

vea

VISIÓN DE enfermería ACTUALIZADA

Calidad de atención
del niño **PÁG 7**
en recuperación
cardiovascular

Externaciones en Argentina:
¿se cumple **PÁG 23**
la Ley Nacional
de Salud Mental?

Beneficios y desafíos
del uso de WhatsApp
en Medicina **PÁG 41**

Baño Fácil SOAP'N EASY®

Paño jabonoso para la higiene personal

Mejore su calidad de vida

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



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



Utilizados en las principales clínicas y sanatorios del país

Distribución directa en Capital y GBA. Distribuidores en el interior

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

Sumario

- 5 | EDITORIAL
- 7 | INVESTIGACIÓN
Calidad de atención del niño en recuperación cardiovascular
Enf. A.B. Monzón / Enf. D.B. Vitella Ramos
- 13 | ENTREVISTA
Entrevista a María D. Gómez Marquisio
- 16 | GACETILLA
Segunda edición del posgrado en Gestión de Jefaturas en áreas de Enfermería
- GESTIÓN
- 17 | **La metodología Kanban aplicada a la gestión de servicios de Enfermería**
Prof. Lic. Matías Isólica / Mg. Daniela Chagallo / Juan Carlos Angarola
- INFORME I
- 23 | **Externaciones en Argentina: ¿se cumple la Ley Nacional de Salud Mental?**
Raquel Vela / Prof. Roxana Hernández
- ENFOQUES I
- 25 | **Enfermería como Arte: expresión simbólica del cuidado**
Lic. Iván A. Viera
- GACETILLA
- 28 | **Curso de estadística aplicada a la Gestión de Enfermería Edición 2020**
- INFORME II
- 29 | **Pandemia de Covid-19: lecciones aprendidas en los Programas de prevención y control de infecciones (PPCI)**
Mg. Stella Maimone
- GACETILLA
- 34 | **Reconocimiento a la Dra. Isabel Vera**
- FICHA 63
- 35 | **Valoración pupilar**
- ENFOQUES II
- 37 | **Enfermería y el sentido profundo del cuidar**
Dr. Mariano Asla
- SEGURIDAD DEL PACIENTE
- 41 | **Beneficios y desafíos del uso de WhatsApp en Medicina**
Dr. Fabián Vitolo
- RINCÓN LITERARIO
- 51 | **La historia contada por los que no ganaron**
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 10º (C1059ABI) C.A.B.A. Argentina Tel: (011) 4374-2526 Fax: 4375-2070 www.adecra.org.ar www.enfermeria.adecra.org.ar e-mail: revistavea@adecra.org.ar
Esta publicación es propiedad de: Asociación de Clínicas, Sanatorios y 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° 64 DICIEMBRE 2020

CONSULTORES ESPECIALISTAS

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

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

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

Editorial

Estamos llegando al final de 2020, un año excepcional que pasará a la historia de la humanidad como el año de la pandemia de coronavirus, de la cuarentena, de la crisis global, y de la esperanza de una vacuna. Para los protagonistas de esta historia, en particular quienes la hemos transitado desde las áreas de salud, ese recuerdo quedará unido a las intensas emociones vividas, al miedo, el enojo, la tristeza... pero también al coraje y la expectativa de una salida conjunta, en común. Y, sobre todo, a la experiencia del aislamiento. Aislamiento en nuestras casas, en nuestros lugares de trabajo, en la calle. Especialmente para quienes transitaron la enfermedad, que sintieron como nunca antes la soledad de la internación.

En esta situación excepcional, las personas y las instituciones volvieron su atención al equipo de salud, en especial a Enfermería, a aquellos profesionales que cuidan, curan y fundamentalmente acompañan. La crisis sanitaria puso de relieve las fortalezas y debilidades de las instituciones de salud, la precariedad de las condiciones laborales de los profesionales de Enfermería, y sus catastróficos resultados –los contagios, la muerte. Para las autoridades políticas, nos convertimos en personal esencial. Se hicieron evidentes la escasez del recurso humano, la necesidad de capacitación continua, de incrementar las dotaciones de personal, sobre todo en zonas remotas del país, de fortalecer el liderazgo y la calidad en la profesión. Todos ellos ejes transversales del actual Programa Nacional de Enfermería, lanzado en el marco de la celebración del Día de la Enfermería, por parte de la Dirección recientemente creada.

El desafío para las instituciones formativas y las asociativas, las autoridades políticas y las organizaciones de salud es aunar esfuerzos en el desarrollo sostenible de la Enfermería, de mejorar el cuidado de la salud de la población, la atención y la prevención de enfermedades (APS) y de la preparación para posibles catástrofes sanitarias. Toda crisis puede ser también una gran oportunidad de transformación. Para la Enfermería argentina, la de transitar un camino de evolución, que le permita llegar a todas las personas y comunidades, mejorando la salud de cada una a través de nuestro ejercicio y saber profesional.

Para este año que culmina queremos hacer llegar el merecido reconocimiento a todos los profesionales de Enfermería que dieron lo mejor de sí en la atención de cada persona. Y el deseo de que el 2021 nos encuentre con renovada fe y esperanza en el ejercicio de nuestra noble profesión.

Quienes formamos ADECRA+CEDIM y el comité de la Revista VEA continuamos de luto por los enfermeros que nos dejaron en esta pandemia. A ellos nuestro recuerdo y gratitud por su labor. A sus familias y colegas, nuestras condolencias y esperanza, que encuentren consuelo ante la ausencia.

Lic. Mercedes Sosa

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

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

¡MUCHAS GRACIAS!

Calidad de atención del niño en recuperación cardiovascular

Enf. A.B. Monzón*

Enf. D.B. Vitella Ramos**

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan

La reducción en la incidencia de lesiones y eventos adversos que afectan a estos pacientes requiere el desarrollo de estrategias basadas en el compromiso de brindar cuidados de calidad.

Resumen: Las lesiones por presión (LPP) impactan en la calidad de vida del paciente y su familia, prolongan la estadía hospitalaria y aumentan los costos de la internación. El niño en recuperación cardiovascular presenta múltiples factores de riesgo específicos para desarrollar este tipo de lesiones. Aunque frecuentes, estos eventos adversos son a menudo prevenibles. Este artículo presenta los resultados e impacto de las intervenciones y acciones para la prevención de LPP en pacientes pediátricos, desarrolladas en la Unidad de Cuidados Intensivos de recuperación cardiovascular del Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

Abstract: The pressure injuries impact on the quality of life of the patient and his/her family, extend the hospital stay and increase the costs of hospitalization. The child in cardiovascular recovery presents multiple specific risk factors for developing this type of injury. Although common, these adverse events are often preventable. This article presents the results and impact of the interventions and actions for the prevention of the pressure injuries in paediatric patients, developed in the Cardiovascular Recovery Intensive Care Unit of the Juan P. Garrahan Paediatric Hospital.

Palabras clave: eventos adversos, lesiones por presión, cardiología pediátrica

Keywords: adverse events, pressure injuries, pediatric cardiology

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la evaluación de la calidad de los sistemas sanitarios la seguridad del paciente, entendida como un "conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos (EA) resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos" (1), ha sido considerada una de las

dimensiones de la atención, junto con la eficacia, la eficiencia, la adecuación, la accesibilidad, la equidad, la prestación de servicios en el momento oportuno, la satisfacción y el respeto a los pacientes (2).

Las lesiones por presión (LPP) son eventos adversos frecuentes, muchas veces prevenibles, asociados a los cuidados de la salud en pacientes hospitalizados.

¹ Panattieri et al (2019): Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales.

² Ídem S276.

*Enfermera. Área de Cuidados Intensivos Pediátricos, recuperación cardiovascular. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan. Miembro del comité de Lesiones por presión del Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

**Enfermera. Área de Cuidados Intensivos Pediátricos, recuperación cardiovascular. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

Consisten en lesiones de origen isquémico localizadas en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, que se producen por presión prolongada o por presión asociada a cizallamiento o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro externo a él, o contrapuestos del mismo paciente. La fuerza primaria que favorece la formación de úlceras es la presión directa que actúa de manera perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad y que provoca el aplastamiento tisular entre dos planos: uno del paciente (esquelético y prominencias óseas) y el otro externo (cama, sillas, sondas) o contrapuesto óseos del mismo paciente. Si se ejercen presiones superiores a la presión capilar (12 a 32 mmHg) en un área limitada durante un tiempo prolongado, se origina un proceso de isquemia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes provocando una degeneración de los tejidos, que, en el tiempo, produce una necrosis tisular (3).

La prevención de LPP, lesiones por decúbito, úlceras por presión o escaras impactan en la calidad de vida del paciente y su familia, prolongan la estadía hospitalaria y aumentan los costos de la internación, a pesar de que en el 95% de los casos son evitables (4). Si bien en Argentina las estadísticas sobre la población pediátrica son escasas, el reporte de LPP a nivel mundial informa tasas de hasta 27% en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y 23% en Unidades de Cuidados Neonatales. A diferencia de los adultos, en los niños más del 50% de las LPP se relacionan con la presión sostenida de los equipos y dispositivos médicos (5).

El niño en recuperación cardiovascular presenta múltiples factores de riesgo específicos para desarrollar lesiones por presión. En primer lugar, el tiempo durante la cirugía asistido con bomba de circulación extracorpórea (con disminución de la perfusión tisular), en una misma posición sobre planos duros (generando isquemias en puntos de apoyo). Por otro lado, durante el posquirúrgico inmediato, frecuentemente presenta hasta 48 horas de bajo gasto cardíaco (con el que perdura la mala perfusión tisular y en algunos casos requiere hipotermia inducida). Algunos niños ingresan a la unidad con tórax abierto para cierre diferido, lo cual imposibilita la movilización y rotación. En los pacientes asistidos con ECMO existen limitaciones para la movilización. En muchos casos es necesaria la administración de paralizantes neuromusculares, con lo que la pérdida de movilidad autónoma y de tono muscular profundizan el riesgo. En todos los casos, los pacientes de la unidad requieren múltiples dispositivos médicos, los cuales constituyen un factor más para el desarrollo de LPP.

Teniendo en cuenta su evitabilidad, las profundas consecuencias que pueden llegar a tener (calidad de vida, autoestima, costos, aumento de morbilidad y mortalidad) y con el objetivo de lograr una atención sanitaria de calidad, resulta una tarea impostergable la erradicación de esta problemática desde la prevención. Para tal fin es preciso desarrollar estrategias con la participación de todo el equipo de salud, compartiendo el compromiso de brindar cuidados de calidad a los niños.



Figura 1. Factores de riesgo que inciden en el desarrollo de lesiones por presión (LPP).

³ PriCUPP (2017) "Bases para la implementación de un Programa de prevención, diagnóstico y tratamiento de las Úlceras por Presión."
⁴ Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales. S306.
⁵ Ídem 186.

Figura 2. Esquema integral de prevención de LPP.



PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

–Realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos de recuperación cardiovascular del Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan, durante el período de enero–junio de 2019.

OBJETIVO

–Evaluar el impacto de las intervenciones y acciones para la prevención de lesiones por presión (LPP) del paciente pediátrico cardiovascular en internación hospitalaria perioperatoria.

MATERIAL Y MÉTODO

- Estudio prospectivo cuantitativo longitudinal, antes y después de una intervención.
- Se cuantificó la cantidad de niños que presentaban LPP, y el estadio de las mismas para un momento determinado: el 24 de enero de 2019, cuando el total de las camas (21) estaba ocupado.
- Se realizó relevamiento mediante examen físico directo de la integridad cutánea del niño cardíopata.
- El instrumento para recolección de datos fue una planilla diseñada para tal fin, que incluía las siguientes variables: edad, sexo, localización de la lesión, grado de lesión, factores predisponentes (ECMO, Berlin Heart).
- Las lesiones se relacionaron de acuerdo a edad y sexo.
- Se calculó la incidencia de LPP, así como la frecuencia de cada tipo de lesión.
- A partir de un diagnóstico inicial se implementaron las siguientes medidas de prevención: se agregó a los materiales de Enfermería un kit básico de cuidado de piel (crema con vitamina A, pasta lassar y vaselina líquida), capacitaciones *in situ* sobre prevención de LPP y cuidado de la piel, conformación de un equipo interdisciplinario con integrantes de todos los turnos, en continua comunicación, para garantizar el seguimiento y la medición frecuente de la prevalencia de lesiones en la unidad.
- Se evaluaron resultados al cabo de tres y seis meses de instauradas las medidas, comparando la incidencia de LPP y el estadio de las mismas en el total de los pacientes internados en la Unidad.

RESULTADOS

–Del total de pacientes (20) el 45% presentó lesiones por presión (9).

–Por cantidad, se contabilizaron 11 lesiones en 9 pacientes, de las cuales el 90% se ubicaba en la región occipital y el 10% restante en la región sacra.

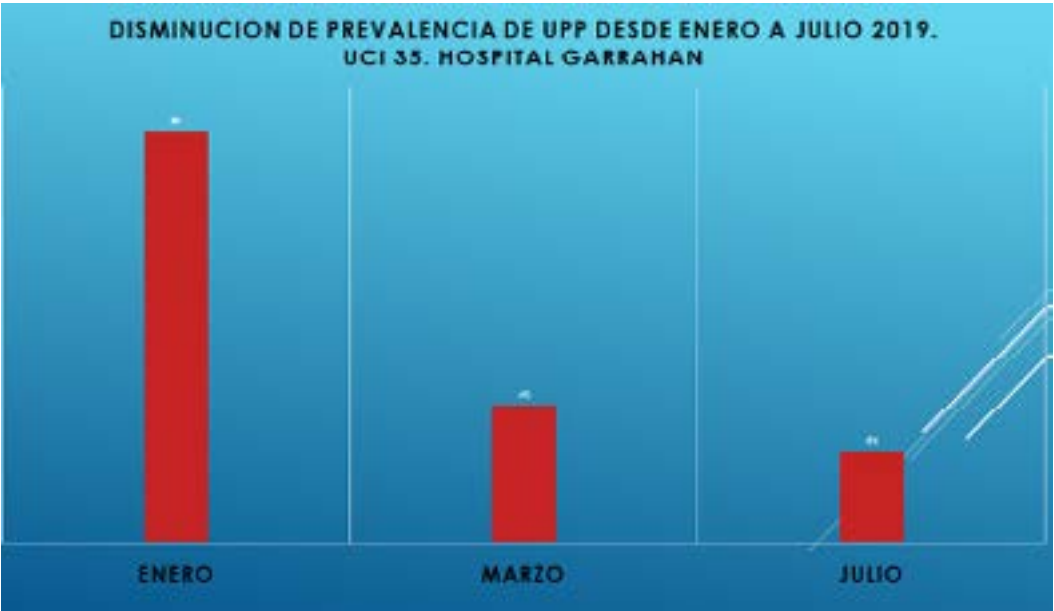
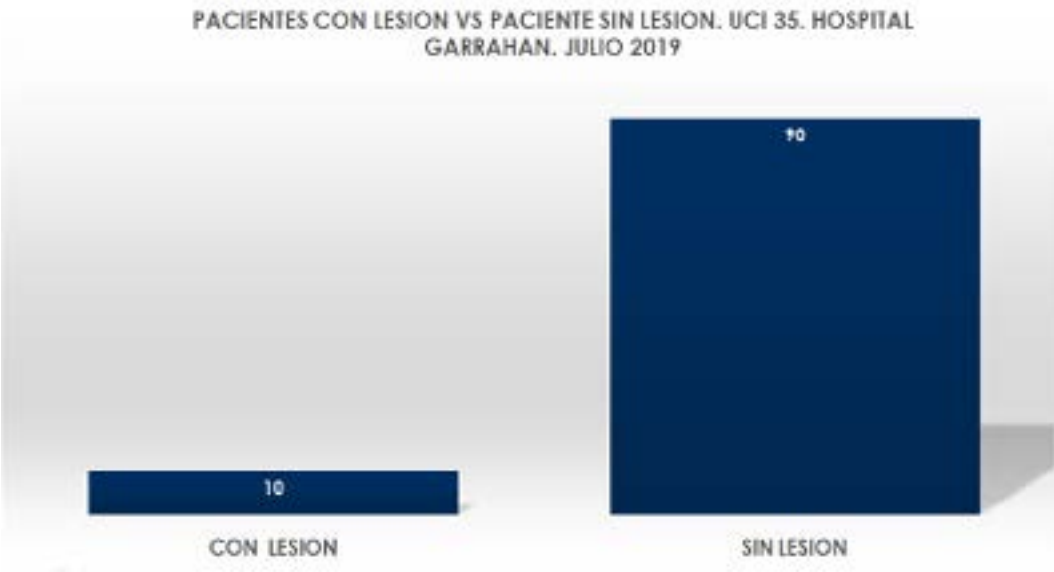
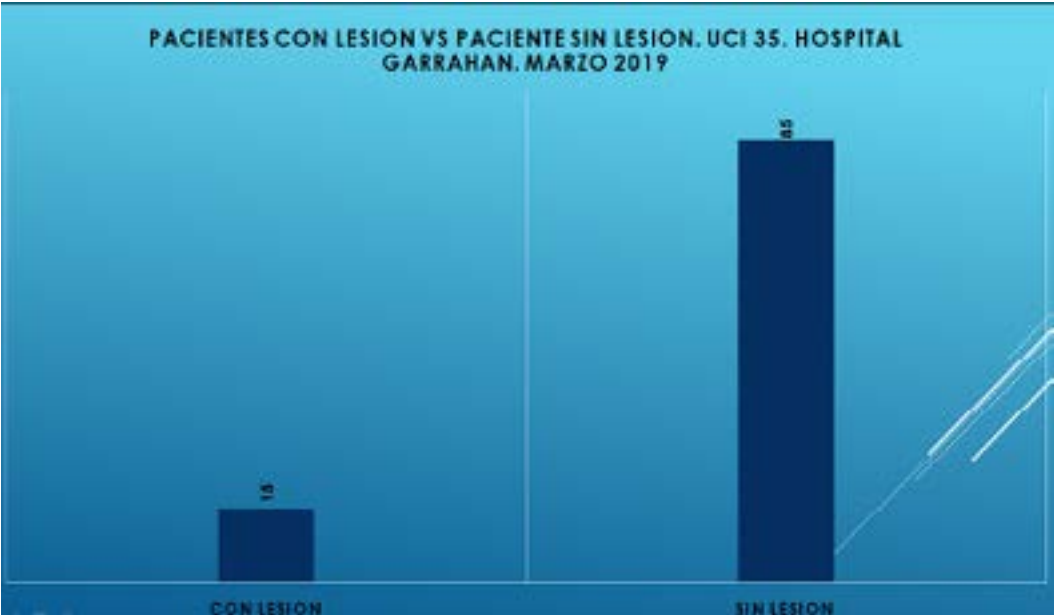
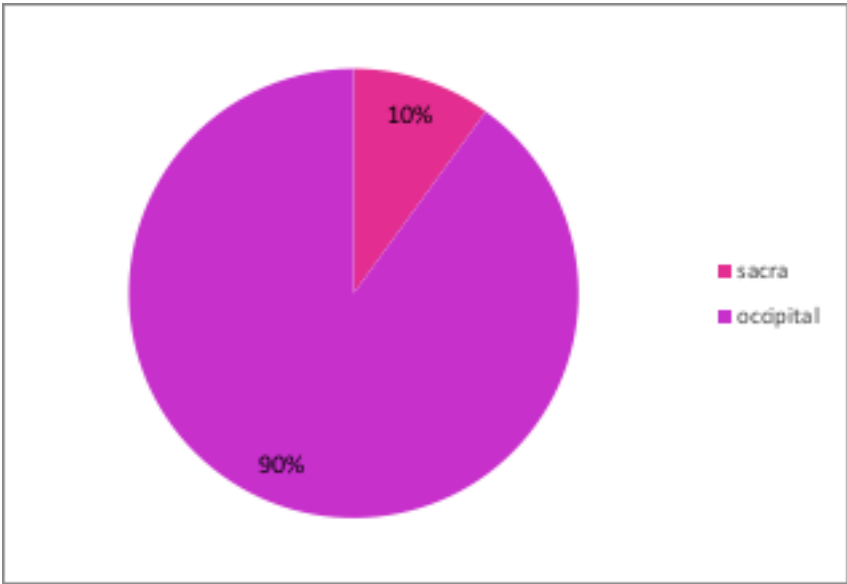
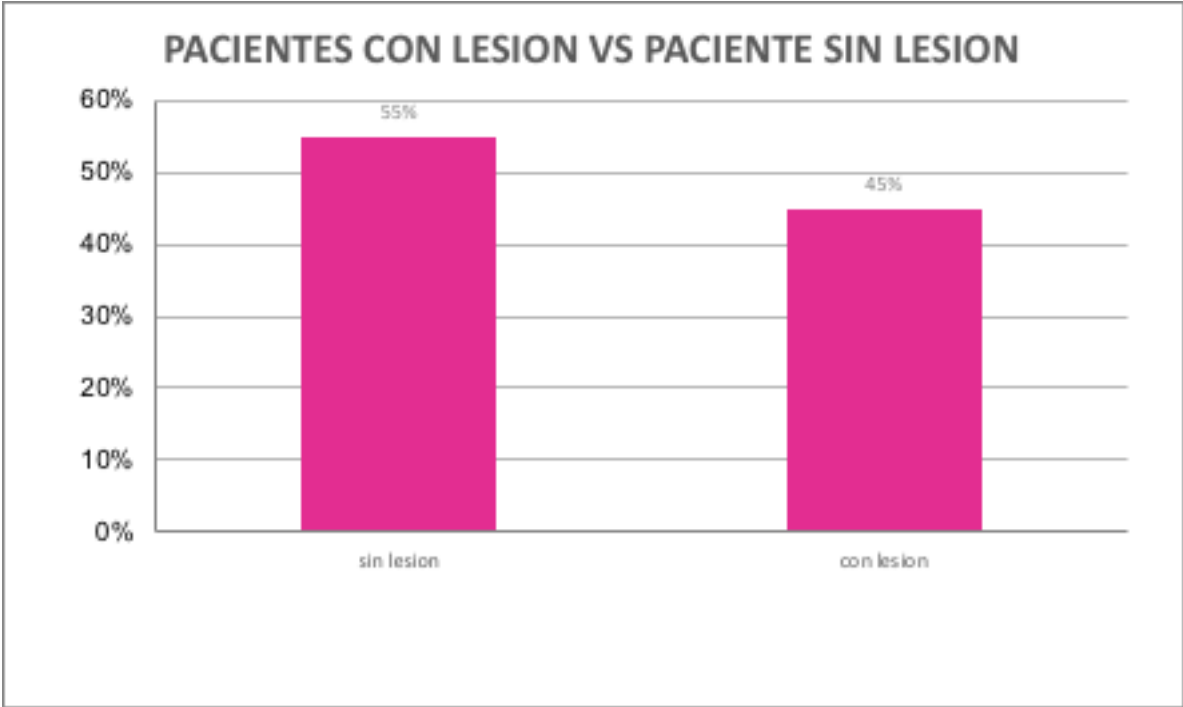
–Del total de lesiones (11) el 90,1% se encontraba en estadio I y el 0,9% restante en estadio II.

