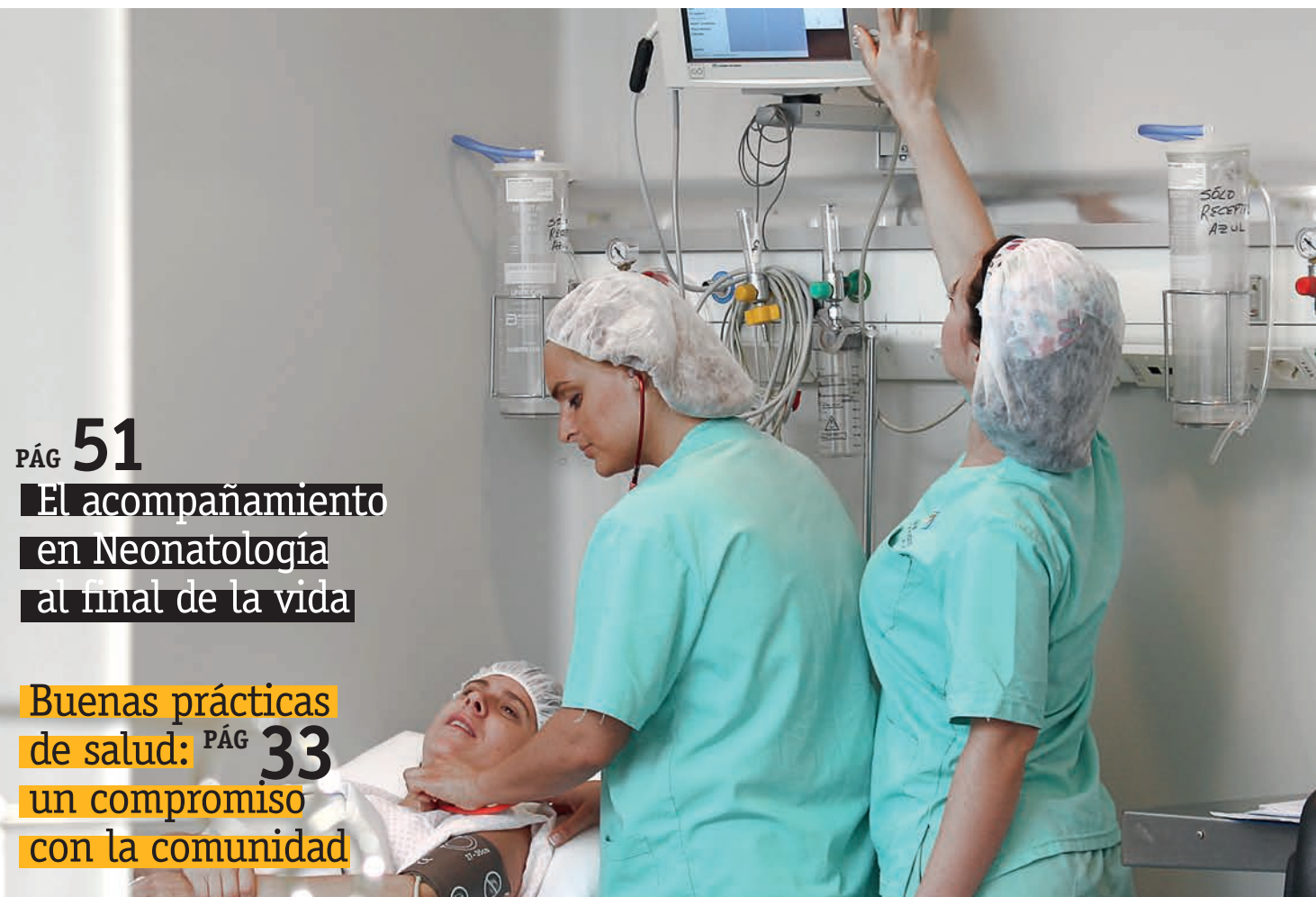


PÁG **51**

**El acompañamiento
en Neonatología
al final de la vida**

**Buenas prácticas
de salud: PÁG 33
un compromiso
con la comunidad**



**Alcances y limitaciones
del ejercicio profesional
de Enfermería PÁG 37
en contextos de encierro.
Una experiencia en Córdoba.**

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 1
Implementación de evaluación "One minute paper": una opción para la mejora continua en capacitación
Marisa Andrea Server / María Mercedes Sosa
- 13 | **VIII Congreso Argentino de Educación en Enfermería**
- 14 | RINCÓN LITERARIO
Hermosa mujer / Girasoles
Lic. Ana Mosca
- 15 | INFORME 1
Resiliencia en organizaciones de salud
Dr. Fabián Vítolo
- 29 | **Reconocimiento para el curso de posgrado "Gestión de jefaturas en áreas de Enfermería"**
Lic. Isabel Vera
- 31 | BASES
Bases para la publicación de artículos
- 35 | INFORME 2
Buenas prácticas de salud: un compromiso con la comunidad
Prof. Lic. Marisa Server
- 39 | INVESTIGACIÓN 2
Alcances y limitaciones del ejercicio profesional de Enfermería en contextos de encierro. Una experiencia en Córdoba
Sergio Rolando Nievas / Marta Ángela Pedernera
Patricia Fabiana Gómez / María Cristina Cometto
- 45 | FICHA 58
Uso de cánula de alto flujo de oxígeno (CAFO) en Neonatología y pediatría
Lic. Noemí Cabrera
- 49 | ENFOQUES 1
Enfermera perinatal de binomio
Dra. Mónica Savorani
- 51 | EXPERIENCIAS
El saber no ocupa lugar (ni distancias). Reflexiones de viaje.
Lic. Roberto Mora
- 53 | ENFOQUES 2
El acompañamiento en Neonatología al final de la vida
Lic Claudia Fabiana Carissimo

STAFF

DIRECCIÓN

Lic. Mercedes Sosa

JEFA DE REDACCIÓN

Prof. Lic. Marisa Server

COORDINACIÓN EDITORIAL

Alejandra Fuente

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.adecria.org.ar

www.enfermeria.adecria.org.ar

e-mail: revistavea@adecria.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 Nº 399943

ISSN: 1669-385X

Base de datos de indexación:

CUIDEN - Tipo de indexación: EC-E

EBSCO

Periodicidad trimestral

(marzo, junio, septiembre y diciembre)

AÑO 16 | Nº 59 | SEPTIEMBRE 2019

CONSULTORES ESPECIALISTAS

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

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

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

Editorial

Distintos países en el mundo se acogen a celebrar el 17 de septiembre como Día Mundial de la Seguridad del Paciente. Esta campaña, promovida por la OMS, tiene como objetivo lograr que sea reconocida como una prioridad de salud y que se adopten medidas que permitan reducir el daño asociado a la asistencia sanitaria.

La seguridad es un componente esencial de la calidad de atención. Para hacerla efectiva es necesario contar con un enfoque preciso, directo, en relación a la ocurrencia de eventos adversos y su prevención. Esto implica no sólo disponer de sistemas informáticos apropiados, sino también del compromiso de los profesionales que desarrollan los procesos y de la participación activa de los propios pacientes como garantes de la seguridad.

El daño en salud se estima, en general, a través de la pérdida económica de la capacidad y productividad de los pacientes y sus cuidadores; esto conlleva un aumento de los costos de atención agregados que asciende a billones de dólares cada año. A nivel político, el costo de la falta de seguridad incluye la pérdida de confianza en los sistemas de salud, en los gobiernos y en la propia sociedad.

Nuestro país acompaña esta iniciativa que congrega a los profesionales de la salud, los pacientes y las instituciones en el desafío global de la seguridad del paciente. Invitamos, entonces, a profesionales de la salud, pacientes y líderes de las organizaciones sanitarias a unirse a esta iniciativa mundial, en la que se busca también dar visibilidad a experiencias desarrolladas con éxito en la implementación de prácticas seguras, para contribuir a la mejora de nuestras instituciones y al compromiso de mejores políticas sanitarias.

Lic. Mercedes Sosa



5º Jornada de Enfermería del Sanatorio San José

Seguridad del paciente, estrategia para la calidad

8:00 hs | ACREDITACIÓN

9:00 hs | ACTO DE APERTURA

PRIMERA MESA 9:15 a 10:30 hs

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Tema: Prevención de caídas en el Sanatorio San José

Lic. Mariana Milski, SSJ - Dr. Alberto Dasso, Consultor SSJ

10:30 a 11 hs | COFFEE BREAK Y VISITA A LOS STANDS

SEGUNDA MESA 11:00 a 12:00 hs | ENFOQUE INTEGRADO DE LA GESTIÓN DE RIESGO

Tema: Eventos Adversos - Dra. en Enf. Isabel Vera, Corp. Médica San Martín

Tema: Calidad y seguridad en la atención - Lic. Lorenza Gómez, SSJ

11:40 a 11:55 hs | PREGUNTAS

TERCERA MESA 12:00 a 12:30 hs | 2020 NURSING NOW

Tema: Avanzar hacia un nuevo paradigma del cuidar

Prof. Lic. Ángeles Culquicondor, Directora ISEAZ

Mg. Ana Mosca - Mg. Alicia Gómez, Docentes Htal. Italiano

12:30 a 12:45 hs | PREGUNTAS

CUARTA MESA 12:50 a 13:10

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y COMUNICACIÓN EFECTIVA: un compromiso institucional

Tema: Comunicación efectiva para la seguridad - Lic. Vanesa Olivera, SSJ

Tema: Medidas de seguridad en patología de Salud Mental - Lic. Daniela Núñez, SSJ

13:10 - 13:30 hs | ACTO DE CIERRE

TALLERES PRÁCTICOS GRATUITOS | 13:30 - 15:00 hs

1º TALLER | Tipos de sujeciones en adultos - Empresa Gaslo

2º TALLER | Aspectos legales en la sujeción de pacientes con consentimiento informado. Depto Legales SSJ

3º TALLER | UPP - Úlceras por Presión - Personal especializado y Enfermera en Control de Infecciones del SSJ

Entrega de certificados

27 de septiembre de 2019, de 8:00 a 13:30 hs, Junín 1063, CABA

Implementación de evaluación “One minute paper”: una opción para la mejora continua en capacitación

Marisa Andrea Server*
María Mercedes Sosa**
Sanatorio Itoiz

La investigación sobre nuestras prácticas docentes es una manera de aproximarse a la realidad para mejorarla y afianzar la calidad profesional.

INTRODUCCIÓN

Uno de los mayores desafíos cuando se realizan programas de educación continua es llegar a saber con certeza si los contenidos planteados en los distintos cursos planificados son los esperados por los enfermeros en términos de conocimiento y si las estrategias brindadas por los disertantes son apropiadas para transmitir dicho conocimiento.

Toda capacitación requiere un instrumento eficiente de evaluación que permita dar cuenta del alcance de los objetivos de enseñanza. Para ello es preciso que abarque dimensiones relacionadas no sólo con los contenidos, sino también con las estrategias del disertante, a fin de que oriente la toma de decisiones sobre la siguiente actividad a realizar.

La utilización de la herramienta One minute paper (papel de un minuto) permite tener un feedback (retroalimentación) al finalizar la clase, es de rápida implementación, tiene bajo costo y brinda la posibilidad de alinear los contenidos dados a las necesidades.



* Coord docente de enfermería Sanatorio Itoiz,
** Jefa de Departamento de Enfermería Sanatorio Itoiz
Directora de la Revista VEA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Los contenidos planteados en los distintos cursos planificados en el Programa de Educación Continua de Enfermería del Sanatorio Itoiz, ¿son los esperados por los enfermeros en términos de conocimiento? Las estrategias brindadas por los disertantes, ¿son apropiadas para transmitir el conocimiento?

OBJETIVO GENERAL

Fomentar la adherencia a la utilización de la herramienta One minute paper de los participantes de las clases dictadas en los distintos cursos programados dentro del PECE (Programa de Educación Continua de Enfermería) del Sanatorio Itoiz, como parte del proceso de evaluación de la calidad del contenido.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar la encuesta luego de cada clase por parte del docente.
- Realizar el feedback sobre los temas pendientes o confusos al comienzo de cada clase.
- Contemplar en la planificación el tiempo de clase destinado al uso de la herramienta por parte del asistente.
- Identificar las posibles mejoras de las estrategias educativas tras el desarrollo de los cursos.

HIPÓTESIS

La implementación de la evaluación One minute Paper, en las clases de los cursos del PECE, influye significativamente en el proceso de enseñanza y aprendizaje en los asistentes a la actividad de capacitación del Sanatorio Itoiz, durante el Trimestre de Julio a octubre de 2018.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: descriptivo, de corte cuanti-cualitativo, de carácter transversal, retrospectivo, no probabilístico.

Población: personal del Departamento de Enfermería del Sanatorio Itoiz.

Muestra: 56 unidades de análisis.

N se encuentra compuesta por: Binomio (12), Cardiología (34), Oncología (10).

Criterio de inclusión: personal inscripto en los cursos de Binomio, Cardiología y Oncología dictados en el Sanatorio Itoiz.

Criterio de exclusión: todos aquellos que participaron de la clase individual, independientemente si pertenecían o no al Departamento de Enfermería.

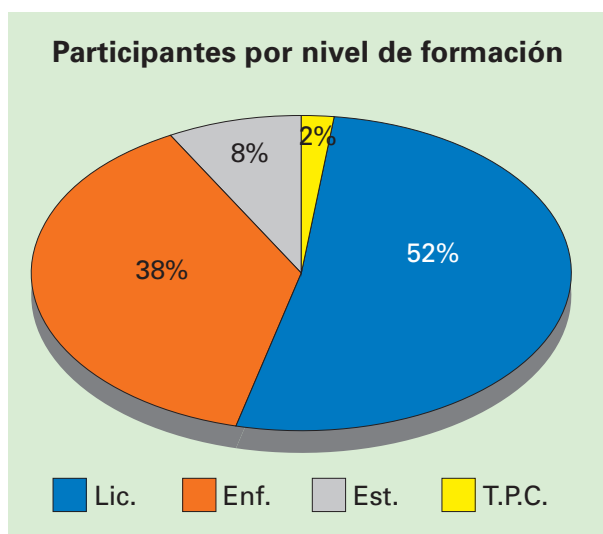
Técnica: la obtención de los datos se realizó a través de una encuesta, donde se realizaban dos preguntas: ¿Qué conceptos te llevas claros de la capacitación recibida? y ¿Qué te parece que se necesita volver a trabajar?

RESULTADOS

Características de los participantes:

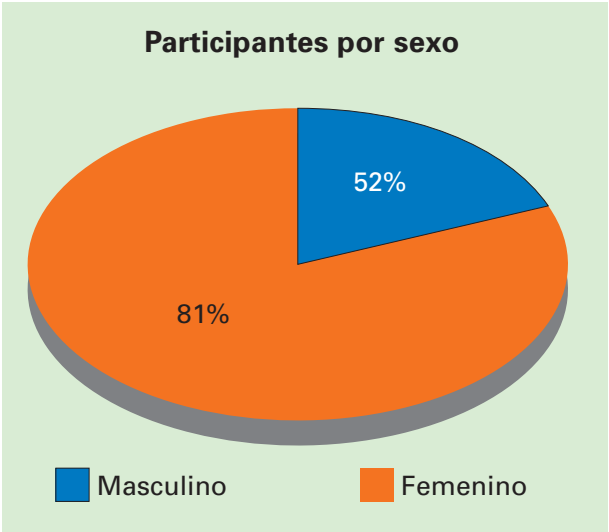
A: POR NIVEL DE FORMACIÓN

- 52% - Licenciados en Enfermería
- 38% - Enfermeros
- 8% - Estudiantes
- 2% - Técnicos en prácticas cardiológicas



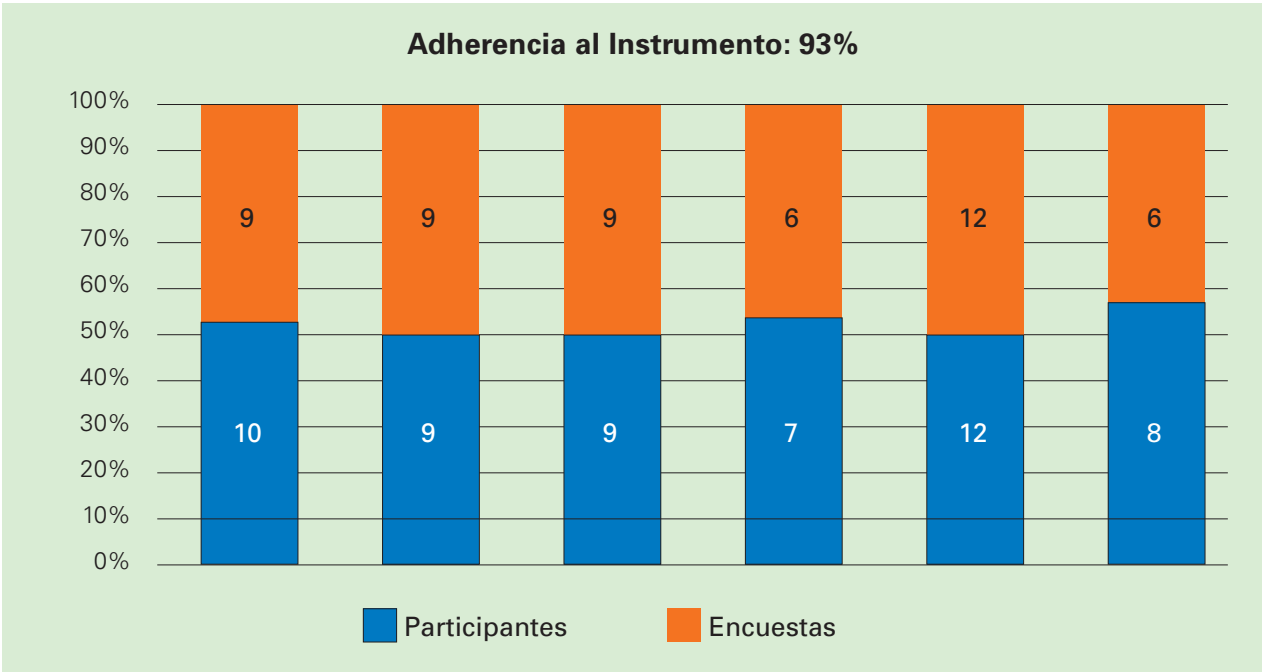
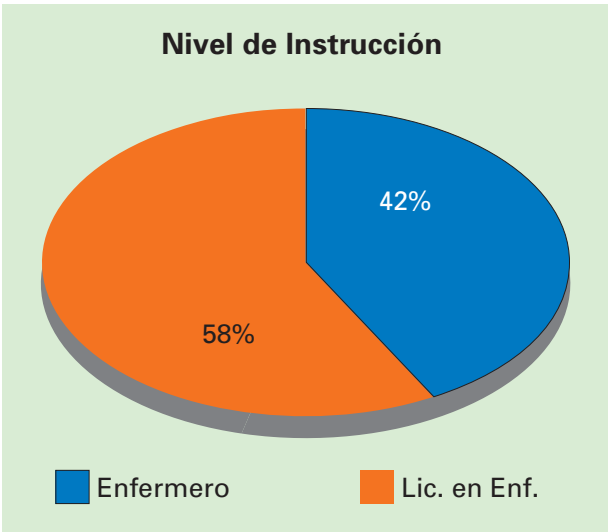
B: POR SEXO

