todavía por la impronta histórica de haberse iniciado por mucamas que aprendieron el “oficio” a través de la práctica, personas de condiciones socioeconómicas y culturales humildes; sumado a ello, las exigencias de ser una labor sacrificada. En la actualidad, la baja remuneración, así como las malas condiciones de trabajo en general, hacen que las y los enfermeros deban muchas ve-

ces tener dos trabajos para mantener el hogar, o apelen a horas extras, con el desgaste psicofísico que esto conlleva. Para las instituciones de salud representa un dolor de cabeza lidiar con el alto ausentismo a causa de problemas de salud generados por la permanencia en dos trabajos, o por obligaciones de cuidado en caso de enfermedad de algún miembro de la familia; esto último, es preciso volver a destacarlo, debido a que la mayoría del personal de Enfermería son mujeres, quienes suelen estar a cargo del cuidado de su familia.

Pero también se da un fenómeno cultural de la época: la alta rotación de personal (no solo en Enfermería), debido a que los jóvenes ya no consideran permanecer en el mismo trabajo, o desarrollar toda su carrera en una misma institución, sino que los impulsa el deseo de tener nuevas experiencias y probar distintas opciones. Este fenómeno produce

A nivel local, la crisis del colectivo de Enfermería de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se agudizó a raíz de la promulgación, el 1º de noviembre de 2018, de una resolución del gobierno de la Ciudad (la ley 6035) por medio de la cual se modificó el estatuto escalafonario de los hospitales públicos, incluyendo en la categoría profesional a profesiones que hasta ese momento no estaban contempladas en el mismo. Pese a la solicitud de la Asociación de Enfermería de Capital Federal para que los licenciados en Enfermería fueran incluidos en la categoría profesional, ésta fue omitida en forma discriminatoria (lo mismo que en el caso de los licenciados en instrumentación quirúrgica y en bioimágenes). Cabe aclarar que esta modificación implica, entre otros aspectos, el acceso a ciertos beneficios, como una mejor remuneración y mayores oportunidades de capacitación.



un desgaste en el personal fijo de la institución, que con mayor frecuencia debe amoldarse a nuevos ingresantes y llevar adelante, cada vez, el proceso de integración al equipo de Enfermería y a las rutinas institucionales.

A esto se añade una problemática creciente: las situaciones de violencia y agresiones que deben enfrentar quienes trabajan en los servicios de guardia, emergencias e internación, tanto en el sector público como en el privado.

Las movilizaciones de los enfermeros, junto con los licenciados en instrumentación y en bioimágenes, realizadas en varias oportunidades en la CABA, ante el Congreso y en la Legislatura de la Ciudad, fueron motivadas por un reclamo legítimo de reconocimiento de su formación profesional universitaria de grado, con estudios equivalentes a cualquier otro profesional del equipo de salud, sean médicos, psicólogos, kinesiólogos o nutricionistas. Pero a diferencia de los reclamos efectuados por los residentes médicos (que realizaron en fecha reciente un paro para exigir

un cambio en la legislación promulgada que no los beneficiaba), que fueron atendidos, Enfermería aún espera una respuesta positiva a sus justos reclamos. En definitiva, no se reclama la creación de una nueva legislación especial para Enfermería sino simplemente de su inclusión en la Ley 6035, tal como las demás profesiones del equipo de salud, sin discriminaciones. A diferencia de la CABA, en algunas provincias del interior este reconocimiento en el escalafón profesional de los licenciados en Enfermería es ya una realidad.

DATOS REVELADORES

El CIE, portavoz de la Enfermería a nivel internacional, ha enviado una señal de alerta a los gobiernos respecto de los desafíos que enfrenta la salud mundial, para los cuales no cuenta con los recursos humanos que exige su abordaje. Entre esos desafíos menciona: el aumento de personas con enfermedades crónicas; el cuidado de adultos mayores ante la creciente expectativa de vida; el manejo de alta tecnología que permite mayor sobrevivencia en situaciones críticas; el impacto de factores emergentes como el cambio climático y la migración; los brotes epidémicos que surgen de tanto en tanto en distintas poblaciones.

De acuerdo a los datos aportados por el CIE, se necesitan nueve millones de enfermeras en todo el mundo para paliar la deficitaria atención de salud de la población, situación que en nuestro país es más crítica a raíz de la enorme desproporción entre la cantidad de médicos y de enfermeros por habitante. Un informe de 2018 de la Organización Panamericana de la Salud, titulado *Distribución de la fuerza de trabajo en Enfermería en la Región de las Américas*, indica que la Argentina posee una de las tasas más bajas de enfermeros por habitante (con 4,24 cada 10 mil personas), solo por encima de Honduras, República Dominicana y Haití.

