



PÁG **15**

**Cultura justa:
el equilibrio entre lo no
punitivo y lo disciplinario**

**Resistencia
antimicrobiana:
un problema para la
salud pública**

PÁG **31**

**Una mirada antropológica
sobre la atención de
Enfermería a pacientes
oncológicos de
diagnóstico reciente**

PÁG **23**

Baño Fácil

SOAP'N EASY®

Paño jabonoso para la higiene personal

Mejore su calidad de vida

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



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



Utilizados en las principales clínicas y sanatorios del país

Distribución directa en Capital y GBA. Distribuidores en el interior

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



Sumario

- 5 | EDITORIAL
- 7 | INFORME 1
Humidificación activa en incubadora de recién nacidos prematuros
Esp. Guillermina Chattás
- 15 | INFORME 2
Cultura justa: el equilibrio entre lo no punitivo y lo disciplinario
Dr. Fabián Vítolo
- 23 | INFORME 3
Una mirada antropológica sobre la atención de Enfermería a pacientes oncológicos de diagnóstico reciente
Mg. Constanza Celano/Mg. Silvina Estrada de Ellis/Mg. Ma Victoria Brunelli/
Francisco M Diez Fisher
- 31 | INFORME 4
Resistencia antimicrobiana: un problema para la salud pública
Lic. Analía Aquino
- 39 | FICHA 56
Prevención de lesiones por presión (LPP)
Lic. Cintia Zurita
- 43 | RINCÓN LITERARIO
Carta para enfermeras
Selene Amador
- 47 | INFORME 5
La importancia de los centros de lactancia materna (CLM) y los bancos de leche humana (BLH)
Vanesa Valls

STAFF

DIRECCIÓN

Prof. Lic. Miriam Cañete

JEFA DE REDACCIÓN

Lic. María del Valle Correa Rojas

COMITÉ EDITORIAL

Lic. Mercedes Sosa

COORDINACIÓN EDITORIAL

Alejandra Fuente

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Prof. Magdalena Villaverde

EDICIÓN

Susana Prieto

Adecra

Montevideo 451 - Piso 10º (C1059ABl)

C.A.B.A. Argentina

Tel: (011) 4374-2526 Fax: 4375-2070

www.adecra.org.ar

www.enfermeria.adecra.org.ar

e-mail: revistavea@adecra.org.ar

Esta publicación es propiedad de:

Asociación de Clínicas, Sanatorios y 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)

CONSULTORES ESPECIALISTAS

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

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

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

Editorial

La realidad del sector salud en nuestro país es preocupante. Así lo demuestran diversos indicadores: las carencias van desde la cobertura inequitativa y deficiente a nivel nacional, hasta la falta de recursos humanos, en especial del personal de Enfermería.

En este último aspecto, Argentina presenta los índices más bajos de la región: según datos de la OPS, la dotación es de 4,3 enfermeras cada 10.000 personas; en otros países del Cono Sur la proporción es de 5,1 (Bolivia), 7,1 (Brasil), 14,6 (Paraguay), 18,9 (Uruguay) y 22 (Chile). Estos datos contrastan fuertemente con los mejores índices de países entre los que figuran Finlandia (150), Estados Unidos (111,4) y Canadá (106,4), seguidos por Cuba (80) y España (40). Por debajo de Argentina solo hay tres países: Honduras y República Dominicana con 3,8 enfermeros cada 10.000 habitantes cada uno y Haití, con 3,5.

El último relevamiento nacional (realizado en octubre de 2018) indica un total cercano a los 180000 enfermeros, compuesto por un 48% de auxiliares, 40% de técnicos y 11% de licenciados.

Otro aspecto crítico tiene que ver con las condiciones laborales (la carga de trabajo, el pluriempleo, las limitadas oportunidades de capacitación y la diversidad en relación a los niveles de formación) que repercuten en forma directa sobre la calidad de atención brindada, la satisfacción de las personas atendidas y la realización profesional de los propios enfermeros.

Enfermería tiene a su cargo más del 80% de las tareas de asistencia en salud. Lograr una calidad de atención, definir estándares, gerenciar organizaciones sanitarias sin contar con una dotación apropiada de profesionales, y con una formación idónea, se convierte en una meta inalcanzable.

Frente a estas carencias fundamentales, generar una conciencia colectiva de la necesidad urgente de abordar esta problemática es una tarea titánica y requiere el compromiso urgente de las autoridades gubernamentales, de los funcionarios, y de quienes tienen la facultad de implementar medidas y soluciones inmediatas, la voluntad y el compromiso real de dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

Prof. Lic. Miriam Cañete
Directora



Diplomatura para Jefes de Departamento de Enfermería

Directora: Prof. Lic. Isabel Vera
Doctora en Enfermería

Declaratoria de Interés en trámite (87783/18) Facultad de Medicina

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

Modalidad: Presencial con talleres y dinámicas grupales.



Del 15 de marzo
al
13 de diciembre



Auditorio
Adecra+Cedim
Montevideo 451 10º



Viernes de
8 a 17 hs
(Cada 15 días)

*Se realizan descuentos
por más de una persona
por institución*



\$15.000 (o
10 cuotas de
\$1.500)
Matrícula: \$1.500



Efectivo
Tarjeta de crédito VISA
Transferencia
Cheque

Presentar: Fotocopias de título, DNI y matrícula.

- CUPOS LIMITADOS -

INFORMES E INSCRIPCIÓN

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

<http://bit.ly/diplomaturaenfermeria>

Humidificación activa en incubadora de recién nacidos prematuros

Esp. Guillermina Chattás*

Este artículo intenta revisar la bibliografía sobre la humidificación activa en incubadora y los cuidados de enfermería principales para el RNPT y su familia, buscando mejorar la práctica clínica de acuerdo a las posibilidades de cada servicio.

Resumen: Este artículo presenta un panorama general de los aspectos a considerar para el tratamiento mediante humidificación activa en incubadora y los principales cuidados de Enfermería destinados a mejorar la calidad de atención del RNPT y su familia.

Palabras clave: neonatología, recién nacido prematuro, humidificación activa.

Abstract: *This article presents an overview of the aspects to be considered for the treatment through the active humidification in the incubator and the main nursing care to improve the quality of the care of the preterm infant and his family.*

Keywords: *neonatology, premature infant, active humidification.*

* Subdirectora Carrera de Especialización en Enfermería Neonatal, Universidad Austral.
Editor responsable Revista Enfermería Neonatal, Fundación para la Salud Materno Infantil (FUNDASAMIN)

INTRODUCCIÓN

La humidificación activa en incubadora de recién nacidos prematuros (RNPT) es una práctica todavía reciente en Argentina, establecida en los últimos quince años en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). La implementación del cuidado es diversa respecto a su inicio, duración, prácticas establecidas durante el tratamiento, discontinuidad y complicaciones asociadas.

Las primeras publicaciones respecto a la influencia de las condiciones atmosféricas en el crecimiento de los RNPT datan del año 1933¹. Dos décadas después, en 1957, Silverman y Blanc² informan que los pacientes que habían sido cuidados con humedad en las incubadoras a 80% tenían una tasa de sobrevida más alta que aquellos neonatos pretérmino que habían permanecido con humedad del 60%. Especularon que estos resultados estaban relacionados con intervenciones para la prevención de la hipotermia y la mejora del mantenimiento de la temperatura corporal del recién nacido.

Desde ese momento hasta la actualidad son muchas las mejoras desarrolladas tanto en la tecnología de las incubadoras como en las prácticas de cuidado de los recién nacidos con humidificación activa en incubadoras.

CONSIDERACIONES GENERALES

¿A qué población se aplica este cuidado?

En los distintos protocolos publicados no hay consenso en cuanto a la edad gestacional en que debe aplicarse. Algunos acuerdan que la aplicación de la humidificación activa trae beneficios en los RNPT menores a 27-30 semanas de gestación. Los recién nacidos pretérmino menores a treinta semanas de gestación presentan un estrato córneo inmaduro, lo cual aumenta el riesgo de contraer infecciones y dificulta mantener su estado hidroelectrolítico y la temperatura corporal.

¹ Blackfan KD, Yaglou CP (1933) The premature infant: A study of the effects of atmospheric conditions on growth and on development. American Journal of Diseases in Children, 46(5):1175-1236.

² Silverman WA, and Blanc WA (1957) The effect of humidity on survival of newly born premature infants. Pediatrics, 20(3), pp. 477-487.

¿Cuál es el objetivo de implementar la humidificación activa en RNPT?

La pérdida de agua transepidérmica es un proceso pasivo continuo. El agua difunde a través de la piel a un gradiente de presión de agua más alta en los tejidos, para disminuir la presión del agua en el aire circundante. Como la piel inmadura ofrece poca resistencia a la difusión y no puede limitar la pérdida de agua corporal, las pérdidas transepidérmicas son altas. Luego disminuyen, con la edad posnatal y gestacional, a medida que la piel madura con la exposición al aire.

La tasa de pérdida transepidérmica de agua es una medida objetiva de la integridad del estrato córneo. Se refiere a la pérdida de agua a través de la piel, que en un RNPT expuesto a un medio sin humidificación activa puede llegar a ser de 150 ml/kg/día. Los prematuros sometidos a una humedad relativa del 50% pueden perder hasta el 13% de su peso corporal en el primer día, afectando el ritmo diurético, el balance de los electrolitos, los requerimientos hídricos y de calorías, así también como el requerimiento térmico de la incubadora.

La madurez de la función de barrera se manifiesta indirectamente a través del control de las pérdidas transepidérmicas y la acidificación del pH de la piel. La permeabilidad epidérmica es mayor cuanto menor es la edad gestacional.

La maduración del estrato córneo se produce entre los siete y los diez días de edad posnatal; esto implica que las pérdidas transepidérmicas son mayores en la primera semana de vida.

Valorar las pérdidas transepidérmicas tiene impacto tanto sobre el cuidado de la piel como también en la estabilidad hidroelectrolítica, la regulación de la temperatura y el mantenimiento del peso corporal.

¿Cuál es la diferencia entre administrar humidificación pasiva y humidificación activa en incubadoras a recién nacidos pretérmino?

La humidificación pasiva fue una forma casera de administrar humedad en incubadoras cuando no se disponía de tecnología con humidificación activa de lazo cerrado. Consistía en un habitáculo realizado con doble plástico, que recibía un flujo de aire comprimido constante a través de una man-

guera, conectado a un humidificador-calentador. Generaban humedad por el pasaje de flujo de aire por calentamiento del agua, no daban tasas de humedad altas y constantes y producían aerosoles en suspensión. No hay literatura que avale su uso. En caso de no disponer de humidificación activa, se debe utilizar con precaución y cambiar el sistema, según las normas del Comité de Control de infecciones de la institución, considerando la epidemiología del servicio. En el caso de no haber normativa de uso, es importante generarla para concientizar sobre la asociación de la humidificación pasiva e infecciones asociadas al cuidado de la salud.

La humidificación activa consiste en administrar humedad con sistemas servocontrolados. Un calefactor calienta el agua del depósito de la incubadora hasta la ebullición, produciendo vapor. Este vapor aumenta el nivel de humedad en el interior de la cámara climática de la incubadora.

El funcionamiento de una incubadora con humidificación activa puede resumirse de la siguiente manera: el aire que ingresa a la incubadora es tomado del ambiente. Luego de pasar por el filtro, el flujo de gases es calentado hasta lograr una temperatura estable y homogénea en la cámara

climática de la incubadora. Según el modo de uso, modo aire o modo servocontrol, cuando baja la temperatura del recién nacido o del ambiente, el motor de la incubadora compensará la pérdida de calor.

La humedad dentro de la incubadora es generada por un sistema de humidificación separada del flujo de aire antes mencionado. Una vez que una enfermera/o selecciona el porcentaje de humedad que debe recibir el recién nacido, comenzará a generarse vapor de agua en el reservorio de agua destinado para tal fin. El vapor de agua es guiado luego a través de un conector hacia el habitáculo de la incubadora logrando así humidificar el aire en forma independiente al calentamiento del aire.

Quizás la diferencia más grande que existe entre los sistemas de humidificación casero es que en este caso, para generar vapor de agua, el reservorio calienta el agua a 100° C, disminuyendo así la posibilidad de crecimiento microbiano. Este quizá sea uno de los puntos más importantes para preferir el uso de sistemas de humidificación servocontrolados en incubadoras que activen calor y evaporación de agua en forma separada a la circulación de calor, en lugar de humidificación pasiva a través de bandejas con agua.

Cuadro 1: Comparación entre métodos de humidificación activa y pasiva en incubadora.

Métodos de humidificación	Pasiva	Activa
Humedad constante	No es posible	Es posible por el sistema de lazo cerrado servocontrolado
Altas tasas de humedad relativa	No es posible	Se puede generar humedad hasta 100%
Generación de humedad	Generan humedad por calentamiento del agua	Generan humedad por ebullición del agua
Riesgo de infección	Si	No
Tiempo de permanencia	Evaluar costo beneficio con el riesgo de infección	Evaluar curva de peso, estado de la piel y electrolitos

Fuente: Chattás G (2010) "Microclima para los más pequeños humidificación sin riesgo". Revista de Enfermería Neonatal.

¿Cuál es el tiempo de inicio para el tratamiento con humedad?

Cuanto más precoz es la introducción del RNPT a un ambiente con humedad, menor es la pérdida transepidérmica y el riesgo de presentar hipotermia durante el primer día de vida.

La incubadora de transporte que se utilizará desde la sala de partos debe tener humedad; si no cuenta con ella, se debe aplicar a la brevedad, cuando ingresa en UCIN. Hasta tanto no se coloque en humedad, el RNPT permanecerá en la bolsa plástica donde fue introducido al momento del nacimiento, sin aplicar secado, con gorro plástico y de tela.

¿Con que porcentaje de humedad comenzar?

Hay acuerdo en los protocolos más recientes de comenzar con porcentajes de humedad altos, entre 80 y 90%.

¿Durante cuánto tiempo debe permanecer en humedad?