- 19% - masculino
- 81% - femenino

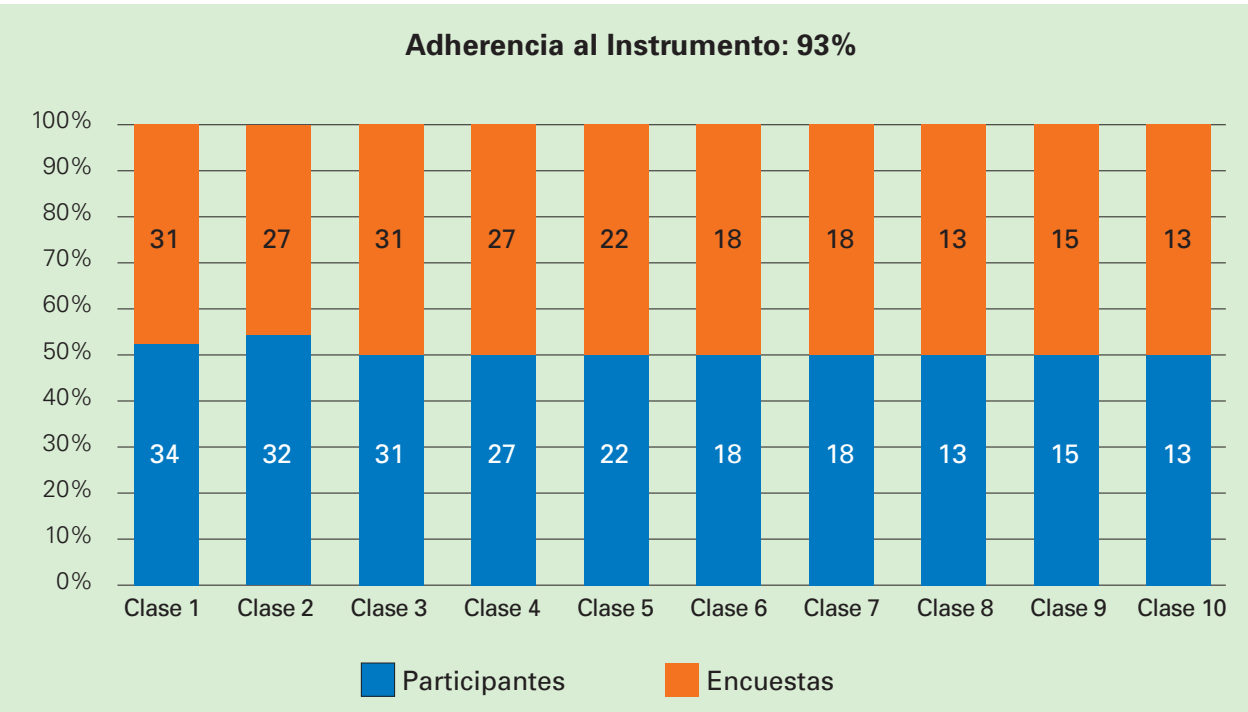
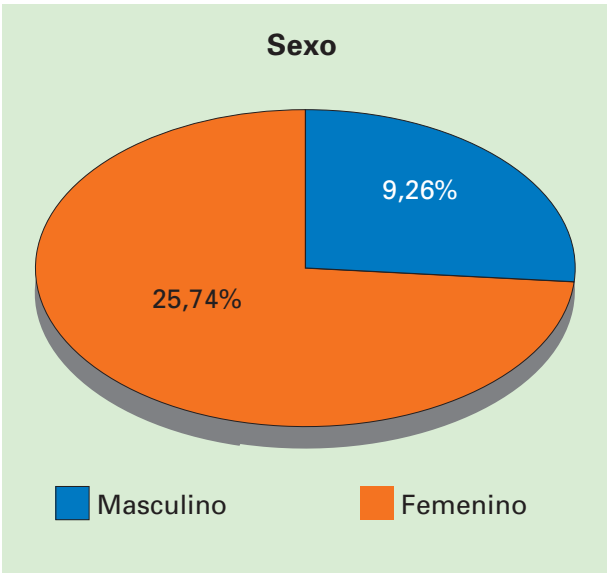
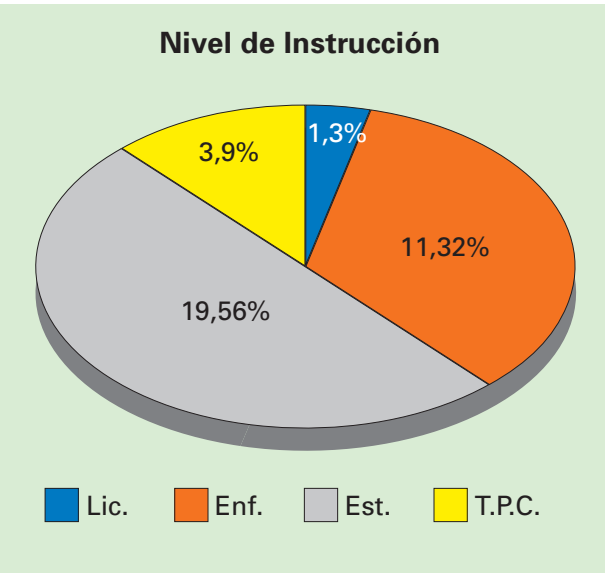


C: POR ÁREA DE ESPECIALIZACIÓN

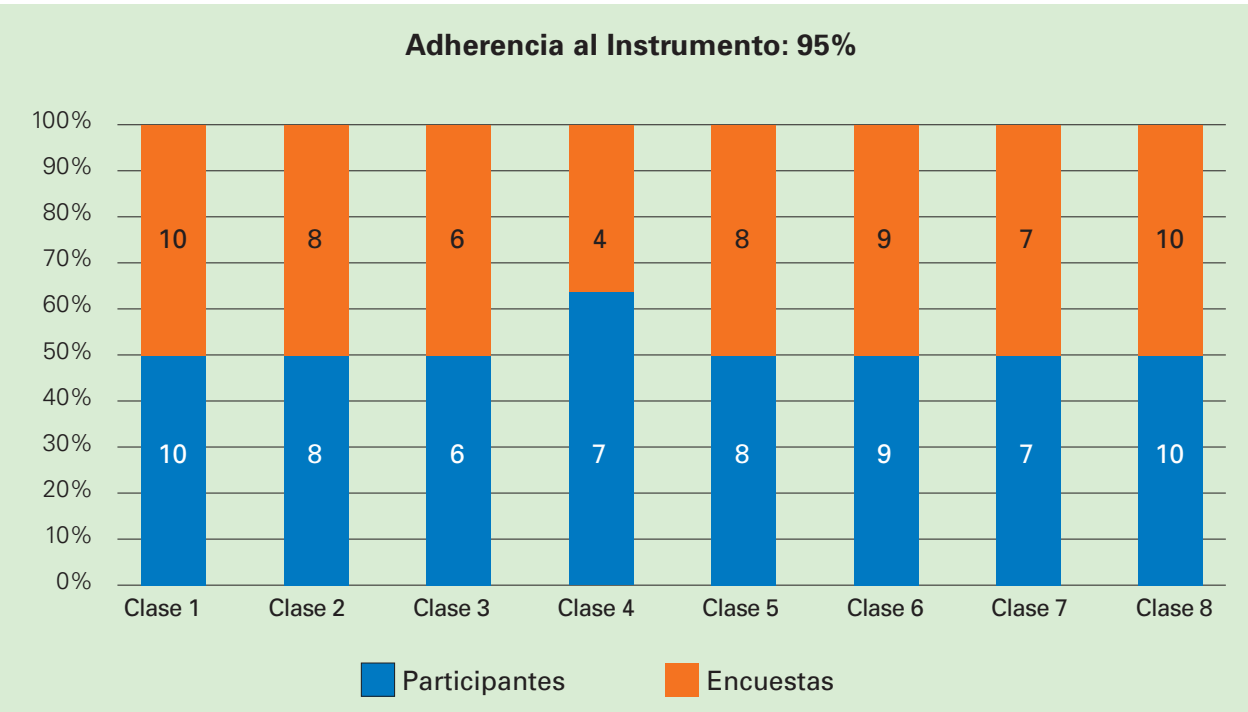
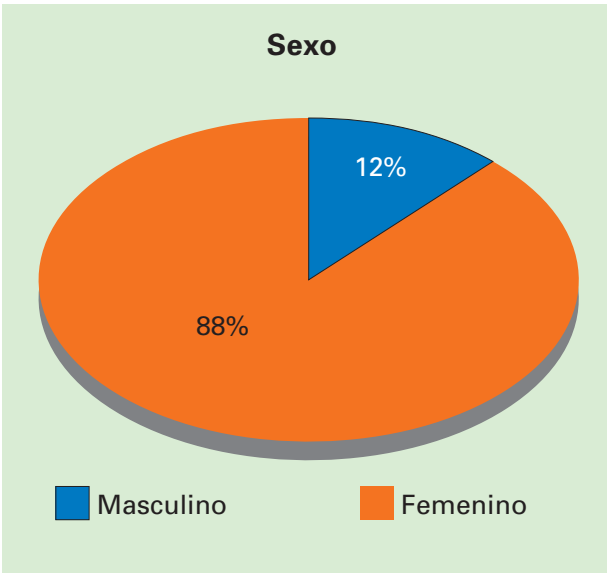
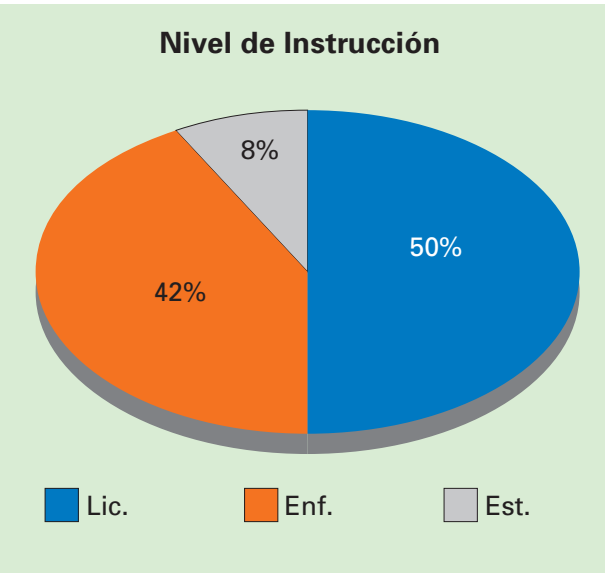
Curso de Binomio



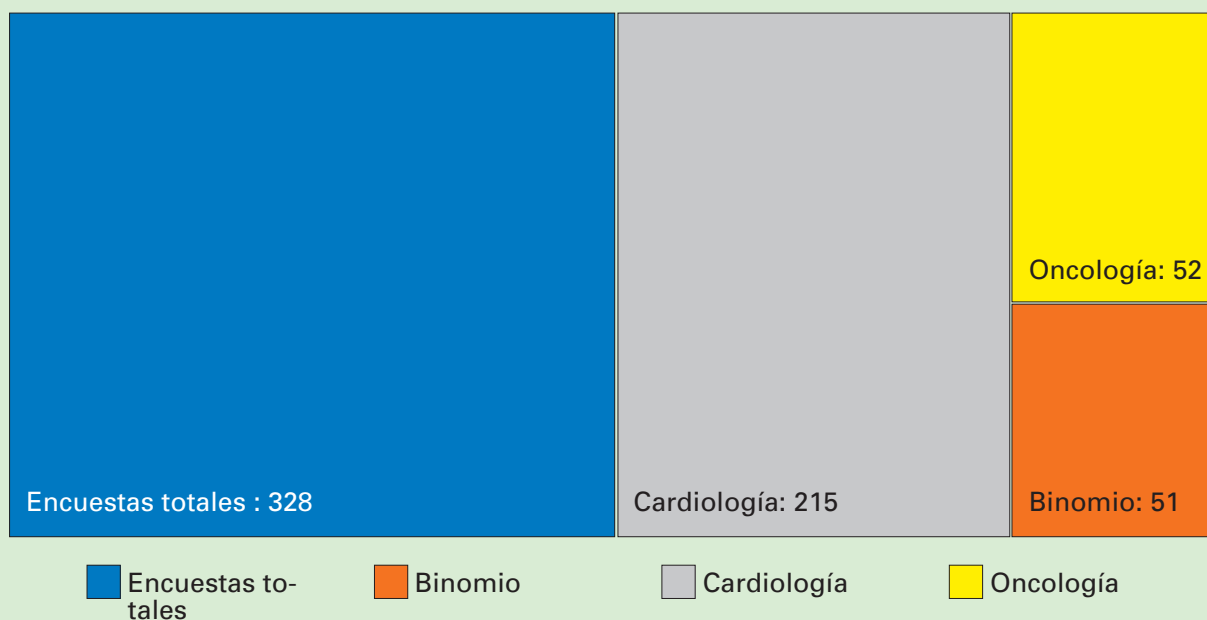
Curso de Cardiología



Curso de Oncología



Nivel de Adherencia: 95%



Encuestas totales: 328 - Período 2018 (con implementación) aprobados 62.50%

Adherencia:	Aprobados:	Comparativa en relación con años anteriores:
Binomio: 93% (51)	Binomio: 12	Período 2016-2017
Cardiología: 96% (215)	Oncología: 10	aprobados 14%
Oncología: 95% (62)	Cardiología: 13	
	TOTAL: 35 (62,5%)	

CONCLUSIÓN

La adherencia se ve expresada en términos de beneficio obtenido en el desarrollo del curso. Si bien el "one minute paper", como cualquier otra técnica docente de evaluación, tiene sus inconvenientes y limitaciones (en esta experiencia se constata que no contribuyó a disminuir la deserción), esta herramienta tuvo un gran impacto en el ámbito institucional: la adherencia del 95% indica tasas mayores de aprobación, una contribución significativa al afianzamiento de los conocimientos y una jerarquización de la tarea docente.

En este sentido, es posible afirmar que se cumplieron las expectativas, en términos de conocimiento en función de una necesidad real.

BIBLIOGRAFÍA

—Morales Vallejo, Pedro (2011). El "one minute paper". En: Escribir para aprender: tareas para hacer en casa. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Disponible en: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/otrosdocumentos/OneMinutePaper.pdf>

—López Martín, Ana Gemma (2015) One minute paper como técnica de evaluación del docente y del discente en las enseñanzas jurídicas. [Proyecto de Innovación Docente] Disponible en: <https://eprints.ucm.es/28807/>

VIII Congreso Argentino de Educación en Enfermería

Se realizó en la Universidad Nacional de Córdoba, los días 9 y 10 de mayo. Estuvo dirigido a estudiantes y profesionales, docentes e investigadores que se desempeñan en la formación del recurso humano de Enfermería.



Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba



De izquierda a derecha: Lic. Marisa SERVER, Mgt. Silvina MALVAREZ y Mgt. Juana SIGAMPA

El Sanatorio Itoiz presentó su primer trabajo de investigación docente de Enfermería en el marco de la convocatoria "La Educación Superior en América Latina: hacia la mejora de la calidad".



Presentación de los posters de la investigación



Hermosa mujer

Eran las seis menos cuarto. Desde hacía 35 años, todas las mañanas tomaba el colectivo a esa hora, en esa parada.

Así como el día nos sorprende con algo nuevo, ella también lucía cada mañana algo diferente. Su vestimenta siempre era acorde a las probabilidades del tiempo y cada accesorio estaba pensado para combinar con algún detalle: el esmalte de uñas, los anillos, las pulseras y aún el reloj parecían responder al degradé de la paleta de un pintor.

Claro que su porte le daba el sustento perfecto a esa personalidad que dejaba entrever al decirle al chofer:

—¡Hola, buen día! Hasta el hospital, por favor.

Y mientras esperaba que la máquina aceptara su pedido, el “¡Que tenga un hermoso día!”, siempre acompañado de una sonrisa atrapante.

Se deslizaba por esa goma rústica del bus como por una alfombra de pasarela. Parecía que un maniquí se había fugado de una vidriera de esas casas de moda tan destacadas.

Pero, ¿quién era?, ¿qué vida había detrás de esa mujer tan bella? ¿Qué haría en el hospital? Despertaba esa curiosidad entre los pasajeros y al subir no había uno que no ladeara su cabeza para mirarla.

Un día subió acompañada de un niño pelirrojo, de unos doce años tal vez, muy diferente a ella (resultaba obvio que no llevaba su sangre). Inquieto, nervioso, no paró de hablar un segundo, con un tono de voz estridente, durante el viaje. Sus ojos parecían salidos de las órbitas. Con ese encanto suyo tan natural, puso sus manos sobre él y apaciguó al niño.

Todos quedaron atónitos. No era sólo su aspecto cautivante, sino que esa misma cualidad ahora también era su espíritu.

Un día, sin embargo, ya no subió más en la parada a la hora de siempre. Tampoco al siguiente. Ni al siguiente.

Nunca más se la volvió a ver. Desde entonces, los pasajeros empezaron a pensar que tal vez esa hermosa mujer había sido un ángel que los había estado acompañando.

Lic. Ana Mosca

Directora de la Escuela de Enfermería del Hospital Italiano (CABA)

Girasoles

Caminaba con pasos cortos en oposición a su sentir. Su vida era agitada, no paraba ni un segundo. Se llamaba Mara. Trabajaba en un call center y tenía una voz suave, sensual.