Hay otros indicadores que apuntan en la misma dirección (la necesidad imperiosa de contar con una mayor dotación de profesionales enfermeros en el país): el Sistema de Información Sanitario Argentino (SISA), dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, estimó que en 2018 el total de matriculados en este campo era de 179.175: 19.729 (11%) licenciados, 73.373 (41%) técnicos y 86.073 (48%) auxiliares, estos últimos los de menor formación.

La capacitación de una mayor cantidad de enfermeros es parte de la solución, pero solo con ella no alcanza. Otros relevamientos indican que muchas personas jóvenes (algunas de los cuales incluso recibieron becas para estudiar Enfermería) luego de obtener el título y ante la decepción por la realidad laboral, deciden continuar estudios universitarios en otras áreas para mejorar su perfil (migrando a kinesiología, psicología, medicina, u otras disciplinas), o directamente buscan otro empleo, por fuera del ámbito de la salud, que sea más redituable. No se trata, por lo tanto, solamente de incrementar la matrícula de estudiantes, sino de que el sistema brinde las condiciones necesarias para la inserción y permanencia de esos recursos humanos una vez completada su formación.



PROPUESTAS DE MEJORA

En este punto quisiera citar algunos fragmentos del documento de la Campaña "Nursing Now", realizada en colaboración entre el CIE y la OMS en adhesión al Año de la Enfermería. Dicho texto enfatiza la necesidad de mejorar el estado y el perfil de la Enfermería en todo el mundo, de lograr hacerse oír ante los responsables de la formulación de políticas sanitarias, apoyando a las enfermeras para que asuman un liderazgo que permita construir un movimiento global. Se trata de capacitarlas para que ocupen su lugar en el corazón del sistema de salud y así puedan enfrentar los desafíos del siglo XXI.

"En este momento, los servicios de salud no están aprovechando al máximo a las enfermeras, que a menudo son subestimadas y no pueden desarrollar todo su potencial:

- *El potencial para realizar trabajos más variados y asumir una mayor responsabilidad a menudo es pasado por alto debido a las jerarquías estrictas y las ideas heredadas acerca de lo que pueden y no pueden hacer.*

- *Pese a la comprensión y el conocimiento que su posición única en el sistema les brinda, a menudo las enfermeras tienen poca influencia sobre la política y la toma de decisiones.*

- *Invertir para mejorar las condiciones de trabajo de las enfermeras, la capacitación y las ha-*

bilidades de liderazgo puede contribuir al Triple Impacto de mejorar la salud, empoderar a las mujeres (ya que la mayoría de quienes ejercen la profesión son mujeres) y fortalecer las economías locales.

Esta iniciativa nos brinda una oportunidad única para poner a la Enfermería en el centro de la política sanitaria nacional y mundial, celebrar el trabajo que realizan las enfermeras, su contribución fundamental para mejorar la salud y la atención de las comunidades en todo el mundo.