Por uso y costumbre, en Argentina y en otros países de Latinoamérica, la humidificación activa se utiliza en la primera semana de vida de los RNPT y se retira entre el séptimo y décimo día postnatal. **Cada servicio debe establecer su propio protocolo por escrito.**

Aunque no hay consenso generalizado, las recomendaciones sobre niveles de humedad de la Association of Women`s Health, Obstetric and Neonatal Nurses establece que se administre alta humidificación (entre 70 y 90%) durante los primeros siete días teniendo en cuenta la edad gestacional del recién nacido (23-26 semanas, 85%, 27-30 semanas, 70-75%) y luego de la primera semana disminuir gradualmente hasta 50% hasta los 28 días de vida o al momento de retirarla. Los recién nacidos prematuros mayores de 30 semanas no requieren humedad en la incubadora.

Cuadro 2: Duración y porcentaje de humedad activa, según la edad gestacional del RNPT (a)

Edad gestacional	Porcentaje de humedad	Días de tratamiento
23-26 semanas	85%	Primeros 7 días
27-30 semanas	70-75%	Primeros 7 días
Luego de la primera semana	Disminución gradual hasta el 50%	Hasta los 28 días de vida

Protocolos más recientes sugieren otros parámetros resumidos en el cuadro 3

Cuadro 3: Duración y porcentaje de humedad activa, según la edad gestacional del RNPT (b)

Edad gestacional	Porcentaje de humedad	Cuando discontinuar
28-31 semanas	85% de humedad, disminuir gradualmente hasta el 7º día	Es posible por el sistema de lazo cerrado servocontrolado
Menores a 28 semanas	85% de humedad, disminuir gradualmente hasta el 7º día	Se puede generar humedad hasta 100%

¿Cómo hacer el descenso del porcentaje de humedad?

La mayoría de los protocolos recomienda hacer el descenso en forma progresiva de acuerdo a la edad gestacional y días de vida.

¿Se deben utilizar guantes estériles en el manejo del recién nacido prematuro?

Durante el tiempo que el RNPT se encuentra con humidificación activa, por uso y costumbre se interviene con guantes estériles ante cualquier procedimiento, invasivo o no invasivo. Las intervenciones no invasivas como el control de signos vitales, cambio de pañal, modificación de la postura, entre otros cuidados de Enfermería, se realizan con guantes estériles.

Está bien documentado que su uso en las intervenciones invasivas disminuye las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS). Por su parte, el uso de guantes no estériles luego del lavado de manos y previo al contacto con catéteres endovenosos en RN con peso menor a 1000 gramos o menos de 29 semanas que aún no tienen estrato córneo maduro, parece disminuir la sepsis temprana y la infección asociada a catéteres percutáneos. No está estudiada la relación entre la higiene de manos y el uso de guantes estériles en menores de 30 semanas con humidificación activa y la incidencia de sepsis tardía.

Principales cuidados de enfermería antes, durante y después del tratamiento

Control inicial del sistema de humidificación

- Seleccionar el porcentaje de humedad relativa que desea tener dentro del habitáculo de la incubadora, establecido de acuerdo a los días de vida y edad gestacional.
- Conectar al sistema de humidificación un frasco o bolsa de agua estéril lo más grande posible (2000 ml) para evitar el recambio periódico del mismo. La conexión con otras soluciones (solución fisiológica o dextrosa) no sirve para brindar humidificación y además produce desperfectos graves en el funcionamiento de la humidificación en las incubadoras.
- Controlar la disponibilidad de agua en la bolsa. La incubadora posee un sistema de autollenado y una alarma de aviso para la falta de líquido para generar humedad.

Control inicial del RNPT

- Colocar al RNPT en la incubadora con humedad tan pronto como sea posible, después de la admisión a la UCIN. Retirar la bolsa plástica cuando el RN se encuentra ya dentro de la incubadora con la humedad aumentada. Es de buena práctica evitar demoras a menos que sea absolutamente necesario (situación de emergencia). Evitar el uso de servocunas ya que aumentan las pérdidas transepidérmicas.
- El RN debe estar sin ropa, con pañal pequeño, sin sábana plástica que lo cubra. Las sábanas plásticas deben ser utilizadas solamente para cubrir al RN cuando se abren los portillos de la incubadora para su atención. En nuestro medio hallamos algunas prácticas relacionadas al manejo estéril del recién nacido prematuro expuesto a humidificación, mediante el uso de guantes y ropa estériles, pero es solo una recomendación de expertos de nuestro país y no hemos encontrado evidencia científica que lo sustente.
- Controlar la temperatura axilar y del ambiente de la incubadora para detectar aumento de los requerimientos térmicos. Monitorear con frecuencia la temperatura del neonato (al menos cada hora hasta que se estabilice y luego cada cuatro horas), especialmente después del inicio del tratamiento con humedad.

Control del sistema de humidificación durante el tiempo de tratamiento

- Tener disponible una sábana plástica dentro de la incubadora para cubrir al recién nacido cada vez que se abran los portillos de la incubadora para evitar pérdidas insensibles durante los procedimientos.
- Controlar que la condensación de agua no moje al recién nacido. Si la incubadora comienza a condensar es importante controlar la temperatura ambiental de la UCIN. A mayor diferencia de temperatura entre el habitáculo de la incubadora y el ambiente, mayor condensación.
- Controlar en la pantalla de la incubadora las tendencias de la humedad en las últimas horas.
- Abrir las puertas de la incubadora la menor cantidad de veces posible y durante el menor tiempo posible para mantener la humedad y la temperatura estables.

Control del RNPT durante el tiempo de tratamiento

- Utilizar el servocontrol para el monitoreo de la temperatura cuando el RN está en humedad ambiental, si es que las características de la piel lo permiten.
- Fijar el sensor con protección de hidrocoloide alrededor del sensor de la incubadora, si las condiciones de la piel lo permiten.
- Rotar el sensor de la incubadora en forma periódica utilizando hidrocoloide para la protección de la piel.
- Valorar el estado de la piel, fundamentalmente integridad, eritema y lesiones.
- Realizar control de peso si el estado clínico del paciente lo permite, o utilizando la balanza que algunas incubadoras traen incorporadas.
- Realizar las extracciones de sangre y recolección de muestras de orina para evaluar nivel de sodio y potasio.
- Realizar el balance estricto de ingresos y egresos.
- No hay acuerdos en la bibliografía respecto al tiempo de permanencia, forma de descenso de la humedad relativa y edad gestacional postnatal para retirarla, pero debe ser gradual evaluando la tolerancia del RNPT.
- Registrar los cuidados realizados al recién nacido, consignando el porcentaje de humedad, los días que ha permanecido con humedad en la incubadora y los beneficios que le ha aportado. Las características de la piel, la estabilidad hidroelectrolítica, la estabilidad de la temperatura corporal y el mantenimiento del peso corporal son parámetros clínicos a tener en cuenta a la hora de disminuir el porcentaje de humedad o suspender el tratamiento.

Control del sistema de humidificación posterior a su uso en el tratamiento

- Esterilizar el conector de unión entre el reservorio de agua y la cámara climática una vez finalizado su uso.
- Cuando la humedad se retira, realizar el cambio de incubadora o retirar la bandeja de agua para prevenir la proliferación microbiana.
- Controlar que el depósito de agua de la incubadora se encuentre lleno (cada 4-6 horas, si no posee sistema de autollenado) y completar cuando sea necesario. Utilizar solamente agua estéril para evitar la colonización por bacterias.
- Si la incubadora tiene llenado automático, controlar que haya agua destilada en el sachet, utilizando los contenedores de volumen más grandes disponibles para evitar el cambio frecuente y la apertura del sistema cerrado.
- Cambiar las sábanas de tela de la incubadora si se humedecen.
- Evitar el exceso de suspensión por lluvia limpiando el interior de la incubadora o bajo lámina de plástico transparente con un paño seco, ya que la suspensión por lluvia obstaculiza la visibilidad y la capacidad de evaluar al RN.

- Cambiar la incubadora cada siete días por una incubadora limpia. En lugar de utilizar electrodos durante los primeros días, considerar el monitoreo de los signos vitales a través de un oxímetro de pulso.
- Mantener las puertas de la incubadora cerradas, tanto como sea posible.
- Garantizar una mínima manipulación, la agrupación de todos los cuidados y procedimientos si el RN lo tolera.
- Registrar el porcentaje establecido y el nivel de humedad real en la tabla de observaciones.
- Garantizar la supervisión periódica de los electrolitos (una vez al día), en particular los niveles de sodio en sangre, en especial durante el destete del nivel de humedad.
- Vigilar la aparición de signos de sepsis o de hipotermia, e informar de inmediato al personal médico.
- Documentar el equilibrio de líquidos y la evaluación precisa del estado de hidratación que incluya el ritmo diurético.
- Después de su uso, asegurarse de que la cámara de la humedad se encuentre limpia. Algunos modelos de incubadora cuentan con un dispositivo que permite vaciar el resto del agua.

CONSIDERACIONES FINALES

La implementación de nuevas tecnologías para el cuidado del RNPT siempre es un desafío para el equipo interdisciplinario de salud. Por un lado, tomando como base la discusión previa y el consenso de todos los involucrados, la elaboración de guías de práctica clínica permitirá la aceptación e incorporación del uso de la humidificación activa para mejorar el cuidado de este tipo de pacientes.

Por otro lado, un aspecto igualmente importante a considerar es el sostenimiento del vínculo afectivo entre el recién nacido y sus padres desde los primeros momentos.

Las estrategias neuroprotectoras son intervenciones utilizadas para apoyar al cerebro en desarrollo o para recuperar al cerebro después de una lesión, de manera que disminuye la muerte celular neuronal y permite sanar a través del desarrollo de nuevas conexiones y caminos para la funcionalidad. **Los padres son los cuidadores más importantes en la vida de un RNPT y cumplen un rol fundamental en la neuroprotección. La humidificación activa no debe ser un impedimento para favorecer el vínculo entre ellos.** Si bien el uso de guantes para el contacto es una práctica de uso y costumbre, se recomienda facilitar el **contacto piel a piel temprano, frecuente y prolongado** cuando el RN se encuentra a 50% de humedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Agren J, et al. Ambient humidity influences the rate of skin barrier maturation in extremely preterm infants. *J Pediatr* 2006; 148(5):613-7. 9. Fanaroff A, Martin R. Neonata
- Agren J, Sjors G, Sedin G. Transepidermal water loss in infants born at 24 and 25 weeks of gestation. *Acta Paediatr*. 1998; 87:1185–90.
- Agren J, Sjors G, Sedin G. Ambient humidity influences the rate of skin barrier maturation in extremely preterm infants. *J Pediatr*. 2006 May; 148(5):613-7.
- Agren J, Sjors G. Sedin G. Ambient humidity influences the rate of skin barrier maturation in extremely preterm infants. *Journal of Pediatrics* 2006; 148; 613-17.
- Chiou YB, Blume-Peytavi U. Stratum corneum maturation. A review of neonatal skin function. *PharmacolPhysiol* 2004; 17: 57–66.
- Ludriksone L, Garcia Bartels N, Kanti V, Blume-Peytavi U, Kottner J. Skin barrier function in infancy: a systematic review. *Arch Dermatol Res*. 2014 Sep; 306(7):591-9.
- Turnbull V, Petty J. Evidence-based thermal care of low birthweight neonates. Part I. *Nurs Child Young People*. 2013 Mar; 25(2):18-22.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Neonatal skin care, 43-44 Second edition, 2007.
- Deguines C, Decima P, Pelletier A, Degrugilliers L, Ghyselen L, Tourneux P. Variations in incubator temperature and humidity management: a survey of current practice. *Acta Paediatr Scand*. 2012; 101:230–235.
- Morrin E, Tiernan E, Mc Cormack J. Nursing guidelines on the care of infants with thermoregulation instability, 3rd edition, Our Lady's Children's Hospital, Crumlin, Dublin, 201
- Kaufman D, Blackman A, Conaway M, Sinkin R (2014) Nosterile glove use in addition to hand hygiene to prevent late-onset infection in preterm infants: randomized clinical trial *JAMA Pediatr*, 168(10): 909-16.
- Altimmer L, Phillips R (2016) The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care, *Newborn & Infant Nursing Reviews*, (16) 230–244.



CONGRESO DE SALUD ADECRA+CEDIM 2019

26 y 27 de junio

Sheraton Pilar

Panamericana Km. 49,5 – Pilar – Buenos Aires

26 DE JUNIO (en simultáneo)	VII Jornada de DIRECTORES MÉDICOS de la República Argentina
	V Jornada de RECURSOS HUMANOS EN SALUD de la República Argentina
27 DE JUNIO	III Jornada POLÍTICO EMPRESARIA DE SALUD de la República Argentina

INFORMES E INSCRIPCIÓN: 4374-2526 / congreso@adecra.org.ar

www.adecracedimcongresosalud.com

Cultura justa: el equilibrio entre lo no punitivo y lo disciplinario

Dr. Fabián Vítolo*

En un día de mucho trabajo en neonatología, donde también faltan algunas compañeras, una enfermera se confunde ante una maraña de guías y administra alimentación enteral por vía parenteral. El niño fallece. Se le inicia un sumario y se la despide. Pasado un tiempo, otra enfermera comete el mismo error en circunstancias similares pero, afortunadamente, la vía se tapa y el incidente no tiene consecuencias. Luego de una reprimenda relativamente liviana, se le permite continuar con sus tareas habituales. ¿Cuál es el mensaje que está enviando la institución? ¿Tiene lógica? ¿Es consistente? ¿Es justo?

INTRODUCCIÓN

El 12 octubre de 1997, el Dr. Lucian Leape, cirujano del Children's de Boston y Profesor de la Escuela de Salud Pública de Harvard, atrapó la atención de un Subcomité del Congreso de los Estados Unidos tras actualizarlos acerca del estado de los errores médicos en su país ¹. Los números eran impactantes: se estimaba que cerca de un millón de pacientes sufrían lesiones por año a causa de errores producidos durante su hospitalización y que, a raíz de esto, cerca de 120.000 pacientes morían por año en los Estados Unidos (luego el informe "Error

es Humano" del IOM estimaría estas cifras entre 44.000 y 98.000 personas)

Leape informó entonces que sólo del 2 al 3% de estos errores graves eran reportados a través de los sistemas de notificación de incidentes establecidos en las instituciones. Atribuyó este hecho a un ambiente de trabajo punitivo, en donde el personal del hospital (como así también la mayoría de la población), tendían a ver a los errores médicos como evidencias de negligencia. A consecuencia de ello, la mayoría de los hospitales no tomaban conciencia de los daños que ocasionaban a sus pacientes ni de la magnitud del problema y los profesionales de la salud sólo reportaban lo que no podían ocultar.