Un día, un cliente que habitualmente solicitaba ser atendido por ella le propuso conocerla. Dijo que su voz lo había cautivado y que deseaba entablar una relación amorosa con ella.

Mara, luego de una carcajada, respondió:

—Muy bien, pero con una condición: no puede arrepentirse.

Del otro lado del teléfono se hizo un silencio, pero enseguida volvió a escucharse la voz:

—De acuerdo. No me arrepentiré.

Mara tuvo miedo, pues nunca nadie había aceptado esta clase de propuestas. Ella, en cambio, habitualmente lo hacía. Tal vez por eso el encuentro no se apresuró. Tal vez por eso, a medida que se aproximaba el momento, su inseguridad no hizo más que crecer, con el ritmo propio de sus pasos.

Cuando el día por fin llegó, todavía no sabía si había tomado una buena decisión.

Lo había citado en el call center. Él, con un ramo de girasoles, había llegado a la puerta una hora antes de lo previsto. Ella le había comentado que era la única Mara del servicio y que a las tres de la tarde saldría del trabajo y lo esperaría en la puerta principal.

Quince en punto sonó su celular. Era ella.

—¿Dónde estás?

—En la puerta de acceso— respondió él.

—¿Sos el muchacho bajito que tiene un ramo de flores?

—Sí.

—En cinco estoy—dijo ella mientras veía por la ventana que daba a la puerta.

Cuando por fin se encontraron, para sorpresa de ambos, ya se podía decir que la vida los había unido. Como en un cuento de hadas, sorprendidos, se sonrieron y se dieron un abrazo: ambos eran de muy baja estatura.

Resiliencia en organizaciones de salud

Dr. Fabián Vítolo*

NOBLE Compañía de Seguros

Resumen: La resiliencia ha sido concebida como la capacidad que tienen algunos sistemas de responder a situaciones imprevistas que pueden originar fallas y de retornar rápidamente a sus operaciones normales, con un mínimo detrimento en su desempeño.

El presente trabajo propone examinar, por un lado, cuáles son los factores que aumentan o erosionan la resiliencia y, por otro, aquellas habilidades que determinan un desempeño resiliente en las organizaciones de salud.

Palabras clave: resiliencia, organizaciones, seguridad, calidad.

Abstract: Resilience has been conceived as the ability of some systems to respond to unexpected situations that can cause failures and to return quickly to the normal operations, with minimal detriment to their performance.

The following work proposes to examine, on the one hand, what are the factors that increase or erode resilience and, on the other hand, those skills that determine a resilient performance in health organizations.

Keywords: resilience, organizations, safety, quality.

INTRODUCCIÓN

El diccionario de la Real Academia Española define la resiliencia como “la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador, o un estado o situación adversos”. Cuando el término es utilizado para referirse a estructuras, la Academia la define como “la capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial, cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sostenido”. Se trata, por lo tanto, de una habilidad que pueden tener tanto las personas como los equipos de trabajo y las organizaciones de salud, entendidas como sistemas adaptativos complejos. Sin embargo, desde la perspectiva de los factores humanos, la resiliencia ha sido concebida como la capacidad que tienen algunos sistemas de responder a situaciones imprevistas que pueden originar fallas y de retornar rápidamente a sus operaciones

normales, con un mínimo detrimento en su desempeño. Para poder responder de manera rápida y efectiva, las organizaciones deben comprender no sólo cómo evitar fallas sino también cómo se obtiene el éxito. La resiliencia describe cómo las personas aprenden y se adaptan para “crear” seguridad en ambientes plagados de grietas, peligros, prioridades que compiten entre sí y soluciones intermedias que suelen distar mucho del trabajo como fue planificado.^{1 2}

Erik Hollnagel, uno de los autores más prolíficos en ingeniería de la resiliencia (IR) aplicada al sector salud, sostiene que un sistema no puede ser resiliente, pero que sí tiene el potencial de desempeñarse de manera resiliente³. Se dice que un sistema se desempeña de esta manera cuando es capaz de mantener las operaciones requeridas tanto bajo condiciones esperadas como inesperadas, ajustando su funcionamiento antes, durante o después de los eventos (disrupciones, cambios u oportunidades).

* Gerente de Relaciones Institucionales NOBLE compañía de Seguros

El propósito de esta definición es evitar afirmaciones tales como “un sistema es resiliente si...” ya que la misma reduce la resiliencia a una cualidad específica (o peor aún: “un sistema tiene resiliencia si...”).

Desde sus orígenes mismos, la ingeniería de la resiliencia (IR) sostiene que la resiliencia caracteriza cómo se desempeña un sistema y no es una cualidad que el sistema tiene como tal. La resiliencia es, entonces, funcional y no estructural. Si queremos utilizar una definición corta, deberíamos hablar del desempeño resiliente de un sistema y no de resiliencia del sistema.

La resiliencia es también una de las características de las organizaciones altamente confiables, como la nuclear y la aeronáutica, que tienen muy pocos accidentes pese a operar en ambientes peligrosos y de gran exigencia. Hace más de quince años que en el sector salud se hacen esfuerzos para emular el abordaje sistémico del error de dichas organizaciones, su forma de trabajo en equipo y su esquema de toma de decisiones y resolución de problemas. Sin embargo, la magnitud del desafío ha sido subestimada: la mera réplica de las prácticas de estas organizaciones no termina de generar resiliencia en nuestros hospitales y centros de salud porque la naturaleza y complejidad de la atención médica son muy distintas a las de estas industrias. La variabilidad y diversidad del sector salud, sus limitados recursos, la subespecialización y la conformación de equipos sobre la marcha hacen prácticamente imposible adoptar algunas de las características de las HRO (high reliability organizations: organizaciones altamente confiables), como el entrenamiento intensivo y la redundancia. En estas industrias, la confiabilidad suele ser alcanzada mediante la estandarización y simplificación, algo que –como vimos luego de años de normatización– no alcanza para llegar a los niveles de seguridad que buscamos en la atención de los pacientes. La resiliencia, a diferencia de la confiabilidad, valora las conductas y recursos que contribuyen para que un sistema sea capaz de responder de manera flexible a demandas nuevas e inesperadas, algo que en medicina es pan de todos los días.

LAS DOS CARAS DE LA SEGURIDAD

La seguridad tiene dos caras. La cara negativa es bastante obvia y se revela por la aparición de eventos adversos, incidentes, casi accidentes, et-

cétera; es un aspecto bastante fácil de cuantificar y por eso tiene un gran atractivo como indicador de seguridad. La interpretación habitual sostiene que un alto nivel de seguridad se corresponde con un bajo número de eventos adversos. La otra cara, algo más difusa, ofrece una forma más positiva de evaluar la seguridad. Esta otra cara, que podría ser definida como la resistencia intrínseca de un sistema a sus peligros operativos, da cuenta de que algunas organizaciones son mejores que otras manejando los riesgos humanos y técnicos de la tarea diaria. Dicho de otra manera: que algunas organizaciones tienen “mejor salud” en términos de seguridad que otras.

Las instituciones médicas suelen navegar en un mar de incertidumbres, dentro de lo que podríamos llamar un “espacio de seguridad”⁴: una de las costas se llama vulnerabilidad; la otra se denomina resistencia. Son muy pocas las organizaciones que se encuentran cerca de las costas; la mayoría se ubican en medio de este océano, libres de moverse hacia uno u otro lado. Las instituciones de salud están sometidas a todo tipo de situaciones, aquellas propias del “espacio de seguridad” y otras que emanan desde el seno mismo de sus organizaciones. Las corrientes del espacio son opuestas: unas las arrastran hacia las costas de la vulnerabilidad y otras hacia las costas de la resistencia. Cuando la organización se acerca demasiado a la vulnerabilidad es muy probable que sufra eventos adversos. La existencia de estos eventos generará a su vez presiones internas y externas para generar resiliencia y volver mar adentro. Sin embargo, las medidas que aumentan la seguridad no suelen ser sostenidas en el tiempo y las instituciones vuelven a ser arrastradas peligrosamente hacia un estado de vulnerabilidad. Cuando las organizaciones carecen de sistemas apropiados de ayuda quedan sujetas exclusivamente a estas fuerzas contrapuestas y navegan a la deriva entre ambos extremos.

Una gestión realista de la seguridad no busca alcanzar el registro de cero eventos adversos sino generar el máximo grado de resistencia intrínseca que sea consistente con las razones que tiene la organización para existir. Existen dos requisitos para llevar a una organización hacia el extremo resistente del “espacio de seguridad” y mantenerla allí. El primero es contar con buenos instrumentos, que permitan saber cuál es su actual posición dentro del espacio.

Estos instrumentos son de dos tipos: reactivos (evaluar riesgos pasados) y proactivos (proyectar riesgos futuros). Durante los últimos quince años, la primera ola del movimiento de seguridad (Seguridad I) ha adaptado de la ingeniería muchos de estos instrumentos: identificación de eventos adversos, análisis de causa raíz, de modos de falla y efectos, matrices de riesgo, etc.

En segundo lugar, la organización debe ser capaz de mantenerse a flote, sobreponiéndose a las adversidades, manteniendo un rumbo fijo en dirección a las costas de la seguridad (Resiliencia- Seguridad-II). Para poder hacerlo, la resiliencia debe contar con buenos motores, que veremos más adelante.

La seguridad, entonces, es mucho más que reducir el número de eventos adversos investigando el pasado, mejorando los procesos y tapando los agujeros del “queso suizo” (barreras defensivas). La ingeniería de la resiliencia define a la seguridad como la capacidad de tener éxito bajo circunstancias cam-

biantes. Esta definición incluye el significado tradicional de seguridad, ya que la capacidad de triunfar bajo condiciones cambiantes llevará a sufrir menos eventos adversos (algo que sale bien no puede salir mal al mismo tiempo).

Para distinguir ambas definiciones, Hollnagel acuñó los términos Seguridad-I y Seguridad-II, respectivamente. Mientras que el foco de la Seguridad-I está puesto en la prevención de eventos adversos y la minimización de sus impactos (seguridad protectora), el foco de la Seguridad-II es más amplio y está puesto en la capacidad que tiene el sistema de funcionar de manera tal que produzca resultados aceptables (seguridad productiva). La ingeniería de la resiliencia se ocupa de evaluar lo que el sistema necesita para continuar existiendo y crecer, abordando por lo tanto la seguridad como otros procesos esenciales de la empresa (productividad, calidad y efectividad). Esto tiene consecuencias en la forma de definir, medir y gestionar la seguridad.

Los motores culturales de la resiliencia		
Compromiso	Competencia	Conciencia
El compromiso tiene dos componentes: motivación y recursos. El motivacional dependerá del convencimiento que tengan los líderes de la organización de ser un modelo de buenas prácticas de seguridad, o si se conformarán sólo con mantenerse sobre la línea de flotación, sin preocuparse demasiado mientras se eviten juicios o problemas con los reguladores. El tema recursos no es solamente cuestión de dinero, si bien este aspecto siempre es importante. Tiene también que ver con la importancia y el estatus que se les otorga a las personas que guiarán los programas de gestión de riesgos y seguridad del paciente y de cómo son estos percibidos dentro de la organización.	Las organizaciones deben tener también la competencia técnica necesaria para alcanzar altos niveles de seguridad. La investigación ha demostrado que la competencia es producto de distintos factores, entre los que se incluyen los métodos que se utilizan para identificar riesgos, el establecimiento de objetivos críticos de seguridad, la diversidad y redundancia de las barreras defensivas, las estructuras organizacionales flexibles, y la recolección, análisis, difusión e implementación de la información relativa a la seguridad.	Se refiere a la forma por la cual la organización toma conciencia de sus peligros y riesgos inherentes. Las organizaciones conscientes crean un estado permanente de “alerta inteligente,” aún en ausencia de malos resultados. Esta “conciencia colectiva” de que las cosas pueden fallar es una de las características que definen a las organizaciones altamente confiables.

A continuación, se describen dos ejemplos hipotéticos para facilitar la comprensión del compromiso,

la competencia y la conciencia organizacional en acción⁴:

El hospital A invierte en seguridad del paciente, lo que queda evidenciado por la existencia de un equipo de gestión de riesgos altamente capacitado y con adecuados recursos.

-El Director Ejecutivo tiene una política de puertas abiertas y siempre es muy receptivo a temas vinculados a la seguridad, permitiendo que el personal manifieste sus inquietudes a los niveles más altos de la organización. De hecho, él en persona realiza, junto con otros ejecutivos, una recorrida de campo semanal.

-El personal percibe que su director está muy bien informado y que responde rápidamente ante cualquier problema que pueda surgir. Tanto en reuniones del directorio como gerenciales, hay un tiempo destinado para abordar temas de seguridad a la par de temas financieros o de objetivos de negocios.

-Existen canales formales e informales de comunicación sobre problemas de seguridad en toda la organización y los supervisores de Enfermería han desarrollado grupos focales donde se discuten los errores recientes de manera abierta y honesta. Estos "focus groups" son organizados con un espíritu de aprendizaje y en el marco de una cultura justa.

-Los eventos adversos y "casi accidentes" son discutidos en ateneos de morbilidad, los cuales cuentan con la participación de los distintos servicios del hospital (médicos, enfermeros, técnicos, farmacéuticos, kinesiólogos, etcétera).

-El hospital también tiene bastante desarrollado su sistema de identificación y análisis de eventos adversos (reactivo) y de riesgos (proactivo). Todos tienen muy en claro la importancia del reporte y hay fechas límite establecidas para la implementación de las recomendaciones que surgen a partir de los mismos.

-Los responsables de la implementación de las acciones tienen una adherencia casi religiosa a estas fechas. Se realizan auditorías sobre diferentes áreas de la gobernanza clínica, incluyendo las interfases de comunicación entre los equipos, el proceso de consentimiento informado y el ayuno de los pacientes antes de ser sometidos a una cirugía electiva.

-Se aplican métodos de análisis de errores utilizados en otras industrias de riesgo, con el objetivo de identificar proactivamente las debilidades del sistema.

En el hospital B el abordaje a la seguridad de los pacientes es muy diferente.

-Las reuniones del directorio y de gerentes se focalizan exclusivamente en objetivos de negocio y temas financieros.

-La gerencia tiende a delegar la gestión de la seguridad en una persona o equipo haciéndola "su" responsabilidad. Sus miembros no han recibido una capacitación formal en evaluación de riesgos y seguridad y tienen además otras tareas que les impiden asistir a cursos o congresos sobre este tema.

-Son vistos por el resto de sus colegas como una suerte de fuerza de policía que vela por el cumplimiento de las normas establecidas, que sugiere o aplica sanciones disciplinarias cuando se cometen errores.

-El único instrumento de navegación que se utiliza es el reporte de incidentes, y cuando los mismos son analizados se busca establecer las responsabilidades individuales.

-Las condiciones que predisponen al error (la sobrecarga de trabajo, las carencias de personal e insumos, la falta de entrenamiento), no son considerados en el proceso de análisis, porque en la institución los errores son vistos como el resultado de la falta de atención, competencia o diligencia del personal involucrado.

-A consecuencia de esto, se reportan muy pocos incidentes y el personal no se siente libre para discutir abiertamente sus errores o plantear problemas de seguridad.

-El hospital tiene la falsa creencia de que el bajo número de incidentes reportados refleja el buen desempeño de la institución en seguridad. El Director Ejecutivo está convencido de que identificando y apartando a las "manzanas podridas" de su organización ha creado un sistema más seguro.

-El personal tiene una especie de desesperanza en la organización en la cual trabaja. Los intentos previos para hablar de estos temas con las autoridades recibieron casi siempre la respuesta de que eran cosas que "escapaban a su control".

En contraste con el hospital A, el hospital B no es consciente de sus errores y peligros porque tiene un concepto equivocado de los errores al considerar que son principalmente fallas de los individuos. Su falta de compromiso queda evidenciado por los pocos recursos y el pobre entrenamiento de su equipo de gestión de riesgos y por la tendencia de las autoridades a externalizar los problemas sistémicos, considerándolos como algo que escapa al control de la institución. La cultura patológica del hospital B en referencia a la seguridad lo arrastra hacia el espacio de vulnerabilidad.

AJUSTES REACTIVOS Y PROACTIVOS.

La característica fundamental de un sistema resiliente es su capacidad para ajustar su forma de funcionamiento. Estos ajustes pueden tener lugar luego de la ocurrencia de algo (ser reactivos, respondiendo a un feedback) o antes de que algo suceda (ser anticipatorios o proactivos)³.

Ajustes reactivos

- Son, por lejos, los más comunes.
 - Por ejemplo: ocurre un gran accidente en una comunidad, como un voraz incendio o una explosión, los vecinos deberán cambiar su estado o rutina de funcionamiento y prepararse para las distintas consecuencias que puedan seguir a la catástrofe.
- Se trata en general de respuestas inmediatas y de corto alcance: surgen cuando el evento ya ha tenido lugar.
- Son insuficientes para garantizar la seguridad y supervivencia de un sistema:
 - debido a que los sistemas sólo pueden estar preparados para responder a un conjunto limitado de eventos o condiciones, y generalmente por un período relativamente corto de tiempo,
 - o bien porque, para el momento en surge la respuesta, el daño ya ha tenido tiempo de crecer y diseminarse.

Ajustes proactivos

- Implican que el sistema puede cambiar de un estado de “operaciones normales” a otro de “alerta y preparación reforzada” antes de que algo ocurra.
 - En este último estado, se asignan recursos para poder responder adecuadamente ante potenciales eventos, activando funciones especiales.
 - Por ejemplo: el pedido de los pilotos de aviación para que nos abrochemos los cinturones antes de despegar, aterrizar o atravesar una zona de turbulencia.
- En algunos casos, los potenciales eventos futuros son una consecuencia de actividades normales y programadas, por lo tanto, altamente predecibles.
- En otros casos, el criterio para pasar de un estado normal a uno de alerta y preparación reforzada puede no ser tan obvio, ya sea por falta de experiencia, porque el futuro es siempre incierto, porque la validez de los indicadores es cuestionable o porque las señales de alerta son débiles.

BASES DE LA RESILIENCIA: LAS CUATRO HABILIDADES.