–La mayor incidencia se registró en la franja de 1 a 12 meses de edad (88%) y entre en pacientes de sexo masculino (66%). Este último dato guarda una proporción directa con la población masculina de la unidad

(70%), por lo cual se la consideró una variable relevante.

–El grado de criticidad es un elemento de suma importancia en la mayoría de los estudios, pero en este caso en particular los pacientes con cuidados más complejos (Berlin Heart y ECMO) no presentaban lesiones.

–Al cabo de tres meses de implementarse el conjunto de medidas que aborda diferentes aspectos de la problemática se observó una disminución significativa en el número de pacientes lesionados. En el primer relevamiento la incidencia fue del 45%, cifra que se redujo al 14% en apenas tres meses de trabajo y se mantuvo así (una meseta en la cantidad de casos) durante los seis meses posteriores.



CONCLUSIÓN

Señala Matud Calvo (2010) que “existe evidencia científica que relaciona la formación superior, la tutorización y la simetría en la relación entre médicos y enfermeras con una mejora en los resultados clínicos”. Es por ello que se propuso la conformación de un grupo interdisciplinario y de organización horizontal, con objetivos claros: mejorar la calidad de los pacientes en general y en particular prevenir las LPP. Asimismo, se apuntó a que los profesionales se involucren en forma voluntaria con la tarea, a partir de un compromiso genuino en la búsqueda de mayor bienestar para los niños.

El programa de prevención implementado logró reducir de manera significativa la presencia de LPP en los pacientes internados en la unidad de recuperación cardiovascular. Consideramos que el alto impacto alcanzado se explica por la decisión coordinada de enfrentar una problemática desde diversos aspectos.

Por un lado, el aspecto educativo, que tomó en cuenta la necesidad de dar a conocer la especificidad de los cuidados para prevenir las LPP y el uso adecuado de los materiales. Junto con la disponibilidad de recursos materiales apropiados para el fin propuesto y su correcto uso, fue preciso lograr el compromiso del personal involucrado, evitando posturas dogmáticas o autoritarias. Por último, la conformación de un grupo de trabajo voluntario de organización horizontal, participativo y en continua actividad (los representantes de cada turno informaron a diario los cambios y progresos). Este monitoreo *in situ* por parte de los integrantes del equipo incluyó la notificación de los cambios en la hemodinamia y en el tratamiento del paciente. La búsqueda de consenso en las prácticas ejecutadas en forma permanente y el diálogo constante entre diferentes disciplinas permitieron garantizar la continuidad de las intervenciones.

En este sentido, es importante comprender que ninguno de estos elementos, de forma aislada, es suficiente para prevenir y erradicar las LPP. La reducción en la incidencia de este tipo de lesiones es el resultado de la sumatoria de varios factores: la disponibilidad de los materiales, la capacitación *in situ* para su uso racional y oportuno, y la cooperación de los miembros del equipo en la implementación de nuevas estrategias. Dicha reducción es inversamente proporcional al aumento en la calidad de atención del niño, que constituye el objetivo principal del equipo de salud.

Bibliografía

- Bauman, A. (2007) “Entornos de práctica favorables: lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente.” Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), Ginebra.
- Benaim, F. y Neira, J. (Coords.) *Primer Consenso de Úlceras por Presión (Pri-CUPP). Bases para la implementación de un Programa de prevención, diagnóstico y tratamiento de las Úlceras por Presión.* Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. 2017 – Buenos Aires.
- Matud Calvo, C. (2010) “Competencias de la enfermera en la seguridad del Paciente.” En: *Seguridad del paciente.* Fundación Alberto J. Roemmers, Buenos Aires.
- Ministerio de sanidad y política social de Madrid (2010). *Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones 2010.* Madrid.
- Omayda Urbina, C. (2011) “Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente”. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(3) 239–247.
- OMS (2008) *La investigación en Seguridad del Paciente.* París.
- Panattieri ND, Dackiewicz N, Arpi L, Godio C, et al. (2019) “Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales.” *Arch Argent Pediatr*, 117(6): 277–309.

Entrevista a María D. Gómez Marquisio

Directora de Enfermería
del Ministerio de Salud
de la Nación

Estoy convencida de que estamos frente a un hecho social que nos brinda la oportunidad única de dejar una huella de cuidado en el Año Internacional de la Enfermería y Partería, de trascender los modelos preestablecidos y de posicionar finalmente a la profesión en el lugar que le corresponde: codo a codo con todo el equipo de salud. Y siempre al lado de la gente.

PRESENTACIÓN

María D. Gómez Marquisio es Licenciada en Enfermería por la Universidad Nacional de la Plata, Profesora en Enfermería por la Universidad del Salvador y Magíster en Sistemas de Salud y de la Seguridad Social por ISALUD. Actualmente está a cargo de la Dirección de Enfermería, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

Los inicios en la profesión

Mis primeros pasos fueron en el ámbito privado, en el Sanatorio Otamendi. Fue en la práctica donde afiancé mis competencias y donde descubrí el mundo fascinante del cuidado. Esos comienzos estuvieron guiados por profesionales muy generosos y generosas, que me impulsaron a continuar la formación técnica, más tarde la de grado y luego la de posgrado. Ese recorrido incluye el Instituto Padre Luis Tezza, la Universidad Nacional de Entre Ríos, la Universidad Nacional de la Plata (ambas a través de FAPE, la Fundación Argentina para el Progreso de la Enfermería), la Universidad del Salvador y la Universidad ISALUD. Fueron inicios llenos de entusiasmo y cargados de experiencias enriquecedoras que siempre recuerdo con ternura.



LA DIRECCIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA

¿Una necesidad ante la pandemia?

La creación de la Dirección de Enfermería no estuvo asociada a la pandemia. Este hecho de trascendencia socio-sanitaria fue posterior a la decisión política de su creación.

En el actual escenario de pandemia, la Dirección trabajó a pleno y continúa haciéndolo en respuesta a las múltiples necesidades del sistema sanitario, confeccionando recomendaciones, capacitaciones y protocolos, participando en diversos planes y programas en respuesta a la pandemia con mirada federal. En estas acciones, la Dirección se desempeña con espíritu participativo e integrador con otros y otras profesionales de las diferentes áreas del Ministerio y fuera de ellas, con sociedades científicas, organizaciones societarias y gremiales, expertos y expertas.

PROGRAMAS planificados a corto y largo plazo.

Sus alcances.

Se lleva a adelante una serie de actividades en planes y programas: el Plan Nacional de Cuidados a los Trabajadores y Trabajadoras de Salud, el Plan de Capacitación Situada y Permanente en su capítulo de Enfermería, el Acompañamiento de Profesionales Itinerantes, que hoy se encuentran reforzando las dotaciones en las

diferentes jurisdicciones del país. También estamos participando en el Plan Detectar Federal.

Los planes mencionados tienen alcance federal. Se prevé que continúen aun después de superada la pandemia, con el firme objetivo de seguir acompañado a las y los trabajadores de la salud, de favorecer la calidad de los cuidados, y de responder a las necesidades genuinas y sentidas de los actores involucrados en el sistema de salud.

FORMACIÓN: Una propuesta de ejes transversales comunes que respondan a las necesidades actuales del perfil de egresado.

Al igual que la actual gestión sanitaria en su conjunto, la Dirección considera necesario articular contenidos con enfoque de Derechos Humanos, con perspectiva de género y diversidad, de discapacidad, de interculturalidad, de reforzar los aspectos bioéticos, como ejes transversales que acompañen todo el proceso formativo, ya sea técnico o profesional universitario, así como los procesos de capacitación permanente.

LOS DESAFÍOS DE LA PANDEMIA

¿En qué consisten la teleasesoría y el “botón rojo” que el Presidente ha mencionado en distintas oportunidades en sus mensajes al país?

Dentro del Plan de Capacitación Situada y Permanente en el contexto del COVID-19, las teleasesorías y el “botón rojo” son dos estrategias que han resultado muy significativas y asequibles en cuanto a contribución de conocimiento en los procesos de enseñanza y aprendizaje a los que han tenido que adaptarse en tiempo récord enfermeros y enfermeras de todo el país.

Capacitar y asistir en la práctica a nuestros profesionales constituye la acción primaria del Plan, dada la necesidad que se plantea ante la expansión en el número de camas de unidades de cuidados intensivos, el número de respiradores y el número de casos con sospecha o confirmación de COVID-19.

Las teleasesorías son encuentros virtuales. Desde el primer momento, esta estrategia ha contado con el apoyo de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) en su capítulo de Enfermería, sumado a expertos y expertas y moderadores y moderadoras. A la fecha, han participado más de 1300 enfermeros y enfermeras del completo de las jurisdicciones y más de 500 hospitales en tiempo real y en los propios lugares de trabajo. Inicialmente se implementaron a diario, mañana y tarde. En la actualidad continúan dando respuesta con una frecuencia de tres encuentros semanales, según la demanda de capacitación.

En cuanto al “botón rojo” al que ha hecho mención nuestro Presidente, se trata de una alternativa de comunicación. A través de un aplicativo, permite al enfermero u enfermera a cargo de una persona en cuidados críticos con sospecha o confirmación COVID-19 realizar una consulta en tiempo real y con respuesta en minutos a un experto de la SATI. Esta posibilidad se encuentra disponible las 24 horas, los siete días de la semana.

¿Qué acciones se llevan adelante para conocer las condiciones a las se encuentra expuesto el personal de Enfermería en esta pandemia?

El Plan Nacional de Cuidados a Trabajadores y Trabajadoras de la Salud recoge información que permite la detección y análisis de escenarios de riesgo de enfermar. Su objetivo central es acompañar a las instituciones sanitarias en la realización de acciones para prevenir la transmisión del SARS-CoV-2 en el completo universo de sus trabajadores.

Este plan articula políticas de consenso y rectoría entre las políticas del Ministerio de Salud de la Nación y las diferentes jurisdicciones; políticas de educación, supervisión y conocimiento; finalmente, completa los ejes estratégicos que lo integran con políticas de cuidado, a través de acciones de vigilancia pasiva –en detección de casos confirmados o sospechosos– y activa, a través de un dispositivo de monitoreo permanente a trabajadores y trabajadoras de salud, incluido el personal de Enfermería.

¿Poseen estadísticas sobre el número de enfermeros contagiados y fallecidos en el país?

El Ministerio de Salud de la Nación proporciona datos en referencia a la totalidad de trabajadores y trabajadoras de la salud, que se publican en el sitio oficial con actualización semanal. En cuanto a Enfermería en particular, se encuentra trabajando para establecer estadísticas más específicas.

Ministerio de Salud | Nuevo coronavirus COVID-19 | Informes especiales

<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/sala-de-situacion/informes-especiales>

CIERRE

¿Qué mensaje daría a los profesionales de Enfermería en este año tan particular?

La Enfermería, como disciplina del cuidado, hoy representa una fuerza muy significativa y valiosa para preservar la vida de las personas en todo el mundo. También por esa razón, la pérdida de compañeros y compañeras nunca será invisible.

Frente a la exigencia que implica responder a este tremendo desafío sanitario, enfermeros y enfermeras estamos desarrollando nuevos conocimientos, habilidades, destrezas y valores para dar respuesta en la pandemia. En ese sentido, estoy convencida de que estamos frente a un hecho social que nos brinda la oportunidad única de dejar una huella de cuidado en el Año Internacional de la Enfermería y Partería. Una Enfermería que trascienda los modelos preestablecidos y que nos posicione finalmente donde siempre hemos tenido que estar: ejerciendo codo a codo con las y los profesionales de la medicina, kinesiología, trabajo social, odontología, con la totalidad de las y los agentes sanitarios. Y siempre, y por siempre, al lado de la gente.

La Dirección de Enfermería en el organigrama

Ministerio de Salud de la Nación
Dr. Ginés GONZÁLEZ GARCÍA

Secretaría de Calidad en Salud
Dr. Arnaldo Darío MEDINA

Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización
Dra. Judit Marisa DÍAZ BAZÁN

Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento
Dr. Pedro SILBERMAN

Dirección de Enfermería
Lic. María Donatila GÓMEZ MARQUISIO

MISIÓN Y VISIÓN

- Promover el desarrollo integral de la Enfermería a través de procesos de profesionalización constantes, del aumento en la dotación de personal y su mayor cualificación, así como de una distribución más equitativa y federal.
- Estimular el conocimiento basado en la evidencia, enfatizando una provisión de cuidados con perspectiva de derecho, género y diversidad e interculturalidad, discapacidad y un pleno desarrollo de la dimensión bioética.
- Ser un cuerpo técnico–profesional reconocido social e institucionalmente, capaz de participar junto a las y los miembros del equipo de salud en las decisiones relativas a la salud de la población argentina.
- Brindar respuesta a las necesidades del continuum del proceso salud–enfermedad de las personas, familias y comunidades, sobre la base de competencias relativas a los problemas de salud de cada región del país, con provisión de cuidados seguros y de calidad.

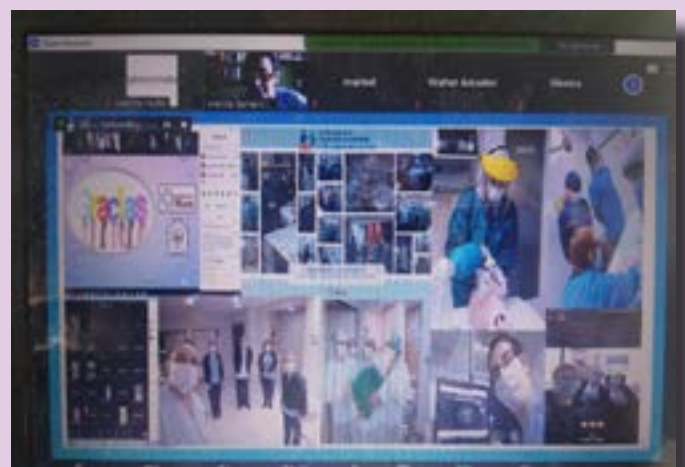
> SEGUNDA EDICIÓN DEL POSGRADO EN GESTIÓN DE JEFATURAS EN ÁREAS DE ENFERMERÍA

La gestión eficaz de una Jefatura de Departamento de Enfermería se basa en el gerenciamiento. Este Posgrado reconoce la importancia de desarrollar habilidades directivas que promuevan el pensamiento crítico, con competencias que permitan detectar un estilo personal de administración y gestión, basados en la realidad y la preocupación bio-psico-social de las personas a su cargo.

En un mundo cambiante, donde las nuevas tendencias en materia de Gestión se centran en la satisfacción de los pacientes y del entorno, es fundamental que los profesionales de la salud fortalezcan el trabajo en equipo, la investigación, la administración de los recursos en forma eficiente y eficaz, todo ello con el fin de garantizar la calidad de atención. Un Departamento de Enfermería debe procurar la sostenibilidad, aplicando herramientas que permitan administrar mejor los servicios. La habilidad de una gestión para entender las necesidades actuales y generar respuestas de manera ágil y eficiente es lo que posibilita a las estructuras administrativas prepararse de manera exitosa de cara al futuro.

Esperamos haber podido cumplir las expectativas en esta segunda edición del Posgrado, que cuenta con solicitud de declaratoria de interés por la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, en trámite por la pandemia COVID-19.

EQUIPO DOCENTE DE ADECRA + CEDIM



La metodología Kanban aplicada a la gestión de servicios de Enfermería

Prof. Lic. Matías Isólica

Supervisor de Área Internación General – Sanatorio de los Arcos – Swiss Medical

Mg. Daniela Chagallo

Jefa de Departamento de Enfermería – Swiss Medical Center

Juan Carlos Angarola

Coordinador Procesos y Control de Gestión – Sanatorio de los Arcos – Swiss Medical

El liderazgo transformacional nos desafía a reducir tiempos en algunos procesos y reinvertirlos en aquellos nuevos que aparecen, producto del desarrollo y las nuevas demandas.

Resumen: La gestión por metodología Kanban está basada en la filosofía Lean, cuyo objetivo es mejorar la productividad, la eficiencia, y la entrega “justo a tiempo” a los usuarios finales. Operar los servicios de Enfermería con este método ágil agrega valor a la calidad asistencial y a la satisfacción del paciente y de todos los actores involucrados en el proceso de atención de la salud.

Abstract: The management that adopts the Kanban method is based on the Lean philosophy, whose goal is to improve productivity, efficiency, and delivery “just-in-time” to the end users. Employing the nursing service with this nimble method adds value to the quality of care, to the satisfaction of the patient and all the actors involved in the health care process.