¹ Testimony. United States Congress. House Committee on Veterans' Affairs. Dr. Lucian L. Leape, MD, October 12, 1997

* Médico.

Gerente de Relaciones Institucionales y Servicios Médicos de NOBLE Compañía de Seguros.

En su presentación ante el Congreso, Leape sostuvo que la prevención de errores debía ser un objetivo estratégico central de las organizaciones de salud y que los hospitales deberían eliminar su visión punitiva ante el reporte de los mismos, haciendo que informar fuera “seguro” para los empleados.

Se debían establecer sistemas para identificar los errores, para analizarlos y para medir la efectividad de las medidas correctivas. La regulación debía ser una fuerza que favoreciera la reducción de errores en vez de su ocultamiento. Todos deberíamos ser capacitados acerca del rol central que juegan el diseño de sistemas y la responsabilidad corporativa en el manejo del error humano.

Finalizando su alocución, el Dr. Leape sostuvo que, si tuviera que elegir uno sólo, el mayor impedimento para avanzar en la prevención de errores era que “castigamos a la gente por equivocarse”. Y es básicamente esta afirmación la que discutiremos en este artículo: ¿cuál es el rol de la sanción disciplinaria en la seguridad de nuestros sistema de salud? La amenaza o la aplicación de una sanción punitiva, ¿ayudan o dificulta los esfuerzos por aumentar la seguridad del sistema? ¿Dónde debe trazarse el límite?

CULTURA JUSTA. DESARROLLO DEL CONCEPTO

La generación de una “cultura no punitiva”, que no culpabilice a los individuos sino al sistema cuando se cometen errores, es uno de los temas más controvertidos y complejos en el campo de la seguridad del paciente. Sin duda, este nuevo modelo mental ha sido el responsable de muchísimos progresos en los últimos años. Dicho esto, el mantra de la “no culpa” ha sido llevado por algunos hasta niveles absurdos. Por supuesto que sí se debe culpar y sancionar a aquellos individuos que cometen continuamente errores por violar normas o por actuar con absoluto desprecio por las posibles consecuencias de sus descuidos, a quienes ignoran permanentemente las buenas prácticas de seguridad o aquellos que se presentan a trabajar intoxicados...

¿Cómo reconciliar, entonces, la tensión entre la cultura no punitiva (en donde la culpa no es lo importante), con la necesidad de asumir responsabilidades y sancionar?

En su clásico libro “Managing the Risks of Organizational Accidents”, James Reason introduce el concepto de “Cultura Justa” (Just Culture) de la siguiente manera:

Una cultura “sin culpa” no es ni factible ni deseable. Una pequeña proporción de actos humanos inseguros son indignantes y ameritan sanciones, severas en algunos casos. Una amnistía general para todos los actos inseguros carecería de credibilidad a los ojos de la fuerza de trabajo. Peor aún, sería vista como contraria a la justicia natural. Lo que se necesita es una “cultura justa”, una atmósfera de confianza en donde se estimule y hasta se premie a aquellas personas que brindan información esencial referida a la seguridad, pero en la cual también todo el mundo tenga claro dónde se encuentra la línea entre las conductas aceptables e inaceptables”².

El modelo de una “cultura justa” aborda dos preguntas centrales:

- 1) ¿Cuál es el rol de la sanción punitiva en la seguridad de nuestro sistema de atención?
- 2) ¿La aplicación de una sanción punitiva beneficia o perjudica los esfuerzos que se realizan para aumentar la seguridad de los pacientes?

El modelo reconoce que los sistemas complejos (y el sistema de atención médica lo es) son esencialmente inseguros y que los humanos está destinados a cometer errores. Dada esa premisa, los errores humanos y los eventos adversos deberían ser considerados resultados a ser medidos y monitoreados con el objetivo de reducirlos para mejorar el sistema. Su ocultamiento sería más grave que su ocurrencia.

² Reason JT. Managing the Risks of Organizational Accidents. Aldershot, Hampshire, England. Ashgate Publishing Limited, 1997

VALORES Y PRIORIDADES DE LA ORGANIZACIÓN

Las organizaciones que operan dentro de una “Cultura Justa” tienen definidos sus valores principales y secundarios para garantizar que los trabajadores sepan cómo priorizar su trabajo. La seguridad de los pacientes debería ser siempre el valor principal, por encima de otros como la eficiencia y la productividad, que deberían ser considerados valores secundarios. El excesivo compromiso hacia estos y otros valores secundarios amenaza la seguridad y confunde a los trabajadores, especialmente si no se les da una dirección acerca de cuál deben privilegiar.

En general, debe quedar claro que la seguridad no debería ser sacrificada en aras de objetivos secundarios como la productividad. Sin embargo, el 26% del personal hospitalario que respondió a una encuesta de cultura de seguridad de AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) sostuvo que, cuando crece la presión y la demanda, sus jefes quieren que trabajen más rápido, aun cuando eso signifique tomar atajos. El 50% respondió que trabajan habitualmente en “modo de crisis”, tratando de hacer demasiadas cosas demasiado rápido, y el 36% reportó que en sus instituciones la seguridad era sacrificada en búsqueda de una mayor productividad ³.

La mejor manera de influir positivamente sobre las decisiones del personal en el día a día, lo que a su vez afecta la seguridad de los pacientes, es a través del ejemplo de los líderes de la organización (jefes, supervisores, etc.). La discusión abierta sobre temas de seguridad, y el ver a los jefes comportándose de una manera segura, estimula al personal a hacer lo mismo. Lamentablemente, muchos líderes son los primeros en saltar pasos de seguridad, demostrando poco compromiso con este valor central.

Muchas organizaciones de salud consideran actualmente que la seguridad de los pacientes es una prioridad que merece la mayor atención, sobre todo a partir de estudios que informan una tasa significativa de eventos adversos. Sin embargo, las prioridades pueden fácilmente cambiar en

el tiempo y cederle su lugar a otras dimensiones de la calidad, hasta el próximo error grave. La seguridad del paciente debería ser un valor central sostenido asociado con cualquier prioridad, no una que pueda ser reordenada en base a demandas que compiten.

TIPOS DE CONDUCTA

David Marx es un abogado e ingeniero que ha popularizado el concepto de “cultura justa” durante la última década, ayudando a establecer los límites entre tres tipos de conductas bien diferenciadas asociadas a los eventos adversos: el error humano, las conductas de riesgo y las conductas temerarias. Su principal argumento es que la disciplina debe atarse al tipo de conducta individual y a su potencial riesgo más que al resultado de dichas acciones ⁴.

1) ERROR HUMANO

Los errores humanos implican actos no intencionales e impredecibles que producen o podrían producir un resultado no deseado. No son una elección de conducta: no “elegimos” cometer errores. Son las famosas “fugas” o “lapsus”. Entre sus ejemplos podemos mencionar el olvido para implementar una indicación o un tratamiento, un error único de medicación (dosis, vía, paciente, tiempo), errores diagnósticos, error de lado, etc.

Como la mayoría de los errores humanos, sobrevienen de debilidades en el sistema. En un sistema de cultura justa los mismos deben ser manejados mediante cambios en los procesos, procedimientos, entrenamiento, diseño, supervisión, ambiente y condiciones de trabajo que minimicen la posibilidad de equivocarse. La sanción disciplinaria no se justificaría en estos casos ni sería productiva, ya que la persona no buscó la acción ni la consecuencia posterior. En una cultura justa, la única opción sería consolar al trabajador que cometió el error y rediseñar el sistema para evitar futuros accidentes.

³ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital Survey on Patient Safety Culture, 2012. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/>

⁴ Marx D. Patient Safety and the “Just Culture.” A Primer for Health Care Executives. April 17, 2001. Disponible en <http://www.safer.healthcare.ucla.edu/safer/archive/ahrq/FinalPrimerDoc.pdf>

Desafortunadamente, la encuesta mencionada de AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) reveló una realidad muy diferente en muchos hospitales de los Estados Unidos: la mitad de los encuestados respondieron que la revelación de errores se les volvió en contra; el 65% se manifestó preocupado porque estos errores quedaban registrados en sus legajos y el 54% sentía que se focalizaba más en el individuo que en el problema ⁵.

2) CONDUCTAS DE RIESGO

Las conductas de riesgo son diferentes a los errores humanos. Las investigaciones sobre la conducta humana demuestran que estamos programados para embarcarnos en hábitos inseguros, perdiendo la percepción del riesgo asociado a las conductas de todos los días, o pensando equivocadamente que el riesgo se justifica o es insignificante. Un ejemplo típico se da cuando en una ruta que parece desierta no cumplimos con la señal de “Pare”.

Nuestra decisión acerca de qué es importante se basa típicamente en el objetivo inmediato (ej: comenzar ya la cirugía), desatendiendo consecuencias tardías e inciertas. Con el tiempo, y como la mayoría de las veces las cosas salen bien, la percepción del riesgo se disipa y los trabajadores tratan de hacer más con menos, toman atajos, violan normas y se van alejando casi inconscientemente de conductas que saben que son seguras. Estas conductas de riesgo, a menudo la norma en trabajos de grupo, son consideradas como “la forma en la que hacemos las cosas acá”. En una cultura justa, la solución no estaría en castigar a quienes incurrir en estas conductas sino en remover los incentivos para quienes las adoptan (ej: presiones de producción), creando incentivos para conductas seguras y aumentando la conciencia de situación. La mejor respuesta es el entrenamiento en seguridad.

⁵ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital Survey on Patient Safety Culture, 2012. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/>

Entre los ejemplos de conductas de riesgo podemos mencionar la no utilización a conciencia de listados de verificación en quirófano (ej. iniciar una cirugía sin que estén los estudios o la prótesis a implantar), la documentación antedatada, el colocar vías centrales sin todas las medidas establecidas en los protocolos, etiquetar los tubos de sangre antes de las extracciones, etc.).

3) CONDUCTAS TEMERARIAS

A diferencia de lo que ocurre con las conductas de riesgo, quienes se embarcan en conductas temerarias son conscientes del riesgo que están tomando y entienden que es alto. Saben que otros profesionales prudentes no harían lo que están haciendo (no es la forma de trabajar de la mayoría). Hay en estos casos un absoluto desprecio consciente de riesgos serios e injustificables. En una cultura justa, estas negligencias severas son altamente reprochables. Como tal, deben ser manejadas a través de sanciones disciplinarias severas de acuerdo con la política de recursos humanos de la organización. Ejemplos de estas conductas: abandono de guardia, silenciar alarmas, trabajar bajo efectos de alcohol o drogas, no intervenir ante el pedido de ayuda de un paciente porque no es una cama asignada, cometer un error serio de medicación y al advertirlo no decirle a nadie, aun cuando el paciente se deteriora y nadie sabe por qué.

TOMA DE DECISIONES DISCIPLINARIAS. ESTRATEGIAS

Para David Marx existen tres tipos de políticas disciplinarias: aquellas que se basan predominantemente en el resultado, las que consideran la adherencia a los procedimientos y las que consideran el riesgo asumido.

1. TOMA DE DECISIONES DISCIPLINARIAS BASADAS EN EL RESULTADO

Aunque a algunos pueda resultarle extraño, muchas de las decisiones disciplinarias giran en tor-

no al resultado final de la acción u omisión. Si una enfermera comete un error que no causó daño, consideramos que la enfermera tuvo suerte. Sin embargo, si otra enfermera comete el mismo error y el paciente termina dañado, consideramos el hecho reprochable y se la sanciona. Las ciencias sociales llaman a este fenómeno “sesgo de severidad”: cuanto más grave es el resultado, mayor es la sanción que se aplica.

Hasta hace algunos años, en un hospital en Texas (EE.UU) cualquier enfermera que cometía un error de medicación era juzgada en base a una escala de puntos basada en las circunstancias del evento. Esta escala consideraba el tipo de error, el método, la clase de droga y el resultado final. El puntaje de errores iba de 1 punto (error en la hora de administración) a 5 puntos (medicación incorrecta). La vía de administración iba de 2 puntos (medicación tópica) a 6 puntos (medicación intratecal). El tipo de droga sumaba de 1 punto (antiácidos) a 6 puntos (sangre o hemocomponentes). De acuerdo a la política disciplinaria de la institución, las enfermeras que acumulaban entre 1 a 18 puntos eran sometidas a programas de entrenamiento en el trabajo, las que sumaban entre 19 a 36 se les hacía una nota escrita, entre 37 y 54 se las suspendía y se les hacía comparecer ante un comité de revisión y las que superaban los 55 puntos eran despedidas por negligencia grosera. Consideremos ahora los puntajes asociados con el resultado del error de medicación: 5 puntos si no hubo daño, 15 por daños leves, 25 por daños graves y 70 puntos por muerte.

Según D. Marx, un esquema disciplinario en donde el resultado juega un rol tan dominante es cuestionable. Teóricamente, una enfermera intoxicada cuyo error no causó daño estaría en un rango de puntaje de entre 10 y 20 puntos, mientras que una enfermera bien intencionada que mató a su paciente estaría entre los 80 y 90. En este sistema, es el resultado el que determina la sanción disciplinaria. Ahora bien, si el fin de la sanción es la seguridad del sistema, ¿cómo se sostiene este objetivo si se permite que la enfer-

mera intoxicada, pero con suerte, permanezca en el sistema y la enfermera bien intencionada que cometió un error fatal sea despedida? Éste es en definitiva un sistema disciplinario muy imperfecto, basado en la noción de que podemos ejercer un control total sobre los resultados.