La definición de lo que se entiende por desempeño resiliente se encuentra todavía en revisión. Sin embargo, podemos acercarnos a una idea más precisa y operativa de la resiliencia considerando

cuáles son los factores que la determinan. Para ser resiliente una organización debe ser capaz de hacer ciertas cosas, que pueden resumirse de manera práctica en cuatro habilidades básicas: la habilidad de responder, la de monitorear, la de aprender y la de anticiparse.^{3 5}

La capacidad de RESPONDER

Una organización resiliente debe ser capaz de responder a la variabilidad, a las interrupciones y a las oportunidades, tanto habituales como inesperadas. Debe saber qué hacer y cómo hacerlo. Esta es la habilidad que aborda lo real, lo que está pasando.

Ningún sistema, organización u organismo puede sobrevivir si no es capaz de responder a lo que pasa. Estas respuestas deben ser oportunas y efectivas, de forma tal que puedan hacerse los ajustes necesarios antes de que sea demasiado tarde. Para poder responder la organización debe, a su vez, ser capaz de detectar que está pasando algo, de reconocerlo y ponderar si lo que percibe amerita una respuesta. Si considera que sí, debe saber cómo, cuándo y por cuánto tiempo debe responder. Por último, debe disponer de los recursos necesarios para implementar la respuesta.

La capacidad de MONITOREAR

Una organización resiliente debe ser capaz de saber a qué cosas debe estar atenta, monitoreando de manera permanente todo aquello que podría afectar seriamente el desempeño del sistema en el corto plazo. Debe saber dónde poner el foco. Esta es la habilidad de abordar lo crítico, aquello que puede ocasionar más daño.

Para sobrevivir en el largo plazo una organización debe poder monitorear de manera flexible su propio funcionamiento y lo que está ocurriendo en el ambiente, abordando las principales amenazas y atacando los problemas antes de que se salgan de control. Este monitoreo debe estar basado en indicadores de alerta válidos: indicadores que sirvan como precursores de eventos que están a punto de ocurrir (por ejemplo, el ícono de sobrecalentamiento del motor cuando manejamos). El monitoreo en base a indicadores que sólo se activan cuando el evento ya ha ocurrido no sirve, o sólo sirve para minimizar daños que ya se han producido. La efectividad en el monitoreo de las cosas que están a punto de suceder dependerá de cuán fácil sea interpretar estas alertas, lo que a su vez requiere de una gran comprensión del funcionamiento de la organización.

La capacidad de ANTICIPARSE

Una organización resiliente debe saber qué puede esperar, ser capaz de anticiparse a acontecimientos futuros que escapen del rango de sus operaciones normales. Debe poder considerar eventos, escenarios o cambios de estado que puedan afectar su capacidad de funcionamiento, ya sea de manera positiva o negativa (por ejemplo: innovación tecnológica, cambios en las necesidades de los usuarios, nuevas regulaciones, etcétera). Esta es la habilidad de abordar lo potencial.

Ocuparse de lo potencial va mucho más allá del análisis de riesgos convencional (AMFE, matrices de riesgo), pues no se trata de preguntarse qué podría salir mal en la organización (peligros, malas decisiones, fallas de equipos) o en el ambiente próximo (materia prima, energía, suministros, comunicación). El abordaje de lo potencial debe también considerar el ambiente organizacional en un sentido mucho más amplio: tomar en cuenta cuáles serían las nuevas demandas, los recursos con los que debería contarse, etcétera. Para poder imaginar esto es necesario tener una comprensión muy acabada del modelo de la organización y del ambiente en el que debe funcionar y sobrevivir. Para concebir lo potencial debe reconocerse primero que el futuro es incierto y debe apostarse por nuevas formas de pensamiento.

La capacidad de APRENDER

Por último, una organización resiliente debe ser capaz de aprender de la experiencia. Necesita comprender qué es lo que pasó y extraer las lecciones correctas que se desprenden de la experiencia correcta. Es la habilidad de abordar lo fáctico.

El desempeño futuro sólo puede mejorarse si, como resultado de la experiencia, se modifican conductas. Para poder aprender es necesario que las oportunidades de hacerlo sean frecuentes, que los eventos tengan algún grado de similitud y que sea posible confirmar que se aprendió algo (por eso es tan difícil aprender de eventos absolutamente inusuales). El aprendizaje debe tener como efecto que, a consecuencia del cambio de conductas, los buenos resultados sean más probables que los malos. Si no se logra modificar las conductas, es muy probable que no se haya aprendido nada. Y si los cambios van en una dirección equivocada, entonces la lección aprendida no es la correcta.

Cuando se busca aprender de la experiencia resulta importante diferenciar entre lo que es fácil de aprender de lo que es importante aprender. La recolección de grandes bases de datos con incidentes, eventos adversos, etcétera, no es sinónimo de aprendizaje, aunque suela parecer la manera más simple y atractiva. De hecho, como el número de cosas que salen bien es muchísimo mayor al de cosas que salen mal, tiene sentido tratar de aprender no sólo de la falta de seguridad sino también de las conductas que la determinan todos los días. Ambos abordajes son complementarios.

Hollnagel (2010) sostiene que la razón por la cual eligió estas cuatro capacidades y no tres o cinco, o cualquier otro número, es meramente pragmática. Las cuatro habilidades que propone en su modelo pueden ser fácilmente reconocidas en el análisis que históricamente (y en la actualidad) se hace de los eventos adversos, y todas juntas parecen ser suficientes sin ser redundantes.

En otras palabras, no existe ninguna teoría sólida que lleve a la inevitable conclusión de que deben ser estas cuatro habilidades y no cualquier otro conjunto las necesarias para un desempeño resiliente. Habiendo aclarado esto, argumenta Hollnagel, resulta bastante fácil justificar la necesidad de cada una de ellas.

Un sistema que es incapaz de responder está condenado al fracaso, posiblemente no en el corto plazo, pero definitivamente sí en el largo. Responder ante algo, sin embargo, puede no ser efectivo si el conjunto de respuestas es fijo y no toma en cuenta el escenario. A no ser que el ambiente del sistema sea completamente estable (algo que casi nunca se logra en un hospital), las respuestas de-

ben ir cambiando y desarrollándose a lo largo del tiempo, lo que significa que el sistema debe ser capaz de aprender.

La capacidad de respuesta depende, a su vez, de la capacidad de monitoreo que tenga la organización: sin un adecuado monitoreo de lo verdaderamente crítico, el sistema debería mantenerse en un estado de alerta permanente para cada posible condición que cuenta con una respuesta ya preparada. Esto no es posible ni razonable (desde el punto de vista económico o de la productividad). Si no se monitorea, si no se advierte lo que está por ocurrir de alguna manera, cualquier situación terminará siendo una sorpresa. Ésta es claramente una condición que no puede sostenerse en el tiempo.

Tanto la respuesta como el monitoreo deben ser luego revisados o ajustados en base a las experiencias: esto es, en base a lo aprendido. El aprendizaje debe servir para reforzar lo que funcionó bien y cambiar o ajustar lo que no anduvo.

Por último, es una ventaja estar preparado para aquello que potencialmente podría ocurrir, aunque todavía

no haya sucedido. Si el ambiente de trabajo es dinámico pero estable, la anticipación puede no ser tan importante. Pero si el ambiente cambia durante la vida del sistema, aunque sea un poco, entonces la anticipación se vuelve definitivamente imprescindible.

Es fácil observar por qué estas cuatro habilidades son necesarias, ya que la ausencia de cualquiera de ellas hace imposible que un sistema se comporte de manera resiliente, continúa Hollnagel.

La otra pregunta que surge es si estas cuatro habilidades son suficientes o si deberían añadirse otras. Si bien hay buenas razones para considerar que son tan necesarias como suficientes, de tanto en tanto alguien propone otras capacidades adicionales. Una de ellas es la **capacidad de adaptación**. Si bien no puede negarse la importancia de ser capaz de adaptarse, la adaptación no es una habilidad primaria, sino un compuesto, una suerte de blend. Los sistemas adaptativos pueden ajustar o modificar su forma de funcionamiento de acuerdo a las distintas condiciones que se les presentan. Esto requiere una combinación de la capacidad de responder y la capacidad de aprender (posiblemente también la de monitorear). Por lo tanto, la adaptación no es una habilidad primaria.

Otra habilidad que se ha propuesto es la **capacidad de comunicación**, que bien puede considerarse una habilidad primaria. De hecho, es tan primaria que resulta indispensable para la existencia misma del sistema, más que para que el mismo se desempeñe de manera resiliente. Se encontraría entonces al mismo nivel que el suministro de energía o la remoción de desperdicios. Para sistemas como las organizaciones de salud la comunicación explícita y clara resulta necesaria para coordinar el funcionamiento de las distintas partes. Pero la comunicación en sí misma no brinda una respuesta.

Factores que aumentan o erosionan la resiliencia.

La atención de la salud depende de grados de resiliencia variables: un quirófano con una agen-

da programada muy apretada debe ser resiliente para acomodar una cirugía de urgencia, una guardia de emergencia para atender catástrofes, todos los empleados deben poder serlo para afrontar una caída masiva de los sistemas informáticos, etcétera. La resiliencia también es ejercitada continuamente en las áreas críticas y en internación domiciliaria.

Las interrupciones y lo imprevisto son comunes en la atención médica y, por lo general, el día nunca resulta como se lo planificó. Es por eso que la capacitación y el entrenamiento del personal sanitario deberían focalizarse en el reconocimiento, la evaluación y la respuesta a las interrupciones que indefectiblemente surgirán en el sistema. La experiencia de haber sufrido algún accidente lleva a las organizaciones a invertir en resiliencia: el mantenimiento de stocks de reserva de insumos y de otros recursos, la distribución de autoridad y responsabilidad de forma tal que los trabajadores de la primera línea tengan la capacidad y la experiencia para actuar de manera independiente, así como reconocer y promover la negociación de objetivos, son todas formas de reforzar la resiliencia.

Más difíciles de evaluar y de apreciar son los factores que determinan el crecimiento de la resiliencia en el largo plazo ("factores lentos"): lleva muchos años diseñar y construir una central nuclear; la madurez profesional de un médico o un enfermero puede llevar décadas. La capacidad de repentización de una sociedad puede ser el resultado de valores, normas y prácticas que se han desarrollado a lo largo de los siglos. La resiliencia se nutre de estos factores, que pueden resultar cruciales al momento de la interrupción.

Si bien estos factores pueden parecer abstractos o distantes, la preservación del conocimiento y la experiencia del personal más antiguo y su efectiva transferencia a las nuevas generaciones de practicantes es un componente vital del aprendizaje. No es infrecuente que, cuando todo se cae, las cosas deban resolverse como en los viejos tiempos (baste recordar la importancia de los operadores de radio durante una catástrofe).

Mucho más difícil aún es estudiar los factores que erosionan la resiliencia. La búsqueda a toda costa de la optimización del retorno económico puede ser una amenaza, sobre todo cuando la inversión en los factores que contribuyen a la resiliencia es vista como un gasto a ser eliminado, haciendo que el sistema se vuelva más vulnerable. En los Estados Unidos y otros países, la estrecha visión de la atención de la salud como un negocio puede determinar que las inversiones en resiliencia sean consideradas innecesarias. Quienes gestionan no deberían subestimar el valor de ciertos recursos aparentemente no productivos que contribuyen a generar un ambiente más resiliente. Como muchos de los detalles del trabajo son tácitos y se encuentran automatizados, hay en general una cierta distancia entre la visión normativa del trabajo (lo que se debería hacer) y la visión descriptiva (lo que en realidad se hace). El privilegio de la visión normativa puede llevar a perder de vista valores latentes muy importantes y esta omisión puede ser descubierta mucho más tarde, en el medio de una crisis. Por ejemplo, la digitalización absoluta de los sistemas de comunicación a través de la historia electrónica y el “olvido” de cómo se hacían las cosas en papel puede llevar a un colapso de las operaciones en caso de caídas repentinas y prolongadas del sistema.

También resulta muy difícil imaginar el enorme rango y la naturaleza de los potenciales problemas. Las interrupciones parecidas y frecuentes promueven altos niveles de aprendizaje y de inversión en resiliencia. Lo opuesto también parece ser cierto. Es difícil desarrollar y mantener resiliencia si la naturaleza de la potencial interrupción varía mucho o si la misma es muy infrecuente. La guardia de emergencias de un gran centro urbano es predeciblemente impredecible: en ese ámbito las interrupciones son comunes y bastante variadas, lo que pone a prueba la resiliencia de su gente, pero también promueve su desarrollo. Si uno observa trabajar al personal de emergencias, notará sus capacidades de resiliencia (anticipación al deterioro clínico de determinados

pacientes, manejo del tiempo, disponibilidad del staff que puede llegar a necesitarse, anticipación de “cuellos de botella, etcétera). Nuestro limitado conocimiento de los factores que aumentan o que erosionan la resiliencia nos obliga a una agenda de investigación sobre este tema.

Descubrir cómo y cuánta resiliencia se genera en distintos ámbitos de atención es tan desafiante como apasionante. Se necesitará mucho tiempo y recursos para el desarrollo de herramientas teóricas y prácticas para el estudio de la resiliencia en el sector salud.

EVALUACIÓN DEL GRADO DE RESILIENCIA DE UNA ORGANIZACIÓN.

Sin dudas es mucho más fácil medir la ausencia de seguridad (número de incidentes, eventos adversos, *near misses*, etcétera) que su presencia. Ahora bien, ponderar la cantidad y calidad de resiliencia presente en un sistema resulta muy difícil, ya que si bien la resiliencia se manifiesta cuando debe responderse a interrupciones, todavía no es posible medir de manera confiable cuánta resiliencia tiene un sistema o cómo cambia la misma a lo largo del tiempo.

Los fenómenos que no pueden contabilizarse fácilmente tienden a recibir menos atención que aquellos que sí pueden representarse mediante una tasa. Es por ello que todos los indicadores de resiliencia parecen “blandos” cuando se los compara, por ejemplo, con los eventos adversos identificados por *Global Trigger Tools*, con la tasa de infecciones de vías centrales o la cantidad de caídas por día-cama. Aunque todavía no hay herramientas debidamente validadas, algunos autores han buscado una aproximación a la medición de la resiliencia, generalmente a través de cuestionarios cualitativos. En 2001, Carthey, Leval y Reason propusieron evaluar el grado de resiliencia organizacional mediante una escala de veinte indicadores ⁴:

Tabla 1. Indicadores de resiliencia y escala de valoración.

Indicador	No	¿?	Sí
1. La seguridad del paciente es reconocida como una responsabilidad de todos, y no sólo del equipo de gestión de riesgos.			
2. La alta gerencia acepta que las ocasionales complicaciones y las sorpresas desagradables son inevitables. Anticipa que el personal cometerá errores y lo entrena para saber detectarlos y recuperarse cuando ocurren.			
3. La alta gerencia, tanto médica como no médica, está genuinamente comprometida con el fomento de la seguridad del paciente y brinda los recursos necesarios para cumplir con este objetivo.			
4. Los temas de seguridad son considerados en las reuniones del más alto nivel de manera corriente y no sólo después de un evento adverso serio.			
5. Los eventos pasados son minuciosamente analizados al más alto nivel y las lecciones aprendidas se vuelcan en reformas generales y no en arreglos locales.			
6. Luego de algún accidente, el principal objetivo de la alta gerencia es identificar las defensas del sistema que fallaron y no la asignación de culpas individuales.			
7. La alta gerencia tiene una postura muy proactiva en seguridad de los pacientes. Hace alguna o todas de estas cosas: adopta medidas para identificar errores recurrentes y trabaja para eliminar los factores contribuyentes y reforzar las barreras defensivas; hace reuniones de brainstorming para pensar posibles escenarios de falla, chequea de manera frecuente los procesos proclives al error.			
8. La alta gerencia reconoce que los factores organizacionales que provocan errores (sobrecarga de trabajo, falta de insumos, falta de entrenamiento, inadecuadas interfases hombre-máquina, etc.) son más fáciles de gestionar y corregir que luchar contra estados psicológicos propios de los humanos: distracciones, olvidos, etc.			
9. Se comprende que una gestión efectiva de la seguridad de los pacientes depende críticamente, como cualquier otra área gerencial, de la recolección de información, de su análisis y de la difusión de aquello que sea relevante.			

10.	La gerencia reconoce la necesidad de combinar indicadores de resultados reactivos (reportes de incidentes, etc.) con indicadores proactivos de procesos. Esto último va más allá de auditorías ocasionales. Involucra el monitoreo constante de una gran variedad de parámetros institucionales (protocolos, defensas, entrenamiento, etc.).			
11.	Participan de las reuniones de seguridad del paciente personal de distintos departamentos y jerarquías dentro de la institución.			
12.	La función de seguridad del paciente y de calidad es una posición de primera línea dentro del equipo gerencial. Estatus y salario adecuado a dicha posición.			
13.	Se reconoce que cada tanto la función de seguridad del paciente puede entrar en conflicto con los objetivos comerciales y los recursos de la institución. Existen mecanismos para resolver estos problemas de manera efectiva y transparente.			
14.	Existen normas activas para estimular al personal a discutir temas de seguridad.			
15.	La institución reconoce la enorme dependencia del sistema de gestión de seguridad de la confianza de su personal, en particular en lo relativo al reporte de los errores. Una cultura del reporte solo puede surgir de una cultura justa.			
16.	Hay una política muy consistente de reporte de incidentes y de respuesta por parte de todos los grupos profesionales de la institución.			
17.	Los procedimientos disciplinarios se basan en una distinción consensuada entre conductas aceptables e inaceptables. Todo el personal sabe que una pequeña proporción de actos inseguros resultan temerarios y ameritan sanciones, pero que la mayoría de los errores son involuntarios y no ameritan castigos.			
18.	Los supervisores clínicos entrenan al personal más joven en las competencias mentales y técnicas necesarias para alcanzar un desempeño seguro. Las mentales incluyen la anticipación a posibles errores y ensayar las respuestas apropiadas.			
19.	La institución dispone de canales de feedback rápido, útil y comprensible para comunicar las lecciones aprendidas de los sistemas de información reactiva y proactiva de la seguridad. El énfasis institucional está puesto en la generalización de estas lecciones a todo el sistema y no sólo a la reparación de fallas y debilidades locales.			