Palabras clave: gestión hospitalaria, gestión Lean, metodología Kanban

Keywords: hospital management, Lean management, Kanban methodology

INTRODUCCIÓN

El actual cambio de paradigma a nivel mundial está transformando nuestra manera de vivir y de trabajar. Las instituciones de salud no sólo afrontan el desafío de incorporar las nuevas tecnologías sino también de

ser capaces de atender a pacientes más exigentes, más informados, y que requieren de respuestas más ágiles e integrales. En este contexto, el modelo de atención centrado en la organización resulta obsoleto.

El sector privado, afectado por la crisis económica y algunos aspectos regulatorios, ha aprendido que los recursos son finitos y que algunas conductas alentadas por las fallas del mercado ya no son sostenibles como estrategias para amortizar la pérdida de rentabilidad, pues tarde o temprano terminan perjudicando a todo el sistema y no sólo al financiador. En este sentido, la microgestión de las instituciones sanitarias es clave en el destino de este subsector dentro de la nueva configuración del mercado sanitario. El conjunto de estrategias e innovaciones que desarrollen los prestadores hacia dentro de sus organizaciones tendrá un impacto significativo en lograr la satisfacción de la demanda sobre la servucción (el proceso creativo y de elaboración de un servicio) sin impactar negativamente en el gasto.

Frente a la necesidad de eficiencia tanto a nivel del sistema como de la utilización de recursos y del proceso servuctivo, el sistema *Lean* (inicialmente utilizado en la industria automotriz, como parte del toyotismo) representa una valiosa contribución a la gestión de estas instituciones, en la medida en que agiliza los procesos, agrega valor y elimina las ineficiencias en dichos procesos.

En este marco, *Kanban* aparece como una metodología *Lean* para dar respuesta a la necesidad de señales para los flujos de producción (basado en un flujo *Pull*, donde el cliente atrae o pide el producto), movilizar las existencias y generar las señales en función del consumo. Esta metodología requiere definir en forma previa las existencias en virtud del movimiento operacional y la producción promedio, para evitar un incremento de existencias que genere inmovilizados, como así también subexistencias que pongan en riesgo la capacidad de dar respuestas *just in time* ("justo a tiempo") al flujo *Pull*.

IMPLEMENTACIÓN DE METODOLOGÍAS ÁGILES EN INSTITUCIONES DE SALUD

En su libro *La gestión clínica*, el Dr. Carlos Díaz describe la gestión *Lean* de hospitales como "una filosofía o metodología de trabajo con el propósito de mejorar la calidad del cuidado de la salud, reduciendo variabilidades, errores y tiempos de espera"¹. Se trata de una definición que combina ética, respeto por las personas, a la vez que apunta a maximizar la eficiencia y direccionar el modelo asistencial hacia uno centrado en el usuario. Aquellos gestores que han incorporado el sistema

Lean a su gestión comprendieron la necesidad de una mayor eficiencia, de trabajar sobre los costos, de optimizar recursos, de agregar valor a la experiencia de usuarios externos e internos y al proceso servuctivo. La decisión estratégica de atravesar los procesos con la metodología *Lean* y el agilismo enfoca la revisión de los procesos en términos de acortar pasos, eliminar lo que no sirve, los esfuerzos que no agregan valor; en definitiva, reducir los costos de ineficiencia e incrementar la capacidad de respuesta de cada servicio y de la organización como un todo. De allí la importancia de que los gestores asuman el compromiso de innovar, de buscar la mejor manera de trabajar y brindar servicio, garantizando un equilibrio entre la oferta de tiempo y esfuerzo del recurso humano, la capacidad instalada y el presupuesto asignado, entre maximizar las utilidades y dar respuesta a la demanda de los actores externos e internos; todo ello con el objetivo de lograr la mejor atención para el paciente.

Para ilustrar el funcionamiento de este tipo de innovación, a continuación se presenta una experiencia aplicada a la gestión de inventarios por metodología *Kanban*. La misma consiste en generar un sistema de señales basado en tarjetas que permite controlar las existencias, adaptar los pedidos a Farmacia en función del consumo por su flujo *Pull*, garantizar una adecuada rotación de stock, reducir la variabilidad de pedidos, normalizar las existencias y minimizar la posibilidad de inmovilización de stock.

UNA EXPERIENCIA DE GESTIÓN DE INVENTARIOS POR METODOLOGÍA KANBAN

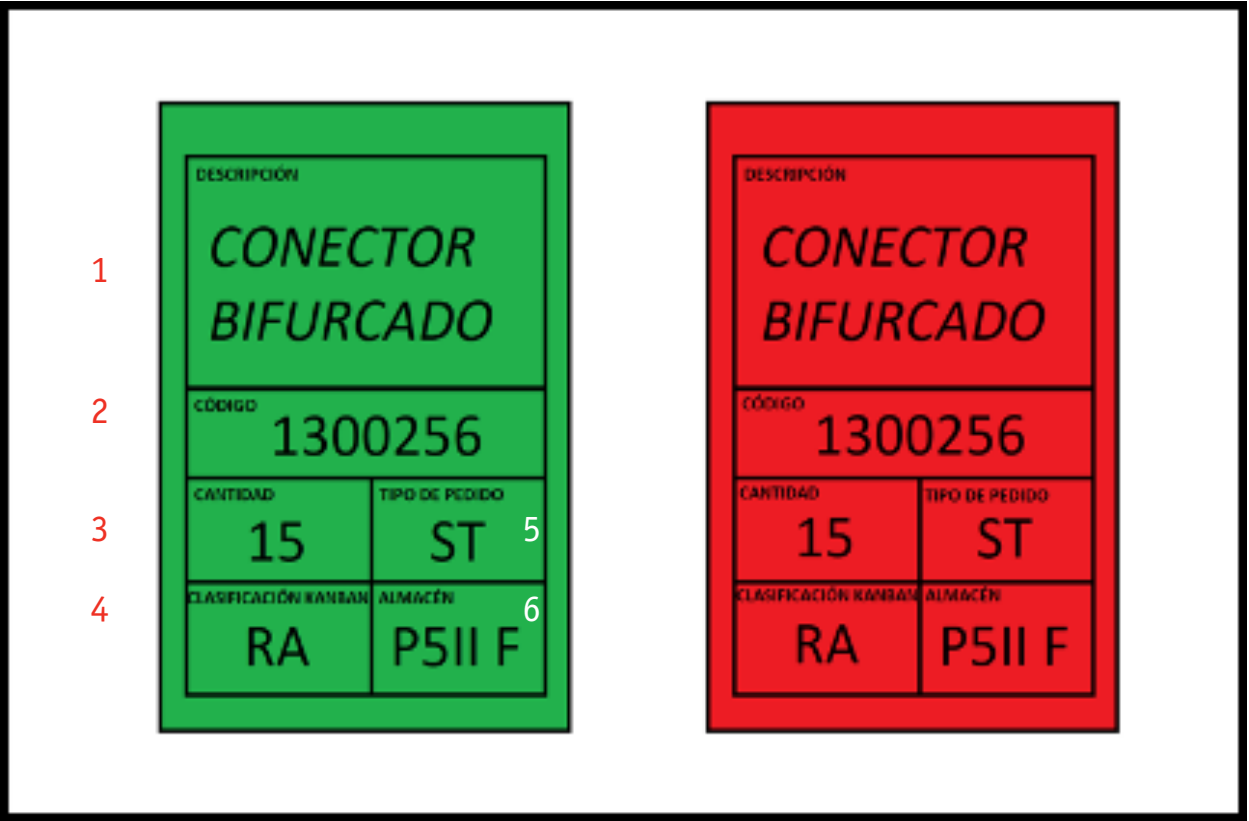
El Sanatorio de los Arcos (SDLA) es un centro propio de Swiss Medical Group (SMG) que recibe también a algunos pacientes de otros financiadores, operando como prestador en estos casos (modelo mixto). El servicio de Internación General cuenta con 150 camas, distribuidas en seis pisos entre las dos torres que conforman su edificación. Con tales dimensiones, controlar diariamente las existencias y crear pedidos para reposición de insumos y descartables, además de ser ineficiente, incrementa la variabilidad dado que está sujeto al criterio individual de quien controla la necesidad de reposición.

Entre fines de 2017 y durante 2018, se realizó una prueba inicial para implementar la gestión de inventarios *Kanban* en todo el servicio de Internación General.

La propuesta fue presentada a la Jefatura de Departamento de Enfermería, Dirección Médica y Gerencia; se realizaron reuniones con el servicio de Farmacia y el Departamento de Procesos y Control de Gestión (PCG) para construir los acuerdos necesarios para llevarla a cabo. En este tipo de proceso es muy importante contar con el apoyo directivo a fin de garantizar la viabilidad del proyecto. Una vez acordado, se definieron los inventarios, nominalizando los insumos, sus cantidades y distribución en virtud de los espacios disponibles y rotación de stock, ubicando los de

mayor rotación cerca de los office de Enfermería para reducir las distancias recorridas por los enfermeros lo más posible. Se gestionó la compra de contenedores de diferentes tamaños para el acopio de los insumos y descartables nominalizados. Se instaló un listado de existencias por orden alfabético con su georreferenciación para facilitar la búsqueda de los insumos requeridos y se entrenó a todo el personal de Enfermería (supervisores, enfermeros, ayudantes) para educar sobre el sistema y roles de cada actor en el proceso de producción y reposición.

Modelo de tarjetas del Sistema Kanban diseñadas para la gestión de inventarios en el servicio de Internación General de SDLA.



Referencias

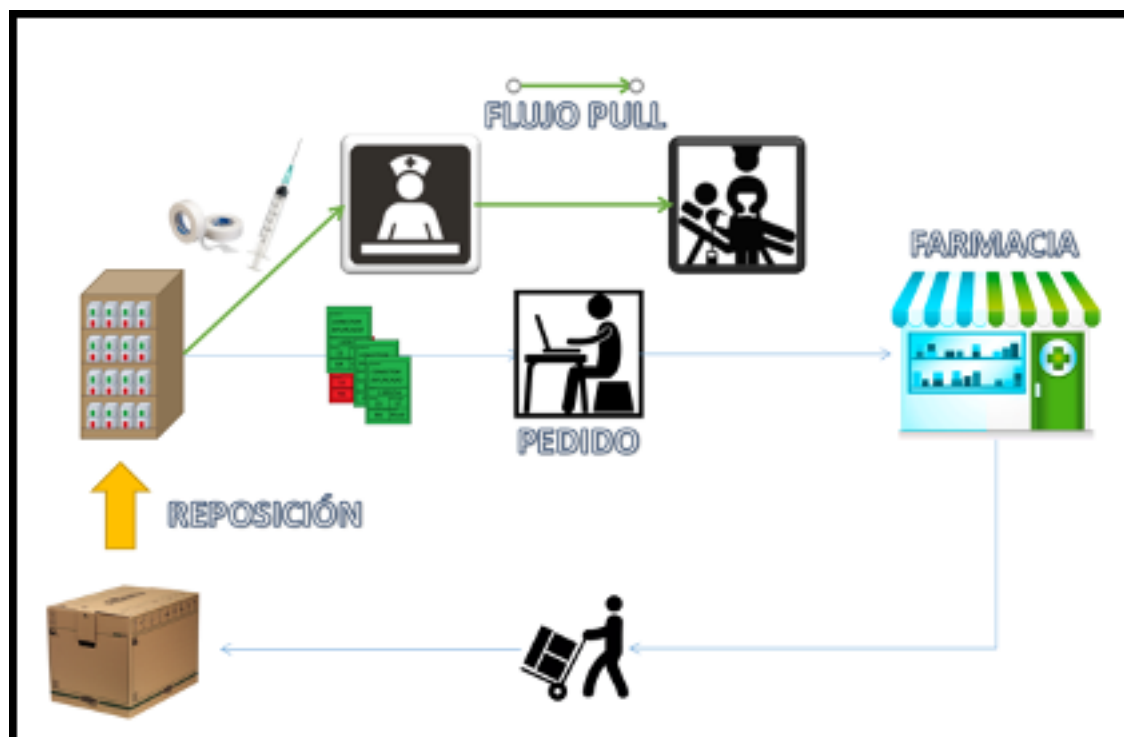
- 1: descripción del artículo
- 2: código de vademécum
- 3: cantidad de artículos contenidos
- 4: ponderación de la rotación de stock (RB: rotación baja; RM: rotación media; RA: rotación alta)
- 5: tipo de pedido (PI: pedido interno, se imputa a granel por centro de costos; ST: solicitud de traspaso, genera stock en los almacenes virtuales por piso, para dispensar a paciente)
- 6: georreferenciación de almacén.

¹ Díaz, Carlos A. (2016) *La gestión clínica*. Buenos Aires, Ediciones I-Salud.

Descripción del proceso

- Se definieron 90 insumos que conforman los inventarios, organizados en nueve placares, de los cuales dos se encuentran en una sola torre. Por esta razón, en dichos placares se replicaron 35 insumos de alta rotación, con el objetivo de minimizar los traslados del personal de Enfermería de una torre a otra para obtener los insumos.
- Se estimaron las rotaciones de stock de cada insumo en virtud de los registros de pedidos realizados a Farmacia por sistema, ubicando los de mayor rotación más cerca del office de Enfermería para reducir desplazamientos del personal.
- Se realizó un pedido de compra de canastos y tuppens de diferentes tamaños para guardar los insumos.
- Se diseñó el modelo de tarjetas, con la participación del sector de diseño gráfico de la compañía, solicitando la impresión y envío de las mismas.
- Se realizaron las inscripciones sobre las tarjetas según la nominalización y georreferenciación de los inventarios, considerando para esto último el espacio disponible en cada placard.
- Se consensuó que el envío de las tarjetas de los canastos vacíos se dirija a Supervisión de Enfermería, para que desde allí se realice el pedido por el sistema preexistente al comenzar el turno nocturno, programando el envío de los insumos pedidos al piso correspondiente al día siguiente a las siete de la mañana. De este modo, se cierra el proceso con la entrega de las tarjetas por piso al ayudante de servicio y con ellas el guardado de los insumos entregados en el piso en los placares correspondientes. Este consenso surgió como resultado de la negociación sobre disponibilidades y necesidades junto al servicio de Farmacia.
- Se implementó en septiembre de 2017 una primera etapa para prototipado de la gestión de inventarios por Kanban en el 6° piso. Luego, entre julio y diciembre del 2018, se amplió en forma progresiva a los cinco pisos restantes. Para el 9° piso, cuya planta corresponde en su totalidad a Maternidad, se estableció para ese inventario en especial un total de 65 insumos distribuidos en seis placares, de los cuales 37 se replicaron en los dos placares de una torre, siguiendo la misma estrategia que en el resto de los pisos antes mencionada.

Flujograma de proceso utilizado en la gestión de inventarios Kanban en el servicio de Internación General de SDLA.



EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA

La receptividad de los enfermeros de Internación General del SDLA sobre la implementación de este nuevo circuito de gestión de inventarios ha sido, en general, muy buena. En términos empíricos, se han identificado los siguientes resultados:

- Menor tiempo del ayudante de servicio utilizado para la observación de placares, detección de faltantes y estimación de cantidades a pedir. Ya no requiere la confección de un listado manuscrito de faltantes y cantidades a pedir, sino que ahora se realizan en virtud del consumo Pull a través de las tarjetas verdes y rojas (señales).
- Reducción de existencias y acopios aleatorios en espacios no previstos.
- Estabilización de la georreferenciación de cada insumo.
- Horarios fijos de pedidos y reposición, lo que permite programar las tareas vinculadas a los servicios de Internación General y Farmacia, aprovechando horarios ociosos.
- Reducción de demoras asociadas a faltantes de insumos. Permite dar respuesta a tiempo ante las demandas asistenciales, agregando valor al proceso servuctivo. Instalar en cada office de Enfermería el listado de los insumos nominalizados en cada inventario, ordenados alfabéticamente y georreferenciados, contribuye a agilizar la búsqueda de insumos.
- Mancomunicación de tareas entre los actores que participan en cada eslabón del proceso. Se identificó como vulnerabilidad que ante un solo error u omisión de uno de los actores se rompe absolutamente con el proceso (por ejemplo, un ayudante que olvida enviar las tarjetas a la oficina de Supervisión implica que el pedido no será generado, y que al día siguiente Farmacia no enviará al sector los insumos requeridos).

Gracias a los resultados de esta experiencia (los cuales responden al patrón del modelo de *Early adopters*), el proyecto en su totalidad ha sido punta de lanza para iniciar el camino de cambio de cultura organizacional,

dando los primeros pasos en el terreno del toyotismo y el agilismo. Esto resulta muy valioso en términos de desarrollo, competitividad en el mercado y satisfacción de todas las partes involucradas.

CONCLUSIÓN

La metodología Kanban se basa en la filosofía *Lean*, cuyo objetivo es mejorar la productividad, la eficiencia y la entrega "justo a tiempo" a los clientes finales. El cambio de cultura organizacional basado en esta metodología supone un gran desafío para toda la organización, como así también una gran apuesta a futuro: en la medida en que todos los procesos sean readaptados a esta manera de trabajar, será factible darles mayor agilidad y versatilidad en virtud de las nuevas características de las demandas en atención de la salud.

En las organizaciones que crecen en su estructura suele ocurrir que los procesos que oportunamente funcionaron terminan operando de manera burocrática. En este punto, los gestores deben estar atentos y trabajar en su reingeniería a fin de reducir los costos de ineficiencia que se crean por sostener normas y procesos que quedan obsoletos. La gestión por Kanban apunta a la mancomunación de tareas mínimas en cantidad y esfuerzo, a la vez que vitales, cada una de ellas, en el proceso. Por esta razón, un error u omisión en alguna tarea rompe absolutamente con el circuito, y el sector donde ocurrió el error se ve perjudicado. De allí la importancia de educar en forma permanente sobre el proceso de gestión, capacitar al personal de reciente ingreso, y realizar abordajes incidentales para reforzar puntos clave.

Aplicada a un servicio asistencial de salud, esta metodología constituye una estrategia eficiente, costo-efectiva y versátil, pues se trata de un proceso claro, objetivo, con pocos pasos en la cadena, que reduce los costos transaccionales y de ineficiencia vinculados al proceso de pedidos y reposición de stock entre los servicios de Internación General y Farmacia. Asimismo, al tratarse de un circuito normalizado y estandarizado, formaliza la construcción de consenso entre ambos sectores, minimizando los desvíos y garantizando un marco de objetividad en los criterios de pedidos a Farmacia y reposición basado en señales. Por caso, se debe prestar atención a la llegada de las tarjetas rojas y evaluar si se trata de algo eventual o si ocurre con frecuencia para un insumo particular, ya que el envío sostenido de tarjetas rojas para un determinado insumo es una señal que sugiere incrementar las cantidades a pedir. Un análisis más profundo del impacto de su implementación requiere, en forma complementaria, realizar un análisis económico comparativo entre esta innovación y la anterior metodología en términos monetarios, de eficiencia y de costos de oportunidad.

Las tareas de cada actor son escasas y sencillas, pero vitales. Para los gestores de servicio y los mandos medios con personal a cargo es importante valorar la reducción de tiempos de Enfermería que se logra con la innovación de procesos ágiles, en especial los costos de oportunidad que estos representan, también al evitar el riesgo de sobrecarga de tareas. Operar los servicios de Enfermería con este método ágil no sólo agrega valor a la calidad asistencial, sino que contribuye a la satisfacción de todos los actores involucrados, tanto internos como externos.