En el manejo del error humano, sólo podemos controlar la intención de nuestras conductas para reducir la probabilidad de cometer un error, pero no podemos controlar verdaderamente ni cuándo ni dónde golpeará el error.

En los sistemas disciplinarios basados en el resultado final, se asume que cuando algo salió realmente muy mal (ej: muerte de un paciente), es porque alguien cometió un error muy grave en su labor o que hay una grieta significativa en el sistema de seguridad. Sin embargo, la ley de Newton (a toda acción le sucede siempre una reacción igual y contraria) no aplica en la causalidad de eventos adversos en sistemas complejos, como lo es el sistema de salud. En estos sistemas, pueden ocurrir eventos catastróficos luego de fallas relativamente menores.

Si bien, como veremos más adelante, el sistema legal no juzga intenciones sino resultados y debe focalizarse necesariamente en la compensación de las víctimas, lo que los directivos de las instituciones deberían preguntarse es si la sanción será efectiva para evitar futuros daños. El castigo frena a quienes conscientemente eligen despreciar el riesgo o dañar a otros, pero tendrá un impacto mínimo en aquellos individuos que cometieron un error involuntario.

2. TOMA DE DECISIONES DISCIPLINARIAS BASADAS EN EL CUMPLIMIENTO DE REGLAS

La toma de decisiones disciplinarias basadas en el cumplimiento de reglas es la más fácil de comprender. La mayoría de las industrias de alto riesgo tienen normas y procedimientos que buscan prevenir la ocurrencia de accidentes. En los hospitales, ejemplos de reglas de conducta podrían ser el chequeo de la pulsera del paciente para confirmar identidad, la realización del listado de verificación de seguridad de la cirugía o la limitación de horas de trabajo. En cualquier caso, las preguntas a realizarse serían dos: 1) si la persona violó una norma y 2) si lo hizo intencionalmente o no. En muchas organizaciones, la acción disciplinaria aplica a cualquier violación de norma, con o sin intención. Otras, luego de revisar sus políticas para estimular el aprendizaje a través del error, han elevado el umbral disciplinario y sólo sancionan a aquellos que conscientemente violaron la norma.

La Administración Federal de Aviación de los EE.UU (FAA) ha desarrollado un sistema para estimular el reporte de incidentes por parte de los miembros de la tripulación. Miles de casos son recogidos a través del Aviation Safety Reporting System (ASRS). Luego de estudiarlos, se sacan lecciones que son difundidas en boletines periódicos. La FAA renuncia a tomar represalias si juzga que las violaciones de las regulaciones federales de aviación fueron “inadvertidas y no deliberadas”. En cambio, cuando la violación se considera intencional, la FAA cree que la necesidad de una sanción disciplinaria sobrepasa el potencial beneficio que tendría el aprendizaje a partir del evento. Muchas corporaciones de otras industrias tienen una filosofía similar. De hecho, es un esquema bastante racional: disciplina para aquellos que eligen violar la norma, oportunidad de aprendizaje para aquellos que la violan inadvertidamente.

Existen, sin embargo, algunas dificultades asociadas con este abordaje basado en el cumplimiento de normas. Primero, no todas las violaciones intencionales son malas, particularmente en profesiones cada vez más protocolizadas como la medicina y la aviación. Siempre habrá escenarios

en donde la enorme cantidad de guías, normas y protocolos puedan superponerse y no “encajar” perfectamente con la circunstancia que enfrenta el profesional en ese momento. Si un médico o una enfermera sintieron que era necesario violar una norma para salvar a un paciente, y los hechos posteriores apoyan esa conclusión, ¿se lo puede criticar por no seguir el procedimiento? Y, ¿qué pasaría con el cumplimiento malicioso de una norma defectuosa por parte de un empleado disconforme con el sólo propósito de dañar a la organización? En resumidas cuentas, el juicio no debería basarse sólo en el hecho de violar una norma de manera consciente, debiendo considerarse si el profesional sabía que el riesgo que estaba asumiendo aumentaba el potencial de daño.

Otro problema es que las violaciones intencionales de normas y procedimientos ocurren todos los días, aún en actividades de alto riesgo como la medicina y la aviación. La mayoría de ellas son el resultado de normas que han quedado desactualizadas y que en la práctica no se adaptan a la realidad que enfrentan los profesionales. Es muy común que las prácticas laborales se modifiquen a medida que cambian las presiones, la carga y el ambiente de trabajo. Cambios que por otra parte suelen darse de manera lenta e incremental a lo largo del tiempo, sin que se modifiquen las normas y procedimientos existentes. Estos pequeños cambios en los patrones de práctica pueden ir acumulándose y llevar a la organización a una frontera muy cercana de lo que se considera un desempeño inaceptable y potencialmente peligroso para los pacientes.

Si una investigación concluye que se violó alguna norma o procedimiento existente, muchas organizaciones no profundizan en las razones organizacionales por las cuales la persona se desvió de la norma. En estas situaciones, la persona suele recibir algún tipo de sanción y el trabajo a realizar se concentra en definir mejor la norma y las consecuencias de violarla. La sanción no siempre es formal a través de sumarios internos; muchas veces es más sutil, haciendo sentir a las personas culpables y limitando la reeducación a las personas involucradas.

El punto más importante es que las violaciones son en sí mismas excelentes oportunidades de aprendizaje para mejorar la seguridad de los pacientes.

Se puede aprender mucho si se comprende por qué ciertas violaciones se transforman en la regla. Desafortunadamente, en un modelo disciplinario que toma represalias cada vez que alguien se aparta de la norma, habrá muy poco aprendizaje. Los empleados reportarán siempre que estaban siguiendo al pie de la letra la norma, cuando la realidad fue posiblemente muy distinta.

3. TOMA DE DECISIONES DISCIPLINARIAS BASADAS EN EL RIESGO

Otro método utilizado para determinar si la conducta amerita sanciones, considera la intencionalidad del empleado con respecto al resultado indeseado.

Si un individuo intencionalmente toma un riesgo significativo e injustificable, no hay duda de que le cabe una sanción. No existe ninguna organización en el mundo, aún entre las que profesan una “cultura no punitiva”, que no castigue a quienes se embarcan en conductas temerarias con absoluto desprecio por la seguridad de otros.

Si el profesional sabía el riesgo que se corría y lo despreció (ej: anestesias simultáneas, silenciar alarmas), la utilidad de una acción disciplinaria no puede ser ignorada, ya que servirá como un disuasivo para que esa y otras personas se embarquen en este tipo de conductas. Pero, ¿qué pasa con las personas que no eran conscientes, pero deberían haberlo sido, del riesgo que crearon? La mayoría de los sistemas disciplinarios han puesto su límite en este tipo de conductas y establecen sanciones a quienes incurren en la figura de negligencia, incumpliendo principios elementales inherentes a la profesión. Este sería el caso de un

médico que prescribe 100 mg. de un medicamento cuando la dosis era de 10 mg. ¿Era consciente de lo que había hecho? No, ¿debió haber sido consciente? Sí. ¿Amerita sanción? Sí.

ERRORES A REPETICIÓN

En casi cualquier discusión acerca del diseño del sistema disciplinario surgirá el tema de qué hacer con quienes cometen errores continuamente. ¿Puede el sistema de salud permitir que sigan trabajando personas que se equivocan con demasiada frecuencia? La respuesta a esta pregunta es difícil, ya que los errores a repetición pueden tener dos orígenes diferentes. Por un lado, el individuo puede estar en un puesto o desarrollar una tarea muy propensa al error. Así como podemos diseñar sistemas para minimizar el error a través de la comprensión de los factores humanos, también podemos diseñar sistemas que resultan en un aumento directo de la tasa de errores. Imaginemos, por ejemplo, si a los fabricantes de autos se les permitiera cambiar de lugar el acelerador, el freno y el embrague (ej: el acelerador a la izquierda, el embrague al centro y el freno a la derecha). En cada vehículo, uno podría aprender fácilmente cuál pedal pisar... Sin embargo, nuestra experiencia y hábitos de manejo profundamente arraigados producirían un aumento en la tasa de accidentes. Ante situaciones de stress, los conductores pisarían por reflejo el pedal equivocado. El sistema de salud no es muy diferente. Ampollas de medicamentos similares, por ejemplo, o la disposición de equipos sin una adecuada estandarización y buen diseño llevarán a los prestadores a cometer errores a repetición. Si esto ocurre, es crítico que quienes diseñan el sistema conozcan esta tasa de error.

Por otra parte, los errores a repetición pueden originarse en situaciones del propio individuo que van más allá de su preparación profesional. La persona puede estar viviendo un momento personal o familiar difícil que disminuye su concentración en los detalles de su trabajo, llevándolo a una ma-

yor tasa de errores. Si bien nos gusta pensar que será la última persona en volver a cometerlo, los especialistas en stress post traumático sostienen que el individuo que se equivocó tiene de hecho un mayor riesgo de volver a equivocarse. La solución en estos casos sería apartarlo durante un tiempo de las tareas de riesgo que requieren una alta concentración o mejorar su supervisión. Esta acción, sin embargo, no debería ser considerada una acción punitiva. Se debe manejar el tema de los errores a repetición tratando de evitar el estigma y la condena social sobre la persona. Un cambio temporario de funciones, el re entrenamiento o la ayuda psicológica para superar el stress post traumático son recursos no punitivos que toda organización debería manejar.

De manera similar a lo que ocurre con los errores a repetición, la falta de calificación no debería resultar inmediatamente en una acción disciplinaria. Esta falta de calificación puede sólo significar que el sistema falló en garantizar que el prestador estuviera totalmente entrenado para la tarea que debía desarrollar. Son excepcionales los casos en los cuales un prestador asume una tarea sabiendo perfectamente que no está capacitado para ella. En estos casos, se trata de conductas temerarias que deben ser manejadas con el máximo rigor.

¿Y LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL?

Lo que se trató hasta aquí tiene que ver con el rol que juegan las sanciones en la generación de un clima de seguridad y aprendizaje. La falta de sanciones institucionales ante errores automáticos o mínimos descuidos no obsta para que los profesionales deban responder por daños y perjuicios ante la Justicia. Nuestro sistema de responsabilidad civil tiene básicamente un concepto compensatorio. Cuando un paciente es dañado, y ese daño fue causado por un error evitable o una falta de diligencia (aún mínima), el profesional y la institución deben resarcir a la víctima. Los jueces suelen ser muy estrictos al evaluar la conducta médica exigible al profesional. Se trata de situaciones “culposas” en donde se produjo un daño sin intención.

Sin embargo, aquellos profesionales que incurren en conductas temerarias son pasibles de ser condenados penalmente bajo la figura de “dolo eventual”. En estas circunstancias, los jueces interpretan que la persona debería haber sido consciente del riesgo que estaba creando.

A MODO DE CONCLUSIÓN

El modelo descripto se basa en la creación de una cultura abierta, honesta y justa de responsabilidad compartida en apoyo a la seguridad de los pacientes. En una “Cultura Justa”, las organizaciones se responsabilizan por los sistemas que han diseñado y se responde de manera imparcial y justa a las conductas de las personas. Es una cultura que busca aprender con el objetivo de diseñar sistemas seguros que favorezcan las mejores conductas. Este modelo no ve a los eventos adversos como “cosas a ser reparadas” sino como una oportunidad para mejorar la comprensión de los riesgos creados por el sistema y por las conductas de las personas, donde las decisiones gerenciales buscan optimizar los escasos recursos disponibles para minimizar la probabilidad de daño, sabiendo que el sistema está compuesto por equipos que pueden fallar, procesos imperfectos y seres humanos fallibles.

BIBLIOGRAFÍA

—Testimony. United States Congress. House Committee on Veterans' Affairs. Dr. Lucian L. Leape, MD, October 12, 1997

—Reason JT. Managing the Risks of Organizational Accidents. Aldershot, Hampshire, England. Ashgate Publishing Limited, 1997

—Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital Survey on Patient Safety Culture, 2012. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/>

—Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Just Culture and its critical link to patient safety Part I y Part II. Acute Care ISMP Medication Safety Alert. May 17, 2012 –Part I – July 12, 2012 –Part II-) <http://www.ismp.org/newsletters/acute/acute/showarticle.aspx?id=22>

—Marx D. Patient Safety and the “Just Culture”. A Primer for Health Care Executives. April 17, 2001. Disponible en <http://www.safer.healthcare.ucla.edu/safer/archive/ahrq/FinalPrimerDoc.pdf>

Una mirada antropológica sobre la atención de Enfermería a pacientes oncológicos de diagnóstico reciente

Mg. Constanza Celano
Mg. Silvina Estrada de Ellis
Mg. Ma Victoria Brunelli
Francisco M Diez Fisher

Resumen: Este artículo presenta algunas reflexiones sobre la manera en que la Enfermería aborda el cuidado del paciente con cáncer, entendiéndolo en su dimensión personal (subjetiva) y en relación con el grupo familiar. Esto permite a los profesionales dar una respuesta humanizada a la necesidad de orientación y acompañamiento sin desatender la carga emocional que acompaña estas situaciones.

Palabras clave: oncología, cuidado humanizado, cuerpo, enfermedad.

Abstract: *This article presents some reflections upon the manner in which Nursing approaches the care of the patient with cancer, comprehending his/her individual dimension (subjective) and his/her connection with family group. This allows professionals to give a humanized answer to the necessity for the orientation and accompaniment without overlooking the emotional baggage that accompanies these situations.*

Keywords: *oncology, humanized care, body, disease.*

INTRODUCCIÓN

En su libro “La empresa de ser hombre”, el médico, historiador, ensayista y filósofo español Laín Entralgo afirma que una persona es un “individuo orgánico vivo dotado de intimidad, inteligencia racional y libertad, que hace su vida -con deliberación mayor o menor- proyectándola según una idea de sí mismo y del mundo, y cumpliendo o intentando cumplir sus propios proyectos”. La persona no es un “simple ser viviente”, sino que está dotada de cuatro notas esenciales: cuerpo, intimidad, inteligencia abstracta o racional y libertad. Asimismo, este autor afirma que la persona “hace su vida cumpliendo o intentando cumplir sus propios proyectos”. Estos proyectos nacen de la libertad, la inteligencia, la intimidad de la persona, del “cada uno” más propio.