20.	La institución tiene la voluntad y dispone de los recursos para reconocer sus errores, disculparse por ellos y garantizar a los pacientes (o sus familiares) que las lecciones aprendidas a partir de ese accidente puntual prevendrán futuras ocurrencias.			
-----	---	--	--	--

Sí: Este es definitivamente el caso en mi institución (1 punto).
¿?: No sé, puede ser, parcialmente cierto (0,5 puntos).
No: Definitivamente este no es el caso en mi institución (0 punto).

Interpretación del puntaje:
16 a 20: tan saludable que es apenas creíble.
11 a 15: Nivel de resistencia intrínseca moderado a alto.
6 a 10: Se necesitan mejoras considerables para alcanzar un desempeño resiliente.
1 a 5: Vulnerabilidad institucional moderada a alta.
0: Se necesita un replanteo total de la cultura organizacional.

Hollnagel (2010), por su parte, sostiene que como la resiliencia se define por la capacidad de una organización de ajustar su funcionamiento a condiciones tanto esperadas como inesperadas, su “medición” es muy distinta a la medición tradicional de la “falta” de seguridad. Y como la resiliencia tiene que ver más con lo que la organización hace que con lo que tiene, resulta imposible la utilización de un indicador único o simple para representarla. Propone entonces hacerlo mediante cuatro conjuntos de preguntas destinadas a evaluar las cuatro habilidades que definen la resiliencia. La herramienta se llama “Resilience Analysis Grid” (Grilla de Análisis de Resiliencia) y puede ser utilizada para construir un “perfil de resiliencia”.^{3 5}

El detalle de la evaluación de las cuatro habilidades mediante esta grilla requiere de cierta competencia en ingeniería de la resiliencia y gestión avanzada de seguridad, pero también un profun-

do conocimiento de la forma de operar de la organización. El punto de inicio son estos cuatro conjuntos de preguntas genéricas, las cuales, por supuesto, pueden ser adaptadas para abordar las características específicas de la organización a evaluar. Como un análisis detallado requiere de cierto esfuerzo, puede ser útil comenzar considerando las cuatro habilidades como un todo y calificarlas, por ejemplo, en cinco grados: “excelente”, “satisfactorio”, “aceptable”, “deficiente”, “inexistente”.

Cuando se brindan las respuestas, resulta esencial tener en cuenta que el propósito del análisis es calificar la forma de trabajo típica de la organización más que ponerle un “puntaje” a partir de la existencia o no de incidentes o accidentes recientes. La calificación debería describir cuán bien la organización hace algo, más que tratar de prever cuán mal pueden salir las cosas.

Tabla 2 - Evaluación de las cuatro habilidades en base a la Grilla de análisis de resiliencia:

La habilidad de RESPONDER

¿Cuán preparada está la organización para responder de manera rápida y efectiva ante algo inesperado?

Para calificar esta competencia puede ser de ayuda un subconjunto de preguntas más específicas tales como:

- ¿Cuán detallada es la lista de eventos para los cuales la organización tiene planeada una respuesta?
- ¿Cuán rápido puede brindarse esta respuesta y por cuánto tiempo puede mantenerse?
- ¿De qué manera se garantiza y mantiene esta preparación para responder?

La habilidad de MONITOREAR

¿En qué medida la organización es capaz de detectar pequeñas o grandes variaciones en las condiciones de trabajo (internas o externas) que podrían afectar la capacidad de la organización de llevar a cabo sus operaciones habituales o deseadas?

- ¿De qué forma la organización monitorea la situación y qué indicadores utiliza para hacerlo?
- ¿Cómo se establece la validez de estos indicadores?
- ¿Cómo se utilizan y comunican los mismos?

La habilidad de ANTICIPARSE

¿Cuánto esfuerzo pone la organización en plantearse qué es lo que puede pasar en el futuro cercano? ¿Es la anticipación una preocupación estratégica?

- ¿Qué piensa la organización (o las personas a cargo) del futuro? ¿Cuál es el modelo de futuro que la organización utiliza?
- ¿Cuán lejano es el horizonte de tiempo de la organización? (en meses, años)
- ¿Cómo se establece el costo-beneficio de las inversiones a futuro?

La habilidad de APRENDER

¿En qué medida la organización aprovecha las oportunidades formales e informales de aprender de eventos pasados?

- ¿Cuán selectiva es la base del aprendizaje? ¿Se considera aprender tanto de los fracasos como de los éxitos?
- ¿Con qué frecuencia trata la organización de aprender? ¿Continuamente o sólo cuando ocurrió algo?
- ¿Cómo se expresa este aprendizaje? (nuevas normas, procedimientos, actitudes, entrenamiento de habilidades, etc.

La ingeniería de la resiliencia no puede prescribir cuál debe ser el balance entre las cuatro competencias básicas ni su proporción. Para una brigada de bomberos, por ejemplo, resulta más importante su capacidad de responder a lo actual (el incendio) que considerar lo potencial, mientras que en una organización financiera, la capacidad de anticiparse puede ser tan importante como su capacidad de responder. Pero lo que sí queda claro es que las organizaciones que quieren ser resilientes deben indefectiblemente poseer estas cuatro cualidades

en mayor o menor grado. Tradicionalmente, todas las organizaciones ponen cierto esfuerzo para responder a lo que está pasando. Muchas también se esfuerzan en aprender de lo que pasó, pero suelen hacerlo de una manera muy estereotipada. Son pocas las organizaciones que realizan un esfuerzo sostenido para monitorear los puntos críticos, sobre todo cuando pasan por un momento de gran estabilidad. Y son todavía menos las organizaciones que se esfuerzan seriamente por anticiparse a lo que podría ocurrir.

CONCLUSIONES

La resiliencia está presente en todos los sistemas de trabajo y contribuye de manera sustancial a la capacidad de las personas y las organizaciones de responder a todo tipo de interrupciones, grandes o pequeñas. Si bien el estudio de la resiliencia se encuentra en pañales, muchos de los ejemplos más convincentes de la “resiliencia en acción” vienen del sector salud. Esto no es una coincidencia, ya que los imprevistos y las incertidumbres son comunes en la atención sanitaria de todos los días, y porque la educación y el entrenamiento de los profesionales privilegian la capacidad de responder de manera juiciosa y deliberada a las distintas situaciones que se les presentan. Muchos ambientes dentro del sector salud (como por ejemplo las guardias de emergencias) funcionan como una verdadera interfase entre el relativamente predecible y ordenado mundo del hospital y el caótico, tumultuoso e impredecible mundo exterior. Se transforman así en verdaderos “bolsones de resiliencia”, con muchos ejemplos de los que se puede aprender. No obstante, si bien la resiliencia puede hacerse más ostensible en algunos ámbitos que en otros, la misma parece atravesar todas y cada una de las actividades sanitarias.

¿De qué manera se crea, se mantiene o se erosiona la resiliencia? Las investigaciones actuales buscan responder estas preguntas. Se reconoce, en general, la necesidad de desarrollar mejores herramientas para medir la calidad y cantidad de resiliencia que tienen sectores específicos, ya que es importante comprender de qué manera la resiliencia se ve afectada por los cambios institucionales y organizacionales.

Los especialistas creen que la resiliencia puede ser significativamente erosionada por una gran variedad de mecanismos, particularmente en sistemas que trabajan bajo presión. La inversión en la capacitación de los profesionales, por ejemplo, es difícil de sostener cuando los beneficios que surgen de la misma son difíciles de ponderar y cuando la necesidad aguda de esa experiencia adquirida es muy esporádica. Finalmente, la resiliencia por sí sola no conduce indefectiblemente al éxito. Tampoco su carencia lleva al fracaso. La resiliencia puede tener muy poco

impacto ante interrupciones muy severas, y la falta de resiliencia puede llevar al fracaso ante interrupciones mínimas. La exploración actual de la resiliencia está llevando a los investigadores a focalizarse más en los factores que determinan el éxito de las organizaciones. La atención sanitaria, definida como un sistema adaptativo complejo, despliega todos los días un muestrario de resiliencia que ha pasado mayormente inadvertido. De hecho, más que sorprendernos por la cantidad de eventos adversos que ocurren en los hospitales de todo el mundo, deberíamos maravillarnos de la cantidad de veces que el personal de la salud se las ingenia para que las cosas salgan bien, en un medio plagado de incertidumbres, e imprevistos. De esta fuente deberíamos abreviar si queremos producir avances significativos en la seguridad de los pacientes.

AGRADECIMIENTO:

A la Dra. Viviana Rodríguez, Coordinadora del equipo de calidad de atención médica y seguridad del paciente del IECS y médica infectóloga del Hospital Alemán, quien me facilitó los trabajos de Hollnagel, a los cuales no hubiera accedido sin su guía.

FUENTES:

- 1 Jeffcott S.A et al. (2009) Resilience in healthcare and clinical handover. *Qual Saf Health Care*; 18:256-260.
- 2 Cook RI, Render M, Woods DD. (2000) Gaps: learning how practitioners create safety. *BMJ*2000; 320:791-4.
- 3 Hollnagel, E. (2015) RAG- Resilience Analysis Grid. Introduction to the Resilience Analysis Grid (RAG). Sustainable Transformation: Building a Resilient Organization, Toronto, Canada. <http://erikhollnagel.com/onewebmedia/RAG%20Outline%20V2.pdf>
- 4 Carthey J, de Leval MR, Reason JT. (2001) Institutional resilience in healthcare systems. *Quality in Health Care* 2001; 10:29-32
- 5 Hollnagel, E. (2010) How Resilient is Your Organization? An Introduction to the Resilience Analysis Grid (RAG). Sustainable Transformation: Building a Resilient Organization, Toronto, Canada. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00613986/document>
- 6 Fairbanks RJ, Wears RL, Woods DD, et al (2014). Resilience and Resilience Engineering in Health Care. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient safety*, August 2014, Vol 40. N°8

Reconocimiento para el curso de posgrado “Gestión de jefaturas en áreas de Enfermería”

La Universidad de Buenos Aires, por Resolución N° 1285 con fecha de julio de 2019, autorizó al Decanato de la Facultad de Medicina a hacer pública la declaración de interés científico, académico, docente y profesional de este Curso organizado por ADECRA-CEDIM.

Los Departamentos de Enfermería, en tanto unidades administrativas y asistenciales, tienen la función de brindar una estructura organizada para el adecuado desempeño de las tareas de Enfermería. Esto implica optimizar la gestión de los recursos humanos y materiales, así como también promover la calidad y seguridad en los cuidados al paciente y a la comunidad.



Atendiendo a esta especificidad, el presente curso se orienta al desarrollo de competencias y habilidades destinadas a abordar las problemáticas actuales que afectan a los profesionales y a los pacientes. Está dirigido a Licenciados en Enfermería que ejercen su cargo al frente de Jefatura, con experiencia de al menos cinco años.

Lic. Isabel Vera
Doctora en Enfermería
Directora del Curso



XVI SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE ENFERMERÍA

GESTIÓN DEL CUIDADO AL ADULTO MAYOR: ¿ESTAMOS PREPARADOS?

MIÉRCOLES 30 DE OCTUBRE DE 8.00 A 13.30 HS

Auditorio Ing. Héctor Amorosi - Av. Leandro N. Alem 1067 2º subsuelo - CABA

8.00 a 8.45 hs	●	ACREDITACIÓN
8.45 a 9.00 hs	●	APERTURA <i>Lic. Isabel Vera</i> - Pte. de la Comisión Enfermeros de Gestión de Adecra+Cedim y Jefa de Depto. de Enfermería de la Clínica Corporación Médica San Martín
9.00 a 9.45 hs	●	Mesa 1 SALUD Y COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL CON PERSONAS MAYORES Coordinadora: <i>Lic. Rosa Ferrari</i> - Jefa de Departamento de Enfermería Centro del Parque. <i>Lic. Silvia Molina</i> - Universidad de Lanús.
9.45 a 10.00 hs	●	PREGUNTAS Y ENTRADA A LAS FILIALES DEL INTERIOR
10.00 a 10.45 hs	●	Mesa 2 PARÁMETROS DE CALIDAD Coordinadora: <i>Lic. Vivian Boyardi</i> - Jefa de Departamento de Enfermería Clínica Adventista Belgrano. <i>Lic. Mirian Letelier</i> - PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados)
10.45 a 11.00 hs	●	PREGUNTAS Y ENTRADA A LAS FILIALES DEL INTERIOR
11.00 a 11.30 hs	●	PAUSA Y CAFÉ
11.30 a 11.45 hs	●	PRESENTACIÓN REVISTA VEA <i>Lic. Mercedes Sosa</i> - Sanatorio Itoiz Directora de la Revista VEA
11.45 a 13.00 hs	●	Mesa 3 SEGURIDAD E HIGIENE EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD Coordinador: <i>Lic. Roberto Mora</i> - Jefe de Departamento de Enfermería Sanatorio Bernal. <i>Lic. Sergio Alfaro</i> - Corporación Médica San Martín
13.00 a 13.15 hs	●	PREGUNTAS Y ENTRADA A LAS FILIALES DEL INTERIOR
13.15 a 13.30 hs	●	CIERRE <i>Lic. Walter Picada</i> - Vice presidente de la Comisión de Enfermeros de Gestión y Jefe de Departamento de Enfermería de la Clínica Santa Isabel.

ENTRADA LIBRE Y GRATUITA
LOS CERTIFICADOS SERÁN ENVIADOS POR CORREO ELECTRÓNICO

- TRANSMISIÓN SIMULTÁNEA POR TELECONFERENCIA A LAS FILIALES DE OSDE DE TODO EL PAÍS -

Bases para la publicación de artículos

RECIBIMOS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS RELACIONADAS CON LA DISCIPLINA ENFERMERA

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| • Informes | • Técnicas |
| • Monografías | • Protocolos |
| • Trabajos de investigación | • Presentaciones de casos |
| • Procedimientos | • Experiencias |

Formato de presentación

- **Tamaño de página:** A4
- **Cuerpo del texto y bibliografía:** Fuente Arial 12
- **Notas al pie:** Fuente Arial 10
- **Interlineado:** 1,5
- **Extensión:** hasta 10.000 caracteres (sin espacio)

Información del autor

- Nombre completo del autor.
- Teléfono, fax y/o mail de contacto.
- Dirección postal del responsable de la presentación.
- Antecedentes laborales del autor (títulos académicos obtenidos, cargos y funciones desempeñadas, filiación institucional).

Sobre el artículo

- Título
- Resumen: hasta 300 caracteres
Resumen en inglés (Abstract)
- Palabras clave: máximo 5
En español e inglés (keywords)
- Bibliografía

Bibliografía: Formato de cita

Libros	Revistas
• Apellido, inicial del nombre del autor o autores. • Año de publicación (entre paréntesis). • <i>Título del libro en cursiva, seguido de punto.</i> • Nº de edición, seguido de punto. • Editorial, seguido de dos puntos: • Lugar de edición, seguido de punto. Ejemplo: Ackley, B. J. y Ladwing, G. B. (2007) <i>Manual de diagnósticos de Enfermería: Guía para la planificación de los cuidados</i>. Elsevier Mosby: Madrid. Los números de páginas de referencia se indicarán en NOTA AL PIE, de la siguiente manera: Ackley y Ladwing (2007: 234-250).	• Apellido, inicial del nombre del autor o autores. • Año de publicación (entre paréntesis) • "Título del artículo entre comillas, seguido de coma"; • <i>Nombre de la revista en cursiva</i> • Número de volumen, serie, número, etc., seguido de punto y coma; • Números de páginas de referencia, seguido de punto. Ejemplo: Altman, E., Clancy, C. y Blendon, R. (2004) "Improving patient safety-five years after the IOM Report", <i>N. Engl. J. Med.</i> 351: 2041-2043. Los números de páginas de referencia se indicarán en NOTA AL PIE, de la siguiente manera: Altman, Clancy y Blendon (2004: 2042).

Gráficos y fotos
• Enviar por separado y con buena resolución de imagen.

INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS PROFESIONALES, DOCENTES, INVESTIGADORES Y ALUMNOS

Características generales de los trabajos:

Los trabajos podrán presentarse como Trabajo de Investigación al cumplir con el siguiente formato

- 1 Introducción
- 2 Formulación del Problema
- 3 Objetivo General
- 4 Objetivos Específicos
- 5 Hipótesis
- 6 Metodología
- 7 Población y Muestra
- 8 Resultados
- 9 Gráficos (o Tablas)
- 10 Conclusión
- 11 Bibliografía consultada

- Se aceptarán trabajos previamente publicados o presentados en otros eventos científicos.
- La participación podrá ser a título individual o colectivo. No hay límite en el número de participantes por trabajo.
- La presentación del trabajo implica la aceptación de esta normativa.
- Se puede realizar un resumen del contenido del trabajo
- El trabajo puede tener un mínimo de 500 palabras y un máximo de 900 palabras.
- Pueden utilizarse abreviaturas comunes. En caso de abreviaturas especiales o poco conocidas, especifique su significado entre paréntesis la primera vez que aparezca en el texto
- Debe contener el o los autores junto a su Correo electrónico de contacto.
- Se sugiere que se encuentre escrito en letra Arial tamaño 11, con espacio entre caracteres normal, interlineado sencillo. Márgenes justificados
- Debe incluir citas bibliográficas.
- Se recomienda revisar cuidadosamente la ortografía y sintaxis, previo al envío.



CARGÁ TU CV
EN LA WEB DE ADECRA+CEDIM Y ACCEDÉ A
GRANDES OPORTUNIDADES
LABORALES

Te invitamos a cargar tu currículum, ingresando en:
empleos.adecra.org.ar

¡Postulate!

Buenas prácticas de salud: un compromiso con la comunidad.

Prof. Lic. Marisa Server*

El 15 de octubre se celebra el Día Mundial del Lavado de Manos, con el propósito de concientizar sobre la importancia de este hábito como un medio efectivo y asequible para prevenir enfermedades y salvar vidas.

La Organización Panamericana de la Salud, en alianza con UNICEF, invita a celebrar el Día Mundial del Lavado de Manos con el fin de generar conciencia sobre un hábito que puede salvar vidas. La iniciativa surgió en 2008 de parte de la Alianza Global entre los sectores público y privado para promover el lavado de manos y está respaldada por varias instituciones gubernamentales e internacionales, organizaciones de la sociedad civil, compañías privadas e individuos de todo el mundo.

En 2018, desde el Comité de Calidad y Seguridad de los Pacientes del Sanatorio Itoiz, se propuso un acercamiento a la comunidad educativa (escuelas de la zona) para promover la importancia de la higiene de manos con agua y jabón como medida sencilla y económica para disminuir la transmisión de enfermedades.