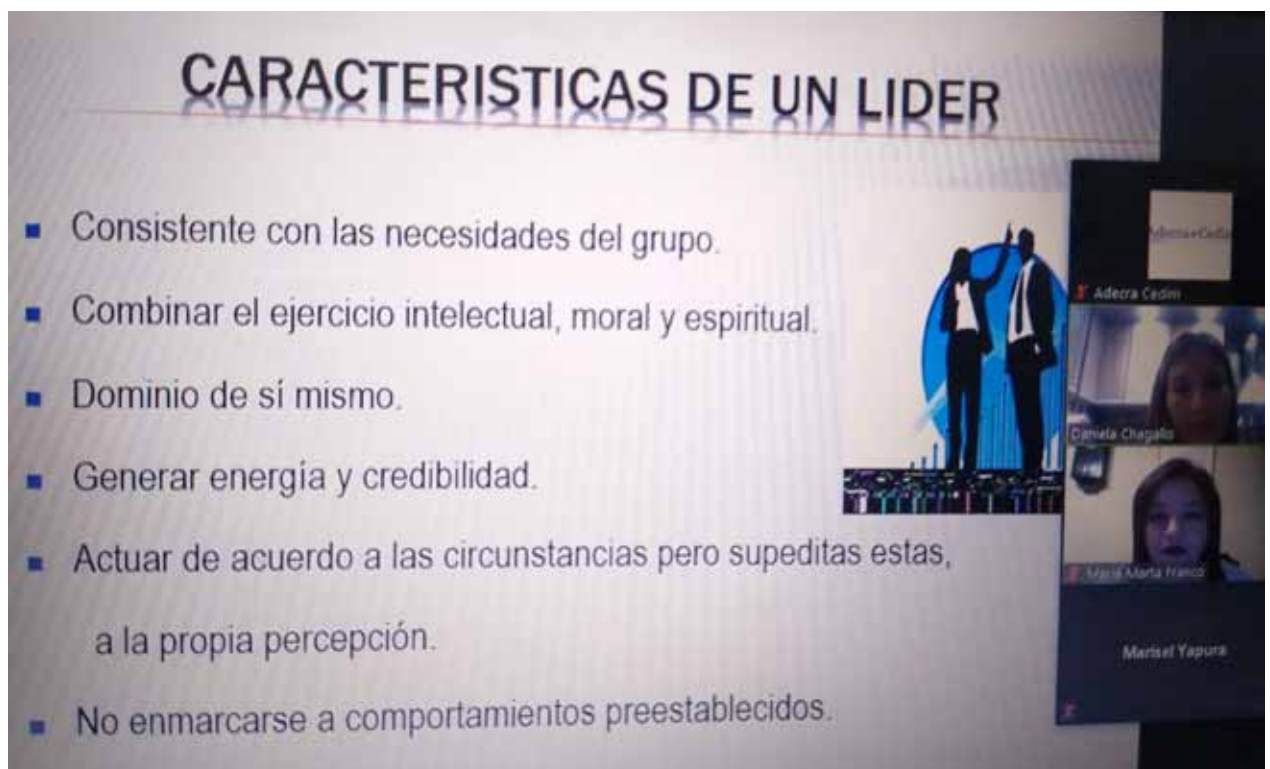
PALABRAS FINALES

El CIE constituye una federación de más de 130 asociaciones de Enfermería de distintos países, que representa a alrededor de 20 millones de enfermeras en todo el mundo. El Año de la Enfermería quiere ser un llamado a la reflexión para todos los responsables en la toma de decisiones, tanto gobiernos como dirigentes de instituciones de salud, acerca de qué clase de atención queremos para nuestra población. Se trata de comprender que, además de constituir un derecho, para lograr el acceso a una atención de calidad no existen recetas mágicas: es preciso invertir en recursos humanos, lograr mejores remuneraciones para las y los enfermeros, delegar en ellos los puestos de conducción y liderazgo de acuerdo a sus competencias, especialmente en las áreas de atención primaria de la salud, asistencial, en las actividades de prevención y promoción de la salud. En otras palabras, de comprender que el cuidado de la salud de la población no solo pasa por una buena atención médica, sino también –y no en último término– por los cuidados que brinda Enfermería para dar continuidad a dicha atención.

La vocación enfermera hace que quienes eligen esta profesión inviertan tiempo, entusiasmo, creatividad y abracen con pasión la tarea de servicio a los demás. Se trata de una carrera sacrificada, donde la satisfacción pasa por la tarea bien hecha y la gratitud de parte de quienes reciben la atención. Pero también requiere reconocimiento social, una remuneración acorde y oportunidades de capacitación para mantener los conocimientos y habilidades actualizados a fin de brindar los cuidados de calidad que todas las personas tienen derecho a recibir.

Gestión de Jefaturas en áreas de Enfermería

El día 8 de mayo del corriente año tuvo lugar la apertura del curso de posgrado "Gestión de Jefaturas en áreas de Enfermería". La misma se ha realizado en forma virtual debido a la situación global y las restricciones que impone la actual pandemia. Se trata de la segunda edición, luego de la excelente respuesta que tuvo la primera, que fuera declarada de interés por la Facultad de Medicina de la UBA. El curso es dictado en su totalidad por docentes de reconocida trayectoria en la gestión ejecutiva de departamentos de Enfermería. Su objetivo es brindar herramientas que potencien el conocimiento para lograr una conducción eficiente y eficaz, capaz de dar respuesta a los desafíos que nos presenta el mundo actual, de generar dinámicas que puedan articular las exigencias de éxito y productividad con la satisfacción laboral y el sentido de realización profesional del personal a cargo. La adecuada conducción del recurso humano implica comprender que la satisfacción laboral se relaciona en forma directa con variables como la