Así visto, sólo el hombre vive el tiempo como pasado, presente y futuro. Se podría decir que es el único animal finito, porque es el único que lo sabe, lo que le permite proyectar e intentar garantizar la continuidad de su vida en el futuro. Según el Diccionario de la Real Academia Española, la acción de “proyectar” significa “lanzar, dirigir hacia delante; idear, trazar o proponer el plan y los medios para la ejecución de una cosa”. Así, la filosofía fenomenológica contemporánea ha formulado que “se trata de reconocer la consciencia misma como proyecto del mundo, destinada a un mundo que ella ni abarca ni posee, pero hacia el cual no cesa de dirigirse”. Proyectar podría comprenderse, entonces, como la acción por excelencia de la consciencia humana que intenta prolongar su vida dando lugar a nuevas posibilidades. Y la salud del cuerpo constituye el poder motor y la garantía para hacer perdurar y aumentar la existencia. Por el contrario, un hombre enfermo es aquel que ha perdido la firmeza vital primaria de su lugar de arraigo, de la carne que lo anuda con el mundo, impidiendo o restringiendo, según la gravedad de su enfermedad, su capacidad de proyectarse y abrir nuevas posibilidades para su futuro. Su recuperación es la salida de esa condición de “caído” que corta la corriente vital y trunca sus proyectos.

El cáncer es una de las enfermedades que actualmente causa la muerte de 8.2 millones de

personas a nivel mundial. Quienes lo padecen reciben tratamientos que afectan su cuerpo en diversas formas y grados, muchas veces alterando su calidad de vida. En este contexto, el objetivo del presente trabajo es reflexionar sobre la manera en que la enfermería concibe al cuerpo de la persona con cáncer con toda la carga emocional que esta enfermedad implica, no solo para el paciente sino para el grupo familiar, reconociendo en ellos la necesidad de orientación y acompañamiento y el deseo por parte del propio profesional de ofrecer el mejor cuidado posible según las circunstancias. Con este este objetivo, en los puntos I y II de este trabajo se profundizará el encuadre teórico descripto, que sirve al examen de esta enfermedad particular, en los puntos III y IV se analizará su impacto no sólo en el paciente sino en su entorno familiar directo. Finalmente, en el punto V se recopilarán, a partir de encuestas realizadas, cuáles deberían ser los posibles cuidados a realizar desde la enfermería en la primera etapa del tratamiento, luego de su diagnóstico.

I. EL CUERPO HUMANO Y SUS POSIBILIDADES

La existencia dinámica y sucesiva del hombre está esencialmente informada por el tiempo. Ese tiempo se concreta en una duración media previsible de la vida que para el hombre no es una circunstancia problemática por ser inesperada (ya que todo hombre sabe que va a morir en algún momento), sino por ser la marca de su finitud constitutiva. Así, una duración temporal específica forma parte de la definición misma de “vida humana”, subyacente al ejercicio vital de cada hombre. Expresado de otro modo, de acuerdo a cierta duración, que para todo ser humano permanece siempre desconocida en su fecha precisa, cada uno organiza y proyecta su vida. Esto hace que, en general, toda persona se entienda a sí mismo a la luz del hecho de que su vida está medida en el tiempo; sabe que va a vivir una determinada (pero incierta) cantidad de años, y de acuerdo con esa duración proyecta su hacer con sentido. Para poner de manifiesto este supuesto,

se puede realizar un breve ejercicio de imaginación. Consideremos qué sucedería si la duración media de la vida de la especie humana fuera el doble o el triple de la actual, es decir, si fuera normal para el cuerpo humano vivir 200 o 300 años. Sin duda el concepto de vida y de hombre mismo, así como sus tiempos de proyección y el sentido de sus acciones, variarían notablemente, quizás sustancialmente.

Por todo esto, la pregunta y desafío permanente de cada hombre, sano o enfermo, es ¿cómo asumir el tiempo en toda su complejidad e integridad? Al respecto, el filósofo español Xavier Zubiri sostiene que el sujeto no solo es sujeto numerante, que cuenta el tiempo, y que también lo retiene, sino que a su vez es un sujeto que proyecta -como lo destacaron Heidegger y Merleau-Ponty- y que está emplazado en el tiempo, es decir, hay proyecto si hay vida y si se persiste en ella.

El hombre es un ser de proyecto, no sólo en el sentido que está abierto al futuro, sino que no sabe vivir sin planear, ni buscar: es proclive al futuro, capaz de sorpresa, de invención y de novedad, no sólo respecto a lo que sucede en general, sino especialmente respecto a sí mismo y a su propia vida.

En este contexto, la acción de “proyectar” adquiere un lugar fundamental. Como señalábamos en la introducción, puede entenderse como la acción de prolongar la vida, garantizar su continuidad en el futuro dando lugar a nuevas posibilidades. Cada hombre tiene entre sus poderes naturales esa capacidad de “ir hacia adelante” y abrir su mundo más allá del horizonte inmediato. Proyectamos viajes, trabajos, estudios, todo aquello que hace posible que nuestra vida continúe e incluso

mejore. A través de la función de proyección, un hombre sano logra, tal como observa Merleau-Ponty, “reservar delante de sí un espacio libre en donde lo que no existe naturalmente puede tomar un semblante de existencia”.

Ahora bien, un hombre pierde la esperanza cuando su futuro personal pierde sentido, porque ha dejado de ser interesante, o simplemente porque ya no puede proyectar, entonces su vida se estanca. Si un futuro no es posible, la vida disminuye su sentido. La esperanza dinamiza los resortes vitales ya que el hombre entiende que no cualquier modo de vivir es adecuado si quiere tener disponible el futuro específico que anhela. El futuro puede ser entendido, entonces, como un regalo, como un feliz hallazgo casual, o como un triste e ineludible destino, pero sobre todo adquiere para la conciencia el significado de una tarea, en tanto todo hombre pretende ser constructor de “su” futuro. En cierta medida, es posible afirmar que nuestro presente condiciona nuestro futuro, pues la tarea de construcción de nuestro futuro está vinculada a lo que hoy podemos hacer de él, es decir, a las condiciones de las que disponemos para ir convirtiéndolo de posible en real o, en términos más clásicos, de potencial a actual.

Aunque el hombre sea un ser consciente y constructor del tiempo, tiene que realizar su propia existencia en y a través del cuerpo, que constituye la condición de posibilidad material para sentir todas las cosas que se perciben y es, al mismo tiempo, el que condiciona el modo de comprender y expresar eso percibido. Sentir el cuerpo como algo personal y propio forma parte del modo de comprender la propia realidad y condiciona la forma de comprender la realidad ajena.

La filosofía ofrece la posibilidad de comprender el cuerpo desde diferentes perspectivas. Ya desde la observación más inmediata, el cuerpo es experimentado por el hombre como “lo vivido” y sentido, en el que se despliega, expresa y comunica su existencia. No obstante, la filosofía misma ha evolucionado en su forma de comprenderlo y ha superado el modo instrumental de pensar al cuerpo como “algo que se tiene” para considerarlo como “algo que se es”, por lo cual más que “tener un cuerpo”, decimos hoy que “somos un cuerpo”. No obstante, “yo no soy mi cuerpo sino en virtud

de las razones misteriosas que hacen que este cuerpo sea por lo menos sentido continuamente en algún grado, y que este sentir condicione para mí todo sentir, sea cual fuera.” “Yo soy mi cuerpo” significa entonces que el cuerpo está íntimamente unido a la propia existencia, “es un objeto que no me deja” por el cual no sólo “estoy” en el espacio y en el tiempo, sino que “habito” ambos. Por él alcanzo el carácter propio de lo que llamo mi existencia. En cada momento, determina la “extensión” de mi ser, es decir, el espacio de juego (Spielraum) que tengo para desarrollar y proyectarme.

II. LA ENFERMEDAD DEL CUERPO Y EL SENTIDO DE ENFERMAR

En esta determinación del cuerpo para la capacidad de proyección, su salud es parte fundamental de ese “poder motor” que permite perdurar y aumentar la existencia. Por el contrario, el cuerpo de un hombre enfermo es aquel que ha perdido la firmeza vital primaria de su lugar de arraigo, de la carne que lo anuda con el mundo. La recuperación es la salida de esa condición de “caído” que corta la corriente vital y trunca los proyectos, y por eso también los médicos usan la expresión “dar el alta” cuando la continuidad de la vida ya no corre más peligro.

Siguiendo las observaciones médico-filosóficas de Lain Entralgo, las vivencias que un hombre tiene de su cuerpo enfermo pueden ser agrupadas bajo cuatro grandes formas de sentir la enfermedad:

- Como una aflicción e impedimento: al privar a las personas de sus fuerzas naturales, la enfermedad lleva a un malestar, ligado a un desorden y dolor físico, que da la sensación de invalidez o incapacidad.
- Como una amenaza: todo el mundo de la persona queda reducido por la enfermedad al “ahora” inmediato, siente peligrar el sustento

de la vida y de los proyectos. No sólo “no tiene fuerzas”, sino, más grave aún, ve amenazados sus proyectos y las expectativas futuras de su vida.

- Al sentimiento de soledad y aislamiento: este sentir se corresponde con el hecho de que impide el trato normal con otros hombres, fundamentalmente porque fija su atención sobre sentimientos que él y solo él puede padecer. Así es como la enfermedad lo obliga a retraerse a su propia intimidad.
- Como recurso. Aquí cabe la pregunta extrema: ¿En qué sentido estar enfermo puede servir para algo? La respuesta se puede concentrar en dos sentidos posibles: 1) La enfermedad puede ser un recurso de evasión de la vida cotidiana, una “huida a la enfermedad” consciente o inconsciente; 2) un recurso como instrumento para la creación de una nueva vida.

La interpretación de la condición de “enfermo” puede agruparse también en cuatro sentidos posibles, según Lain Entralgo:

- Como castigo: cuando es interpretada como la consecuencia de una falta moral en la que el enfermo tiene algún grado de responsabilidad.
- Como consecuencia del azar: el azar se ha manifestado históricamente en la antigua idea griega del Destino (Moirá) que debe ser cumplido inexorablemente y al que están sometidos incluso los mismos dioses.
- Como reto, que llama a ser superado. Caer enfermo es un infortunio, una desgracia fortuita, que despierta el desafío de medir frente a ella las fuerzas del paciente y del médico.
- Como prueba, que da una dirección al para qué de su acontecimiento. La noción de prueba establece la causa final del padecimiento. Se distingue del reto porque la enfermedad adquiere su sentido más allá de la existencia inmediata y la transmuta en una situación mediadora para un posible salto hacia la trascendencia.

A la luz de estas formas de sentir e interpretar la enfermedad que afecta al cuerpo, se abren múltiples perspectivas. No es posible equiparar la concepción que el paciente tiene sobre su propio padecimiento con la del profesional de la salud que lo trata. Sin embargo, ambos agentes podrían sostener percepciones similares de lo que implica “sentirse enfermo” o sobre cómo sería más beneficioso “acompañar” a una persona enferma. No sólo el dolor o la angustia son experiencias que el enfermo asimilará y expresará de manera absolutamente personal, sino que también deberá asumir el rol que la sociedad, en la que se encuentra inserto, le asignará en su carácter de “persona enferma”.

III. EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

El término “cáncer” engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen y crecen sin control en cualquier parte del cuerpo. Afortunadamente, el riesgo de mortalidad por cáncer ha ido disminuyendo de forma considerable en los últimos 20 años. El comportamiento, pronóstico y tratamiento de los diversos tipos de cáncer, incluso dentro de las distintas fases evolutivas de un mismo tumor, son muy diferentes. A pesar de los progresos que ha logrado la ciencia tanto en su detección como en su prevención, esta enfermedad sigue siendo la segunda causa de muerte a nivel mundial. Esta realidad provoca mucho miedo no sólo en los pacientes sino también en quienes los rodean, que se ven abrumados ante su diagnóstico y, a menudo, no saben cómo actuar.

Por ello, es corriente que la enfermedad oncológica impacte en la vida de la persona, de tal manera que modifique el curso natural en todas sus actividades diarias, como también en las relaciones familiares y laborales, afectándose incluso el rol que desempeña en la sociedad.

Las personas que cursan esta enfermedad desarrollan un estrés psicológico que se manifiesta en forma de miedo, ansiedad o depresión, que está relacionado a la inseguridad sobre el diagnóstico, la agresividad del tratamiento, el deterioro físico progresivo y el costo económico que impacta en la familia, entre otras razones.

Asimismo, el cáncer es asociado a muerte, dolor y sufrimiento, por eso es inevitable que el diagnóstico de esta enfermedad constituya un fuerte impacto en la subjetividad de las personas. Y, además, cada paciente reacciona de modo diferente, dependiendo, entre otras cosas, de factores como la personalidad y los recursos psíquicos con los que cuente.

Las teorías de las etapas del proceso del duelo postulan que los enfermos terminales o deudos pasan a través de una secuencia de reacciones emocionales que les permiten protegerse de la amenaza de las pérdidas inminentes. Por ejemplo, Kübler-Ross señaló que las personas que se encontraban próximas a la muerte transitaban por cinco fases de duelo: negación, ira, pacto/negociación, depresión y aceptación. La autora observó que estas fases duraban diferentes periodos de tiempo y se sucedían unas a otras, o que en ocasiones se solapaban.

IV. LA FAMILIA DE LA PERSONA QUE TIENE CÁNCER

El grupo familiar de una persona enferma es quien debe acompañar a ese paciente sin perder su propio mundo, es quien debe aprender a ver a su ser querido en situaciones difíciles y angustiosas, así como disfrutar de su recuperación. Por esta relación cercana entre familia y paciente es que tras el impacto de caer enfermo se producen cambios en todos los miembros del grupo: comienza a agrietarse el equilibrio existente y al mismo tiempo se empieza a tener consciencia de que ellos son el sostén de la persona enferma. La familia se ve obligada a renegociar roles y funciones. El equipo de profesionales cuenta con ellos para el proceso de recuperación y contención en los acontecimientos posteriores al primer momento de la enfermedad. En este sentido, todo el grupo debe estar acompañado para poder aceptar y elaborar esta realidad. Se trata de que puedan superar la sorpresa y el impacto, enseñándoles a convivir con una nueva imagen corporal, un lugar diferente en su medio social, familiar, cultural y laboral. Asimismo, es muy importante cuidar al cuidador para que éste no claudique en su tarea cuando la envergadura de las problemáticas familiares desatadas por la enfermedad lo excedan en su capacidad de cuidado, acompañamiento y contención.

V. EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Los enfermeros que realizamos nuestro trabajo en los diferentes escenarios en que se desenvuelve el paciente con cáncer reflexionamos poco, desde la perspectiva antropológico-filosófica, sobre cómo reacciona la persona ante una enfermedad como ésta.

Para estos pacientes se requiere de una propuesta diferente a la ofrecida por Florence Nightingale, cuya meta de Enfermería “era brindar cuidado y comodidad al paciente para promover la curación, el bienestar y proveer un ambiente saludable que redujera el sufrimiento y el deterioro de la salud”.

Es decir, no sólo debíamos preocuparnos por la comodidad del paciente, sino también por pensar y entender qué siente ante los cambios psicológicos, físicos y existenciales a consecuencia de la enfermedad. Para hablar de cuidado es fundamental tener presente que el ser humano es una estructura pluridimensional, es decir, que la persona no es sólo cuerpo, ni sólo espíritu, ni sólo razón o sólo afecto sino que es el conjunto de todos estos elementos y no podemos fragmentarlo. Generalmente se observa que el personal de enfermería recoge datos fisiológicos para su valoración, dejando una postura secundaria para el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Es necesaria una mirada holística que identifique las capacidades y limitaciones de la persona para ayudarlo a alcanzar un nivel óptimo de salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

La enfermería debe dar lugar a la expresión de los distintos sentimientos que puede experimentar el paciente al momento del diagnóstico, ayudándole a conocer la naturaleza de su enfermedad y el pronóstico, así como todos los aspectos de la verdad.

En este sentido, hay que evitar las conductas evasivas, como atender con prisa para evitar que el otro requiera mayor información o exprese sus emociones. No obstante, “es importante recordar que la prudencia es anterior al derecho a la verdad”.

Al tener un paciente a su cuidado, el enfermero deberá tener conocimiento de la real situación

del enfermo y saber entregar información en el momento oportuno, dando lugar a que él exprese sus miedos, angustias, favoreciendo un ámbito de confianza, donde el diálogo sea fluido; sólo así habrá una comprensión adecuada por parte del paciente para que pueda ejercer su voluntad e involucrarse en la situación en forma adecuada. Para ello es necesaria la capacitación del personal de enfermería en esta área, para aceptar la expresión de sentimientos con comprensión, sensibilidad y tolerancia.

Otro aspecto relevante a tener en cuenta es favorecer y mantener la apertura a la familia, permitiendo que esté al lado del paciente, sobre todo en los momentos que requiera mayor contención y acompañamiento, como el momento del diagnóstico.

Los conceptos de responsabilidad y cuidado significan estar con las personas cuando sufren, estar sencillamente junto a ellas, sin asustarnos de su miedo, de su dolor, de su ira y entregar una atención amorosa y de gran calidad técnica y humana. Estos son los pilares fundamentales de la ética del cuidado. En este sentido, Carol Gilligan plantea que el amor y la preocupación están por encima de la calidad técnica: es mejor tener una enfermera o un enfermero humanos que uno técnicamente hábil.

En este contexto, hemos realizado un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de conocer cuál es la experiencia de los profesionales de enfermería que atienden pacientes oncológicos de diagnóstico reciente. La población estuvo conformada por profesionales de enfermería que asistieron a un curso de actualización de enfermería oncológica. Se diseñó una encuesta auto administrada, que se completó de forma anónima y voluntaria.

Entre los resultados se puede destacar que de 102 encuestas entregadas, 93 enfermeros (95%) tuvieron un paciente que había recibido el diagnóstico recientemente y era la primera vez que comenzaba el tratamiento. Los sentimientos que el paciente expresó ante el diagnóstico fueron: el 84% miedo, 69% ansiedad, 65% angustia y 65% desconocimiento (Gráfico 1).

Al preguntar si pudo contener al paciente, el 77% responde que sí, pero hay un 16% de los profesionales que manifestó que no sabe si pudo hacerlo.

Un 94% de los enfermeros refieren que sus pacientes conocían el diagnóstico. El 59% de sus pacientes mencionó la palabra cáncer al referirse a su enfermedad, y el mismo porcentaje relaciona la palabra cáncer con muerte.

El 98% de los enfermeros pudieron explicarle al paciente los cuidados que le iban a realizar y el 81% manifestó que tuvo tiempo también para estar con la familia y resolver sus dudas. El 70% de los profesionales explicaron que los pacientes expresaron temor al cambio de imagen corporal provocado por efectos del tratamiento.

El 63% de enfermeros manifestó que los pacientes le expresaron los proyectos que tenía en su vida antes de enfermarse.

A la luz de estos números, no deja de ser significativo que de los enfermeros encuestados, el 65% refieran no haber recibido formación o capacitación sobre comunicación y manejo de paciente de primera vez o abordaje del paciente al diagnóstico.

Los resultados de este estudio empírico coinciden con la bibliografía presentada, pues muestran que en el primer contacto que tiene el personal de enfermería y el paciente, éste le expresa múltiples sentimientos, predominando miedo, ansiedad, angustia y desconocimiento. Ante este contexto, casi la totalidad de los enfermeros (98%) siente que pudo explicarle al paciente todos los cuidados que les iban a brindar, la mayoría de ellos pudieron estar con la familia y aclarar sus dudas a pesar de que un alto porcentaje no habían recibido formación para la contención de paciente en el momento del diagnóstico.

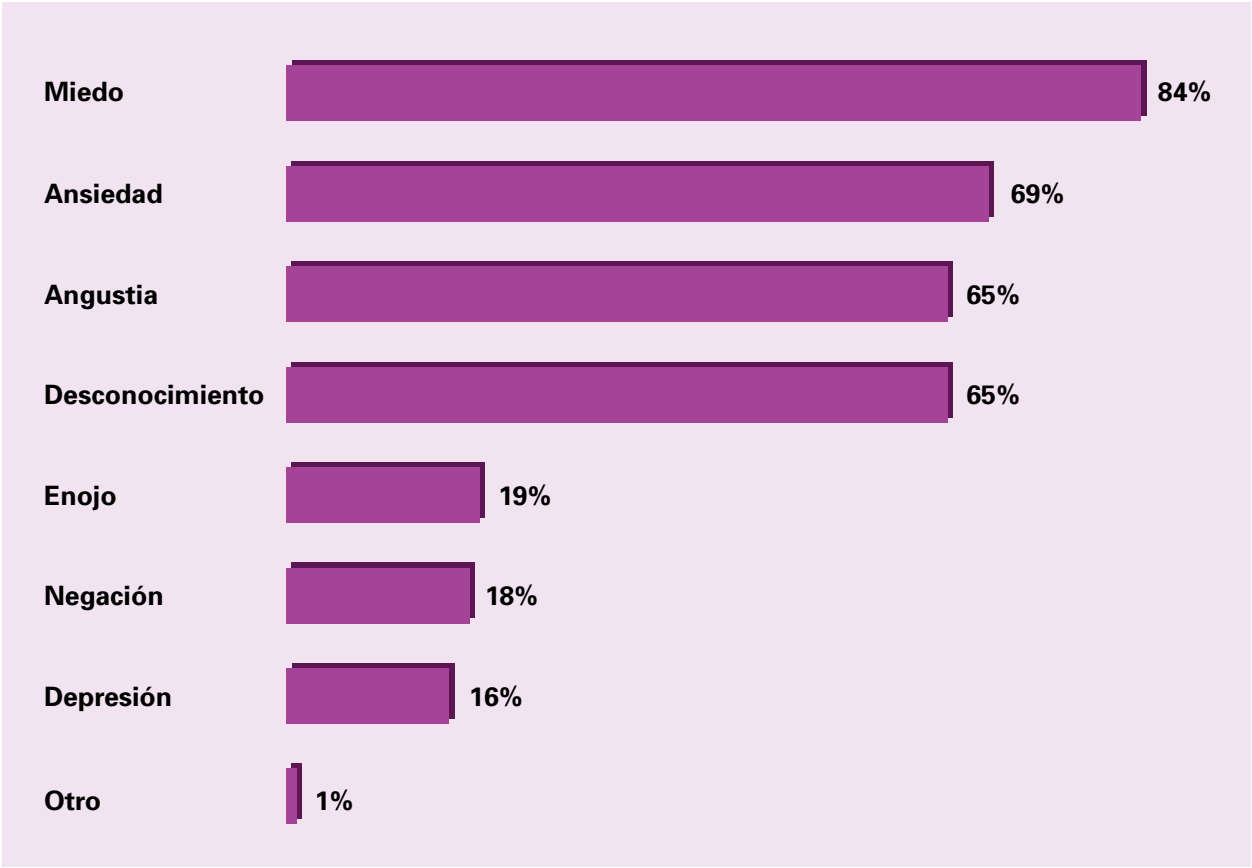
CONCLUSIÓN

El estudio del hombre es objeto de varias ciencias, entre las cuales se encuentra la medicina,

la psicología, la pedagogía, la antropología y, también, la enfermería. Cada una tiene perspectivas de análisis diferentes, pero para poder comprender al ser humano como una unidad compleja y multidimensional se requiere de una visión ampliada, holística. La enfermería ofrece en este sentido un contacto directo y diario con la vida del enfermo y brinda un punto de partida firme en la experiencia cotidiana con el ser humano en su condición más frágil. Por ello, también exige abordar el problema con un enfoque interdisciplinario, que integre la enfermería con la antropología, ya que esta última brinda las herramientas conceptuales sobre el hombre en las dimensiones

biológica, psicológica, social, cultural y filosófica para poder comprender mejor el proceso salud-enfermedad, acompañando, conteniendo y comprendiendo ampliamente al enfermo y a la familia desde un enfoque integral. Así lo expuesto, es indispensable adentrarse en los contenidos antropológicos que contribuyan a la formación científica y humanista de los enfermeros que se desarrollan en el área oncológica. El presente trabajo muestra y justifica la necesidad de perfeccionar la formación profesional del enfermero oncológico para tener una visión holística del ser humano y lograr una atención humanizada e integral de calidad unida a la capacitación científico-técnica.

Gráfico 1: Sentimientos que expresaron los pacientes la primera vez que recibieron un tratamiento oncológico (en porcentaje)



Resistencia antimicrobiana: un problema para la salud pública

Lic. Analía Aquino*

La resistencia a los antibióticos se acelera con el uso indebido de estos fármacos, sumado a las deficiencias en las medidas de prevención y control de las infecciones. Los profesionales de la Enfermería pueden y deben tomar medidas en todos los niveles de la atención de la salud para la reducir el impacto de la RAM y limitar su propagación.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la resistencia antimicrobiana (RAM) es uno de los mayores problemas actuales de sa-

lud pública y podríamos afirmar que es un evento que ha llegado para cambiar la atención de la salud, poniendo en riesgo los avances de la medicina moderna. La resistencia a los antimicrobianos se produce cuando los microorganismos, bacterias, hongos, virus y parásitos sufren cambios adaptativos al estar expuestos a los antimicrobianos ya sean antibióticos, antifúngicos, antivíricos, antipalúdicos o antihelmínticos. Como resultado de esa adaptación, estos medicamentos se vuelven ineficaces y las infecciones persisten en el organismo, impidiendo la cura e incrementando el riesgo de propagación a otras personas.

* Docente Universitaria.
Epidemiología Hospitalaria; Epidemiología de Campo; Salud Pública ; Educación superior.
Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de la Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

Ya en el año 2001 la OMS había señalado que se trataba de un problema complejo, impulsado por múltiples factores, que exigía la búsqueda de respuestas multisectoriales. Más recientemente, en mayo de 2015, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos -incluida la resistencia a los antibióticos- cuya finalidad es asegurar la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas por medio de fármacos eficaces y seguros. Dicho plan postula cinco objetivos estratégicos:

- Mejorar la sensibilización y los conocimientos en materia de resistencia a los antimicrobianos.
- Reforzar la vigilancia y la investigación.
- Reducir la incidencia de las infecciones.
- Utilizar de forma óptima los agentes antimicrobianos.
- Preparar argumentos económicos a favor de una inversión sostenible en nuevos medicamentos, medios de diagnóstico, vacunas y otras intervenciones.

En el año 2016, reunidos en la Asamblea General de las Naciones Unidas, los jefes de Estado se comprometieron a abordar de forma amplia y coordinada las causas profundas de la RAM en diferentes sectores, en particular: la salud humana, la salud animal y la agricultura. Desde entonces, en los últimos encuentros del G20 (Alemania 2017, Argentina 2018) el tema ha estado en la agenda de los mandatarios y continuará para la próxima cumbre mundial a desarrollarse en Japón.

Mantener el tema en la agenda internacional es fundamental puesto que se trata de una amenaza para la salud pública mundial y requiere de medidas por parte de todos los sectores del gobierno y la sociedad.

Ya en el 2019, la OMS sitúa este problema entre las diez cuestiones de salud que la organización abordará este año por su relevancia para la salud de las personas. La aparición de nuevos mecanismos de resistencia que se propagan a nivel mundial ponen en peligro nuestra capacidad para

tratar enfermedades infecciosas comunes, con el consiguiente aumento de la discapacidad y las muertes. Otro factor a considerar es el aumento y la velocidad con que se desplazan actualmente las personas, por lo que se trata de un problema de dimensiones mundiales que requiere esfuerzos por parte de todos los países y de diversos sectores, teniendo como guía el concepto de una salud.

En Argentina se aprobó por Resolución Conjunta 834/2015 y 391/2015 entre los entonces Ministerio de Salud y el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca, la Estrategia Argentina para el Control de la Resistencia Antimicrobiana y se creó la Comisión Nacional para el Control de la Resistencia Antimicrobiana (CoNaCRA) con la misión de verificar el cumplimiento de la Estrategia.