Los niños menores de cinco años sufren diarrea extrema y más de 3,5 millones de ellos mueren cada año en el mundo por esta causa y por la neumonía. Lavar-se las manos con jabón puede reducir la

incidencia de las tasas de diarrea entre entre estos niños a casi 50% y las infecciones respiratorias a cerca de 25%.

Por esta razón, en consonancia con los lineamientos de la OMS, se eligió apelar a los niños como agentes de cambio: además de estar entre los principales afectados, se los considera permeables porque adquieren rápidamente los nuevos conocimientos que se les ofrecen. Así, llevan a sus hogares y comunidades las buenas prácticas de higiene que aprenden en la escuela.



* Coord. Docente de Enfermería - Sanatorio Itoiz
Docente Titular - Universidad Isalud

Su activa participación y las intervenciones culturalmente sensibles basadas en la comunidad buscan asegurar un cambio de comportamiento sostenido.

Al planificar la iniciativa, el comité consideró llevar la técnica de higiene de manos a las escuelas públicas y privadas, con distintas realidades, contextos y necesidades relacionadas con falta de red de agua potable en sus hogares, falta de supervisión por parte de los padres para inculcar hábitos saludables y de higiene.

La técnica estándar de lavado de manos es algo fácil de aprender, sobre todo porque los niños aprenden a través de lo lúdico: jugando y cantando siempre es más fácil y divertido. Es importante darles ejemplos y recordar que aprenden por imitación, especialmente los hábitos.

Estas medidas se enseñan no sólo a los niños sino también a docentes y personal auxiliar de la escuela, para que puedan transmitirla a sus colegas y familias, siendo ellos los protagonistas de promover la salud en su propio lugar.

Entre los puntos más significativos se recalca la importancia de incluir la higiene rutinaria de manos entre las normas de conducta del colegio. Docentes y todo el personal de los centros educativos pueden y deben enseñar con el ejemplo.

La higiene en general, y la de las manos en particular, debe formar parte de su programa educativo y debe ser enseñado en las aulas. Durante la capacitación se entrega material gráfico con los pasos a seguir y material de higiene (jabones, alcohol en gel). La actividad se programa de la siguiente manera:

- Folleto sobre el correcto lavado de manos.
- Tiempo/Actividad.

¿Cuándo?

- Antes de comer o beber.
- Después de usar el baño.
- Después de sonarse la nariz, toser o estornudar sobre las manos.
- Después de usar un pañuelo descartable.
- Antes y después de tocar o limpiar una herida.
- Después de jugar con juguetes o tocar objetos que se han compartido con otros niños.
- Después de jugar en el suelo, arena, césped u otras superficies que puedan estar sucias.

¿Cómo?

- Se debe usar agua y jabón. El agua sola no elimina los gérmenes. El jabón normal es capaz de eliminar más del 50 % de la flora bacteriana transitoria de nuestras manos.
- La técnica estándar de lavado de manos dura aproximadamente 30 segundos. Hay que frotarse las manos. No hay que olvidar frotar las uñas, el dorso de las manos, las yemas de los dedos y los pulgares. Si los niños y niñas son muy pequeños se les puede decir que canten una canción mientras se lavan, para que le dediquen el tiempo suficiente.
- Después se enjuagan las manos con agua abundante y se secan con una toalla o papel desechable (es lo preferible en los lugares públicos).

El Día Mundial del Lavado de Manos es un llamado para concientizar a la población de que un poco de agua y jabón pueden salvar muchas vidas. Este día se celebra cada

15 de octubre en 70 países de los cinco continentes. Es la primera vez en la historia en la que una campaña mundial pide a millones de personas que laven sus manos con agua y jabón.

Lavado de manos con jabón. Cinco datos clave según la OMS

1. ¡Lavarse las manos solamente con agua no es suficiente!

Lavarse las manos solamente con agua, una práctica común alrededor del mundo, es significativamente menos efectivo que lavarse las manos con jabón. El lavado apropiado de manos requiere jabón y una pequeña cantidad de agua. Usar jabón facilita la frotación, lo que permite disolver la grasa y eliminar la suciedad que contiene la mayoría de los gérmenes; además, deja un agradable olor en las manos. Si se usan adecuadamente, todos los jabones son igualmente efectivos para remover los gérmenes que causan enfermedades.

2. El lavado de manos con jabón puede evitar enfermedades que matan a millones de niñas y niños cada año.

El lavado de manos con jabón es una de las maneras más efectivas de prevenir enfermedades diarreicas y la neumonía, que juntas son responsables de la mayor parte de las muertes infantiles. Cada año, más de 3,5 millones de niños y niñas no llegan a celebrar su quinto cumpleaños debido a la diarrea y a la neumonía. El lavado de manos también puede prevenir infecciones cutáneas, infecciones a los ojos, parásitos intestinales, SRAS, gripe aviar e influenza H1/N1, y trae beneficios a la salud de las personas que viven con VIH/sida.

La investigación demuestra que el lavado de manos es efectivo para prevenir la transmisión de enfermedades incluso en asentamientos pobres altamente poblados y contaminados.

3. Los momentos críticos para el lavado de manos con jabón son después de usar el baño o de limpiar a un niño y antes de manipular alimentos.

Las manos deben lavarse con jabón después de usar el baño, después de limpiar las heces de un niño o después de cualquier otro contacto con excretas humanas, y antes de manipular alimentos. Las manos son las principales portadoras de gérmenes que causan enfermedades. Es importante asegurar que las personas tengan facilidades para lavarse las manos en esos momentos críticos. Existen soluciones simples, de bajo costo, que están dentro de las posibilidades financieras y tecnológicas de todas las comunidades, aún de las más pobres.

4. El lavado de manos con jabón es la intervención de salud más costo-efectiva.

La promoción del lavado de manos es más eficaz y costo-efectiva en comparación con el financiamiento que requieren otras intervenciones de salud. Una inversión de 3,35 dólares en el lavado de manos trae los mismos beneficios a la salud que una inversión de 11 dólares en construcción de letrinas, o una inversión de 200 dólares en abastecimiento de agua para las viviendas, o una inversión de miles de dólares en inmunización.

La promoción del lavado de manos con jabón también puede maximizar los beneficios a la salud de las inversiones en infraestructura de abastecimiento de agua y saneamiento y reducir los riesgos sanitarios cuando las familias no tienen acceso a servicios de saneamiento básico ni de abastecimiento de agua.

5. Los niños pueden ser agentes de cambio.

Cuando se trata de compartir buenas prácticas de higiene, niños y niñas (el segmento de la sociedad que suele ser más entusiasta y abierto a nuevas ideas) pueden actuar como agentes de cambio y transmitir las “lecciones de lavado de manos” que aprenden en la escuela a sus hogares y comunidades. Al estar situados idealmente en la intersección formada por el hogar, la escuela y la comunidad, su participación activa, junto con intervenciones culturalmente sensibles basadas en la comunidad, buscan asegurar el cambio sostenido de conducta. La finalidad del Día Mundial del Lavado de Manos es motivar a niños y niñas para que hagan suyas y compartan las prácticas apropiadas del lavado de manos y hacerlos “embajadores del lavado de manos” en cada una de las iniciativas del país, a nivel nacional y local.

CONCLUSIONES

El lavado de manos con jabón, especialmente en algunos momentos críticos (por ejemplo, después de usar el inodoro y antes de manipular alimentos), es una intervención clave y costo-efectiva que salva vidas: un gesto tan simple como éste puede contribuir a la supervivencia de millones de personas, sobre todo de los más pequeños. Los niños y niñas son especialmente vulnerables a los efectos de la diarrea y de las infecciones respiratorias, enfermedades que pueden prevenirse fácilmente y de forma económica.

Este día quiere servir como recordatorio de la importancia de esta práctica. Como equipo de salud, nuestro compromiso es tanto con el paciente como

con la comunidad de la cual formamos parte y de la que somos referentes. En este sentido, nuestro ejemplo y nuestra labor pueden aportar mucho.

BIBLIOGRAFÍA

- <http://www.palabraenfermera.enfermerianavarra.com/blog/2018/03/06/importancia-ensenar-alumnado-lavado-de-manos/>
- <http://lavadodemanos.org/>
- https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=811:dia-mundial-lavado-manos&Itemid=295
- <https://www.unicef.es/noticia/dia-mundial-del-lavado-de-manos>

Alcances y limitaciones del ejercicio profesional de Enfermería en contextos de encierro. Una experiencia en Córdoba.

Sergio Rolando Nievas*
Marta Ángela Pedernera**

Patricia Fabiana Gómez***
María Cristina Cometto****

El trabajo del personal de Enfermería que se desempeña en contextos de encierro está atravesado por fuertes tensiones éticas y profesionales entre brindar la mejor atención posible y tener que hacerlo en un entorno poco seguro.

Resumen: El equipo de salud y en especial los enfermeros profesionales que cumplen funciones en los hospitales de los establecimientos carcelarios desarrollan su práctica profesional bajo condiciones muy particulares debidas al ámbito institucional específico y a los diversos riesgos a los que están expuestos.

Este artículo examina los alcances y limitaciones del desempeño profesional de los enfermeros en unidades carcelarias de la provincia de Córdoba, tomando como referencia la legislación vigente en la República Argentina.

Palabras clave: atención de la salud, práctica profesional, contextos de encierro.

Abstract: *The health team and especially the professional nurses who perform functions in the hospitals of the prisons go into their professional practice under very particular conditions due to the specific institutional environment and the various risks which they are exposed to.*

This article examines the achievements and limitations of the professional performance of nurses in prison units of Córdoba province, taking as reference the current legislation in Argentina.

Keywords: *health care, professional practice, confinement contexts.*

*Licenciado en Enfermería.
Especialidad en Enfermería en el Cuidado del Paciente Crítico.
Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.
Servicio Penitenciario de Provincia de Córdoba. Argentina.

**Licenciada en Enfermería.
Especialidad en Enfermería en el Cuidado del Paciente Crítico.
Clínica Vélez Sarsfield. Córdoba. Argentina.

***Doctora en Ciencias de la Salud.
Escuela de Enfermería.
Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

**** Doctora en Ciencias de la Salud.
Especialidad en Enfermería en el Cuidado del Paciente Crítico.
Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

INTRODUCCIÓN: EL ACCESO A LA SALUD COMO DERECHO

En el año 2003, los Ministerios de Justicia y de Salud establecieron el Plan Nacional de Salud en las Prisiones a través del Decreto Ministerial N° 1777, que prevé la inclusión de la población penitenciaria al Sistema Único de Salud (SUS), lo cual habilita a las personas detenidas al derecho del acceso a la salud.

El artículo 75 de la Constitución Nacional establece que la salud es un derecho, que en tanto tal debe ser garantizado, y que reviste carácter social. Esto implica, por un lado, la desconcentración asistencial como una de las estrategias para acercar salud a toda la comunidad. Por otro lado, que el Estado argentino “es responsable de la salud de las personas privadas de la libertad, razón por la cual brinda igual protección a la que se da al resto de la población, considerando la distinta condición legal, la imposibilidad física y económica de acceder plenamente a este derecho, pero sí teniendo en cuenta los principios de equidad y universalidad que garantiza el derecho sanitario legislado”.

En este marco, las políticas sanitarias aplicadas a estas instituciones consideran a la Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia clave y un pilar fundamental para lograr “Salud para todos”. Este objetivo fue fijado por la Organización Mundial de la Salud en la declaración de Alma Ata (1978), a la que Argentina suscribió junto con otros países.

Para satisfacer las necesidades de salud de las personas detenidas el sistema penitenciario cuenta con un equipo de salud multidisciplinario en los hospitales que funcionan dentro de las unidades carcelarias. Ahora bien, dadas las características del sistema penitenciario argentino, las acciones inherentes a la profesión de Enfermería difieren de la realidad extramuros en lo que respecta a la complejidad de su aplicación.

El servicio penitenciario de Córdoba cuenta con una estructura edilicia compuesta por dos grandes complejos carcelarios y ocho establecimientos penitenciarios, de los cuales cinco están ubicados en la capital cordobesa y el resto en el interior. En lí-

nea con la Constitución Nacional, la Constitución de la Provincia de Córdoba dispone que los reglamentos de cualquier lugar de encarcelamiento deben atender al resguardo de la salud física y moral del interno alojado y facilitar su desenvolvimiento personal y afectivo (art. 44, apartado “Custodia de presos y cárceles”).

Según los datos suministrados en 2016 por el SNEEP (Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena, dependiente de la Dirección Nacional de Política Criminal que funciona en el ámbito del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación), la población de alojados era a la fecha de 7511 internos.

Con respecto a las unidades carcelarias propiamente dichas, se hallan bajo la órbita del Servicio Penitenciario de Córdoba y su jefatura depende orgánicamente de la Secretaría de Organización y Gestión Penitenciaria del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos desde el año 2013. Como consecuencia del tratamiento penitenciario para la reinserción de reclusos a la sociedad y como medio satisfactor de necesidades y/o demandas específicas, por normativa legal vigente (ley nacional 24660) se les otorga, entre otros ítems, el derecho al acceso al servicio de salud durante el cumplimiento de la condena.

El sistema sanitario en cárceles se encuentra estructurado mediante servicios de atención primaria de la salud, con nosocomios locales polivalentes denominados institucionalmente “servicios médicos”, los cuales se distribuyen en cada establecimiento penitenciario y son coordinados por la Dirección de Sanidad que depende de la Dirección General del Régimen Correccional del Servicio Penitenciario y no del Ministerio de Salud de la provincia.

Desde el punto de vista político institucional, el Servicio Penitenciario de Córdoba está normativamente legislado, pero además posee una serie de disposiciones que tienen una amplia incidencia en la vida diaria de los internos e internas alojadas en los establecimientos. Este tipo de normas no son formalmente leyes, sino que son disposiciones, prescripciones, *memorandum* u órdenes que emanan del director del Servicio Penitenciario de la Provincia.

La atención sanitaria se ve incrementada en forma permanente debido a la sobrepoblación de internos. Además, el equipo de salud de los hospitales penales no trabaja en forma autónoma y privada en el desarrollo de sus funciones, sino que lo hace acompañado siempre por agentes penitenciarios a cargo de la custodia permanente de los pacientes judicializados por normas de seguridad institucional.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

La regulación del ejercicio profesional de Enfermería prevista en la normativa legal 24004 define entre las competencias principales: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud. En la práctica, estas funciones se encuentran confrontadas entre el cuidar y cómo cuidar al interno ambulatorio debido la peligrosidad latente.

En este punto se hace necesario detenerse a analizar los preconceptos y dilemas morales del enfermero desde una perspectiva sociocultural, ya que estos están fuertemente arraigados, siendo el miedo un derivado de la visión que se tiene de los presos (como alguien capaz de hacer daño a quien sea), pues de forma inconsciente los valores morales adquiridos suelen entrar en conflicto con los valores dictados por la profesión y los juicios de valor personales acerca de la situación legal de los internos.

Otro factor relevante a tener en cuenta, junto con la dificultad para adaptarse al dinámico aumento poblacional, es la ausencia de un soporte efectivo y continuo que garantice la seguridad biopsicosocial. Debido a esto, los trabajadores del equipo de Enfermería están cotidianamente expuestos a riesgos laborales: riesgos ocupacionales vinculados al padecimiento físico, mental y psicosocial, derivados de la agresión verbal y falta de seguridad. Como consecuencia de ello, el miedo tiende

Objetivo: analizar los alcances y limitaciones del ejercicio profesional de los enfermeros en las cárceles de Córdoba (Argentina).

Materiales y Método

- Tipo de estudio: descriptivo y de corte transversal.
- Muestra: universo constituido por enfermeros profesionales que se desempeñan en instituciones carcelarias de la provincia de Córdoba (n=275).
- Técnica: entrevista. El instrumento utilizado fue un formulario autoadministrado de preguntas abiertas y cerradas. Las fuentes son primarias.
- Evaluación de los alcances: en las dimensiones promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud. Conforme a la ley nacional de ejercicio profesional de Enfermería (24.004) y el código deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras.
- Evaluación de las limitaciones: en las dimensiones aspectos institucionales y personales del enfermero, conforme a la ley provincial 8.231 del Servicio Penitenciario de Córdoba (SPC) y la ley 24.660.
- Análisis de datos: el procesamiento de información, análisis descriptivo, representaciones gráficas y presentación de resultados fueron realizados mediante software estadístico Stata 15 y hoja de cálculo Microsoft Excel 2018.
- Consideraciones éticas: acordes a los principios de la Declaración de Helsinki.

a influir negativamente sobre la totalidad de las funciones laborales, en materia de salud, higiene, alimentación, recreación, capacitación, derecho al trabajo, seguridad y promoción.

RESULTADOS

Los profesionales de la salud brindan atención sanitaria a todos los internos judicializados, tanto procesados como condenados, entre los cuales algunos presentan patologías crónicas (metabólicas, cardiopatías, reumatológicas, síndrome de Hansen, VIH, TBC, etc.) y otros, agudas (cirugías ambulatorias, diagnósticos de traumatismos varios, intoxicación por consumo de sustancias tóxicas, trastornos psiquiátricos, etcétera). Se observa que una de las situaciones más demandantes que limitan el ejercicio profesional es el rol de “mediador” ante situaciones de conflicto. Estos momentos son críticos, pues están cargados de altos contenidos de subjetividad moral y de miedo latente, agravado por la sobrepoblación de internos.

Los resultados aquí presentados son similares a los obtenidos en diversos estudios, lo que pone de manifiesto que las principales limitaciones al momento de ejercer la profesión tienen que ver con el cruce entre los principios éticos y morales con las condiciones de trabajo (contexto de encierro, sobrepoblación de sujetos judicializados, factores de riesgo psicosociales) y con el orden jerárquico al que la institución somete a todo su personal, incluidas las enfermeras.