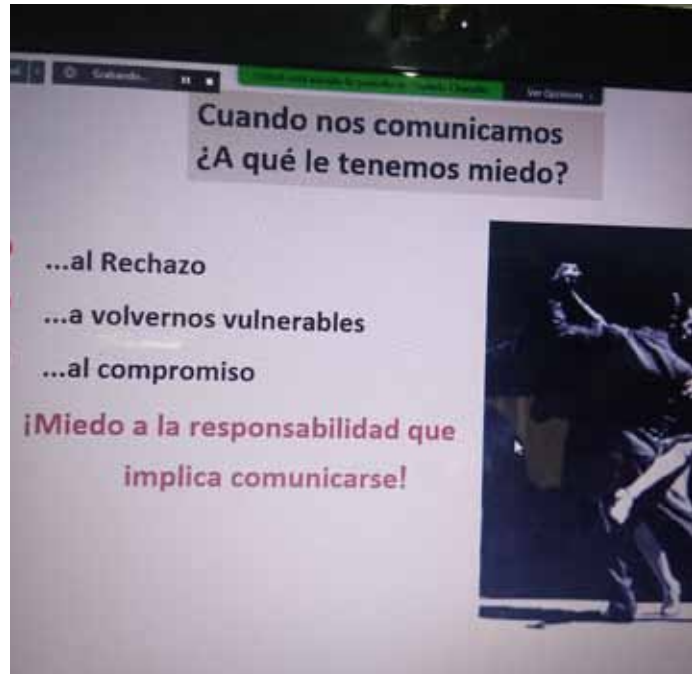
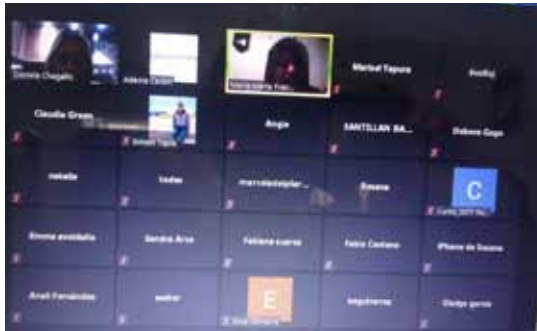
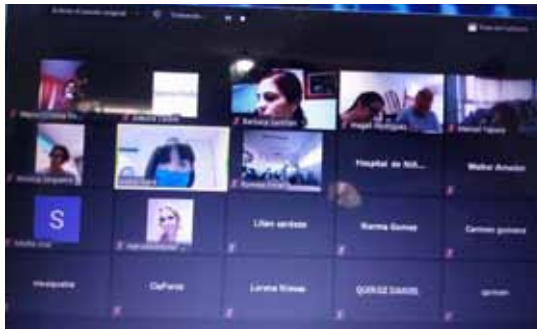
The image is a screenshot of a virtual meeting. On the left, a presentation slide titled "CARACTERISTICAS DE UN LIDER" is displayed. The slide lists seven characteristics of a leader, each preceded by a blue square bullet point. To the right of the text, there is a graphic of two silhouetted figures standing on a city skyline at night, with one figure pointing upwards. On the far right, a vertical stack of video feeds shows the faces of several participants. The names of the participants are visible below their respective video windows.

CARACTERISTICAS DE UN LIDER

- Consistente con las necesidades del grupo.
- Combinar el ejercicio intelectual, moral y espiritual.
- Dominio de sí mismo.
- Generar energía y credibilidad.
- Actuar de acuerdo a las circunstancias pero supeditas estas, a la propia percepción.
- No enmarcarse a comportamientos preestablecidos.

Participants visible in the video feeds:

- Adelma Caden
- Daniela Chapala
- Maria Marta Franco
- Marisel Yagura



productividad y el rendimiento; de allí la importancia de atender desde una perspectiva diferente la incidencia de factores que afectan negativamente a dichas variables, como el estrés, el *burnout*, el ausentismo, la rotación del personal, entre otros (Luthans, 2002). Este es el eje del posgrado. En palabras de Martínez Caraballo (2007), “el interés actual por la gestión de la satisfacción laboral está alimentado por dos factores: el deseo de corregir la gestión empresarial del último periodo, enfocada unilateralmente en la eficacia y la flexibilidad, y en querer responder a la nueva demanda del mercado laboral. Ambos factores llevan a concebir una nueva lógica en el trabajo”.

El curso está dirigido a Jefes departamentales que quieran profundizar sus conocimientos, adquirir nuevas formas de planificación estratégica y comprender los procesos que ayudan a establecer metas alcanzables dentro de las organizaciones, en sus lugares geográficos y en los diferentes escenarios que su rol actual les permita.

Sostener este espacio de formación, bajo una modalidad alternativa, es una responsabilidad que hemos asumido. A la espera de que las circunstancias mejoren y de que se rehabiliten los trámites administrativos del claustro de estudios para formalizar la Resolución antes mencionada, renovamos nuestra invitación a los colegas a participar del curso.

Prof. Lic. Isabel Vera

Doctora en Enfermería

Directora del Curso Posgrado Gestión de Jefaturas en áreas de Enfermería

Jefa de Departamento,

Corporación Médica San Martín

Sara Ruiz Díaz

Alumna de la Licenciatura en Enfermería, Universidad Isalud, sede Venezuela.

Paciencia

Se dice que no es fácil, que muchos la buscan, pero no todos la encuentran; que otros, que la tenían, la pierden. Por eso es una virtud tan apreciada. Quizá supiste de ella muy pocas veces, pero otras tantas has escuchado que son pocos los que la alcanzan. Su práctica es un arte y pocos saben apreciarla.