BIBLIOGRAFÍA

- Díaz, CA (2016) *La gestión clínica. Cómo vencer al despotismo ilustrado y los resabios del iluminismo*. 1a ed. CABA, ISALUD.
- Persona, A., Battini, D. and Rafele, C. (2008) 'Hospital efficiency management: the just-in-time and Kanban technique', *Int. J. Healthcare Technology and Management*, Vol. 9, No. 4, pp.373–392.
- Aguilar-Escobar, VG.; Bourque, S.; Godino-Gallego, N. (2015) Hospital Kanban system implementation: Evaluating satisfaction of nursing personnel, *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, Vol. 21(3): 101-110. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1135252315000039?via%3Dihub>
- Landry S., Beaulieu M. (2013) The Challenges of Hospital Supply Chain Management, from Central Stores to Nursing Units. In: Denton B. (eds) *Handbook of Healthcare Operations Management*. International Series in Operations Research & Management Science, vol 184. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5885-2_18
- León Araujo, MC.; Gómez Inhiesto, E. (2016) "El paciente en el eje de la logística hospitalaria". Disponible en: https://www.fundacionsigno.com/archivos/Premio_modelo_4.pdf

Externaciones en Argentina: ¿se cumple la Ley Nacional de Salud Mental?

Raquel Vela – Estudiante
Prof. Roxana Hernández

Instituto Superior de Formación Técnica N° 182 "San Miguel" –Tecnatura Superior en Enfermería

La Ley 26.657, sancionada en 2010, reconoce la autonomía de los pacientes con padecimientos mentales y demanda que las personas internadas en psiquiátricos sean trasladadas a dispositivos alternativos con un enfoque en su inclusión social.

¿Qué sucedió con el proceso de externación de pacientes de los hospitales psiquiátricos desde la sanción de esta ley?

Hace tiempo que distintas organizaciones de la sociedad civil y las Naciones Unidas vienen denunciando la grave situación en la que viven las personas internadas en los hospitales psiquiátricos provinciales, considerados en situación crítica. Allí se observa el uso excesivo de medicación, los planes alimentarios deficientes, los abusos sexuales y el uso de elementos de sujeción en camas. En el año 2010 fue sancionada la Ley Nacional de Salud Mental, una ley considerada modelo a nivel mundial por su enfoque en los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y en la promoción de un modelo de salud mental comunitaria (es decir, enfocada en la inclusión social de estas personas; no en la exclusión). Entre otras reformas al sistema, dicha ley prohíbe la creación de nuevos manicomios y exige el cierre de los existentes para el año 2020 y su sustitución por dispositivos alternativos. También establece

que las internaciones de salud mental se realicen en hospitales generales.

Sin embargo, al día de hoy, el avance en estas reformas ha sido mínimo. En 2018, durante su visita a nuestro país, Nilz Melzer (relator especial de Naciones Unidas en cuestiones de torturas, tratos y penas humillantes) remarcó que los pacientes de algunos hospitales de la Provincia de Buenos Aires "se encuentran sometidos a condiciones degradantes que resultan incompatibles con la dignidad humana" (1).

El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) es una de las tres organizaciones que presentó un amparo colectivo contra el gobierno de la Provincia de Buenos Aires en 2014 por las vulneraciones a los derechos humanos de las personas alojadas en el Hospital Melchor Romero de La Plata (2). A raíz de esto, el Estado provincial se comprometió a:

–Alquilar doce viviendas y brindar los recursos y apoyos necesarios para la externación sustentable de personas alojadas en el hospital durante 2019.

–Construir, a través del Instituto Provincial de la Vivienda, diez viviendas en el predio del hospital.

–Gestionar dos nuevos dispositivos comunitarios para la atención en salud mental en la ciudad de La Plata, en articulación con el resto de los centros de salud.

En abril de 2020, el gobierno de la Provincia de Buenos Aires se comprometió judicialmente a destinar 23 millones de pesos a la externalización de personas insti-

tucionalizadas en el Hospital Psiquiátrico Alejandro Korn de La Plata, mejor conocido como “Melchor Romero”. La población actual de personas internadas es de 470 y se prevé la externación de 60. Según organizaciones de la sociedad civil que trabajan el tema, el anuncio es un paso más para lograr que se cumpla la Ley.

Es de desear que este nuevo impulso a su implementación por parte de las organizaciones que interpelan al Estado Provincial dé sus frutos y los pacientes puedan lograr una mejora sustancial en su calidad de vida.

Para ampliar la mirada sobre el tema:

- **Ley Nacional 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental.** Puede consultarse el texto completo en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- **CELS (2017) La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn “Melchor Romero”. Informe.** CELS Salud Mental. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/11/2017-Mujeres-en-Melchor-Romero.pdf>
- **Locas de Amor (2004) Capítulo 1: “La externación”.** Una producción de Canal 13, la serie relata la historia de tres pacientes que fueron externadas de un hospital psiquiátrico para comenzar una nueva vida en sociedad, muestra cada paso del proceso de externación de los pacientes con padecimientos mentales. Puede verse en: <https://youtu.be/s7nr4R9YZpw>



Foto: CELS. Melchor Romero. Noviembre de 2017.

¹ Fuente: Redacción, Periodismo Humano. 3 de Mayo de 2019.

² CELS. Movimiento por la Desmanicomialización en Romero.

³ Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental 2019. Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación con el apoyo de la

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001537cnt-2019-08-01_informe-ejecutivo-censo-salud-mental.pdf

Enfermería como Arte: expresión simbólica del cuidado

Lic. Iván A. Viera*

Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario

Hace casi doscientos años, Florence Nightingale afirmaba: “Enfermería es la más antigua y bella de las artes”.

SABER CONCEPTUAL Y SENSIBILIDAD

A lo largo de la historia se ha considerado que la Enfermería es una ciencia y también un arte. Como el arte, involucra el juego de los sentidos y la percepción, a la vez que precisa de la emoción para descubrir aquello que parece oculto. La esencia de la Enfermería, entonces, reside en la imaginación creativa, en su sensibilidad, en la comprensión de lo que no se ve, cualidades afines al artista. Su belleza surge del encuentro entre el acto de cuidar y la persona que recibe los cuidados: un momento en el cual se crean interacciones significativas, únicas, propias de la experiencia humana. Los aspectos de interrelación entre enfermera y sujeto de atención son un elemento esencial del cuidado, el cual no es meramente el resultado de una técnica, sino un proceso que incorpora los elementos del alma,

la mente y la imaginación. Así, el arte del cuidado se presenta a la vez como actividad práctica, como fruto de un conocimiento específico y como expresión de una sensibilidad humana especial.

Como señala Martha Rogers (1994), si Enfermería tiene un cuerpo organizado de conocimiento que se utiliza en la práctica, el uso creativo de este conocimiento se manifiesta en el arte de la práctica de Enfermería. La relación enfermera–sujeto de atención convierte el cuidado en un acto de vida de dos personas en interacción: un acto de vida para ambos. En nuestra interrelación con el otro no nos abstraemos de nuestro propio curso de vida, sino que, siendo parte de ella, influimos recíprocamente en el acto de cuidar. Es lo que Jean Watson denomina “el momento de cuidado”: cuando

* Licenciado en Enfermería. (UNR). Enfermero del servicio urgencia y emergencia primaria en guardia del Hospital J.B. Alberdi de Rosario. Docente de la Escuela Enfermería (Facultad de Ciencias Médicas, UNR). Actualmente cursa la Maestría en Educación Universitaria (UTN, FRRO).



la enfermera, a través de sus conocimientos, realiza cuidados que modifican una respuesta humana. Dorothea Orem (1971) incorpora otra idea valiosa al arte de cuidar, que es el actuar de manera consciente y responsable. Esto implica la escucha activa, capacidad empática, deseos de participar en la experiencia de los sentimientos de la persona, el interés por conocer sus particularidades, con lo cual demuestra creatividad en el diseño de los cuidados. El arte del cuidado le permite a la enfermera crecer como persona y como profesional. Este conocimiento estético es el que engloba los demás patrones de conocimiento de Enfermería y hace del acto de cuidar un acto artístico: la misma escena que ocurre con la enfermera y la persona cuidada tiene su paralelo con el artista plástico cuando se encuentra frente a la obra que está creando. Por lo tanto, en Enfermería, arte no se refiere a los trabajos o a las habilidades técnicas de la práctica profesional, sino a la capacidad de transformar las respuestas humanas de las personas y de sí misma en actos para la conservación de la vida.

El valor de la interacción humana

Como profesionales de Enfermería interactuamos con otros profesionales de la salud y en particular con el sujeto de atención, que es nuestra razón de existir. En esta interacción se ponen en juego los conocimientos que poseemos (científicos, empíricos, éticos, estéticos y personales) en un marco de contacto cercano, frecuente. En esa cotidianidad ambas partes, sujeto de cuidado y cuidador, construyen una interrelación dialéctica significativa.

Retomando la definición de Imogene King, Enfermería constituye “un proceso de acción, reacción e interacción”, en el cual la enfermera y el sujeto de atención comparten información acerca de sus percepciones.

Se trata de observar (no de manera distante, sino involucrándose) para crear perspectivas, dar nuevas opciones que permitan a la persona ser más libre, que vuelva a ser sujeto activo.

¿Es posible trazar una línea que divide nuestras acciones en artísticas y científicas? La respuesta es: en la emoción y en el método. Villalobos (2005) señala la importancia fundamental de la *práctica disciplinaria*. Afirmo que esto es algo que hacemos en forma rutinaria, todos los días, y que la práctica es la esencia de la disciplina de Enfermería. Pero la práctica entendida como el hacer algo, hacer cosas, no permite ver el significado profundo que conlleva esa práctica en la Enfermería. Villalobos retoma el pensamiento de Martha Rogers cuando afirma: “la práctica es la expresión de la forma como usamos el conocimiento de Enfermería. Si Enfermería es una ciencia, entonces ella tiene unos fenómenos propios sobre los cuales se debe desarrollar el conocimiento, teniendo un cuerpo organizado de conocimientos, y si tiene un cuerpo organizado de conocimiento, el cual se utiliza en la práctica, el uso creativo de este conocimiento se manifiesta en el arte, de la práctica de Enfermería”.

El arte va más allá de realizar con prolijidad o destreza una actividad práctica. Arte es imbuir al trabajo disciplinar con las emociones y sentimientos del otro: educar, mitigar la ansiedad, tomar la mano del que padece, brindar consuelo, ofrecer escucha activa, negociar, pautar, comunicarse eficazmente. Es una forma de asimilación a la manera del artista, que debe realizar una identificación con la naturaleza antes de estar en condiciones de pintarla. No hay ciencia sin arte, ni arte sin ciencia. Ambos forman realidades mutuamente complementarias. Cuando se desarrollan en su máxima expresión, dan como resultado un cuidado de óptima calidad, evidenciando la verdadera esencia de Enfermería.

A modo de conclusión

En el pensamiento de Florence Nightingale hay elementos que apuntan a una concepción del arte como actividad práctica. De allí la idea de que, como tal, la Enfermería expresa un *carácter creativo del espíritu*, trabaja con el cuerpo vivo, en una presencia intencionada que le permite el desarrollo de conocimientos, sentimientos, actitudes y habilidades que se convierten en una experiencia sanadora. Resulta muy valioso revisar estas ideas a la luz de la actual crisis que enfrentan los fundamentos del conocimiento científico, del filosófico, y, en general, los fundamentos del pensamiento (sobre todo el reflexivo), ya que Enfermería no se encuentra ajena a ello. Se trata de una crisis que genera incertidumbre, malestar, y que precisa, paradójicamente, del conocimiento en su sentido más amplio. Como hemos visto aquí brevemente, el arte de la Enfermería compromete, más allá de las habilidades intelectuales y prácticas, a la persona de una forma integral, así como al profesional. Entenderla como ciencia y arte puede ser una manera acertada de hacer frente a los cambios: aunando el saber disciplinar a su especial relación con las emociones e interacciones humanas, Enfermería será capaz de asumir una activa participación en la dinámica actual de cambios y transformaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Contreras Ibacache, Víctor (2013) Evidencia del Arte en Enfermería. *Enfermería Global*, 12(30), 326-331. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200016&lng=es&tlng=en
- Domínguez-Alarcón, C. (1999) Sociología del cuidado. *Enfermería clínica*, vol. 9, n° 4: 174-181.
- Durán de Villalobos, MM. (2007) Teoría de Enfermería ¿un camino de herradura? *Aquichan*; vol.7, n° 2, pp.161-173. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/110/221>
- Durán de Villalobos, MM. (2005). La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Universidad de la sabana. Aquichan*; vol. 5, n° 1. Disponible en: <https://dikaon.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/62/129>
- Hernández Cortina A; Guardado de la Paz, C. (2004) La Enfermería como disciplina profesional holística. *Rev Cubana Enferm*; 20 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007
- León Román, C. A. (2006). Enfermería: ciencia y arte del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(4). Disponible en:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es&tlng=es
- Marriner, A. y Raile, M. (2011) Modelos y teorías en Enfermería, Elsevier, Madrid, pp. 472-498.
- Mcfarland, M.; Leininger, M. (AÑO) Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales
- Prieto de Romano, Gl. (2000) Evolución de la Enfermería y su enfoque en el nuevo milenio. *Actual. Enferm*; 3(1):38-45.
- Reina, R. (2013) El arte de cuidar en Enfermería: un retorno a sus raíces. [Tesis doctoral]. Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud. Disponible en: <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/709/1/reina.pdf>
- Rivera, MS. (2004) El arte de cuidar en Enfermería. *Horiz Enferm*; 15, 11-22.
- Urra, E.; Jana, A.; García, M. (2011) Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería*; 17 (3): 11-22. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002

> CURSO DE ESTADÍSTICA APLICADA A LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA EDICIÓN 2020

Los avances en las distintas áreas de salud requieren la permanente capacitación de los profesionales. La estadística, como rama auxiliar de todas las ciencias básicas, proporciona conocimientos cuya aplicación posibilita tomar decisiones adecuadas.

En este sentido, el presente curso se planteó como una instancia formativa desde un enfoque teórico-práctico, con el propósito de desarrollar capacidades para la aplicación de estos conocimientos en la tarea diaria, proporcionando herramientas estadísticas y metodológicas que ayuden a comprender los procesos de medición, aplicar los conocimientos adquiridos en el análisis de casos y la forma de graficarlos.

El curso, de modalidad *online*, se basa en los métodos deductivo e inductivo y brinda las herramientas necesarias para plantear y resolver problemas específicos de estadística aplicada al área de Enfermería.

El desarrollo de los temas centrales a cargo del docente se complementó con instancias de apoyo: énfasis en aquellos contenidos que presentaron mayor dificultad para el aprendizaje y tutorías, por sistema de correo electrónico, con la frecuencia que cada alumno lo considerara necesario.

La respuesta a la convocatoria de este año fue muy positiva, sobrepasando el cupo disponible y con un nivel bajo de deserción, debido al contexto actual de pandemia.

En vista de estos resultados, esperamos realizar la segunda edición en 2021.

EQUIPO DOCENTE DE ADECRA + CEDIM



Pandemia de COVID-19: lecciones aprendidas en los Programas de prevención y control de infecciones (PPCI)

Mg. Stella Maimone*

Representante por ADECI ante el Ministerio de Salud de la Nación

Frente a la pandemia, los profesionales en control de infecciones hemos tenido que aprender muy rápido, conocer frente a qué nos encontrábamos, generar espacios de capacitación y ser innovadores. A futuro, debemos estar mejor y más preparados para afrontar los nuevos desafíos.

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas el mundo se ha visto expuesto a una serie de amenazas por brotes virales emergentes de diferente índole. La enfermedad por COVID-19, que cobró relevancia en diciembre de 2019 y fue declarada pandemia por la OMS en marzo de 2020, es un ejemplo más. Posiblemente no el último. El 12 de diciembre de 2019 la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (República Popular de China) hizo público un reporte de 27 casos humanos que habían

cursado una neumonía viral, la cual tenía como etiología un nuevo patógeno humano con alta capacidad zoonótica, conocido provisionalmente como Coronavirus novel 2019 (2019-nCoV) y unas semanas después como Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19), causada por el virus SARS-CoV-2.

El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró el estado de Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, configurando así un

* Magíster en Educación para profesionales de la salud. Licenciada en Enfermería. Enfermera especialista en Epidemiología y Control de Infecciones. Recertificada por ADECI (Asociación de Enfermeros en Control de Infecciones). Directora de la consultora CODEINER.

alerta global que reconocía la importancia del control epidemiológico para prevenir y controlar la propagación del COVID-19, e instaba a las autoridades de cada nación a implementar medidas de vigilancia, pruebas diagnósticas, estrategias de manejo del paciente y comunicación adecuada de la información, con la finalidad de prepararse frente a la posible llegada de casos importados de cualquier lugar del mundo (no sólo de China) donde el virus estuviera presente.

Luego, el 11 de febrero, en coordinación con la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la OMS anunció el nombre de la enfermedad como COVID-19.

En los días siguientes se notificaron nuevos casos, ya no sólo en la región asiática sino también en varios países del continente europeo y luego en las Américas. Algunas semanas después, países fuera de China reportaron casos importados. El 25 de febrero de 2020 el Ministro de Salud de Brasil confirmó el primer caso en nuestra región. El COVID-19 había llegado a América Latina y el Caribe. En la actualidad, todos los países de Sudamérica están afectados.

El 11 de marzo de 2020 la OMS declaró al COVID-19 en situación de pandemia.

La expansión global de estas infecciones emergentes está influenciada por numerosos factores: el cambio climático, los niveles de urbanización, el número de viajes aéreos, las condiciones socioeconómicas de las distintas poblaciones, entre otros. En el caso del COVID-19, fue especialmente preocupante el hecho de que la ciudad de Wuhan (provincia de Hubei), de cerca de 11 millones de habitantes, posee uno de los aeropuertos internacionales más grandes de China, con conexiones aéreas directas con gran parte de las principales ciudades del mundo. En el caso de América, conexiones a través de Estados Unidos, hacia Ciudad de México, San Pablo y Bogotá, facilitaron la propagación del virus en toda la región.

El requisito *sine qua non* para la transmisión de una enfermedad contagiosa es la cercanía del organismo infectado con el organismo susceptible de contagio. De ahí que la medida preventiva más efectiva para combatir esta enfermedad sea el distanciamiento físico. Además, debido a la naturaleza del virus, la otra medida preventiva es un simple lavado de manos, bien realizado, con agua y jabón o alcohol, ya que la membrana lipídica del virus es altamente susceptible a las propiedades del jabón y del alcohol.

ALGUNAS LECCIONES

La pandemia de COVID-19 ha venido a desnudar las inequidades del sistema de salud. En nuestro país observamos situaciones muy contrapuestas: por un lado, instituciones que cuentan con moderna tecnología, programas de calidad y gestión en control de infecciones exitosos; por otro lado, instituciones con sistemas de ventilación de tipo domiciliario incluso en los quirófanos, centrales de esterilización que esterilizan insumos en forma inadecuada, deteriorándolos y sin darle importancia a la gestión de programas, aún durante esta pandemia. Frente a esta realidad, ¿es posible pensar simplemente que si un sistema de salud no se satura se salvan vidas?

Nos encontramos entre lo conocido y lo desconocido. Hemos tenido que aprender a generar nuevos procesos, tratando de encontrar valor a nuestras acciones, que siempre debieron ser de calidad, debieron estar centradas en el paciente, y debieron entender que ante todo somos personas cuidando a otras personas. Pero tan cierto como que el sistema de salud no estaba robustecido, lo es el hecho de que nos hemos acostumbrado a decir, entre otras cosas, “es un hospital público,” o “en las provincias todos los sistemas son similares”.

Los profesionales en control de infecciones, que actuamos en función de los datos que generamos, hemos tenido que aprender muy rápido para conocer frente a qué nos encontrábamos y usar estos datos, analizarlos y estudiarlos, para generar innovación. ¿Siempre lo hemos logrado? Podría decirse que depende de la región del país. En algunas provincias, donde el sistema de salud está más robustecido, ha sido posible gestionar mejor los PPCI en esta pandemia.