DISCUSIÓN

El presente estudio es sincrónico con los escritos de Erving Goffman (*Internados: Ensayos sobre la situación social de encierro*), donde el autor analiza las características particulares de la interacción entre los diferentes equipos interdisciplinarios y los pacientes en situación de encierro; se trata de dificultades y problemáticas del pasado que todavía son recurrentes. A su vez, los hallazgos aquí presentados tienen un correlato con un estudio realizado durante el período 2007-2008 por el Grupo de Trabajo de

Tabla 1. Comparativa de alcances y limitaciones

Alcances		Limitaciones
Promoción (21,28%)	• higiene de la institución (35,11%) • prácticas sexuales seguras (26,39%) • higiene personal (2,99%) • recreación (1%)	Aspectos institucionales (68,85%) • condición propia del encierro (34,38%) • sobrepoblación de internos (34,37%) Aspectos personales (31,15%) • miedo a sufrir agresiones (17,49%) • dificultad para cumplir con los criterios éticos (3,66%)
Prevención (25,19%)	• cobertura de vacunas (22,89%) • salud mental (31,07%) • obesidad (23,56%)	
Tratamiento (30,79%)	• enfermedades crónicas (31,11%) • curaciones planas (29,21%) • trastornos psíquicos (34,44%)	
Rehabilitación (22,74%)	69,98% de las acciones están destinadas a mediación durante los conflictos.	



Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (GESESP) sobre la realidad laboral y profesional de la Enfermería en las prisiones españolas. Allí se observa que las consultas recibidas en materia de prevención y promoción de la salud, así como las actividades de intervención y control para el tratamiento farmacológico son, pese a las situaciones de conflicto, las prestaciones de mayor gratificación para las enfermeras. Estos estudios coinciden en señalar las tensiones éticas y profesionales entre brindar la mejor atención posible y tener que hacerlo en un entorno poco seguro y de encierro.

CONCLUSIONES

La atención a la salud en la prisión debe garantizar que el personal de Enfermería reciba capacitación para adquirir y desarrollar las habilidades necesarias para disminuir las limitaciones y aumentar los alcances y gratificaciones en el ejercicio profesional, así como mejorar la retención de personal en estos contextos de trabajo. Son varios los estudios que dan cuenta de que los procesos de inducción (orien-

tación) deben estar diseñados para abordar los desafíos específicos, ya que estos acontecimientos no sólo repercuten a nivel personal y profesional, sino que también favorecen el surgimiento de nuevas problemáticas que inciden a nivel institucional y producen un eco negativo en la calidad de atención del sujeto penado.

A partir de la constatación de que los alcances más destacados se concentran en las acciones relativas al tratamiento, más que en las de promoción, prevención y rehabilitación de la salud y que las principales limitaciones están relacionadas con las características propias de la institución carcelaria más que con aspectos personales, el presente estudio dio lugar a un nuevo proyecto institucional con el objetivo de seguir indagando en otros mapas problemáticos, como son los riesgos psicosociales de la población de enfermeros. Estos nuevos estudios podrán aportar y contribuir en un futuro a la planificación de nuevas políticas globales en salud, más contextualizadas en este campo de práctica tan complejo y generar evidencia científica para contribuir a un mejor cuidado de Enfermería, del desarrollo profesional y el acceso a la salud como derecho.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Médica Mundial. (2013) Declaración de Helsinki de la Amm—Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Bravo, AO (2015). Las prisiones de la locura la locura de las prisiones. La construcción institucional del preso psiquiátrico. Editorial Grupo 5. Colección salud mental colectiva. Madrid. Disponible en: <http://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/nuevo-foro-penal/article/download/2258/2188/>
- Carranza, E (2001). Justicia Penal y sobrepoblación penitenciaria. 1st ed. Nuevo Culeacán, México: Siglo XXI; p. 133.
- Carrasco-Baún, H. (2017) Prison nursing: legal framework and care reality. Rev. esp. sanid. Penit; 19(1),3-12 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202017000100002&lng=es
- CIE (2016) Ethics and Human Rights. Disponible en: <http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/>
- Coll-Cámara, A. (2014) Enfermería penitenciaria, ¿es necesaria una formación específica? Rev. esp. sanid. penit; 16 (supl.1): 45-49. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/ibc-131169>
- Enfermería en prisiones. Rev. esp. sanid. penit; 9(3), 65-66. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202007000300001&lng=es.
- Fontana RT, Lauter L. (2013) "La situación de trabajo en Enfermería y los riesgos ocupacionales desde la perspectiva de la ergología." Rev. Latino-Am Enfermagem. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2013nahead/es_0104-1169-rlae-0213-2368.pdf
- García Jiménez, J.J. (2009) Realidad laboral y profesional de la enfermería de las prisiones españolas. Enferm. glob. Disponibe en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200023
- Goffman, E. (1972) Internados: Ensayos sobre la situación social de encierro. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (pp. 199-203).
- Jacox, A. (2014) Un problema subestimado en enfermería: la influencia que ejerce sobre la atención al paciente el bienestar económico y social de la enfermera. Rev. Bras. Enferm. vol.32 n°1, 1979. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-716719790001000003>
- López M, Santos S, Varez S, Abril D, Rocabert M, Mañe N, et al. (2016) Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. Enfermería Clínica; 16(4):214-7
- Luque L, Perano J. (2012) Los derechos de los reclusos en las cárceles de Córdoba. Disponible en: <http://www.unciencia.unc.edu.ar/2014/agosto/los-derechos-de-los-reclusos-en-las-carceles-de-cordoba>
- Luque L, Perano J. (2014) Cárceles en Córdoba. [cited 2018 Jul 6]. Available from: <http://www.apm.gov.ar/sites/default/files/CAPITULO%20II%20%282013%29%20Las%20carceles%20en%20Cordoba.pdf>
- Ministerio de Educación Argentino (2010). Pensar la educación en contextos de encierro. Módulo1: Pensar y hacer educación en contextos de encierro. (pp. 5-19) Disponible en: https://isfd808chu.infed.edu.ar/sitio/upload/Modulo_1__Pensar_y_Hacer_Educ._en_Contextos_de_Encierro.pdf
- OMS (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
- OMS (2016) Prisons and health: Partnership for Health in the Criminal Justice System. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health>
- OMS (2017) Atención Primaria de Salud. Disponible en: <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>
- OPS/OMS Argentina. (2013) La salud de los trabajadores de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/arg/images/gallery/pub69.pdf?ua=1>
- Ouaarab H. (2017) Vigilancia Epidemiológica y Educación para la salud en Enfermedades Emergentes. El rol de Enfermería. Revista Española de Sanidad Penitenciaria (suplemento especial). Disponible en: <http://www.pensamiento-penal.com.ar/system/files/2015/01/doctrina40314.pdf>
- Rodríguez Magariños, FG (2015). Introducción historia de las prisiones. Disponible en: <http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/derecho-constitucional/derechos-de-los-reclusos/pdf/ESTUDIO0.pdf>
- Souza Santos, F. (2013) "Cuidados de Enfermería en situaciones de cárcel según Waldow: Entre lo profesional y lo expresivo." Enfermería Global;12(3). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/149531>
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Sistema Penitenciario Español. 2th ed. España: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica (2014). p 17-21. http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/SIS._PENITENCIARIO_2014_ING_acc_2.pdf

Normativa:

- Procuración Penitenciaria de la Nación (2016). Disponible en: http://www.ppn.gov.ar/~ppn/?q=informes_carceles
- Constitución Nacional Argentina. InfoLeg. (1994).
- Legislación Provincial (2017). Constitución de la Provincia de Córdoba.
- Jefatura de Gabinete de Ministros, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social. "Políticas públicas en materia sanitaria en contextos de encierro. Experiencias del trabajo interministerial en cárceles federales de la República Argentina. (2010). [cited 2018 Oct15]. Available from: http://www.paho.org/arg/images/Gallery/salud-mental/Políticas_Encierro_ESP.pdf?ua=1
- Declaración de ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, URSS (1978). Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf
- SNEEP (2016). Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal, Subsecretaría de Política Criminal Secretaría de Justicia, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Sistema nacional de estadísticas sobre ejecución de la pena. <http://www.jus.gob.ar/media/3267420/Informe%20SNEEP%20ARGENTINA%202016.pdf>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2016). Novedades del Servicio Penitenciario de Córdoba. Disponible en: <http://www.cba.gov.ar/novedades-del-servicio-penitenciario-2017/>
- InfoLeg Información Legislativa. Ley 24.004. (1991). [cited 2018 Jun 11]. Available from: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=403>
- InfoLeg Información Legislativa. (2010) Ley Nacional 24.660. Ley de Pena Privativa de la Libertad. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=3787226> Ley Provincial 8231
- Ley del personal del Servicio Penitenciario Córdoba. 2001. Disponible en: <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/af81ade2bd98320d03257234006433dd?OpenDocument>

Uso de cánula de alto flujo de oxígeno (CAFO) en Neonatología y Pediatría

FICHA
58

Lic. Noemí Cabrera*



1) DEFINICIÓN

Es una terapia de apoyo ventilatorio usada en diferentes escenarios clínicos respiratorios por sus beneficiosos efectos sobre la oxigenación, ventilación y comodidad que brinda al paciente. Aporta un flujo de oxígeno humidificado y calentado, solo o mezclado con aire, por encima del flujo pico inspiratorio del paciente a través de una cánula nasal flexible.



2) OBJETIVO

- Disminuir el esfuerzo respiratorio en pacientes pediátricos y neonatales.
- Brindar terapia ventilatoria bien tolerada por los pacientes, confortable en cuanto a las posibilidades de movilidad, ingesta de alimentos y habla.

3) ROLES Y RESPONSABILIDADES

La colocación y el mantenimiento del dispositivo son responsabilidad de todo el equipo de salud (enfermeros, médicos y kinesiólogos).

4) CONSIDERACIONES GENERALES

- La cánula nasal de alto flujo (CAFO) consiste en una naricera específica, flexible, con un diseño anatómico que le permite una mejor adaptación y fijación a la cara del paciente y cuya conexión distal va unida a un circuito ventilatorio.
- El gas aportado se envía al paciente humidificado y calentado, a fin de evitar el daño de la mucosa y fluidificar las secreciones.
- En el recién nacido se puede aportar de 1 a 2 litros por minuto (lpm); y de 6–60 lpm a lactantes, pediátricos o adulto respectivamente.



* Coordinadora de Enfermería del Servicio de Neo Pediatría Sanatorio Itoiz

Score de Tal. Es una herramienta que se utiliza para la valoración en pacientes con insuficiencia respiratoria. Un score mayor o igual a 8 indica que el paciente requiere una terapéutica de alto flujo.

Tabla 1. Score de Tal modificado (usar en menores de 3 años).

Puntaje	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Cianosis	Retracción
	< 6 meses	≥ 6 meses			
0	≤ 40	≤ 30	NO	NO	NO
1	41 - 55	31 - 45	Fin de espiración con fonendoscopio.	Peri-oral al llorar.	Subcostal (*)
2	56 - 70	46 - 60	Inspiración y espiración con fonendoscopio.	Peri-oral en reposo.	Intercostal (**)
3	> 70	> 60	Audibles a distancia.	Generalizada en reposo.	Supraclavicular (***)

Casos en los que se aconseja su uso • Pacientes con hipoxemia. • Dificultad respiratoria por bronquiolitis, neumonía, insuficiencia cardíaca congestiva, etcétera. • Soporte respiratorio tras la extubación de la ventilación mecánica. • Destete de CPAP o BIPAP. • Soporte respiratorio en niños con enfermedades neuromusculares. • Apnea del prematuro. • Lactantes de 1 a 24 meses con diagnóstico de bronquiolitis moderada.	Contraindicaciones • Rinorrea, sialorrea. • Erosiones nasales. • Distensión abdominal. • Riesgo de infección por contaminación del sistema. • Menos efectivo, si hay respiración bucal. • Barotrauma y neumotórax. • Necesidad de fuente de electricidad. Complicaciones: • Hipercapnia. • Acidosis respiratoria. • Ausencia de mejora en la frecuencia respiratoria tras 60 minutos del inicio. • Desmejoramiento y aumento de FC.
---	--

5) EQUIPOS Y MATERIALES

- Manómetros de aire comprimido y oxígeno.
- Mezclador aire/oxígeno (blender).
- Circuito ventilatorio con válvula de presión: Opti-Flow System (Fisher&Paykel), PrecisionFlow (Vapotherm) y ComfortFlow (Teleflex Medical).
- Humidificador. Airvo2 (Fisher&Paykel).
- Agua destilada de 500ml.
- Cánula nasal específica para aporte de alto flujo.



6) PROCEDIMIENTO

- El oxígeno y el aire se toma desde los poliductos de pared y se colocan en el mezclador (Blender).
- **Colocar** en el mezclador **dos parámetros** fundamentales: **volumen y FiO₂**.
- En el calentador se encuentran dos conexiones: una para toma de gases desde el mezclador (donde se conecta una válvula de liberación de presión que corta el flujo cuando se alcanza una presión predeterminada); en la otra se acopla el circuito ventilatorio (una manguera específica de doble pared que lleva por dentro un cable sensor que transmite el calor y la humidificación).

F&P OPTIFLOW JUNIOR NASAL CANNULA														
PRODUCT SIZE	ITEM CODE	APPROX WEIGHT (KG)												ACCESSORY
		2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22		
 Premature	OPT312	Max. flow 8 L/min												Wigglepads OPT010
 Neonatal	OPT314	Max. flow 8 L/min												Wigglepads OPT012
 Infant	OPT316	Max. flow 20 L/min												
 Pediatric	OPT318	Max. flow 25 L/min												

Tabla de Tipo de Cánula según edad

- Administrar los gases a través de la cánula elegida según la edad y peso del paciente.
- Fijar las dos telas autoadhesivas de la cánula a las mejillas del paciente. De ser necesario, puede ajustarse con una rápida y sencilla maniobra.



Cuidados de Enfermería

- Lavado de manos.
- Colocación de paciente entre 30-45°C.
- Monitorización de signos vitales, registro cada dos horas.
- Mantener las tubuladuras por debajo del nivel del paciente, para impedir el reflujo del agua condensada en el circuito.
- Evitar que se enrollen o acoden el circuito, ya que esto puede modificar el flujo y temperatura de oxígeno administra.
- No desconectar, ni bajar el flujo de O₂, para realizar procedimientos.
- Educar a la familia sobre los cuidados del niño y estimular el vínculo.
- Comenzar con la alimentación lo antes posible y valorar su evolución.
- Respetar en lo posible momentos de descanso y sueño.
- Proporcionar confort y tranquilidad al paciente.
- Realizar actividades, como el baño, luego de las 24hs-48hs, cuando se logre una completa adaptación al oxígeno de alto flujo.

- Evaluación periódica de la piel y mucosa del paciente.
- Algunos lactantes pueden seguir tomando pecho, pero la mayoría requerirá alimentación a través de una sonda nasogástrica.
- Aspirar con regularidad la SNG (cada 2-4 horas) para vaciar el aire.
- Vigilar que la cánula nasal esté en la posición correcta y que no haya áreas de presión en las narinas.
- Realizar aspiración suave en las narinas para mantenerlas permeables.
- Comprobar el nivel de agua del humidificador cada cuatro (4) horas.

7) FINALIZACIÓN

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

BIBLIOGRAFÍA:

- Castaños C., Rodríguez MS (2015) *Manejo de la Bronquiolitis. Actualización 2015*. Disponible en: www.garrahan.gov.ar/PDFS/gap_historico/Manejo_de_la_Bronquiolitis.pdf (consultado: 30 de junio de 2017).
- González Martínez F, González Sánchez MI, Rodríguez Fernández R. (2013) "Impacto clínico de la implantación de la ventilación por alto flujo de oxígeno en el tratamiento de la bronquiolitis en una planta de hospitalización pediátrica." *An Pediatr Barc*; 78(4):210-5.
- Miller T. (2008) "Terapia de alto flujo y humidificación: resumen de los mecanismos de acción, tecnología y estudios." *Vapotherm*; 2008; 2(7)7 (consultado: 30 de junio de 2017).
- Pilar Orive FJ, López Fernández YM. (2014) "Oxigenoterapia de alto flujo". *An Pediatr Contin*; 12(1):25-9.

Enfermera perinatal de binomio.

Dra. Mónica Savorani*

LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PARTO

El modelo de maternidades seguras y centradas en la familia (MSCF) representa un cambio de paradigma en la asistencia perinatal. Se trata de un desplazamiento de la atención basada exclusivamente en la tecnología, la institucionalización y la medicalización del parto, vigente durante los siglos XIX y gran parte del XX.

Con la institucionalización del parto (esto es: el conjunto de prácticas político-sanitarias que rodean al nacimiento de una persona), éste deja de tener lugar en el ámbito domiciliario para suceder en instituciones de salud que ofrecen equipamiento y personal especializado para tal fin. Si bien esto significó una mejora importante en las tasas de sobrevida materno-infantil y su morbilidad, a pesar de sus innegables beneficios también trajo aparejada la medicalización del parto normal.

Medicalizar significa transformar en médico un problema que no lo es. Con esta progresiva medicalización el equipo de salud pasó a ser el eje de las decisiones y comenzó a utilizar los criterios y procedimientos destinados a embarazos o partos de riesgo a la totalidad de la población. De este modo, las acciones excepcionales se transformaron en rutinarias. El incremento en el uso de la tecnología (ecografías, monitoreos, anestesia) a llevado a conductas cada vez más intervencionistas, a un mayor número de cesáreas y de nacimientos de recién nacidos cercanos al término, con el consecuente aumento de la morbilidad y las internaciones en neonatología.

UNA NUEVA FILOSOFÍA DE ATENCIÓN

La asistencia humanizada permite a nuestra especie recuperar los derechos inalienables que nunca debió haber perdido con la institucionalización del parto. MSCF es una concepción filosófica y ética que reconoce que las mujeres embarazadas (luego puérperas) sus hijos y su grupo familiar son los verdaderos protagonistas de este proceso. El nacimiento de un hijo es un acontecimiento familiar. Como tal, merece ser vivido y protegido de la mejor manera posible.

Una experiencia positiva de acompañamiento durante el embarazo y el parto se proyectará en la vida posterior de toda la familia.