Hoy más que nunca hemos de practicarla. Si al principio pareció sencillo, a medida que la cuarentena se extendía la prueba se ha hecho más difícil. Pero el amor a tus hijos, a tus padres, a tus abuelos, a tus vecinos, a tus amigos, te ha ayudado a entender por qué es importante cuidarnos.

No fue fácil aceptar que la pandemia se había extendido. Primero fueron rumores, luego noticias; hoy es una realidad tan contundente que a menudo nos impide conciliar el sueño. Esa virtud de la paciencia es la que te hará cuidar de vos, de mí, de todos. Esa virtud que pocos han podido experimentar, a otros les ha salvado la vida.

Es difícil entender cómo muchos se atreven a pelearla de muy cerca, tan de cerca que a veces pareciera no atemorizarlos, pero dejame decirte que a ellos, a las y los enfermeros, a las y los médicos, y sobre todo a mí, que soy mortal como vos, me ha asustado. Pero sé que pronto saldremos juntos. Volveré a abrazarte, volveremos abrazarnos, nos daremos otra vez un cálido apretón de manos y podré decirte, por fin, que todo ha pasado...

Mientras tanto, te pido que no abandones esta tarea. Que cultives la paciencia, esa virtud que pocos adquieren, que pocos saben apreciar. Hoy te digo, mi amigo, que pronto todo esto será un aprendizaje de vida.

No olvides que te quiero fuerte, te quiero vivo.

Sé paciente.

Escuchá

Escuchá el vacío que ha dejado este terror.

Escuchá el ruido de pasos en las ciudades vacías.

Escuchá el sonido sordo de risas de niños, de una vida llena de movimiento.

Todo aquello duró solo un instante; ahora es solo un recuerdo.

No sabíamos el valor tan importante de caminar uno al lado del otro, de las charlas interminables tomados de la mano, de los abrazos cotidianos que solo dábamos por cortesía.

Pero hoy más que nunca se los extraña y se añora como un sueño imposible de volver a vivir.

El terror se ha apoderado de las ciudades.

Muchos han quedado en el camino sin poder pelearla.

Escuchá el silencio de grandes plazas.

Solo han quedado los recuerdos de aquellos momentos vividos.

Falta poco pero aún es necesario que te guardes.

Que la esperanza del niño, del anciano, de esa mujer y de ese hombre sigan intactas en sus miradas.

Miradas llenas de esperanza que solo ven hacia el horizonte.

Falta poco para volver a vernos.

Falta poco para volver a amarnos.

Parecería que el terror se aleja... Pero no te confíes. No olvides las precauciones del cuidado, que el amor sigue intacto.

Pronación en pacientes ventilados

FICHA 61

Lic. Adriana Mamani

Lic. Alejandra Gómez

Lic. Elizabeth Fernández

Unidad Cuidados Críticos y Unidad Coronaria. Sanatorio De Los Arcos

Lic. Zulema Salvatierra

Lic. Gisell Quinteros

Supervisoras, Unidad Cuidados Críticos y Unidad Coronaria. Sanatorio De Los Arcos

1) DEFINICIÓN

La pronación es una técnica no invasiva cuya eficacia ha sido demostrada en diversos estudios como medida terapéutica en el tratamiento en pacientes con Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA).

–Decúbito prono es la posición en que el cuerpo yace sobre el pecho y el vientre.

2) OBJETIVOS

- Producir una redistribución de la ventilación hacia las zonas dorsales del pulmón (mayoritariamente colapsadas en decúbito supino en pacientes con SDRA) para favorecer la perfusión pulmonar.

3) CONSIDERACIONES GENERALES

- El SDRA conlleva riesgo mortal cuando los pulmones están lesionados: presentan inflamación en el tejido, los vasos sanguíneos filtran líquido y los alveolos se comprimen o se llenan de líquido.
- Los pacientes presentan dificultad para realizar el intercambio gaseoso (hematosis).



4) EQUIPO Y MATERIALES

- Almohadas (elementos de apoyo)
- Sábanas
- Pañales
- Cremas hidratantes, soluciones y apósitos hidrocoloides para la prevención de LPP
- Electrodo
- Dispositivos de fijación de sondas y TOT
- Set de intubación rápida/ entubación dificultosa
- Bolsa de resucitación (Ambú).
- Equipamiento: carro de paro a disposición

5) ROLES Y RESPONSABLES

– Se debe contar con un mínimo de cinco (5) profesionales expertos (incluyendo médico, kinesiólogo y enfermero) para realizar el procedimiento.

– El enfermero asistencial a cargo de la atención del paciente es el responsable de asistir durante el procedimiento, junto con el equipo de salud.

A continuación, se describen los roles de los diferentes profesionales del equipo.