En otras ocasiones, muchos colegas han consumido tiempo y energía (dos elementos importantes para poder gestionar) tratando de que los profesionales recuperen las nociones básicas de transmisión de un virus de contacto respiratorio. A menudo, la falta de recursos humanos formados y materiales de buena calidad han llevado a la frustración.

A ello se añade el hecho de que cada sociedad científica generó diferentes estándares, muchas veces sin consenso con el resto, y que incluso los ministerios de salud se manejaron de manera independiente respecto de estas sociedades. En muchas oportunidades se evidenció la falta de humildad por parte de los líderes para convocar equipos multidisciplinarios,

interdisciplinarios y transdisciplinarios para la toma de decisiones en los estándares. Todo esto generó mucha confusión entre los profesionales que actuaban en la primera línea de atención.

PRESENTE Y FUTURO DE LOS PPCI

En las últimas décadas ha habido un incremento en la complejidad de los PPCI dada por el aumento de pacientes ancianos en los sistemas de salud, la aparición constante de nuevas formas de resistencia antimicrobiana y las enfermedades de origen zoonótico, cada vez más frecuentes. El nivel actual de exigencia en los requerimientos de acreditación por parte de las administraciones hace necesario contar con más sistemas de vigilancia para distintas áreas y procesos, generar nuevos estándares y desarrollar la investigación para su implementación. Es por ello que las y los enfermeros en control de infecciones debemos estar mejor y más

preparados para afrontar los nuevos desafíos. Esto significa ser capaces de generar respuestas para continuar con la gestión adecuada de los PPCI en esta pandemia, pero también en otras que pudieran surgir, porque es seguro que ésta no será la última.

Los cambios ocurren muy rápido y a veces actuamos con cierta lentitud. Esto sucede en todo el equipo de salud. Conocimientos sobre el trabajo en equipo, comunicación, innovación, calidad y seguridad, costos, son mandatorios en este momento, así como la participación en una gestión del cambio.

De cara al futuro hay dos líneas principales de trabajo que es imperativo desarrollar y fortalecer: una a nivel individual, en cada institución (ya que si las direcciones o administraciones no han mostrado interés y apoyo hasta el momento, en las emergencias no podremos solucionar demasiado) y otra a nivel nacional, con el conjunto de las sociedades y ministerios involucrados, para una efectiva coordinación de capacidades, esfuerzos y recursos.

Seis puntos clave a trabajar según Enfermeros en Control de Infecciones (ECI)

- Generar un diagnóstico elaborado con otras profesiones y otras disciplinas para abordar los temas vinculados a las pandemias, en todas sus implicancias. No se debe hacer control de infecciones sin comprender la naturaleza de los procesos y sin tomar en consideración la mirada de otros profesionales en las diferentes disciplinas.
- Contar con una red de comunicación efectiva, con todas las sociedades científicas vinculadas al tema en cuestión y con los distintos ministerios, de modo que puedan intercambiarse experiencias en el abordaje del control y la prevención en los pacientes y el personal de salud.
- Generar estándares únicos y consensuados puede ofrecer seguridad a los profesionales de la salud que se encuentran en la primera línea de atención.
- Generar una gestión de cambio y planificar acciones. ¿Qué protocolos deberían ponerse en acción frente a las pandemias?
- Realizar capacitaciones durante todo el año sobre elementos de protección personal. Los usamos siempre, ¿por qué razón hemos llegado a estar colapsados?
- Apuntar al fortalecimiento de los sistemas de salud, la vigilancia de enfermedades y la debida evaluación de casos sospechosos de cualquier nueva enfermedad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Debemos cambiar y rápido. Utilizar los conocimientos básicos para tomar decisiones en el día a día. También el resto de la comunidad de salud debe estar preparada para comprender el cambio de los procesos y aceptarlos, o bien consensuarlos con el exhaustivo estudio de la evidencia científica. La experiencia de este año muestra que costó tanto definir los EPP necesarios, y por momentos, cuando más hacían falta y escaseaban por la pandemia, se malgastaron por falta de consenso, de conocimiento y por miedo. A modo de ejemplo, para ilustrar lo que pudo ser bajo otras circunstancias, citaremos dos artículos:

A fines de abril se publicó en Suiza (1) la experiencia en un centro de atención primaria, donde se atendió a un paciente sin ningún EPP. Veintiún trabajadores de la salud informaron contactos con el caso índice, entre cinco y treinta minutos de exposición. Los tiempos de contacto acumulados más largos se asociaron con más contactos ocasionales; los de menor tiempo, con contacto físico con el paciente. Tres trabajadores de la salud informaron síntomas respiratorios (tos) o fiebre leve al cabo de cuatro días. Ninguno de ellos dio positivo por SARS-CoV-2 en el momento del inicio de los síntomas. Los 21 trabajadores de la salud fueron testeados con rt-PCR para SARS-CoV-2 siete días después del contacto inicial con el caso índice, incluidos los tres que habían presentado síntomas. Todos los resultados fueron negativos. Los autores concluyeron que, en este tipo de atención, el contagio es bajo y que las medidas de protección actuales para los trabajadores de la salud, incluida la estricta adherencia a la higiene estándar básica y las mascarillas, ofrecen una protección considerable durante períodos cortos de contacto con casos sintomáticos de COVID-19.

El segundo ejemplo corresponde a una experiencia en un hospital de Hong Kong (2). Se describe una investigación de brote a partir de un paciente con COVID-19 que fue atendido con el uso de precauciones estándares, en un cubículo abierto de una sala general antes de que se hiciera el diagnóstico. Los autores identificaron los contactos y clasificaron los riesgos como 'cercaños' o 'casuales' para las decisiones sobre cuarentena y / o vigilancia médica. Recogieron muestras respiratorias de contactos que desarrollaron fiebre y / o síntomas respiratorios durante el período de vigilancia y se analizaron para detectar SARS-CoV-2. Fueron identificados un total de 71 empleados y 49 pacientes a partir del rastreo de contactos, 7 empleados y 10 pacientes cumplieron los criterios de "contacto estrecho". Al final de la vigilancia de 28 días, se realizaron 76 pruebas en 52 contactos y todos fueron negativos, incluidos todos los contactos cercaños del paciente y seis de los siete contactos cercaños del personal. Los contactos restantes fueron asintomáticos durante todo el período de vigilancia. Los autores sugirieron que el SARS-CoV-2 no se transmite por una ruta aérea y que las transmisiones nosocomiales pueden prevenirse a través de medidas básicas de control de infecciones, que incluyen el uso de máscaras quirúrgicas, la higiene de manos y del medio ambiente.

Entonces, partiendo de la evidencia, de cara al futuro se debe considerar que la aparición de tos puede ser el comienzo de una nueva infección y que, en tal situación, las instituciones deben contar con un protocolo siempre previsto: usar barbijo, lavarse las manos, limpiar las superficies de alto contacto. Esto debe observarse siempre, porque otra pandemia puede llegar y encontrarnos mejor preparados si aprendemos de ésta. Los países asiáticos han podido controlar mejor esta pandemia porque tenían experiencias previas con el SARS y el Mers-Cov y continuaron utilizando las mismas medidas de control.

Es fundamental contar con equipamiento suficiente, de calidad indudable, en tiempo y forma, para el personal de atención, y servicios con disponibilidad para aislamiento correcto, que ayuden a evitar y controlar la propagación de las enfermedades. Tan importante como eso es no desperdiciar los insumos por causa del miedo, ser racionales en la administración de recursos (que son finitos) y en las decisiones sobre procesos: si cambiamos un proceso, que sea porque la evidencia científica ha demostrado la necesidad de hacerlo.

Debemos trabajar en la buena comunicación, en la capacitación y el aprendizaje rápido. Desde ahora, aunque estemos próximos a la vacuna. Generar equipos comprometidos desde ahora, hacer un buen diagnóstico y articular nuestra labor con otras disciplinas. Por último, es imprescindible no olvidar lo que ya sabemos de los virus acerca de su transmisibilidad y formas de diseminación. Esta pandemia pasará, pero habrá otras situaciones de riesgo y deberíamos estar mejor preparados.

BIBLIOGRAFÍA

—Arab-Mazar Z, Sah R, Rabaan AA, Dhama K, Rodríguez-Morales AJ. (2020) Mapping the incidence of the COVID-19 hotspot in Iran: Implications for Travellers. *Trav Med Infect Dis.* 2020:101630. [doi: 10.1016/j.tmaid.2020.101630] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/339930891_Mapping_the_incidence_of_the_COVID-19_hotspot_in_Iran_-_Implications_for_Travellers

—Biscayart C, Angeleri P, Lloveras S, Chaves T, Schlagenhauf P, Rodríguez-Morales AJ. (2020) The next big threat to global health? 2019 novel coronavirus (2019-nCoV): What advice can we give to travellers? - Interim recommendations January 2020, from the Latin-American society for Travel Medicine (SLA-MVI). *Travel Med Infect Dis.* 2020:101567. [doi: 10.1016/j.tmaid.2020.101567] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/338913974_The_next_big_threat_to_global_health_2019_novel_coronavirus_2019-nCoV_What_advice_can_we_give_to_travellers_-_Interim_recommendations_January_2020_from_the_Latin-American_society_for_Travel_Medicine_S

—Canova V, Lederer Schläpfer H, Piso RJ, et al. (2020) Transmission risk of SARS-CoV-2 to healthcare workers -observational results of a primary care hospital contact tracing. *Swiss Med Wkly* 150. Apr 25. [doi:10.4414/smww.2020.20257] Disponible en: <https://smw.ch/article/doi/smw.2020.20257>

—Center for Disease Control and Prevention (2020) 2019 Novel Coronavirus - Prevention & Treatment [Internet]. Atlanta: CDC [citado 03|03|2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/prevention-treatment.html>

—CDC U. 2019 Novel Coronavirus - Information for Healthcare Professionals 2020 [Internet]. Atlanta: CDC [citado 03|03|2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html>

—Dong E, Du H, Gardner L. (2020) An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis.* [doi: 10.1016/S1473-3099(20)30120-1] Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30120-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30120-1/fulltext)

—Millan-Oñate J, Rodríguez-Morales AJ, Camacho-Moreno G, Mendoza-Ramírez H, Rodríguez-Sabogal IA, Álvarez-Moreno C. (2020) A new emerging zoonotic virus of concern: the 2019 novel Coronavirus (COVID-19). *Infectio*; 24(3). [doi: 10.22354/in.v24i3.848] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v24n3/0123-9392-inf-24-03-187.pdf>

—OPS / OMS (2020) Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 18 de septiembre, Washington DC.

—Wang D, Hu B, Hu C, et al. (2020) Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA.* February.[doi:10.1001/jama.2020.1585] Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761044>

—Wilson RF, Sharma AJ and col. (2020) Factors Influencing Risk for COVID-19 Exposure Among Young Adults Aged 18–23 Years — Winnebago County, Wisconsin, March–July 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report.* US Department of Health and Human Services / Centers for Disease Control and Prevention 16, Vol. 69 / n° 41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7561092/>

(1) Canova V, Lederer Schläpfer H, Piso RJ, et al. (2020)
(2) Wang D, Hu B, Hu C, et al. (2020)

> RECONOCIMIENTO A LA DRA. ISABEL VERA

Desde ADECRA + CEDIM felicitamos a la Dra. Isabel Vera, quien fue elegida para exponer su trabajo de tesis doctoral como parte del convenio entre la Universidad de la Sorbona (París) y la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, a través de la Carrera de Licenciatura en Enfermería. Tuvo lugar durante el mes de noviembre, en el marco de la cátedra de Investigación en Ciencias de la Enfermería de dicha universidad francesa.

La tesis, titulada “Complicación de los accesos venosos periféricos y el estudio de los mecanismos preventivos”, es el resultado de una investigación realizada en el Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en una sala de Clínica Médica. El estudio, de tipo longitudinal, prospectivo y analítico, incluyó un total de 115 pacientes con 981 días catéter. El análisis de todas las causas de complicaciones mediante la vigilancia activa epidemiológica demostró que dichas complicaciones son prevenibles, lo cual posibilitó establecer mecanismos preventivos para disminuir la tasa registrada al inicio de la investigación. Asimismo, esta experiencia reafirma que la vigilancia activa epidemiológica proporciona información valiosa para tomar decisiones debidamente fundadas.

Isabel Vera es Doctora en Enfermería, Directora de la UDE en Corporación Médica San Martín y Presidenta de la Comisión de Enfermeros de Gestión ADECRA + CEDIM (ciclo 2020).



Valoración pupilar

FICHA
63

Enf. Bárbara Ferraro

Sanatorio Itoiz

Subsecretaría de Gestión en Red, Ministerio de Salud de CABA

DEFINICIÓN

- La valoración pupilar es una técnica no invasiva, centrada en tres pilares: la estimación del tamaño y forma pupilar, la evaluación de la reacción pupilar a la luz y la valoración de los movimientos oculares. Esta valoración forma parte del proceso de evaluación neurológica.

OBJETIVO

Valorar el estado pupilar del sujeto de atención con el fin de obtener datos sobre el estado neurológico del mismo.

ROLES Y RESPONSABILIDADES

- Enfermeros, médicos, kinesiólogos; todo el personal de salud involucrado.

CONSIDERACIONES GENERALES

- La pupila es la abertura en el iris a través de la cual pasan los rayos luminosos que penetran al interior del ojo. La función pupilar es una extensión del sistema nervioso autónomo. El control parasimpático de la pupila se establece a través de la inervación del nervio óculo-motor (III Par Craneal). Cuando se estimulan las fibras parasimpáticas las pupilas se contraen, y se dilatan cuando son estimuladas las fibras simpáticas. La activación generalizada del simpático (por ejemplo, en las reacciones de alarma, miedo o huida) da lugar con frecuencia a una dilatación pupilar.
- Frente a la luz solar brillante o a un estímulo artificial de igual magnitud las pupilas se cierran hasta un diámetro aproximado de 1,5 mm (una vía parasimpática contrae

los músculos pupilares circulares). En la oscuridad, el orificio de la pupila se dilata hasta 8mm, un aumento de 28 veces el área pupilar. La dilatación ocurre cuando los músculos radiales que se ubican perpendiculares a los músculos circulares se contraen bajo la influencia de neuronas simpáticas.

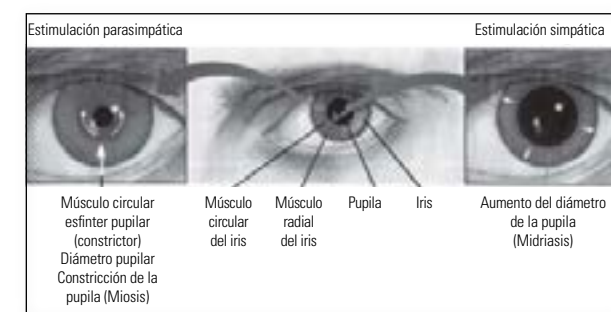


FIGURA 1. ANATOMÍA DEL OJO HUMANO

En adelante llamaremos **miosis** a las pupilas que se encuentran en contracción y **midriasis** a aquellas que presentan dilatación, siendo consideradas pupilas **medias**, **intermedias** o **normales** las que oscilan entre los 3 y 5 mm de diámetro.

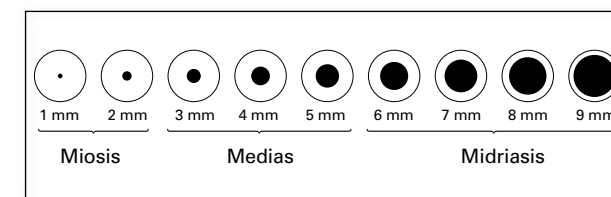


FIGURA 2. TAMAÑO PUPILAR

- Si se observan los dos primeros pares de pupilas en la Figura 3, en el primer par ambas tienen el mismo tamaño (es decir son **isocóricas**) mientras que en el segundo una se encuentra más dilatada que la otra (esto se denomina **anisocoría**). Esta es una clasificación respecto a la simetría de las pupilas. Es importante describir en este caso si se trata de una miosis o midriasis, izquierda o derecha.

- Como se mencionó antes, las pupilas reaccionan ante un estímulo luminoso. Son **reactivas** cuando se contraen al estímulo; **hiporreactivas** cuando lo hacen lentamente, y **arreactivas** cuando no hay ningún tipo de modificación respecto al estado basal.

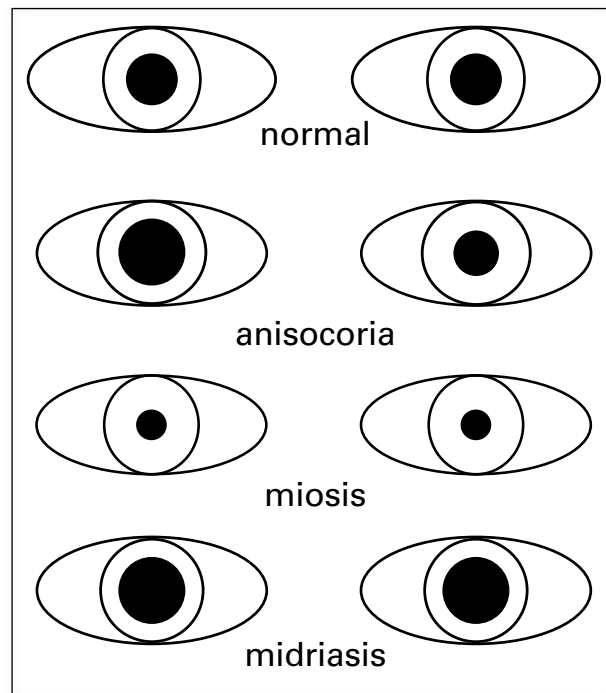


FIGURA 3. CLASIFICACIÓN PUPILAR

Puntos a tener en cuenta:

- Durante el envejecimiento las pupilas continúan reaccionando a la luz dilatándose y contrayéndose; sin embargo, este proceso tiene lugar de forma más lenta con el aumento de la edad. El retraso en la reacción de la pupila dificulta la adaptación de los ancianos a los cambios de luz, con lo cual el riesgo de caídas es mayor. El diámetro global de la pupila también disminuye, lo que reduce la cantidad de luz que alcanza la retina y esto hace necesario contar con más luz para ver con claridad.
- El personal de Enfermería debe educar a los pacientes sobre la importancia de andar lentamente cuando entran a una habitación con luz brillante u oscura. Hay que recordar que las dos causas principales de muerte accidental en los ancianos son las caídas y los accidentes en vehículos de motor, respectivamente.
- Al producirse un deceso, el personal de Enfermería comprobará el reflejo pupilar a la luz. Las pupilas deberán estar fijas y dilatadas.
- Diversos fármacos y drogas pueden alterar la función pupilar. Entre los casos más habituales cabe mencionar:

- La **miosis** puede darse por consumo de opiáceos (morfina, codeína, heroína, metadona, fentanilo), de sedantes hipnóticos (benzodiazepinas, barbitúricos), de alcohol o de colinérgicos (acetilcolina).
- En cuanto la **midriasis**, por la administración o consumo de anticolinérgicos (atropina), simpático-miméticos (epinefrina, dopamina, cocaína, anfetaminas), alucinógenos (cocaína, marihuana, LCD, hongos), levodopa, por abstinencia de opiáceos, alcohol o sedantes hipnóticos.

EQUIPO Y MATERIAL

- Fuente de luz
- Par de guantes
- Lápiz
- Registro de Enfermería

PROCEDIMIENTO

- Presentarse ante el paciente.
- Explicar al paciente el procedimiento para disminuir su ansiedad y facilitar su colaboración.
- Realizar higiene de manos.
- Reunir el equipo en la unidad del paciente.
- Observar la simetría de las pupilas y su tamaño.
- Valorar la respuesta a la luz iluminando uno a la vez con la linterna de forma lateral, de esta manera se evita que haga sombra sobre el ojo.
- Pedirle al paciente que siga un objeto (por ejemplo, una lapicera) en los diferentes sentidos y direcciones.