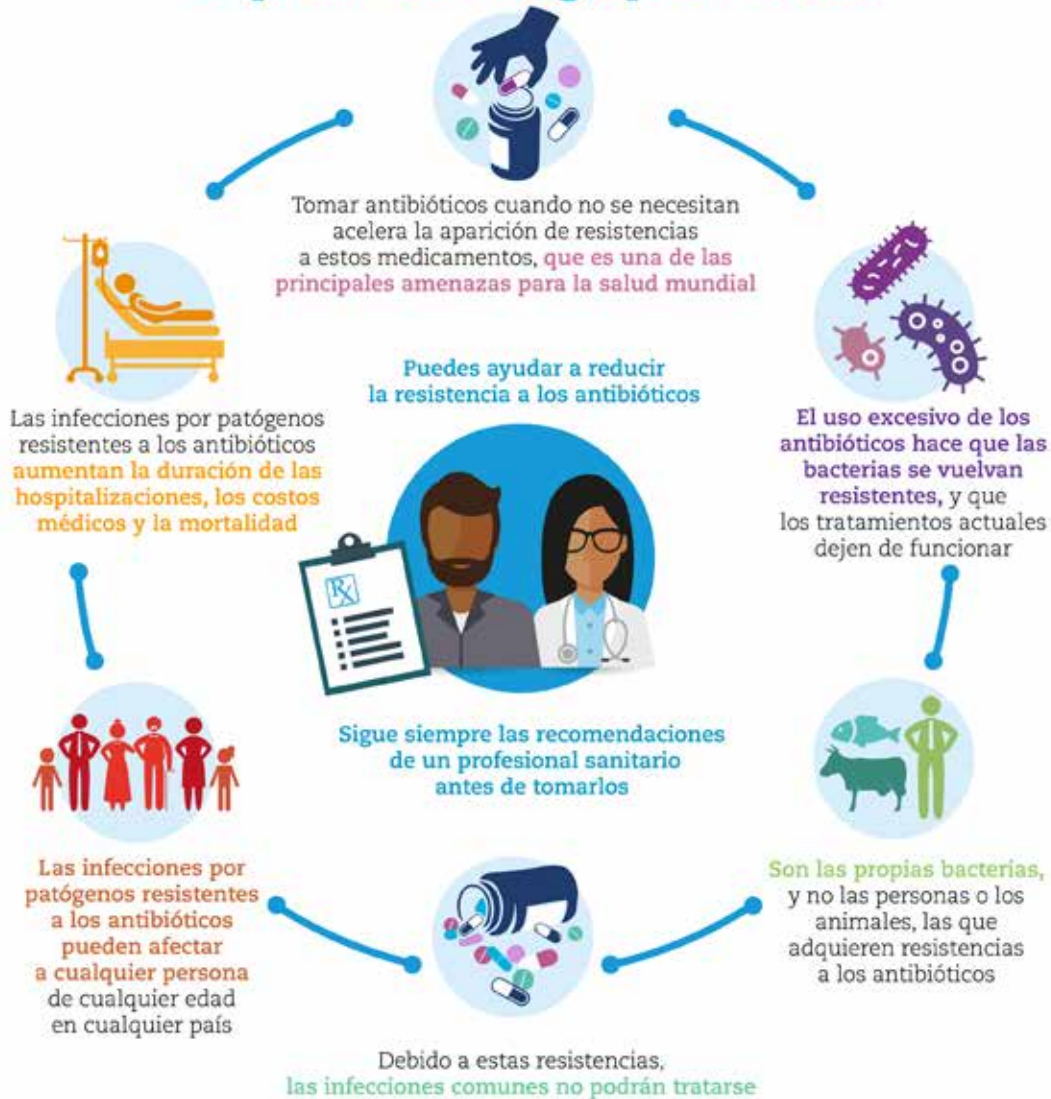
RESISTENCIA ANTIBIÓTICA

En este artículo nos ocuparemos en particular de la resistencia bacteriana, dado el uso extendido de los antibióticos y debido a que es una de las mayores amenazas para la salud mundial, la seguridad alimentaria y el desarrollo.

Haciendo un poco de historia, constituye un hito el descubrimiento de los antibióticos, pues mejoró la calidad de vida de las personas y permitió un avance científico-tecnológico que no hubiera sido posible sin la presencia de estos fármacos. En este punto, la industria farmacéutica inició una carrera para obtener nuevas moléculas de antibióticos a partir de diferentes microorganismos, preferentemente del suelo, o derivados semisintéticos de los mismos. Estos años son conocidos como “era dorada” de los antibióticos: se creía que se había ganado la batalla contra las infecciones. Lamentablemente (o “naturalmente”), las bacterias también iniciaron la carrera de la resistencia, pero el uso indebido de estos fármacos en el ser humano y los animales fue acelerando el proceso.

La resistencia a los antibióticos puede afectar a cualquier persona, sea cual sea su edad o el país en el que viva. Las bacterias resistentes pueden circular entre distintas y distantes poblaciones de seres

El uso excesivo e indebido de los **ANTIBIÓTICOS** supone un riesgo para todos



Fuente: Organización Mundial de la Salud

humanos y animales a través de alimentos, agua, insectos, viajes y en el ambiente hospitalario.

La resistencia a los antibióticos prolonga las estancias hospitalarias, incrementa los costos médicos y aumenta la mortalidad.

ALGUNOS DATOS SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL

- La resistencia de *Klebsiella pneumoniae* al tratamiento utilizado como último recurso (antibióticos carbapenémicos) se ha propagado a todas

las regiones del mundo. Esta bacteria es una importante causa de infecciones nosocomiales, de importantes brotes intrahospitalarios y con elevada mortalidad. En Argentina, datos publicados por la Red de antimicrobianos muestran para 2017 una resistencia superior al 15%.

- La colistina es el último recurso para el tratamiento de infecciones potencialmente mortales por enterobacteriáceas resistentes a los antibióticos carbapenémicos. Recientemente se ha detectado resistencia a la colistina en varios países y regiones; esto hace que las infecciones por estas bacterias dejen de ser tratables. En Argentina, a partir del 2019, se prohíbe en todo el territorio nacional la elaboración, distribución, importación, uso y tenencia de productos veterinarios que contengan en su formulación el principio activo Colistina y sus sales.
- La resistencia de *Escherichia coli* a las fluoroquinolonas está muy generalizada, siendo superior al 50% en la mayoría de los países. En la última década se han confirmado casos en los que ha fracasado el tratamiento de la gonorrea con cefalosporinas de espectro extendido (cefixima y ceftriaxona), drogas consideradas de primera elección para el tratamiento en muchos países, incluyendo Argentina.
- La resistencia a los fármacos de primera línea para el tratamiento de las infecciones por *Staphylococcus aureus* es generalizada. Pacientes con infecciones por *S. aureus* resistente a la meticilina tienen un 64% más de probabilidad de morir que los pacientes con infecciones no resistentes.
- La resistencia a la penicilina, en casos aislados de meningitis por *Streptococcus pneumoniae* en niños menores de 6 años, es superior al 30%; para la ceftriaxona presenta una resistencia del 8%.

FACTORES QUE ACELERAN LA APARICIÓN Y DISEMINACIÓN DE LA RAM

- Mal uso de los antibióticos: para tratar infecciones virales, automedicación, interrupción de los tratamientos antibióticos.
- Abuso de los antibióticos: uso como estimulantes del crecimiento de animales o para prevenir

enfermedades en animales sanos, extensión del uso más allá de las dosis para profilaxis en humanos.

- Administración sin supervisión de un profesional prescriptor.
- Prescripción equivocada de antibióticos por parte de médicos y odontólogos, o de otros profesionales no prescriptores (farmacéuticos).
- Inadecuado control de infecciones en instituciones sanitarias.
- Falta de adherencia a la vacunación.
- Incumplimiento de la práctica de higiene de manos.
- Relaciones sexuales sin protección.
- Inadecuada higiene alimentaria.
- Condiciones sanitarias deficientes (agua y excretas).
- Ausencia de marco regulatorio.

Actualmente, si bien hay algunos antibióticos nuevos en fase de desarrollo, no sería acertado prever que ninguno de ellos pueda ser eficaz contra las formas resistentes de algunas bacterias.

Prevención y control

De lo anterior se desprende que se trata de un fenómeno complejo y que, en tanto mecanismo natural, ocurrirá indefectiblemente. Cabe preguntarnos entonces: ¿hay algo que podamos hacer? Sí, y debemos hacerlo ya que, si no se toman medidas urgentes, el mundo está destinado a una era post-antibióticos en la que muchas infecciones comunes y lesiones menores volverán a ser potencialmente mortales, un mundo donde los procedimientos que conllevan el uso de antibióticos (como trasplantes de órganos, tratamientos quimioterápicos) no serán posibles y donde las cirugías más simples se convertirán en procedimientos de muy alto riesgo.

A todas las personas les corresponde:

- Tomar antibióticos exclusivamente cuando los prescriba un profesional de la salud autorizado para indicar fármacos (médicos y odontólogos) y adquirirlos en farmacias autorizadas para su expendio.

- Cumplir las indicaciones emitidas por el profesional tratante (en relación con horarios, dosis) y no interrumpir los tratamientos.
- No recurrir a la utilización de los antibióticos que hubieran quedado de otras personas.
- No requerir antibióticos si los profesionales dicen que no son necesarios.
- Emplear medidas higiénicas para prevenir la diseminación de enfermedades infecciosas.
- Tos protegida (protegerse con el pliegue del codo).
- Higiene de manos frecuente (con agua y jabón o alcohol en gel).
- Preparación de alimentos en condiciones de higiene (mantener la limpieza; separar alimentos crudos y cocinados; cocinar completamente; mantener los alimentos a temperaturas seguras; optar por alimentos para cuya producción no se hayan utilizado antibióticos.
- Aplicarse las vacunas correspondientes a cada edad.
- Implementar medidas de protección en las relaciones sexuales.

Al equipo de salud:

- Evitar las infecciones asociadas al cuidado de la salud cumpliendo las normativas (higiene de manos, limpieza hospitalaria, esterilización, educación, medidas de bioseguridad, etc).
- Prescribir y dispensar antibióticos solo cuando sean necesarios.
- Educar a los pacientes sobre cómo tomar los antibióticos correctamente, la resistencia a estos fármacos y los peligros de su uso indebido.
- Informar a los pacientes otras medidas de prevención de las infecciones (por ejemplo, vacunándose, lavándose las manos, relaciones sexuales seguras, cubrirse la boca y la nariz al estornudar).
- Los gerentes y financiadores deben velar por generar inversiones en la investigación, desarrollo de nuevos antibióticos, vacunas, productos diagnósticos y herramientas de comunicación asertiva.
- Notificar las infecciones resistentes a los antibióticos a los equipos de vigilancia nosocomial.

Al sector agroalimentario:

- Administrar antibióticos a los animales únicamente bajo supervisión veterinaria y cuando su estado de salud lo requiera.
- No utilizar antibióticos para estimular el crecimiento ni para prevenir enfermedades en animales sanos.
- Vacunar a los animales para reducir la necesidad de antibióticos.
- Fomentar y aplicar buenas prácticas de la producción de alimentos de origen animal y vegetal.
- Fomentar la seguridad biológica en las granjas para prevenir las infecciones mediante la mejora de la higiene y el bienestar de los animales.

A quienes toman decisiones:

- Asignar recursos financieros para implementar los planes nacionales de acción para el control de la resistencia a los antibióticos en el marco del enfoque de **Una Salud**.
- Reforzar las políticas, los programas y la aplicación de las medidas de prevención y control de las infecciones.
- Reglamentar y fomentar el uso apropiado de medicamentos de calidad garantizada.
- Reglamentar y fiscalizar la eliminación de los residuos y la dispensa de los antibióticos.
- Informar sobre el impacto de la resistencia a los antibióticos.

ROL DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DE RAM

Debido a la propia naturaleza de la profesión, los enfermeros tienen un rol dentro del equipo de salud que les permite colaborar con la promoción de la salud independientemente del nivel de atención o del sector en el que desarrollen su actividad profesional.

El CIE destaca *"el papel de liderazgo de las enfermeras en actividades para combatir la RAM, en particular la participación en el desarrollo de planes*

de gestión de los antimicrobianos en las instalaciones de salud, liderando los equipos y las iniciativas de prevención y control de infecciones y apoyando que el equipo multidisciplinar aplique los principios y mejores prácticas al respecto". Este recono-

cimiento es un llamado a la acción para trabajar en la planificación, promoción, implementación y evaluación de estos planes, con acceso no sólo a pacientes, sino a toda la comunidad y al equipo interdisciplinar de salud.

Todos **PODEMOS AYUDAR**

Puedes ayudar a prevenir la resistencia a los antibióticos

La prevención de las infecciones puede reducir el uso de antibióticos y limitar la propagación de las resistencias a estos medicamentos. La higiene básica es una de las medidas más eficaces para reducir el riesgo de infección.

Las siguientes medidas ayudan a prevenir el riesgo de infección:



Otras medidas para reducir la propagación de la resistencia a los antibióticos:



La RAM es un problema complejo que afecta a toda la sociedad y depende de múltiples factores relacionados entre sí. Las intervenciones aisladas tienen poco impacto. Para minimizar su aparición y propagación son necesarias acciones coordinadas.