- **Líder de maniobra:** cuidará los catéteres y drenajes.
- **Asistente 1:** encargado de girar la cabeza del paciente y seguridad del TOT de la Vía Aérea (VA) en todas las etapas de la maniobra y colaborando en la rotación. (Se debe cuidar que el paciente no se desconecte del ventilador durante el procedimiento de giro ya que esto producirá una pérdida de la presión positiva con la consecuente pérdida del reclutamiento alveolar).
- **Asistente 2:** ubicado a un lado de la cama para realizar la maniobra, cuida el resto de catéteres y sondas.
- **Asistente 3:** ubicado a un lado de la cama para ayudar en la rotación.
- **Asistente 4:** permanecerá en la puerta de la unidad, en caso de necesitarse materiales o ayuda extra.

6) PROCEDIMIENTO

Intervenciones de Enfermería previas a la rotación

- Cuidado de los ojos: limpiarlos y aplicar lubricantes.
- Valoración pupilar (tamaño, reactividad, etcétera).
- Cuidado de la boca: realizar higiene bucal y cambio de sujeción del tubo orotraqueal (TOT).
- Asegurarse de que el TOT se encuentre correctamente fijado.
- Verificar el inflado del balón, comprobar el número (cm) del TOT que está en la comisura bucal.
- Verificar la permeabilidad y comprobar la correcta fijación de los catéteres: accesos venosos, arteriales, sonda nasogástrica, drenajes, sonda vesical, etcétera.
- Realizar curaciones si es necesario (vía central, arterial, heridas, drenajes, etcétera).
- Colocar la sonda vesical pinzada por debajo entre las piernas.
- Realizar escala de RASS y evaluar necesidad de analgesia y/o relajantes musculares.
- Valoración de la piel y cuidados preventivos de LPP: colocar apósitos hidrocoloides en los puntos de apoyo (pómulos, mentón, rodillas), aplicar crema hidratante en el resto del cuerpo.

Maniobra de rotación

Se informa a cada profesional implicado el tipo de procedimiento a realizar y el rol a desempeñar.

1. Deslizar al paciente hacia el lado de la cama previamente acordado con el equipo. (Se recomienda el lado en que el paciente tenga menos drenajes y tubuladuras).
2. Colocar el brazo sobre el que se va a girar pegado al cuerpo, con la palma de la mano hacia abajo y debajo del glúteo.
3. Comprobar la longitud de las tubuladuras del ventilador mecánico y tubuladuras de infusiones, drenajes, etcétera.
4. Colocar pañales en la cama, al lado del rostro, ya que al girar al paciente se pueden movilizar secreciones.
5. Retirar la monitorización cardíaca frontal (electrodos).
6. Retirar la fijación del transductor de la vía arterial.
7. El líder dará la orden y se colocará al paciente en decúbito lateral.



8. Mientras el paciente se encuentra lateralizado hacia un lado, aprovechar para realizar cambio de sábanas y colocar pañales.
9. Desplazar al paciente al borde contralateral, al tiempo que se lo va girando para colocarlo en decúbito prono.
10. Colocar una almohada a la altura de la escápula y otra debajo de las piernas.
11. Acomodar la cabeza del paciente para que el TOT no se acode; acomodar zonas de presión en la cabeza (oreja, nariz, ojo).
12. Colocar al paciente en posición de Trendelenburg invertida (si la hemodinamia del paciente lo permite) para aliviar el edema facial y ayudar a disminuir la presión abdominal; se debe evitar el desplazamiento del contenido del estómago (vómito).
13. Asegurar el monitoreo de la oximetría de pulso y presión arterial.

7) FINALIZACIÓN

- Asegurar la permeabilidad de las tubuladuras: infusiones, drenajes, sonda vesical, sonda nasogástrica, etcétera.
- Verificar la fijación de los catéteres: tubuladuras, drenajes, sonda nasogástrica, sonda vesical, etcétera (que no se hayan desplazado).





- Colocar los electrodos en la espalda (monitoreo cardíaco). Verificar la alineación correcta de la cabeza respecto a la columna: evitar la extensión o flexión de la columna cervical.
- La posición final del paciente es la del “nador” (Ver foto). El brazo que se encuentra hacia arriba debe quedar en posición neutra sobre la cabeza y el brazo hacia abajo debe quedar paralelo al cuerpo en una posición de confort (la cabeza debe estar alejada de la dirección de la parte superior del brazo) para prevenir el daño del plexo braquial.
- Alternar (girar) la posición de la cabeza y de los brazos cada dos o cuatro horas.
- Realizar aspiración de secreciones bucales.
- Colocar elementos de apoyo para flexionar las rodillas y permitir que los pies cuelguen en un ángulo de 90 grados.
- Colocar elementos de apoyo (almohadas, geles, etcétera) en el tórax a fin de minimizar la presión (en pacientes femeninos, acomodar los senos; en masculinos, los genitales).
- Valoración de pupilas (tamaño, reactividad, etcétera) cada vez que se rota la cabeza.
- Realizar electrocardiograma y placa radiográfica de tórax.
- Tomar muestra de sangre: control de gases.
- Descartar el material utilizado, acondicionar la unidad y el equipo utilizado.
- Higiene de manos.
- Registrar en la Hoja de evolución de Enfermería el horario de pronación, de supino y total de horas de pronación (generalmente, el paciente no suele permanecer más de 24 horas en pronación).