FINALIZACIÓN

- Colocar al paciente en posición cómoda, permitiendo el fácil acceso a objetos personales y al timbre llamador.
- Acondicionar la unidad y el equipo utilizado.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar en la Hoja de Enfermería: fecha, hora, procedimiento y observaciones realizadas durante el mismo.
- Informar al médico tratante las alteraciones que puedan surgir durante la valoración.

BIBLIOGRAFÍA

—Levatin, P. (1959) Pupillary escape in disease of the retina or optic nerve. Arch Ophthalmol; 62:768-769.

Enfermería y el sentido profundo del cuidar

Dr. Mariano Asla

Facultad de Ciencias Biomédicas – Universidad Austral

Cada actividad humana relevante supone una concepción del ser humano y de la realidad entera. Una filosofía anima las decisiones fundamentales, sosteniendo las creencias y dando fuerza a las motivaciones. La filosofía que subyace al acto humano de cuidar puede constituir una alternativa razonable para aceptar y mitigar la vulnerabilidad humana.

INTRODUCCIÓN

Detrás de cada actividad humana y de cada tarea hay un sentido profundo, no siempre consciente y pocas veces explícito. Así, cada acto relevante implica, de alguna manera, una declaración de propósito, una concepción del hombre y del universo. Pero para el que no percibe este sentido, la actividad se presenta sólo en sus aspectos externos, como un proceder casi indiscifrable. Se ha dicho, y no sin razón, que pretender comprender una vocación sin descubrir el sentido que la anima y justifica es como ver a otros bailar, pero sin escuchar la música que resuena en sus oídos: se percibe sólo la exterioridad, meros movimientos vacíos y se pierde toda la gracia. Por eso, en un año doblemente especial, Año Internacional de la Enfermería y año

de la pandemia, me propongo esbozar un marco filosófico que permita vislumbrar el significado profundo de esta vocación.

Esta verdadera **filosofía del cuidar** resulta hoy más necesaria que nunca por las razones coyunturales ya expuestas y por otras de fondo. En el orden práctico, esto implica tomar conciencia, como sociedad, del verdadero valor y del reconocimiento que merecen las profesiones relacionadas con la salud. Aceptar y honrar esta deuda de gratitud para con los que se han arriesgado socorriendo a los enfermos es quizás una de las lecciones morales más importantes que podría dejarnos la actual crisis sanitaria. Pero hoy quisiera llamar la atención sobre un aspecto teórico, no menos

urgente, que se desprende del significado del acto humano del cuidar, y que podría resultar un valioso aporte para la comprensión de la relación del ser humano con sus límites y vulnerabilidades.

Una filosofía del cuidar podría, así, ofrecerse como una alternativa razonable frente a los planteos contemporáneos del “capacitismo” (*ableism*) y del modelo de la construcción social de la discapacidad.

ESPACIO PARA FILOSOFAR

Conviene aclarar, en primer lugar, que la Enfermería es una profesión compleja y variada e involucra una multiplicidad de actos: curar, cuidar, dirigir, enseñar, asistir, acompañar, consolar, etcétera. De todo ese espectro de tareas y actividades voy a concentrarme en el acto de cuidar, intentando transparentar las enseñanzas que se esconden tras su aparente obviedad.

Ciertamente, no soy el primero que propone una Filosofía de la Enfermería, sino que ésta constituye un incipiente pero interesante campo de especulación. Para hacer un poco de historia, y dejando de lado las reflexiones fundacionales de Florence Nightingale, ya Dorothy Johnson había propuesto en 1959 una reflexión de este tipo para explicitar los componentes esenciales de la identidad de esta profesión, que es arte y es ciencia, y que supone un abordaje de salud holístico centrado en la persona del paciente (Johnson, 1959). Años más tarde, Pamela Salsberry sugiere la necesidad de explicitar y profundizar en los supuestos ontológicos, epistemológicos y éticos de la Enfermería (Salsberry, 1994). Más cerca en el tiempo, resultan sumamente interesantes las propuestas de diálogo entre la Enfermería y la Fenomenología que persiguen como finalidad facilitar al profesional la comprensión empática de las vivencias del paciente. La filósofa inglesa Havi Carel ha explorado con profundidad esta temática y la presenta como una forma de superación del paradigma reduccionista biológico de las patologías, al que tiende la medicina actual, y que no permite advertir la verdadera dimensión de lo que la enfermedad pone en juego (Carel 2013, Kidd & Carel 2017). En todo caso, la idea es clara: comprender mejor al paciente, más allá de lo clínico, puede redundar en un trato más justo y en tratamientos más efectivos.

La cuestión que aquí me interesa no apunta tanto a poner en diálogo a la Enfermería con la Filosofía contemporánea, como a extraer las enseñanzas profundas del acto de cuidar. Explicitar el marco filosófico

que da sentido a ese acto específicamente humano (Bertolaso & Rocchi, 2019) podría proveer de una alternativa razonable contra dos formas de pensamiento antagónicas, extremas y, a mi juicio, equivocadas de entender la vulnerabilidad humana.

EL EJERCICIO DEL PÉNDULO: DE LA VULNERABILIDAD DEMONIZADA A LA NATURALIZACIÓN DE LO PATOLÓGICO.

La primera forma en este esquema polarizado consiste en la demonización de la vulnerabilidad, por la que cualquier límite o imperfección es considerado como algo esencialmente malo que debería, sí o sí, ser superado. Esta forma de pensar puede extremarse transformando la aversión a las limitaciones y a las enfermedades en el menosprecio de las personas que las sufren, actitud que se conoce con el nombre de “capacitismo” (*ableism*). La segunda postura puede explicarse, en parte, como una justificada reacción de defensa de la persona contra ese culto cruel de las capacidades, y se desarrolla bajo el nombre de “modelo de la construcción social de la discapacidad” (Campbell, 2008). A pesar de sus buenas intenciones, esta postura encierra, como se verá, sus propias dificultades.

El capacitismo es, de alguna manera, uno de esos errores hacia los cuales los hombres parecemos inclinados en forma espontánea. Después de todo, fueron el desarrollo y la potenciación técnica de nuestras capacidades naturales lo que nos ha permitido sobrevivir como especie. Sus valores fundamentales tienen que ver con la producción de bienes, el control de las situaciones vitales y el bienestar como ideal de la sociedad, todo lo cual es muy bueno. Sin embargo, cuando estos valores se absolutizan se paga un costo. Por eso, no es de extrañar que este énfasis en las capacidades conduzca a postular que el valor de la vida humana depende del grado de desarrollo o de la conservación de las potencias específicamente humanas. Tanto puedes, tanto vales. La liviandad con la que nuestras sociedades occidentales han aceptado la eliminación de las vidas más débiles, en las etapas de desarrollo embrionario o sobre el final de la existencia, es un signo lo bastante claro de esto que afirmo.

Una mayor fineza moral caracteriza nuestra época en el repudio de la discriminación hacia las personas nacidas con alguna discapacidad. Resulta hiriente escuchar

¹ Para una visión crítica de esta acometida contra la vulnerabilidad humana, véase la interesante reflexión de Alfredo Marcos (2016).

referirse a un ser humano en términos de una discapacidad, como si esa condición bastara para definir a la persona. Es indudable que en los últimos años el uso del lenguaje ha ganado en delicadeza. Creo, por otro lado, que nadie en su sano juicio toleraría hoy un trato injusto hacia un ser humano a causa de alguna discapacidad.

Sobre estas actitudes morales de justicia y de conmiseración, también profundamente humanas, se asienta el segundo polo de la discusión: el modelo de la construcción social de la discapacidad. En pocas palabras, se trata de un planteo ontológico y epistemológico que no entiende a la discapacidad como el resultado de una disfunción de raíz biológica, sino en términos de restricciones ambientales, producidas por una injusta organización social (Brown & Leigh 2018). Para poner un ejemplo sencillo, si las sociedades tuvieran el número suficiente de sillas de ruedas y rampas, la noción de discapacidad motriz se diluiría. Así, según esta forma de ver las cosas no habría discapacidades reales, sino sociedades no lo suficientemente inclusivas. Otra de las líneas argumentales clásicas para relativizar la noción de discapacidad tiene que ver con su equiparación con cualquier otro tipo de límite humano. Con ese espíritu, señalan algo innegable: ¿quién no tiene imperfecciones físicas o psicológicas de algún tipo? ¿Quién no experimenta alguna dificultad para amoldarse a las exigencias laborales o sociales de nuestro mundo? En el fondo, en circunstancias especiales, cualquiera de nosotros podría sentirse y ser considerado un discapacitado. En efecto, en una sociedad de maratonistas o de músicos con oído absoluto mis escasas capacidades en esas lides me harían sentir dolorosamente subdesarrollado.

Esta postura tiene el mérito, no menor, de llamarnos la atención sobre la obligación moral de poner al alcance de cada persona los medios necesarios para que alcance una vida plena. El bien común lo exige, y se desprende entonces como una reacción moral natural en aquel que se siente interpelado por la dignidad del otro. Sin embargo, es preciso insistir en ello, esta forma de entender la realidad también paga su costo. En el plano epistémico incurre en un error argumental al equiparar la borrosidad de un límite con su inexistencia, o la imposibilidad de precisarlo con exactitud con un supuesto carácter arbitrario o violento. Ahora bien, la naturaleza está llena de límites difusos y, no por ello, menos reales. Si pensamos en las entidades materiales, es verdad que a nivel subatómico se

asemejan más a una nube de partículas que a una estructura monolítica de aristas nítidas y evidentes. Sin embargo, por difícil que pueda resultar a ese nivel establecer con absoluta precisión el límite entre dos personas que están ubicadas muy cerca la una de la otra, lo cierto es que al concluir el viaje del tren cada una de ellas sigue su camino. De igual modo, hay límites difusos en el ámbito de la vida. Se ha discutido mucho si los virus (naturales e informáticos) son o no vivientes, y el consenso no parece estar cerca. A decir verdad, no existe una definición aceptada en forma unánime para la vida en la filosofía de la biología. Esta falta de claridad se extiende también al plano temporal, y hace particularmente difícil precisar el momento exacto que separa a la vida de la muerte. “El hombre ha muerto, su barba no lo sabe”, ha dicho Borges con más belleza que verdad (1981). Sin embargo, por difusos que resulten esos límites, por discutidas que puedan ser las definiciones, nada de eso hace menos dramática la muerte de un amigo. La realidad se impone inexorable a las veleidades de la teoría.

Pero la cara práctica de ese error epistémico es todavía más inquietante. Sucede que, al eliminar el límite entre las capacidades y las discapacidades, la noción misma de discapacidad se naturaliza y se vuelve, hasta cierto punto, trivial, al modo de una simple particularidad como podría ser, por poner un caso, la baja estatura. Ronald Green lo explica con un resonante ejemplo:

La cuestión que tengo en mente concierne al deseo de algunos padres Sordos de tener un hijo sordo (el uso de la mayúscula indica aquí que estos padres se identifican como miembros orgullosos de la comunidad hipoacúsica). Algunas personas en esa situación ya han hecho uso de la, todavía rudimentaria, tecnología reproductiva para satisfacer sus deseos. Así, una pareja de mujeres lesbianas de Washington, ambas sordas y egresadas de Gallaudet, la Universidad Nacional para los sordos, solicitaron la ayuda de un amigo con una sordera hereditaria para que les done esperma a fin de inseminarse y poder concebir y criar dos niños sordos. (Green, 2011)

Como es de esperar, el caso produjo un profundo revuelo e indignación, y dio lugar a un intenso debate en el ámbito de la filosofía y de la bioética. Sea cual fuere, la ponderación que uno pueda hacer de esa decisión parental —que en lo personal considero mala—, sólo quiero dejar en claro que, aun con las mejores

intenciones de comprender y defender a las personas que sufren o de intentar ponerse en el lugar del otro, la eliminación de los parámetros de la salud y la normalidad nunca es inocua. La perplejidad alcanza, a mi juicio, su punto más alto con el autodenominado movimiento trans-capacitista (*trans-ableism*), compuesto por personas que experimentan una disforia de cuerpo “normal” y que reclaman el derecho de autoinfligirse lesiones discapacitantes (Baril, 2015).

FILOSOFÍA DEL CUIDAR: UNA ALTERNATIVA RAZONABLE FRENTE A LA VULNERABILIDAD

Frente a este cuadro de situación, es necesario ofrecer una filosofía del cuidar que, lejos de proponerse la espectacularidad y la originalidad como fines en sí mismos, reivindica el valor de lo obvio, y hace explícita la fecundidad del sentido común.

De este modo, en contra del capacitismo, una filosofía del cuidar reconoce la dignidad inalienable de la persona, que no se ve disminuida por los límites y las enfermedades que la aquejan. Porque es digno el ser humano es valioso por su propia naturaleza, y no por lo que sea capaz de hacer, y en consecuencia debe ser aceptado, acogido, curado, cuidado y acompañado. Invirtiendo en ello el tiempo y el dinero que hagan falta. El acto de cuidar y la vocación del cuidado son, de alguna manera, la materialización más acabada de esta idea.

Por otro lado, contra el modelo de la construcción social de la discapacidad, la filosofía del cuidar reconoce al mal como mal y a la enfermedad como enfermedad. Por amor a la persona, reconoce el mal, corrige el error y no tiene miedo de señalar la locura. Porque reconoce el mal como mal, agrupa todas las energías para combatirlo: para curar cuando sea posible, mitigar cuando no, y acompañar siempre... y hasta el final. De nuevo: toda la profesión de la Enfermería encuentra en estos actos su razón de ser.

Finalmente, una filosofía del cuidar es capaz de aceptar que la vulnerabilidad forma parte de lo que somos. De ese modo, resiste la tentación de pretender eliminarla del todo, lo que no puede sino conducir a la discriminación del débil o a la fantasía transhumanista de mejorar nuestra especie hasta transformarla en otra

cosa. Lograr la invulnerabilidad a costa de dejar de ser el animal racional y finito que somos es tanto como morir de éxito. Pero al tiempo que reconoce que la vulnerabilidad no puede ser del todo eliminada no resigna su esfuerzo por mitigarla cuanto sea posible en defensa de la persona humana.

BIBLIOGRAFÍA

- Baril, A. (2015). ‘How dare you pretend to be disabled?’ The discounting of transabled people and their claims in disability movements and studies. *Disability & Society*, 30 (5), 689-703.
- Bertolaso, M., & Rocchi, M. (2019). Specifically human: Human work and care in the age of machines. *Business Ethics: A European Review*.
- Borges, J. L. (1981) *La cifra*. Buenos Aires: Emecé.
- Brown, N., & Leigh, J. (2018). Ableism in academia: where are the disabled and ill academics? *Disability & Society*, 33 (6), 985-989.
- Campbell, F. K. (2008). Refusing Able(ness): A Preliminary Conversation about Ableism. *M/C Journal*, 11(3). Disponible en: <https://doi.org/10.5204/mcj.46>
- Carel, H. (2013). “Nursing and medicine”. En: *The Routledge Companion to Phenomenology* (pp. 640-649). New York: Routledge.
- Chouinard, V. (1997). Making Space for Disabling Difference: Challenges Ableist Geographies. *Environment and Planning D: Society and Space* 15: 379–387.
- Green R. M. (2011). Confronting rationality. *Cambridge quarterly of healthcare ethics: CQ: The International Journal of Healthcare Ethics Committees*, 20(2), 216–227. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0963180110000861>
- Kidd, I. J., & Carel, H. (2017). Epistemic injustice and illness. *Journal of applied philosophy*, 34 (2), 172-190.
- Johnson, D. E. (1959). A Philosophy of Nursing. *Academic Medicine*, 34 (12), 1212.
- Marcos, A. (2016). Vulnerability as a part of human nature. En *Human Dignity of the Vulnerable in the Age of Rights* (pp. 29-44). Cham: Springer.
- Salsberry, P. J. (1994). “A philosophy of nursing: What is it? What is it not”. En: *Developing a philosophy of Nursing*, California: Sage, 11-19.

Beneficios y desafíos del uso de WhatsApp en Medicina

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Cía. de Seguros

El uso generalizado que ha adquirido WhatsApp entre los profesionales de la salud como herramienta de transferencia de información relativa a los pacientes nos obliga a reflexionar sobre los beneficios, los riesgos y las limitaciones de este tipo de aplicaciones.

INTRODUCCIÓN

La irrupción en la última década de los celulares inteligentes (smartphones), tablets y aplicaciones móviles ha revolucionado el ejercicio de la medicina. Cada vez son más los profesionales que utilizan aplicaciones como WhatsApp para intercambiar información en forma de textos, mensajes de audio o imágenes, con colegas y pacientes. Por caso, una encuesta realizada en el Reino Unido encontró que el 98,9% de los profesionales británicos tenían celulares inteligentes y que cerca de un tercio utilizaba WhatsApp o herramientas similares para trabajar (1). Otra encuesta de Twitter, posteaada por un médico del Servicio de Salud Británico en noviembre de 2017, arrojó 140 respuestas

de profesionales de la salud confirmando que utilizaban redes sociales para solicitar segundas opiniones, compartir imágenes de radiología, de ecocardiografía, y buscar reemplazos (2).

No llama la atención que WhatsApp haya ganado tanta aceptación entre los profesionales. La forma clásica de comunicación utilizada por el sector salud durante casi cincuenta años (el radiollamado) es costosa, ineficiente y extremadamente disruptiva. Los radiollamados interrumpen a médicos y enfermeros en medio del trabajo y sólo permiten la comunicación uno a uno. WhatsApp, en cambio, permite comunicarse y compartir contenidos con 256 personas a la vez mediante

listas de distribución. Si bien todavía falta mayor evidencia científica sería que demuestre su utilidad en el tratamiento médico y la toma de decisiones, las aplicaciones móviles se han transformado en una de las principales herramientas de comunicación con pacientes y colegas de este siglo. Los potenciales beneficios de esta tecnología son cada vez más reconocidos. Una investigación realizada en cinco hospitales del Servicio de Salud Británico en Londres encontró que el 64,7% de los médicos (sobre un total de 287) utilizaban mensajes de texto (SMS) para transmitir información clínica de los pacientes, y que entre el 33% y el 46% compartía información o imágenes por aplicaciones como el WhatsApp o similares. El 71,6% de los médicos que participaron del estudio reclamaban una manera más segura de transmitir esa información (3). Otra investigación, llevada a cabo por O’Sullivan y col. (2017) en el Hospital Universitario de Limerick (UHL) de Irlanda demostró el uso generalizado de WhatsApp en el trabajo diario. En respuesta a una encuesta anónima, cerca del 80% (n=41/51) del personal clínico reportó que la transmisión de información por esta vía se encontraba informalmente integrada en su rutina. El 100% de quienes respondieron tenían una cuenta de WhatsApp y el mismo 100% tenía un grupo de chat activo con colegas del hospital con fines clínicos (4). No siempre la información que se transmite permite identificar al paciente. Sin embargo, una investigación sobre los datos de más de sesenta instituciones británicas reveló que el 97% de los médicos enviaban información del paciente por mensajes de texto de manera rutinaria. El 83,3% de los profesionales reconoció haber enviado o recibido mensajes que permitían identificar al paciente. La gran mayoría manifestó preocupación por las posibles brechas de seguridad de esta práctica (4).