* Jefa del Servicio de Neonatología del Hospital Municipal de Morón y Jefa del Servicio de Neonatología de la Casa Hospital San Juan de Dios

Perfil profesional deseable	Conductas desfavorables
• El personal de Enfermería que trabaje en este sector debe tener el nivel de competencia y responsabilidad que garantice la calidad de los cuidados. • Debe desarrollar el nivel de alerta necesario para detectar complicaciones en la adaptación del bebé a la vida extrauterina, en el vínculo que la madre pueda establecer y en las complicaciones del puerperio. • Necesita demostrar predisposición y capacidad para la enseñanza. • Poder brindar contención emocional a los padres. • Respetar la dignidad del ser humano.	• Brindar atención sin tener en cuenta las individualidades. • Establecer relaciones distantes, impersonales, frías o indiferentes. • Perder la percepción del otro como sujeto de derecho y partícipe del proceso que lo involucra. • Mostrar excesiva rigidez en el desempeño de la tarea, utilizando las normas como excusa, como fin último, y no como guía. • Desconocer el rol fundamental del trabajo conjunto de todo el equipo de salud. • Perder de vista que dicho equipo es un conjunto de personas con habilidades complementarias que se hallan comprometidas con un propósito común y objetivos de desempeño para los cuales se hallan mutuamente disponibles.

La forma de lograr un cambio no es ir contra la corriente ni pretender que las mujeres vuelvan a parir como en la época de las cavernas, sino devolver el espacio simbólico al acto de nacimiento y a cuanto lo rodea, incluyendo el saber médico, las técnicas de las parteras; el rol de la enfermera que introduce la palabra, pero no la palabra mágica de antaño, sino la que es capaz de dar respuesta a una necesidad ancestral: la de toda mujer, de toda familia, de sentirse escuchada, respetada, acompañada y sostenida ante la llegada de un bebé y el inicio de la vida.

Esta es la mirada médica, la mirada del equipo de salud perinatal que debemos recuperar y tener siempre presente.

La Perinatología incluye la asistencia integral de la madre y el niño (binomio que constituye el grupo más numeroso y vulnerable de una comunidad) con acciones destinadas a preservar o recuperar su salud y mejorar su calidad de vida. Abarca desde la gestación hasta los veintiocho días de vida del recién nacido.

En este equipo multidisciplinario –integrado por obstetras, neonatólogos, parteras y enfermeras–, Enfermería es parte integrante y fundamental por su responsabilidad durante todo el proceso de atención.

SER ENFERMERA PERINATAL IMPLICA:

- Agudeza intelectual, intuición.
- Brindar atención individualizada.
- Manejar las competencias clínicas y destrezas manteniendo la calidez.
- Saber cuidar, prevenir, educar, contener en situaciones críticas, acompañar.

PALABRAS FINALES

La propuesta de atención del binomio madre-hijo permite que el bebé pueda estar en todo momento con la familia, bajo la responsabilidad de la enfermera perinatal, en un marco de contención y de una atención personalizada.

Partiendo del concepto de MSCF se incorpora a los padres y a la familia como protagonistas junto con los profesionales de la salud.

Tener presentes estos principios es la condición para que personas comunes alcancen resultados extraordinarios.

El saber no ocupa lugar (ni distancias). Reflexiones de viaje.

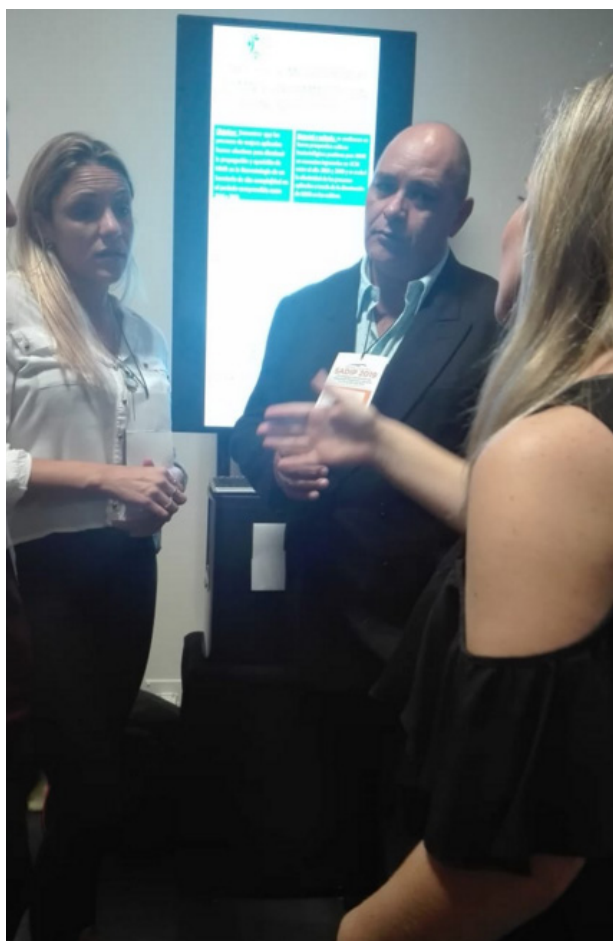
Lic. Roberto Mora*

“El cerebro no es un vaso por llenar, sino una lámpara por encender”.
Plutarco

Si bien el terreno de las sensaciones pertenece mayormente a la subjetividad, los hechos concretos, ciertos episodios o vivencias personales, nos permiten encontrar fundamentos sólidos para esas sensaciones. Quisiera expresar aquí no tanto la sorpresa como sí el orgullo que experimenté en ocasión de haber participado de una serie de encuentros con colegas de toda Argentina y Chile.

Todos habíamos viajado unos cuantos kilómetros para poder participar de distintos eventos, jornadas y congresos internacionales, no sólo para enriquecer nuestro saber, sino también para representar a nuestras instituciones mediante la presentación de trabajos de distinta índole, en los que quedaron de manifiesto el esfuerzo y el compromiso diarios de los equipos de salud.

Al momento de planificar cada viaje uno sabe de antemano que se encontrará con esos cronogramas ajustadísimos. Lo que tal vez no da por sentado de antemano es la posibilidad de que la realidad pueda superar a la ficción: al finalizar las exposiciones comienzan los intercambios de experiencias, café mediante, en los cuales se oye con frecuencia la frase “trabajo en equipo”. Y a pesar de saber que no hay equipos perfectos, sí valoramos su carácter perfectible.



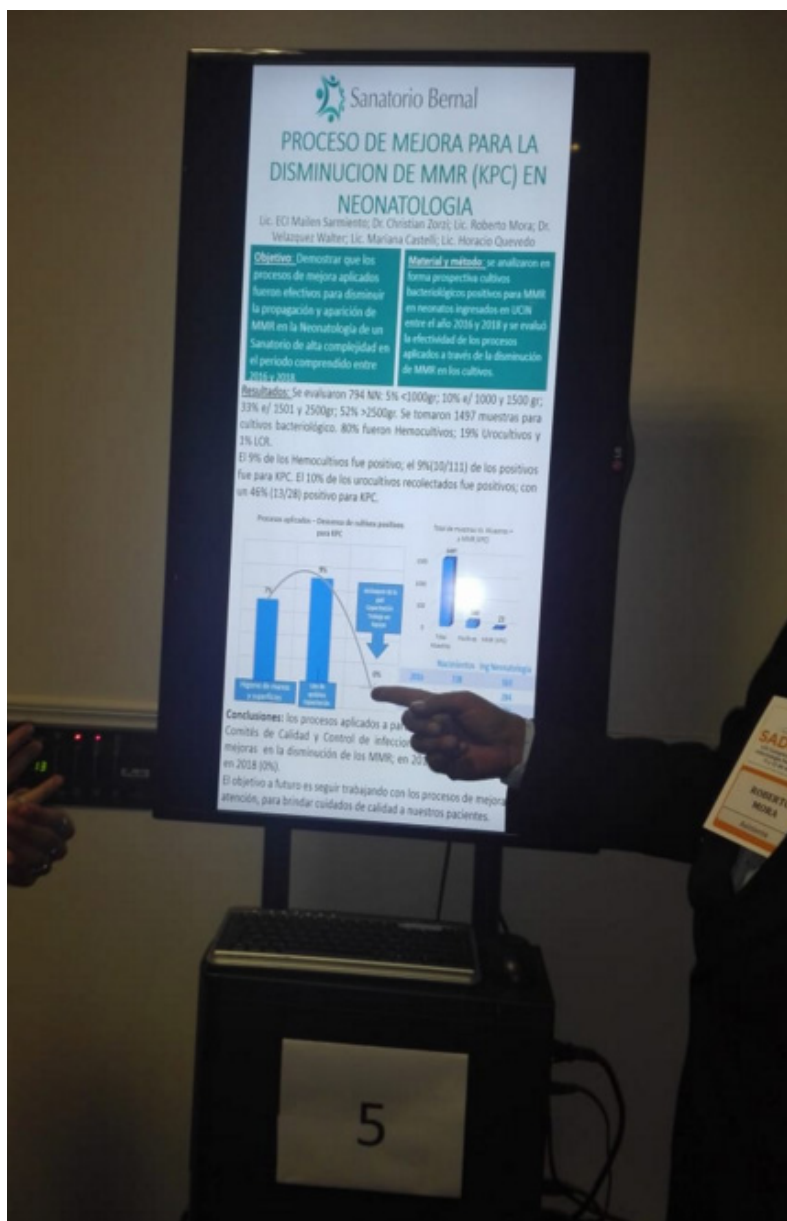
* Jefe Dpto. Enfermería del Sanatorio Bernal

En las tantas conversaciones durante los *breaks* pude verificar lo que de otro modo podría parecer una mera intuición: la certeza de que, desde muchos lugares, estamos trabajando por un objetivo común.

Otro punto importante que deseo compartir es que, contrariamente a lo que muchos creíamos, la concentración de este tipo de eventos en CABA no facilita la concurrencia. Los relatos de los colegas marcaban **la necesidad de federalizar los encuentros** y coincidían en señalar que resulta menos dificultoso para todos viajar cuando estos eventos se realizan en las provincias del interior del país. Por varios motivos: mejores conexiones en los vuelos, mejores rutas en general, hospedajes más baratos con un excelente nivel de atención. Congresos como el de Seguridad del Paciente en Chile, o el de SADI en Tucumán, también me permitieron observar que las distancias se reducen a su mínima expresión cuando contamos con el apoyo de las instituciones en las cuales desarrollamos nuestra tarea diaria.

Por todo esto es que confirmo la necesidad de federalizar más los encuentros.

Un fuerte abrazo a todos los colegas y un agradecimiento especial a las instituciones que nos ayudan a crecer.



El acompañamiento en Neonatología al final de la vida.

Lic Claudia Fabiana Carissimo*

Ni el sol ni la muerte pueden mirarse de frente.

F. de La Rochefoucauld

La muerte de un niño es una de las pérdidas más duras que puede atravesar una familia. Sin un adecuado acompañamiento, puede complicar o interferir en la vida futura de quienes han experimentado dicha pérdida.

Así como estos eventos son frecuentemente experimentados como algo traumático, abrupto, que altera el mundo existencial y espiritual de la familia, suele ocurrir también que los profesionales, frente a esta delicada interacción, se sientan un tanto incómodos al tratar con los familiares, debido básicamente a la falta de práctica.

Debemos recordar aquí que las áreas médicas, en general, se sienten más cómodas en los aspectos técnicos y experimentan cierta incomodidad en áreas como las necesidades espirituales y religiosas. No obstante, el adecuado manejo de

estas situaciones es también una técnica que se aprende.

De la mano de los nuevos cuidados holísticos y sus abordajes que centran los cuidados tanto en el paciente como en su familia, esta dificultad se ha ido modificando en forma muy efectiva.

Cada día se comprende mejor la importancia del acompañamiento psicológico y espiritual de la familia como parte de un cuidado integral en Neonatología.

* Psicóloga (MN 41.202)

LA ELABORACIÓN DEL DUELO

El duelo es un proceso normal, dinámico, individual, familiar y grupal que surge como respuesta a una pérdida. Posee además implicancias psicológicas, conductuales y físicas, combinadas con elementos cognitivos, emocionales y socioculturales. En tanto proceso, abarca diferentes momentos que son experimentados de diferente modo por cada persona; es decir, si bien presenta algunas características comunes, la intensidad y el tiempo de respuesta varía en cada individuo.

Se han identificado cinco etapas del proceso de duelo: enojo, evitación, negación, depresión y aceptación. Es importante que los profesionales de las unidades neonatales tengan conocimiento de ello y sepan que estas etapas no son consecutivas: pueden aparecer sin un orden establecido, e incluso superponerse.

Freud señala que la posibilidad de elaborar el duelo tiene su fundamento en el hecho de que la concentración de energía emocional que une al individuo con su ser querido es seguida por una gradual redirección de esa energía hacia otros objetos de amor. Es por ello que, si bien la primera impresión es suponer que los padres jamás van a superar este momento, diversos estudios señalan que si son bien acompañados por el equipo de salud, la familia y el entorno social, tendrán mejores chances de incorporar la experiencia de pérdida dentro de su propia narrativa.

El psiquiatra y psicoanalista John Bowlby (1980) explica cómo las personas se esfuerzan por mantenerse unidas a los seres y objetos amados cuando los han perdido. El autor identifica como fases previsibles luego de una pérdida: la urgencia por recuperar el objeto perdido, la desorganización psíquica, la desesperación, y finalmente una nueva reorganización.

Con anterioridad a ello, los trabajos de Kennell y colaboradores (1970) también verifican las profundas consecuencias que tiene para el duelo de los padres el no haber podido ver o tocar a sus hijos antes de su muerte, lo cual pone de manifiesto la necesidad de establecer una elaboración y honrar la historia del niño.

ACOMPañAR DESDE LA EMPATÍA.

La espiritualidad es comúnmente definida como el encuentro de significado a través de un modo de vida. De allí que las personas puedan ser profundamente espirituales sin ser religiosas.

El cuidado espiritual consiste en el acompañamiento y la presencia durante el proceso de establecer y comprender estos significados. En ese momento de crisis los padres pueden mostrarse desconfiados, irritables y demandantes. Son habituales los reproches del tipo "*¿Por qué me está pasando esto?*", "*¿Qué hicimos mal?*", "*¿Por qué Dios permite que mi hijo sufra?*".

La posibilidad de concebir un después de la vida puede ser muy reconfortante para algunos padres, especialmente para aquellos que vieron sufrir al bebé. Las personas con profundas creencias religiosas suelen resolver sus duelos más rápido que aquellos sin creencias, y suelen desarrollar duelos menos prolongados (aunque esto no es una regla fija: una madre refería "el duelo me consume como un animal voraz, camina hacia mí constantemente, y a veces literalmente me aplasta como un elefante").

La esperanza, por su parte, es un fenómeno humano complejo. Frente a una experiencia crítica de vida, es la creencia en una salida positiva. Es vivida como un poco de aire fresco en medio de eventos y circunstancias dolorosas. Por eso, aunque la esperanza es parte importante de la fe, no es sinónimo de ella. Suele definírsela además como la capacidad y motivación de obtener los logros deseados. Es, en este sentido, un concepto dinámico.

El nivel de "pensamiento esperanzador" varía de persona en persona. En función de lo dicho anteriormente, la adecuación entre las expectativas parentales y la situación clínica del bebé debe siempre enfatizar una esperanza arraigada en la realidad.

Para muchos padres la esperanza no es la convicción de que las cosas van a mejorar drásticamente, pero sí la certeza de que eso que está sucediendo tiene un sentido, aunque no mejore. Por lo tanto, podemos decir que la esperanza es una experiencia que podría describirse como la elaboración de sentido, o la elaboración de significados respecto de un suceso adverso.

Frente a casos de muerte inminente, los agentes de salud no deben ofrecer falsas expectativas sino ayudar a la construcción de nuevos significados (por ejemplo: resignificando la vida del niño, por medio de fotos o recuerdos, que remarquen cuánto esos padres han amado y acompañado a su hijo). Mientras que algunas familias ganarán esperanza sabiendo que su hijo no sufrirá más, otras podrían tener la creencia de una reunión a futuro en el más allá. Todas estas variables deben estar basadas en el respeto por la diversidad cultural, las creencias religiosas y espirituales de la familia, y ser tenidas muy en cuenta por el equipo asistente.

Por su cercanía diaria, el personal de Enfermería tiene una posición privilegiada respecto de las familias. Es aquí donde la escucha activa, empática, juega un papel importante mediante la formulación de preguntas abiertas que ayuden a los padres a hablar del dolor emocional experimentado, permitiendo liberar parte del estrés (por ejemplo: "Sé lo duro que debe ser esto para ustedes, ¿cómo lo están manejando?"; etc).

En casos críticos no deben disimularse las situaciones, sino gestionar un reencuadre que permita a la familia comprenderlas y asimilarlas. Esto puede requerir tiempos variables según la estructura parental.

Si bien deben remarcarse siempre los mínimos logros que el niño ha realizado, las malas noticias también deben ser aclaradas de manera honesta, clara y compasiva, sin perder de vista que los padres pueden experimentar sentimientos de enojo y negación a causa del tremendo sufrimiento que les provoca la información que deben procesar.

Es sumamente importante asegurarse de que la familia tenga un adecuado entendimiento de la situación clínica día a día, con pronósticos a corto y largo plazo.

A MODO DE CONCLUSIÓN.

Aun cuando los padres no están activamente involucrados en la toma de decisiones médicas, generalmente desean consensuar con el equipo los planes futuros. Muchos no pueden ver a sus hijos morir, pero otros desean estar presentes en ese momento, y de ser posible despedirlo en sus brazos, opción que considero habilitadora del inicio del duelo efectivo.

Distintas investigaciones destacan que la confianza en el equipo de salud es fundamental para comprender y aceptar las dificultades por las que atraviesa su niño, especialmente en los momentos de decisiones finales.

Es por ello que enfermeras y enfermeros juegan un rol crucial como facilitadores, a través del apoyo emocional: quienes han cuidado a su niño por este tiempo son los traductores de la información médica y quienes posibilitan el contacto cercano e íntimo que requiere despedirse de un hijo.

BIBLIOGRAFÍA

- Bowlby, John ([1980] 2007) *La pérdida afectiva*. Ed. Paidós.
- Freud, Sigmund ([1912] 2013) *Totem y tabú*. En: *Obras completas*, Tomo XIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Sánchez, Pilar (2013) "El profesional de Enfermería en las etapas del duelo." Elsevier. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/el-profesional-de-enfermeria-en-las-etapas-del-duelo>
- Schwalb, Valeria (2012) *Todos somos resilientes*. Ed. Paidós.
- Kennell, J. H., Slyter, H., & Klaus, M. H. (1970). "The mourning response of parents to the death of a newborn infant." *The New England Journal of Medicine*, 283(7), 344-349. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM197008132830706>



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 Lineas 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