BIBLIOGRAFÍA

- Benítez Canosa, MC (2005). “Protocolo de colocación del paciente con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo en decúbito prono”. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/398>
- Bertoia, N. et al (2019). “Protocolo para la estandarización de los cuidados de Enfermería en el paciente con decúbito prono”. Publicación del Hospital Italiano de Buenos Aires Fundación de Cuidados Críticos. Disponible en: <https://www.fcchi.org.ar/wp-content/uploads/2019/11/Protocolo-Cuidados-de-enfermer%C3%ADa-en-el-Dec%C3%BAbito-Prono.pdf>
- Robles Carrión, J. et al (2013). “Decúbito prono en pacientes con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo”. En: *Ciber Revista*. N°32, julio-agosto 2013. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2013/pagina4.html>
- American Thoracic Society (2007). “¿Qué es el síndrome de dificultad respiratoria aguda?”. En: *Serie de información al paciente de la ATS*. Disponible en: <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/acute-respiratory-distress-syndrome-ards.pdf>

El oportuno legado de Florence Nightingale frente a la pandemia de coronavirus

Lic. Prof. Walter G. Leguizamón
Jefe de Departamento de Enfermería, Clínica Bessone

En vida recibió muchos galardones y escribió más de un centenar de libros, pero sin duda su aporte más destacado fue mostrarnos un proceso de actuación frente a una situación de crisis perfectamente extrapolable a todas las crisis.

INTRODUCCIÓN

Para quienes entendemos el tiempo desde una visión borgeana, fractálica, de sucesos, la historia se transforma en un continuo donde cada bonanza es todas las bonanzas, y cada crisis, todas las crisis.

Bajo ese precepto, con motivo del Año Internacional de la Enfermería y en el contexto de una pandemia, me he animado a analizar los aportes de una mujer que, habiendo nacido y sido criada en la época victoriana, decidió no solo revelarse desde dentro del sistema y reivindicar su condición de mujer frente a las mitificaciones de la sociedad patriarcal reinante, sino también a llevar adelante su vocación, motivada por la reducción del sufrimiento humano en el servicio de la humanidad y de Dios, plasmada en la Enfermería.

Un repaso sintético de su vida y de su precursor sistema de trabajo puede contribuir a entender nuestro rol frente a la crisis actual de COVID-19.

LA ÉPOCA VICTORIANA Y LA GUERRA DE CRIMEA

Florence Nightingale nace el 12 de mayo de 1820 en la ciudad de Florencia, hija de William Edward Nightingale y Frances Smith, integrantes de una acomodada familia de la época. Apenas un año después, se mudan a Londres.

A pesar de una fuerte oposición, en 1837 anuncia a su familia la decisión de dedicarse a la Enfermería, algo que no resultaría fácil para una mujer culta que, por designio familiar y social, estaba destinada a casarse.

Tras muchas batallas emocionales con sus padres, en 1840 comienza el aprendizaje de las matemáticas, siendo algunos de sus tutores James J. Sylvester y el científico belga Adolphe Quetelet. En esos años, su amistad con Charles Dickens tuvo una ineluctable influencia en su definición por la atención sanitaria y la Enfermería. Pero no fue hasta 1849, tras un viaje

por Europa y Egipto, que Florence tuvo la oportunidad de estudiar distintos sistemas hospitalarios. En 1850 inicia su formación como enfermera en Alejandría (Egipto), en el Instituto San Vicente de Paul, perteneciente a la iglesia católica, visitando además el hospital del Pastor Theodor Fliedener, en Kaiserwerth, Alemania, a donde regresaría en 1851 para entrenarse como enfermera. Posteriormente, se traslada a un hospital en St. Germain, en Francia, dirigido por las hermanas de la caridad; en 1853, regresa a Londres para asumir la superintendencia del “Establecimiento para damas durante enfermedades”. En marzo de 1854, tras la invasión rusa a Turquía, comienza la guerra de Crimea. Inglaterra y Francia

toman protagonismo como aliados de Turquía, en una guerra que duraría hasta 1856. Durante el primer año, las instalaciones médicas británicas habían sido duramente criticadas por el periódico *Times*; en respuesta a estas críticas, el ministro de guerra británico le pide a Nightingale que sea la administradora y supervisora de las enfermeras de los hospitales militares en Crimea, nombrándola Superintendente del Sistema de Enfermeras de los Hospitales Generales Ingleses en Turquía. El 4 de noviembre de 1854 Florence llega a Scutari (hoy Estambul) comenzando allí sus intervenciones, aportes y actuación frente a la crisis. A continuación, una síntesis de ellos:

Las cinco claves

1. No agregar conflictividad al caos.

El cargo ocupado por Florence como puesto oficial en el ejército no tenía precedente alguno. Siendo ella muy inteligente, pero nada dispuesta a aceptar órdenes necias, decidió no confrontar a las autoridades y ponerse a disposición del cuerpo médico, junto con sus 38 enfermeras. Se ocupaba de su trabajo con criterio, sacrificio, valor, ternura; todo ello como parte de una actitud tranquila, sin ostentación, que contribuyó a disminuir el prejuicio de aquellos que pudieran resistirse a su trabajo.

2. Observación y diagnóstico.

De inmediato entendió cuál era la situación en Scutari: la higiene era lamentable, no se contaba con equipos apropiados para procesar la comida de los pacientes –que además era insuficiente–, las infecciones abundaban, los soldados heridos recibían tratamientos inadecuados y los mandos militares eran indiferentes a esta situación.

3. Evaluar y registrar.

Florence fue pionera en la idea de que los fenómenos sociales podían ser mensurables y someterse al análisis matemático. Recolectó datos y organizó un sistema de registro e información que plasmó en una innovadora gráfica de estadística descriptiva, capaz de representar fenómenos cíclicos, que fue denominada “La rosa de Florence” (hoy se la conoce como “Diagrama de área polar” o “Histograma circular”). Con ayuda de este método, para 1855 consiguió demostrar la disminución de la tasa de mortalidad del 60% al 42,7%; la primavera siguiente, la reducción llegó al 40,5%.

4. Planificar y hacer.

En dos semanas montó una lavandería donde se desinfectaba la ropa; dotó a heridos y enfermos de diez mil camisas, compradas con donativos y con su propio dinero.

Montó además una cocina, con capacidad para preparar unas 800 raciones diarias, e incorporó frutas y vegetales a las dietas. Posteriormente estableció una fuente de agua potable y realizó la compra de equipamiento hospitalario.

5. Actuar.

Finalizada la guerra, Florence siguió trabajando en la investigación sobre la desastrosa organización que en Crimea había causado unos 4.000 muertos en el campo de batalla y más de 16.000 muertos a causa de enfermedades.

Enfocó su atención sobre la educación de los soldados británicos y de los médicos militares. En 1860 abrió la Escuela de Entrenamiento y Hogar Nightingale para Enfermeras en el Hospital St. Thomas, en Londres, sobre la base de dos principios:

- Experiencia práctica en hospitales para las enfermeras.
- Cuidado moral y disciplina.

UN COMPROMISO DE VIDA

Florence se mantuvo siempre fiel a sus convicciones. Pese a una enfermedad contraída en Crimea, que la mantuvo postrada en cama gran parte del resto de su vida, nada le impidió seguir trabajando para mejorar los estándares de salud.

Como afirma el protagonista de *La vida es sueño*, en el conocido soliloquio de Segismundo, “el mayor bien es pequeño”. La capacidad extraordinaria de una mujer única. Decisión y voluntad, empatía y dis-

posición, observación y diagnóstico, planificación y acción, evaluación y registro. Tal es la receta infalible que “la Dama de la lámpara” (como la llamaron en Crimea los enfermos, a los que solía visitar por las noches) nos dejó como legado para poder hacer frente a cualquiera de las crisis.

Florence Nightingale murió a los 90 años, el 13 de agosto de 1910. Pero su aporte invaluable permanecerá vigente para todos nosotros a lo largo la historia.

BIBLIOGRAFÍA

–Attewell, A. (1998) Florence Nightingale (1820-1910). Rev. *Perspectivas*; 1: 173-189.

–González A., Castro C, Moreira S. et al. (2007) “Situación de la formación en las escuelas de Enfermería terciarias no universitarias de la República Argentina”. *Rev Argent Salud Pública*; 1: 28-32.

–Macho Stadler, M. (2017) “Matemáticas para entender los fenómenos sociales: los trabajos pioneros de Florence Nightingale.” *Pensamiento Matemático*, vol.7, nº1; 93-105.

–Macho Stadler, M. (2017) “Florence Nightingale, mucho más que la Dama de la Lámpara.” Artículo publicado en website Mujeres con Ciencia. Disponible en:

<https://mujeresconciencia.com/2017/08/22/florence-nightingale-mucho-mas-la-dama-la-lampara/>

–Molina, TM. (1973) *Historia de la Enfermería*. Ed. Interamericana, Buenos Aires.

–Warneford Thomson, HF. (2001) *Hospital Británico de Buenos Aires. Historia 1844-2000*. Ed. Collin Sharp (pp. 3–177).



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