VENTAJAS DEL USO

La medicina moderna requiere de una comunicación rápida y eficiente, debido en parte al creciente número de pacientes que se atienden en forma simultánea, a la naturaleza multidisciplinaria de la atención, y a la enorme cantidad y complejidad de los datos que deben compartirse. Todos los miembros del equipo de salud sienten la necesidad de estar en distintos lugares al mismo tiempo y deben poder intercambiar información de manera rápida en beneficio del paciente y de la eficiencia en el trabajo. De hecho, más del 90% de los médicos sienten que no pueden brindar la mejor atención clínica si no son capaces de enviar y recibir mensajes de manera instantánea (4). Las ventajas del uso del WhatsApp y otras redes sociales por parte de los profesionales de la salud han sido investigadas y publicadas por numerosas revistas científicas a escala global. En la literatura sobre el tema (2, 5, 6), la mayoría de los autores reconoce los beneficios asociados al tiempo que se ahorra en la atención de pacientes y a la facilitación de interconsultas y derivaciones. Por eso, el argumento de que este tipo de herramientas digitales mejora la seguridad de los pacientes parece bastante convincente. En otros casos, WhatsApp viene a reemplazar, de manera potenciada, muchas de las interacciones informales verbales (“consultas de pasillo”) que los médicos suelen hacer entre colegas. Dado que las necesidades de los pacientes son el punto de partida de estas redes, basadas en la idea de que la participación de muchos actores ofrece el valor agregado de contar con el servicio y conocimiento de diferentes fuentes y lugares, mediante estas herramientas es posible crear redes profesionales colaborativas.

ALGUNOS BENEFICIOS DE ESTE TIPO DE APLICACIONES

Ahorro de tiempo

Muchas veces, en los equipos de atención multidisciplinarios las decisiones deben ser tomadas de manera rápida con la opinión de personas que no se encuentran físicamente juntas. Algunas incluso pueden no encontrarse en la institución. WhatsApp facilita la comunicación intra e interdepartamental. La aplicación es especialmente útil en ámbitos de emergencias, sobre todo cuando se considera la alternativa de tener que enviar un radiollamado y tener que esperar a que el profesional se comunique.

Aplanamiento de jerarquías A algunos profesionales jóvenes, enfermeros y personal no médico, les atrae la naturaleza no jerárquica del WhatsApp. Tal vez no se atreverían a levantar el teléfono y contactar a un consultor o médico experimentado, pero en el ambiente de un foro o grupo de WhatsApp pueden sentirse más seguros para volcar sus consultas y pueden así contribuir activamente en las discusiones sin mayores inhibiciones. Este aplanamiento de jerarquías en favor del paciente es uno de los elementos distintivos de una cultura de seguridad.

Herramienta de aprendizaje La conectividad que se logra con este tipo de redes permite que el conocimiento vertido en los foros de discusión sea muy superior al de sus componentes individuales. Esto es especialmente útil en aquellas especialidades que dependen de la interpretación de imágenes. Resulta mucho más efectivo, por ejemplo, tomar una foto de un rash cutáneo o una herida y enviarla por WhatsApp para recabar la opinión de un colega que tratar de describirla por teléfono.

Bajo costo El costo de esta aplicación es prácticamente nulo cuando se lo compara con los costos de los sistemas informáticos que desarrollan o adquieren las instituciones para transmitir información e imágenes de manera segura. Por eso, cualquier alternativa que se cree para brindar mayor seguridad informática a esta u otras aplicaciones similares, debe contar este tema entre las primeras consideraciones.

Facilita la comunicación intradepartamental Khanna et al. (2015) evaluaron el impacto del WhatsApp entre los residentes de traumatología en un hospital universitario de 300 camas como herramienta de comunicación intradepartamental con respecto a: 1) la conciencia sobre la información relacionada al paciente, 2) la eficiencia en el proceso de pases de pacientes, 3) la duración de la recorrida de sala. Encontraron que su uso generalizado, su bajo costo, su disponibilidad y la doble protección de clave (bloqueo del teléfono y de WhatsApp) hacían de esta aplicación una herramienta ideal para comunicar información sobre el paciente dentro del grupo de trabajo. Los residentes reportaron que los pases eran mucho más eficientes.

Apoyo a los pacientes Algunos estudios muestran la efectividad de WhatsApp como una herramienta de comunicación y apoyo a los pacientes. Por caso, el trabajo de Saavedra Ramírez (2015) sobre el uso de WhatsApp como medio de comunicación entre un grupo de autoayuda de pacientes hipertensos con diabetes tipo II y un equipo de médicos expertos, reporta que el apoyo social recibido en esta forma promovió una mayor adherencia al tratamiento y a las guías de cuidado (8). Sin embargo, otro estudio publicado por Muntaner-Mas et al. (2015), sobre la viabilidad y efectividad preliminar de una intervención basada en WhatsApp destinada a reforzar en pacientes cardíacos componentes de un programa de actividad física y de reducción de factores de riesgo, mostró que la aplicación fue menos efectiva que el modelo de interacción cara a cara con el cual fue comparada (9).

Buena forma de mantenerse en contacto

La rutina diaria aísla muchas veces al médico de sus colegas y el WhatsApp es una buena forma de mantenerse conectados y estar al tanto sobre temas generales, así como recibir consejos que van más allá de la atención específica de un paciente.

DESVENTAJAS DEL USO

El uso generalizado y la popularidad que ha adquirido WhatsApp entre los profesionales de la salud como herramienta de transferencia de información relativa a los pacientes nos obliga a reflexionar sobre los riesgos y limitaciones de esta aplicación. Mars et al. (2016) señalan las siguientes desventajas, algunas de las cuales pueden tener ramificaciones médico-legales (10, 11): interrupciones frecuentes; disparidad en la urgencia; disminución de la comunicación verbal; estar en línea las 24 horas (lo que puede ser visto como una ventaja dependiendo del contexto); no puede imprimirse fácilmente un registro de la comunicación; las comunicaciones no se vuelcan rápidamente en la historia clínica; dificulta la correcta identificación del paciente (al tener que hacer anónima la imagen o la información). Otras limitaciones tienen que ver con temas de conectividad a Internet (necesidad de una excelente señal de Wi-Fi en todos lados), la falta de un adecuado seguimiento en algunas discusiones de casos y la calidad muy variable de las imágenes que se transmiten. Algunos profesionales también manifiestan su preocupación por la sobrecarga de información de esta aplicación y similares. Para muchos, encontrar mensajes de trabajo en sus teléfonos personales les resulta muy intrusivo y eligen en cuanto pueden salir del grupo de WhatsApp (2).

Pero sin dudas, el mayor problema que plantea su uso es el de violar el derecho del paciente a la privacidad y confidencialidad de su información. Si bien los mensajes están encriptados durante su tránsito eso no significa que sean privados. Mona Johnson, una de las líderes de autocuidado y prevención del Servicio de Salud Británico (NHS Digital), ha publicado guías para el uso de software de mensajes instantáneos en el ámbito clínico en las que señala que los mensajes pueden ser fácilmente leídos en caso de celulares extraviados o robados (12). Una fotografía enviada por WhatsApp se descarga de manera automática e inmediata en la galería de fotos del receptor, a no ser que el mismo haya desactivado manualmente la función. Por otra parte, todos los mensajes son almacenados

en servidores localizados fuera del país de origen, lo que puede violar distintas leyes locales de protección de datos personales.

Hasta el momento, la mayoría de los médicos son muy cuidadosos y no identifican a los pacientes ni en los mensajes ni en las fotos que envían por este medio (como sugieren las guías de buena práctica digital). Pero esta falta de identificación efectiva también origina sus propios problemas: una frase deliberadamente vaga como “la persona que te comenté esta mañana con una infección” puede dar lugar a confusiones y poner en riesgo la seguridad de los pacientes.

IMPLICANCIAS LEGALES

Desde un punto de vista médico-legal, la principal preocupación tiene que ver con la protección de datos que son confidenciales: si un miembro del equipo de salud envía información identificable, ésta puede obtenerse fácilmente de todos los celulares de las personas que comparten el grupo de chat, aun cuando la persona en cuestión no haya enviado jamás un mensaje. Por eso, en caso de pérdida o robo del teléfono, la brecha de seguridad es muy importante. En este sentido, la investigación de O’Sullivan (2017) arrojó que el 30% de los médicos internistas habían extraviado su celular en el último año y un 5% en la última semana (4).

En las versiones más recientes de WhatsApp la empresa ofrece el servicio de cifrado de extremo a extremo. Según se promociona, este cifrado asegura que sólo el emisor y el receptor pueden leer lo que se envía; nadie más, ni siquiera WhatsApp, ya que cada mensaje que se envía tiene su propio “candado” y código único (13). Sin embargo, hay especialistas que sostienen que si bien de esta forma se protege la seguridad de los datos en tránsito, los datos que quedan en el teléfono y en los servidores deben también ser seguros y cumplir con estándares adicionales de seguridad y privacidad (5).

Casi todas las guías respecto al uso de redes sociales en salud dictan que los médicos, enfermeros y demás miembros del equipo de salud deben abstenerse de enviar por este medio información o imágenes que

permitan identificar al paciente. Si se le pregunta a un médico si alguna vez ha utilizado WhatsApp con fines profesionales, la respuesta más probable será que sí, pero que nunca comparten mensajes que permitan revelar la identidad del paciente. En otras palabras, los profesionales creen que el WhatsApp puede ser utilizado en la medida en que los datos del paciente permanezcan anónimos. Sin embargo, este impulso natural a proteger la privacidad “anonimizando” los datos pasa por alto uno de los principios fundamentales de la seguridad de los pacientes: la identificación efectiva de los mismos. Si se quieren evitar incidentes potencialmente fatales vinculados a la confusión de pacientes, todos los miembros del equipo de salud deben estar absolutamente seguros de la identidad de la persona sobre la que están discutiendo.

Cuando los profesionales asumen que pueden usar libremente el WhatsApp siempre y cuando la información que transmiten sea anónima, están priorizando la confidencialidad por sobre la seguridad del paciente, una práctica potencialmente peligrosa y que dispara preocupaciones distintas, pero no menos serias.

¿CÓMO BALANCEAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y LA CONFIDENCIALIDAD?

Los códigos de práctica y guías acerca de las obligaciones de los profesionales de salud con sus pacientes establecen claramente que la obligación de compartir información es tan importante como la de proteger la confidencialidad de la misma, a fin de garantizar una atención segura, completa y efectiva.

Por ejemplo, en el Reino Unido, el Consejo Médico General (General Medical Council) ha estipulado expresamente que “los estándares esperados de los médicos en cuanto a la confidencialidad no cambian porque en vez de comunicarse cara a cara o de manera tradicional lo hagan a través de medios sociales. Sin embargo, las redes sociales plantean nuevas circunstancias sobre la cuales aplicar principios establecidos” (14).

PRINCIPIOS ESTABLECIDOS SOBRE CONFIDENCIALIDAD*

- Cualquier información personal en poder o bajo el control de un profesional de la salud debe ser protegida en todo momento de manera segura y apropiada contra el acceso indebido, filtración o pérdida.

El profesional de la salud debe:

- Desarrollar y mantener una acabada comprensión de su responsabilidad en la gestión de la información.
- Saber qué datos del paciente debe comprometerse a preservar y ayudar a cumplir con leyes que protegen los derechos del paciente al respecto.
- Compartir información relevante sólo vinculada a la atención directa del paciente, a no ser que este último no lo haya objetado expresamente.
- Solicitar y obtener el consentimiento escrito, cuando resulte apropiado, para revelar datos personales del paciente con fines ajenos a su atención directa o de auditoría clínica, a no ser que la revelación sea requerida por ley o sea en bien del interés público.
- Informar a los pacientes de cualquier revelación de datos personales que planea realizar y que ellos razonablemente no esperan. Se debe mantener un registro de la discusión por la cual se plantea revelar la información y la información que se descubre.
- Respetar y brindar siempre asistencia a las partes que desean ejercitar su derecho a estar informados sobre el uso que se dará a la información que brindan y de cómo acceder a una copia de la misma.

*Fuente: UK General Medical Council

Estos principios generales deberían ser tenidos en cuenta siempre por los profesionales de la salud, a fin de mantener un adecuado equilibrio entre la confidencialidad y la revelación de datos del paciente, ambas en su propio beneficio. En este sentido, el propio Consejo Médico Británico establece bajo qué circunstancias los profesionales pueden revelar y compartir información del paciente a terceras partes. En cualquiera de las siguientes circunstancias (14):

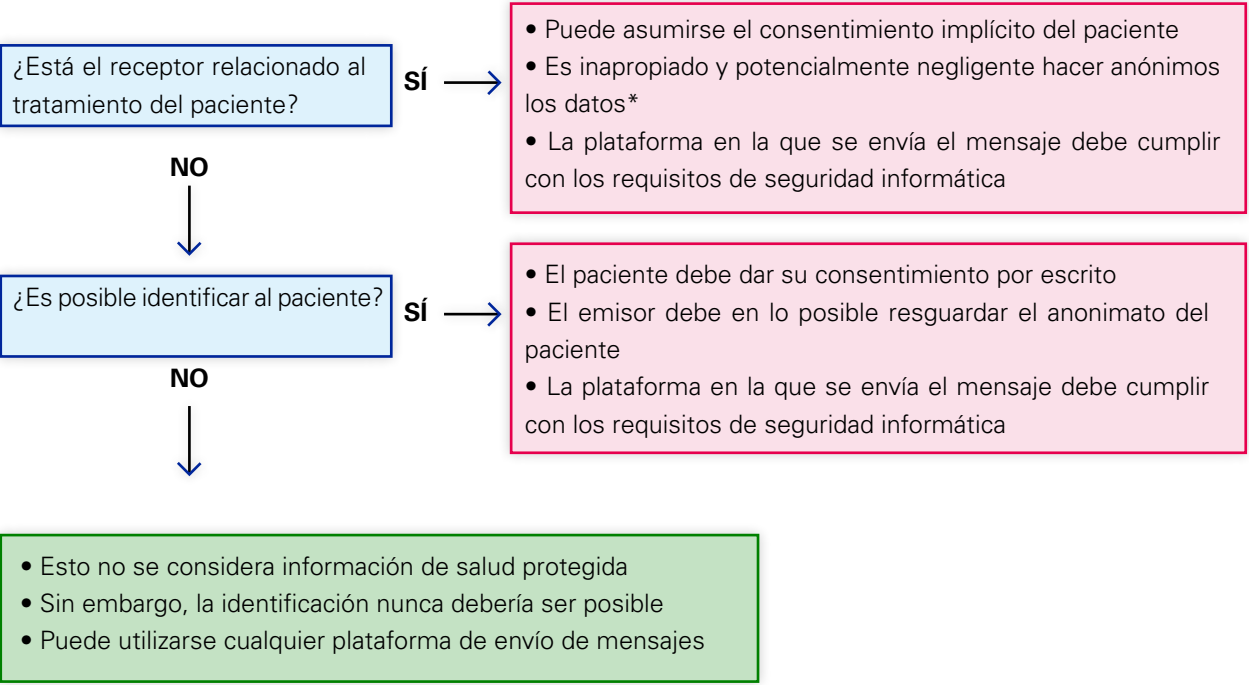
- El consentimiento puede darse por implícito cuando la información se comparte con las personas involucradas en la atención del paciente o debe ser revisada con fines de auditoría clínica.
- Cuando se ha obtenido el consentimiento explícito del paciente.
- Cuando la información se revela o comparte en beneficio de pacientes que carecen la capacidad de dar su consentimiento.
- Cuando la revelación de la información es de interés público-sanitario.

En definitiva, los profesionales de la salud pueden compartir información del paciente por este medio siempre y cuando se cumplan los principios de confidencialidad establecidos (algo muy difícil con el desa-

rollo actual del WhatsApp) o cuando se presentan los criterios que relevan al profesional del secreto médico. Cuando el médico considera que lo mejor para el paciente es compartir su caso (información, imágenes) con otros colegas o especialistas, resulta importante establecer si se requiere o no el consentimiento del paciente para hacerlo. Lo primero que el médico debe determinar es si el profesional que recibirá la información tiene o no una relación profesional existente con el paciente. Esto es lo que determinará en definitiva si se requerirá su consentimiento. Lo segundo a considerar es si mantener el anonimato de los datos del paciente cuando recaba la opinión de un colega, al no identificarlo efectivamente, no sería inapropiado y potencialmente negligente. Este segundo aspecto se enfatiza a la luz de la creencia generalizada de que el envío de datos e imágenes en forma anónima es siempre la forma más apropiada de utilizar medios sociales como WhatsApp con fines profesionales, cuando no se quiere violar el secreto médico.

El siguiente gráfico detalla las preguntas clave que deberían responder y los pasos que deberían seguir los médicos que desean compartir datos del paciente con colegas (15), independientemente del formato en el cual dicha información sea transmitida o archivada.

Figura 1. Preguntas clave.



Fuente: Adaptado de Mishcon de Reya LPP (2017) White Paper on the use of social media messaging services by medical professionals under UK law.

Luego de abordar las circunstancias en las cuales los profesionales pueden revelar y compartir entre ellos información de los pacientes, es importante considerar si la información compartida debe considerarse parte de la historia clínica.

La ley argentina sobre derechos del paciente (Ley 26.529) define a la misma como el “*documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud*”. Estas actuaciones incluyen opiniones de especialistas, interpretación de las imágenes, etcétera. Por lo tanto, mucha de la información que se intercambia por WhatsApp puede considerarse parte de la información sanitaria que está protegida por ley, debiendo cumplir con los requisitos que allí se establecen en términos de confidencialidad, integridad y conservación. Esto no significa que la información deba almacenarse en el historial de la red social, sino que la información allí volcada debe ser de alguna forma capturada y documentada en la historia clínica del paciente. Al igual que lo que ocurre actualmente con las consultas “de pasillo”, queda a criterio del profesional tratante establecer qué parte de la información intercambiada por WhatsApp debería registrarse formalmente en la historia clínica.

LA NECESIDAD DE UNA ALTERNATIVA SEGURA

A pesar de las recomendaciones en contrario, resulta evidente que el WhatsApp está siendo utilizado por muchos médicos y profesionales de la salud para discutir casos de pacientes, ya sea manteniendo el anonimato o no. Para las organizaciones de salud, la mera prohibición del uso de esta herramienta está destinada al fracaso. Las ventajas de esta aplicación son demasiadas como para descartarla de plano.

Las instituciones sanitarias y sus equipos de sistemas necesitan abrazar los desarrollos en las comunicaciones digitales ofreciendo alternativas que cumplan con los requisitos legales y deben elaborar guías sobre el uso correcto de estas aplicaciones. Sin embargo, cualquier nueva aplicación para salud que quiera competir con WhatsApp tendrá problemas para penetrar en el mercado si el único eje impulsor para que los médicos la utilicen es el cumplimiento de los requisitos legales. La nueva aplicación de

mensajes debería ofrecer al usuario, como mínimo, la misma experiencia de WhatsApp con algunas funciones médicas que incluso la mejoren. Y todo a un costo similar.

Teniendo en cuenta que a WhatsApp le llevó ocho años llegar a donde está ahora, la tarea no es sencilla. Pero existen compañías tecnológicas que avanzan en la dirección correcta, no sólo porque las aplicaciones que están desarrollando son alternativas viables, sino porque al estar adaptadas especialmente para la atención clínica resultan una versión superadora. Entre las nuevas aplicaciones en oferta que cumplen con los requisitos de protección de datos personales (con patrones de seguridad similares a las historias electrónicas) se encuentran: Careflow Connect, MedicBleep, MedCrowd, Siilo, Hospify, Streams y Forward (2).

No parece haber una solución única perfecta, porque todas estas aplicaciones tienen diferentes funcionalidades y un abordaje diferente sobre la gestión de la información. Por ejemplo, los mensajes enviados por Siilo y Hospify permanecen en el servidor por un período corto de tiempo; Siilo los elimina de los dispositivos al cabo de treinta días (2). Otras aplicaciones, como CareFlow Connect de System C, no sólo preservan los mensajes sino que los integran con la historia electrónica del paciente. Jonathan Bloor, Director de Información Clínica de System C, afirma: “*Para nosotros, la interoperabilidad de la aplicación con el sistema informático del hospital es un requisito fundamental. Si los datos no pasaran automáticamente a la historia clínica, estaríamos creando otro silo de datos*” (2). Algunas otras ofrecen funciones que van más allá del sistema de mensajes. Forward, por ejemplo, incluye el perfil de los pacientes con sus diagnósticos y tratamientos, junto con una lista de tareas para cada paciente, que pueden ser priorizadas y enviadas al miembro del equipo que debe realizarlas (2).

The Royal Free London NHS Foundation Trust ha utilizado Streams app para el diagnóstico de lesiones renales agudas, reuniendo en una sola plataforma información que llega de distintas fuentes (laboratorio, imágenes, microbiología) y permitiendo a estos profesionales realizar comentarios. La aplicación permite luego enviar estos resultados comentados a los celulares de los médicos a cargo alertándolos sobre aquellos pacientes que podrían estar en riesgo de desarrollar esta condición (16).

En 2017, West Suffolk NHS Foundation Trust llevó a cabo un proyecto piloto con la app MedicBleep, que fue utilizada para un sinfín de tareas, desde coordinar reemplazos de turnos hasta compartir información sobre los pacientes. La comunicación fue mucho más eficiente: se podía contactar a otros profesionales mu-

cho más fácil que con el radiollamado y las respuestas fueron significativamente más rápidas (2). La siguiente es una guía rápida para pensar desde un enfoque balanceado que pondere los riesgos en relación al beneficio que se espera obtener del uso de estas aplicaciones.

QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER CUANDO SE USAN SOFTWARES DE MENSAJERÍA INSTANTÁNEA EN ENTORNOS CLÍNICOS*	
SI	NO
- Minimice la cantidad de datos identificables del paciente que se comunican a través del WhatsApp y otros servicios de mensajería instantánea. - Configure su dispositivo para que requiera un código de acceso tan pronto comience a usarlo para este fin. - Active la configuración de seguridad adicional, como la verificación en dos pasos (función por la cual cualquier intento de verificación del número de teléfono del emisor en WhatsApp debe ir acompañado de un PIN de seis dígitos creado por él mismo). - Asegúrese de comunicarse con la persona o el grupo correctos, especialmente si en su dispositivo personal tiene almacenados contactos con nombres similares. - Si es administrador de un grupo de WhatsApp tenga cuidado al seleccionar la membresía al grupo de mensajería instantánea y revísela periódicamente. - Separe los grupos que comparten información clínica u operacional de los grupos sociales. - Revise los links a otras aplicaciones que se puedan incluir al software de WhatsApp y considere si no es conveniente tenerlas apagadas. - Siga las políticas de su organización en relación con los dispositivos móviles y la mensajería instantánea.	- No utilice una aplicación de mensajería instantánea independiente si su organización ofrece una alternativa adecuada. - No utilice una plataforma de mensajería instantánea a menos que cumpla con el estándar de cifrado avanzado de 256 bits (AES-256). - No utilice la conversación de WhatsApp como un registro médico formal. Mantenga registros clínicos separados y garantice que se eliminen las notas de mensajes originales. Cualquier decisión clínica comunicada vía WhatsApp o mensajería instantánea debería ser transferida a la historia clínica lo antes posible. - No permita que otra persona utilice su dispositivo en ningún momento.

SI	
Recuerde que perder su teléfono tiene ahora ramificaciones personales y también profesionales. - Recuerde que las conversaciones de WhatsApp y otros servicios de mensajería instantánea pueden estar sometidas al <i>habeas data</i> y, potencialmente, a solicitudes de libertad de información.	

*Adaptado de: Kiran Mistry (2018)
The do's & don'ts for individuals on the use of instant messaging software in clinical settings.

CONCLUSIONES

La mensajería instantánea es una herramienta útil para apoyar la atención directa, particularmente en contextos de emergencia. Sin embargo, el uso de estos sistemas genera algunas preocupaciones serias acerca de la protección de los datos (incluidos la transferencia de datos confidenciales a través de servidores no regulados que se encuentran fuera del país de origen y el cumplimiento de los requisitos de protección de datos establecidos por ley), la probable afectación de los derechos de los individuos y la gestión de registros. Por ello es preciso un enfoque balanceado: los médicos necesitan ponderar estos riesgos en relación al beneficio que esperan obtener de la mensajería (por ejemplo, usarlo en una emergencia versus su utilización como herramienta de comunicación general).

PUNTOS CLAVE A CONSIDERAR
A fin de lograr una atención segura, completa y efectiva, la obligación de compartir información es tan importante como la de proteger la confidencialidad de la misma. Un gran número de médicos y profesionales de la salud están utilizando WhatsApp para intercambiar información con colegas y pacientes, ya que la aplicación ahorra tiempo en la atención de los pacientes y facilita las interconsultas y derivaciones. A veces la aplicación es utilizada preservando la identidad del paciente; otras veces, no. Todas las guías publicadas dictan que los profesionales deben abstenerse de enviar por este medio información o imágenes que permitan identificar al paciente. Sin embargo, el anonimato de la información transferida pone muchas veces en riesgo la seguridad del paciente, ya que la identificación efectiva es fundamental para brindar el tratamiento correcto a la persona indicada.

- La información relevante volcada en WhatsApp debe ser de alguna forma capturada y documentada en la historia clínica del paciente.
- Si bien los mensajes de WhatsApp se encuentran encriptados durante su tránsito, eso no significa que sean privados. Los mensajes pueden ser fácilmente leídos en caso de extravío o robo del celular.
- La mera prohibición de esta herramienta está destinada al fracaso. Sus ventajas son muy grandes como para descartarla de plano. Se deben desarrollar aplicaciones similares que cumplan con los requisitos de confidencialidad establecidos por ley.

Hasta ahora, sólo un pequeño grupo de hospitales en todo el mundo ha adoptado alguna de estas nuevas aplicaciones, que si bien todavía se encuentran en fase piloto ya están mostrando sus beneficios. En vista de ello, se debería abogar por un abordaje pragmático y costo-efectivo para brindar soluciones de software al personal de salud. Por un lado, apoyar al staff en su iniciativa para que la tecnología sea un vehículo de mejora en la atención de los pacientes. Por otro, generar un consenso acerca del manejo de la información que se transmite en estas aplicaciones. La mensajería instantánea puede tener utilidad clínica, pero se debe recordar que la ley obliga a las organizaciones a proteger la confidencialidad del paciente. También los médicos pueden verse en la necesidad de defenderse en una investigación de los reguladores si no han tomado las medidas suficientes para salvaguardar la confidencialidad.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Mobasheri MH, King D, Johnston M. (2015) The ownership and clinical use of smartphones by doctors and nurses in the UK: a multicentre survey study. *BMJ Innovations*; 1:174.
- (2) Thomas K. (2018) Wanted: a WhatsApp alternative for clinicians. *BMJ*, 12; 360.
- (3) Mobasheri, MH. (2015) The ownership and clinical use of smartphones by doctors and nurses in the UK: a multicentre study. *BMJ Innovations*; 1:174–181.
- (4) O'Sullivan DM et al. (2017) WhatsApp Doc? *BMJ Innovations*; 3(4): 1-2. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320658285_WhatsApp_Doc
- (5) Digital Health. (2018) WhatsApp doc: Legal and practical perspectives of using mobile messaging. Disponible en: <https://www.digitalhealth.net/2018/02/whatsapp-doc-legal-and-practical-perspectives-of-using-mobile-messaging/>
- (6) Boulos MNK; Giustini DM; Wheeler S (2016) Instagram and WhatsApp in Health and Healthcare: An Overview. *Future Internet*, 8(37). Disponible en: <https://ghdonline.org/uploads/futureinternet-08-00037.pdf>
- (7) Khanna, V.; Sambandam, S.N.; Gul, A.; Mounasamy, V. (2015) "WhatsApp"ening in orthopedic care: A concise report from a 300-bedded tertiary care teaching center. *Eur. J. Orthop. Surg. Traumatol.*, 25: 821–826.
- (8) Saavedra Ramírez, J. (2015) Social networks as a means of monitoring patients with hypertension and diabetes success story. *Int. J. Integr. Care WCIC Conf. Suppl.*, 15: 74–76.
- (9) Muntaner-Mas, A.; Vidal-Conti, J.; Borrás, P.A.; Ortega, F.B.; Palou, P. (2015) Effects of a Whatsapp-delivered physical activity intervention to enhance health-related physical fitness components and cardiovascular disease risk factors in older adults. *J. Sports Med. Phys.*
- (10) Mars, M.; Scott, R. (2016) WhatsApp telemedicine a growing field: A literature review —South Africa as a case study. *E-Learning and Health ICT Education*, 8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27782019/>
- (11) Mars, M.; Scott, R.; Jordanova, M. (2016) Whats(h)app(ening) in telemedicine? *J. Int. Soc. Telemed. eHealth*, 4. Disponible en: <https://journals.ukzn.ac.za/index.php/JISfTeH/article/view/159/html>
- (12) Kiran Mistry (2018) The do's & don'ts for individuals on the use of instant messaging software in clinical settings. Data Sharing and Privacy Unit NHS England. NHS Digital. Disponible en: <https://digital.nhs.uk/information-governance-alliance/resources/technology>
- (13) FAQ de WhatsApp. Información sobre el cifrado de extremo a extremo. <https://faq.whatsapp.com/general/security-and-privacy/end-to-end-encryption/?lang=es>
- (14) General Medical Council (2017) Confidentiality: good practice in handling patient information. Disponible en: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/confidentiality>
- (15) Mishcon de Reya LPP (2017). White Paper on the use of social media messaging services by medical professionals under UK law. Disponible en: https://www.siiilo.com/assets/downloads/171212_WhitePaper_MishconDeReya.pdf
- (16) Crouch H. (2017) Google Deep Mind's Streams technology branded "phenomenal". *Digital Health News*. Disponible en: <https://www.digitalhealth.net/2017/12/google-deeppmind-streams-royalfree/>

La historia contada por los que no ganaron

Lic. Prof. Walter G. Leguizamón
Universidad Isalud

El 31 de diciembre de 2019 la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (provincia de Hubei, China) notifica un conglomerado de casos de neumonía en la ciudad. Posteriormente se determina que están causados por un nuevo coronavirus (1). En ese momento nadie hubiera podido prever lo que ocurriría después.

I. INDIFERENCIA

*Primero vinieron por los socialistas y yo no hablé,
porque yo no era socialista.
Luego vinieron por los sindicalistas y yo no hablé,
porque yo no era sindicalista.
Luego vinieron por los judíos y yo no dije nada,
porque no era judío.
Luego vinieron por mí, y no quedó nadie para hablar por mí.*

Martin Niemöller

Durante tres meses, a pesar de la evolución y expansión de la enfermedad en el mundo, la pandemia y la muerte que trajo consigo fueron tratadas o percibidas como algo ajeno a nosotros, negando la posibilidad de que esto nos pudiera pasar. En su estudio sobre el duelo, Elisabeth Kübler-Ross observa que negar la muerte como hecho individual o social (con mecanismos del tipo "ya me preocuparé cuando sea necesario") tiene una importante consecuencia: la falta de preparación psicológica (2).

(1) OMS (2020) COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. Declaración del 27 de abril de 2020. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline-covid-19>
(2) Galán Márquez, M. (S/A) Etapas del duelo. Modelo de las cinco fases de Elisabeth Kübler-Ross. <https://cacerespsicologo.com/los-modelos-de-adaptacion-a-la-enfermedad-terminal-por-elisabeth-kubler-ross/>

Los centros de salud inauguraban flamantes comités de crisis, se creaban y recreaban protocolos, se adaptaban las estructuras edilicias, se acopiaban materiales, aparecían recepciones vidriadas, se pintaban líneas amarillas en el suelo, se creaban los espacios de hisopado, se capacitaba al personal de todos los turnos y se lidiaba con la información y la desinformación que se generaban al mismo tiempo... Pero los pacientes no aparecían.

II. IRA

*En el avión, hombres blancos que pulsán botones
y la bomba atómica surca por primera vez un cielo.
El cielo de Hiroshima.
Un repentino resplandor ilumina extrañamente la ciudad.
En ella, una mamá amamanta a su hijo por última vez.
Dos viejos trenzan bambúes por última vez.
Una docena de chicos canturrea: "Donguri koro koro
Donguri ko..." por última vez.*

Mil grullas – Elsa Bornemann

Marzo hizo consciente la inminente finitud del ser; reveló más cercana y presente nuestra propia finitud. Europa nos mostraba su cara más dramática con caravanas de camiones transportando a las víctimas en el anonimato de la noche. En Argentina recibíamos los primeros casos: esta vez estaban golpeando a nuestra puerta. El pánico invadió las instituciones de salud: todo, incluso aquello que estaba bien, se cuestionaba como

malo, se rompían los protocolos, surgían implementos caseros, recetas mágicas. De repente todos nos volvimos expertos en barbijos. La ira invadía los espacios que debieron llenar la empatía y la solidaridad. Comenzaron a retirarse a sus domicilios las personas consideradas de riesgo. Para los planteles de salud, esto comprometía más a la ya precaria situación que vivían las instituciones respecto del capital humano. El material comenzaba a escasear y el egoísmo propio de los seres humanos atentaba contra el uso racional y la disponibilidad a futuro de los recursos. Desaparecían los barbijos, el alcohol se evaporaba de los contenedores. La frase lapidaria y cruel que más se repetía, perpetuando el enojo irracional, era “No nos están ciudadano”.

III. DEPRESIÓN

(...) en la depresión profunda es la sensación de estar acompañado por un segundo yo, un observador fantasmal que, al no compartir la demencia de su doble, es capaz de contemplar con desapasionada curiosidad cómo lucha su compañero contra el desastre que se acerca, o de enfrentarse a él.

La decisión de Sophie, William Styron

Pronto las instituciones se llenaron de pacientes y en las guardias se vio una continua labor de hisopados. Médicos, enfermeros, mucamas, camilleros, todos lloraban a escondidas negociando con Dios o con sus sustitutos su propia vida y la de sus familiares, allegados y amigos. Esa tarde llegamos al departamento de Enfermería. En la reunión con las supervisoras hubo el silencio más largo desde el día en que nos conocimos. Empezamos a llorar, en el orden que imponía a cada uno la emoción que nos embargaba, y comprendimos que ya no existía orden de prelación o cargo jerárquico: todos habíamos sido igualados por nuestra condición de humanos ante un mismo dolor. Algunos testimonios de esa tarde señalaban: “el miedo siempre está presente, por nuestras familias, por nuestros compañeros,” “Cuando una termina su guardia sale sintomática, con picazón de garganta, dolor muscular, etcétera; al otro día una se levanta bien y

eso da sensación de alivio,” “La peor sensación la tuve cuando hubo que intubar a una compañera,” “Dejé de hablar, pensando que si me esforzaba y sentía algún síntoma tal vez lo confundiría con Covid,” “Cada día esperaba que ninguno de mis compañeros presentara síntomas porque la incertidumbre de saber si yo estaba incubando la enfermedad me consumía”.

IV. ACEPTACIÓN

¿Qué faceta humana nos destruye? El conformismo, la aceptación de la realidad como destino y no como un desafío que nos invita al cambio, a resistir, a rebelarnos, a imaginar en lugar de vivir el futuro como una penitencia inevitable.

Eduardo Galeano

Poco a poco el miedo se transformó en aceptación y la aceptación transmutó en empatía, y la empatía despertó por fin la solidaridad. Comenzamos a escucharnos entre nosotros, a formar grupos de trabajo donde cada uno miraba el trabajo del otro no para criticarlo sino con el fin de ayudarnos entre todos. En los grupos de Whatsapp llegaban mensajes para saber cómo nos encontrábamos, nosotros y nuestras familias, para difundir en tiempo real la información necesaria, vacíos de las subjetividades estériles a las cuales estábamos acostumbrados en “la anterior vida”. Pude ver por primera vez al equipo interdisciplinario de salud. El médico pidiendo que la enfermera supervise su manera de manejar los elementos de protección personal, la enfermera coordinando los horarios con la camarera para no exponerla innecesariamente al ingreso en las habitaciones, el médico controlando las indicaciones médicas y adaptando los horarios de las medicaciones para preservar los momentos de exposición del personal de Enfermería. Testimonios rescatados de esta etapa hablaban de “alegría cuando los pacientes salen después de muchos días ventilados, ver que todo el trabajo y esfuerzo valió la pena,” “me pongo en lugar de los pacientes como me gustaría que me traten,” “dialogar con los pacientes a pesar del miedo, preguntar por su familia apoyar la mano en su hombro,” “miedo, tristeza, enfado, disgusto, alegría, tantas emociones pasan por nuestro cerebro y se sigue batallando”.

V. ESPERANZA

La esperanza no es la convicción de que las cosas saldrán bien, sino la certidumbre de que algo tiene sentido, sin importar su resultado final.

Václav Havel

A lo largo de nuestras vidas nos toca atravesar una serie de situaciones traumáticas de manera individual. La pandemia ha significado una experiencia traumática colectiva, temporal y única que nos igualó como seres humanos. Ya sea en el afrontamiento de las experiencias personales o las colectivas, siempre el común denominador es la esperanza. Es esta chispa la que nos sostiene durante días, semanas o meses de sufrimiento (3). La esperanza prevalece siempre y hace que las pérdidas al final de la partida se capitalicen como verdaderas ganancias de estos procesos devastadores.

VI. DESAFÍOS

A través de los tiempos, pueblos de distintas etnias y condiciones sociales, económicas o culturales han sufrido catástrofes de diversa índole que han transforma-

do las sociedades en que vivían y cambiado o influido decisivamente en el curso de la historia. En la forma adaptativa positiva en que esas sociedades pudieron salir adelante frente a crisis como epidemias, pandemias, guerras, desastres naturales, etcétera, siempre destacan dos factores fundamentales: el trabajo en conjunto y la creatividad (4) (5). En este sentido, el desafío de los próximos tiempos tendrá que ver con la recomposición de un sector que antes de la pandemia ya atravesaba varias dificultades. Para Enfermería esto tiene que ver con potenciar el trabajo desde los Departamentos, a fin de capitalizar la sinergia desarrollada en esta coyuntura, generando programas de capacitación interinstitucionales, como así también de reforzar la formación de los noveles profesionales, trabajar mancomunadamente y desarrollar una capacidad de liderazgo que permita fortalecer la confianza y el sentido de identidad profesional y de labor enfermero. Este escrito no pretende ser un manual, sino simplemente poner por delante aquello a lo que vamos a enfrentarnos. Ya hemos afrontado la incertidumbre, la indiferencia, la ira y la depresión; hemos logrado cierto grado de aceptación. Ahora nos queda hacer frente a lo conocido, pero esta vez con algo aprendido y aprehendido. Recordar y confiar en que sólo saldremos adelante con trabajo compartido, creatividad y esperanza.

Dedicado a todos los profesionales de la salud que perdieron la vida en cumplimiento de su amorosa labor.

(3) Sánchez Menchero, M. (2017) “Las consecuencias de la guerra en las emociones y la salud mental. Una historia de la psicopatología y medicalización en los frentes bélicos de Occidente (1914-1975)” *Revista de Estudios Sociales*, n° 62, pp. 90-101. <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.7440/res62.2017.09>
(4) Palacios García, Ana Liliana. (2006). “En estos tiempos de guerra: Enfermeras ante los conflictos internacionales.” *Index de Enfermería*, 15(54), 53-55. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200011&lng=es&tng=es.
(5) OPS (2002) Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Manuales y Guías sobre Desastres N° 1. Washington DC, OPS.



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