Acciones de enfermería en el control de RAM	
Planificación	• Integrar equipos profesionales para la elaboración de los planes de acción. • Desarrollar y fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia de la RAM. • Elaborar directrices nacionales bajo estándares reconocidos a nivel internacional.
Promoción	• Difusión de información a la comunidad para mejorar la comprensión de la RAM y las implicaciones que tiene para la salud humana y el desarrollo. • Defender el acceso a los antimicrobianos y las vacunas. • Participar en los centros de formación de Enfermería para incorporar la RAM en los programas durante la formación básica. • Fomentar la formación de profesionales de Enfermería especializados en control de infecciones. • Educar a los pacientes sobre sus derechos en la atención sanitaria con estándares de calidad. • Educar a los pacientes y a sus familias en relación con los determinantes de la RAM y las medidas para prevenirla. • Educar a los pacientes en la adherencia al tratamiento, el uso correcto de los antibióticos y la prevención de infecciones.
Implementación	• Integrar el tema en los planes de cuidado de los pacientes. • Administrar de manera adecuada de antimicrobianos considerando dosis, duración y vía. • Desarrollar acciones para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la atención de salud. • Colaborar en la disminución de la indicación de los antibióticos, monitoreando la duración adecuada de las profilaxis y de los tratamientos. • Facilitar la derivación de pacientes para el tratamiento ambulatorio y/o domiciliario con antibióticos. • Informar oportunamente sobre los resultados de laboratorio de microbiología. • Implementar las medidas de bioseguridad universales y las basadas en la transmisión. • Aplicar las vacunas respetando vías, intervalos y edades. • Desarrollar y emplear los sistemas de información relacionados con la RAM. • Emplear el enfoque multidisciplinario del control de infecciones con equipos que abarquen varios entornos y profesiones, trabajando en cooperación para la prevención de las infecciones. • Procurar el buen uso de los insumos. • Promover las buenas prácticas de conservación, preparación y administración de vacunas y de antimicrobianos.
Evaluación	• Participación activa en las rondas de sala. • Los enfermeros/as en sus funciones como profesionales clínicos, docentes, investigadores y asesores técnicos pueden colaborar y liderar programas de evaluación de calidad en los sectores asistenciales y de atención primaria monitoreando el cumplimiento de las normas de seguridad. • La gestión del recurso humano enfermero, promoviendo la adecuada dotación de enfermeros asistenciales y de control de infecciones, como pilar fundamental para poder dar cumplimiento a todas las medidas de comprobada eficacia en la prevención de infecciones y el uso adecuado de antimicrobianos.

El CIE ha incluido la resistencia antimicrobiana como tema prioritario entre las metas específicas de salud que demandan un enfoque global para progresar a lo largo del período 2017-2020. En este sentido, además, ha dado a conocer una declaración de posición en la cual manifiesta su apoyo a la “resolución de Naciones Unidas adoptando la declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la resistencia a los antimicrobianos, en particular el compromiso de trabajar en los niveles nacional, regional y global para desarrollar planes de acción, programas e iniciativas políticas nacionales multisectoriales”.

CONCLUSIONES

El aumento de la resistencia antimicrobiana como problema complejo de salud pública requiere de intervenciones intersectoriales para poder mitigar

sus efectos en la salud de las personas y las poblaciones. Enfermería puede desempeñar un papel decisivo en la educación a los pacientes para contrarrestar la noción cultural de que la medicación es la única solución. El informar correctamente es fundamental, sobre todo en aquellas comunidades que tienen una concepción medicalizada de la atención de la salud.

Al hacer valer el contacto más estrecho y frecuente con los pacientes y su entorno familiar, así como su rol en la coordinación de cuidados, Enfermería se encuentra en una posición óptima para llevar adelante programas de control de la resistencia a los antimicrobianos dentro de un equipo multidisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA

—Consejo Internacional de enfermería <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/prioridades-estrategicas-del-cie/resistencia-los-antimicrobianos-ram>. Acceso febrero 2019

—Lazovski J, Corso A, Pasteran F, Monsalvo M, Frenkel J, Cornistein W et al. Estrategia de control de la resistencia bacteriana a los antimicrobianos en Argentina. *RevPanam Salud Publica*. 2017;41:e88

—Ministerio de Salud de Argentina. Resolución 391/2015. Boletín Oficial, 29 de Junio de 2015. Disponible en: <http://antimicrobianos.com.ar/ATB/wp-content/uploads/2016/01/RESOLUCION-BOLETIN-OFICIAL-29-6-15.pdf>.

—Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/antimicrobial-resistance/publications/global-action-plan/es/>. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/resistencia-a-los-antimicrobianos> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/resistencia-a-los-antibioticos> Acceso: febrero 2019.

—Organización Mundial de Sanidad Animal. Estrategia de la OIE sobre la resistencia a los agentes antimicrobianos y su uso prudente. 2016. Disponible en: http://www.oie.int/fileadmin/Home/esp/Media_Center/docs/pdf/PortalAMR/ES_OIE-AMRstrategy.pdf. Acceso: 20 noviembre 2018.

—Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Plan de Acción de la FAO para la Resistencia a los Antimicrobianos 2016-2020. Disponible en: <http://www.fao.org/3/b-i5996s.pdf>. Acceso 20 noviembre 2018.

—Organización Mundial de la Salud. Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos. Manual para la primera fase de implementación. Disponible en: <http://www.who.int/antimicrobial-resistance/publications/surveillance-system-manual/es/>. Acceso: 20 noviembre 2018.

—WHO. Concept Note for Surveillance of HIV Drug Resistance in Adults Initiating Antiretroviral Therapy (Pre-Treatment HIV Drug Resistance). March 2014. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/pretest_drugresistance/en/ Acceso: 20 noviembre 2018.

Prevención de lesiones por presión (LPP)

FICHA
56

Lic. Cintia Zurita
Sanatorio Itoiz



1) DEFINICIÓN

Se trata de una lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea, que se produce cuando se ejerce una presión prolongada o fricción entre dos planos duros y tiene, como consecuencia, una degeneración rápida de los tejidos.



2) OBJETIVOS

Identificar situaciones de riesgo y seleccionar intervenciones que contribuyan a la prevención y/o mejoría de la integridad cutánea de los pacientes.

3) ROLES Y RESPONSABILIDADES

- Enfermería y el cuidador primario del paciente ocupan un papel primordial en la atención para evitar las lesiones por presión.
- El profesional de enfermería debe actuar de manera autónoma, identificando factores de riesgo y en la selección de las intervenciones preventivas que se lleven a cabo.

4) CONSIDERACIONES GENERALES

Para determinar los cuidados de la piel del paciente, es primordial realizar una evaluación exhaustiva diaria utilizando una escala validada de medición del riesgo que nos indicará el tipo de riesgo (bajo, me-

dio o alto) de producirse una LPP. A partir de esto, se desprenderán los cuidados preventivos a desarrollar.

Se recomienda esta medición a todo paciente que permanezca hospitalizado por más de 24 hs, independientemente de cual sea el motivo de su internación.

Toda escala validada debe considerar los siguientes factores para la medición del riesgo:

- Movilidad.
- Higiene.
- Incontinencia.
- Nutrición.
- Protección de las zonas de riesgo.
- Cuidados generales.

Aunque la principal causa de las LPP es la presión, existen una serie de elementos que en presencia de ésta pueden desencadenar o acentuar la susceptibilidad de desarrollarlas.

Estos pueden clasificarse en:

Factores intrínsecos

- Enfermedades concomitantes: alteraciones respiratorias, cardíacas.
- Alteraciones sensitivas: la pérdida de sensibilidad cutánea disminuye la percepción del dolor y dificulta las respuestas de hiperemia reactiva.
- Alteraciones motoras: lesionados medulares, síndromes de inmovilidad.
- Alteraciones de la circulación periférica, trastornos de la microcirculación o hipotensiones mantenidas.
- Alteraciones nutricionales: delgadez, obesidad, déficit de vitaminas, hipoproteïnemia, déficit hídrico.
- Alteraciones cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
- Envejecimiento cutáneo.

Factores extrínsecos

- Humedad: incontinencia, sudoración profusa, exudados de heridas.
- Pliegues y objetos extraños en la ropa.
- Tratamientos farmacológicos: inmunosupresores, sedantes, vasoconstrictores.

5) EQUIPO Y MATERIALES

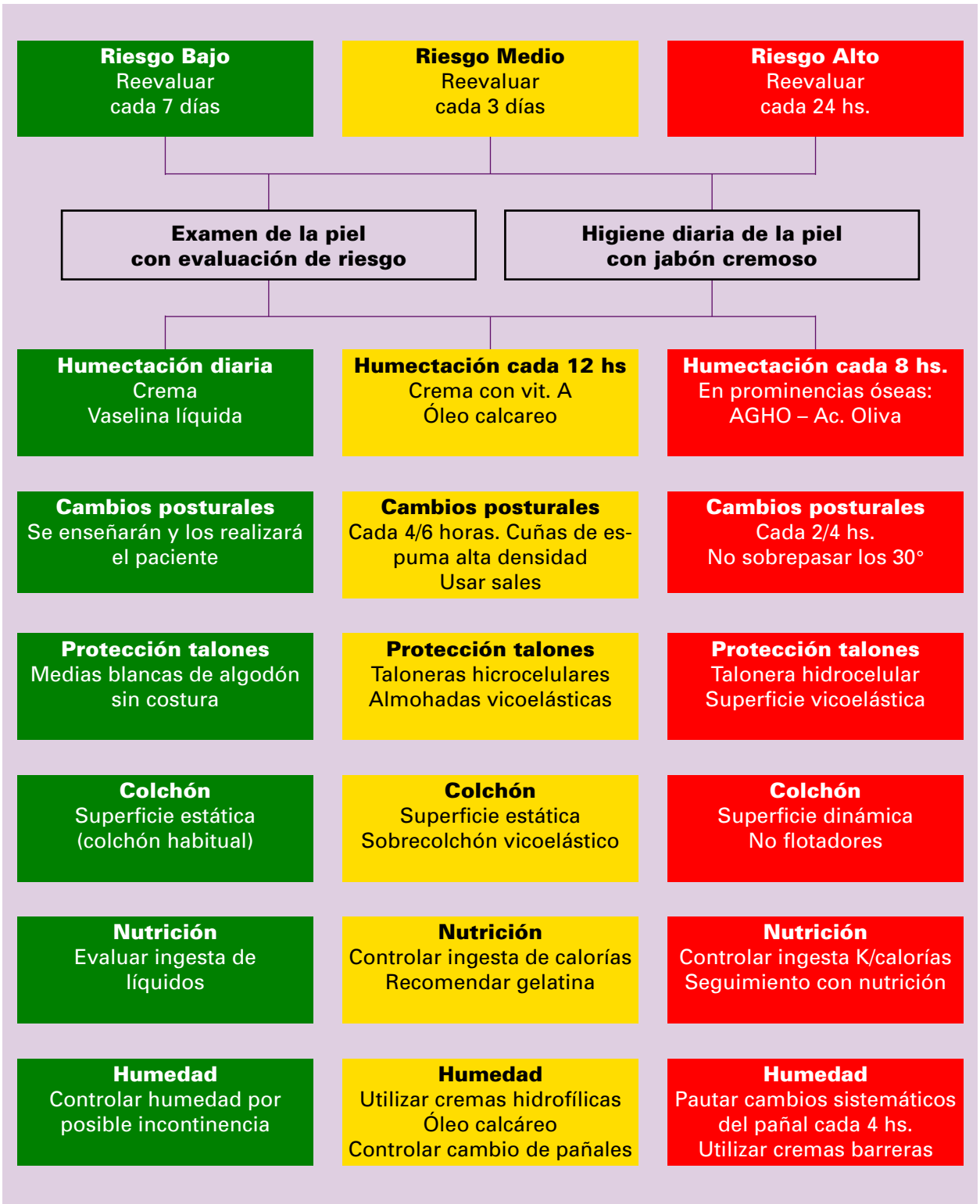
- Planilla de medición de riesgo de UPP.
- Guantes de examinación.
- Almohadas.
- Ácidos grasos hiperoxigenados (lino vera), cremas hidratantes.
- SEMP (sistemas especiales de manejo de presión).
- Taloneras.

6) PROCEDIMIENTO

I. Medición del riesgo

- Lavado de manos.
- Identificación del paciente, cotejar con la pulsera identificatoria.
- Explicarle el procedimiento al paciente y/o familiar.
- Realizar evaluación céfalo-caudal buscando sobre todo en los puntos de apoyo, áreas enrojecidas o induraciones.
- Medir el riesgo de padecer una LPP mediante una escala (Braden, Emina, etc).
- Establecido el riesgo, determinar el plan de cuidados.

II. Plan de Cuidados orientados a la Prevención de LPP según el nivel de riesgo



III. Posiciones terapéuticas

Los cambios posturales son la regla de oro para prevenir las lesiones por presión en el paciente encamado. Deben realizarse cada dos o tres horas, junto a todas las medidas preventivas.

A) Posición decúbito supino

Para disminuir la presión, colocar distintos dispositivos posturales:

- Debajo de la cabeza.
- Debajo de la cintura.
- Debajo de los muslos.
- Debajo de las piernas.
- Debajo de la planta del pie.
- Debajo de los brazos (opcional).

Deberán quedarse libres de presión talones, glúteos, zona sacro-coxígea, escápulas y codos.



B) Posición decúbito lateral

Para disminuir la presión, colocar distintos dispositivos posturales:

- Debajo de la cabeza.
- En la espalda, permitiendo el apoyo.
- Entre las piernas.



C) Posición sentado

Para disminuir la presión colocar distintos dispositivos posturales en:

- Región cervical.
- Región lumbo-sacra.



7) FINALIZACIÓN

- Colocar al paciente en una posición cómoda y segura.
- Barandas elevadas.
- Acondicionar la unidad y equipo utilizado.
- Lavado de manos.
- Registrar las observaciones realizadas durante el procedimiento (características de la piel) y las intervenciones realizadas como también la respuesta del paciente.
- Por último, consignar firma, aclaración y número de matrícula del responsable.

BIBLIOGRAFÍA:

—Heridas crónicas: un abordaje integral Castillo de Montearagón y tozal de Guara (2077 m). Autor: Lorenzo Laliena Ara. Huesca, 8 de abril de 2012 Edita: Colegio Oficial de Enfermería de Huesca Imprime: Gráficas Alós. Huesca D. L.: Hu. 214/2012 I.S.B.N.: 978-84-615-8609-7

—<https://gneaupp.info/>

—<https://maxxaiz.wixsite.com/upp-nacional-2018/formularios-y-carga-de-datos>

—<https://gneaupp.info/documento-prevencion-de-las-ulceras-por-presion/>

Carta para enfermeras

Selene Amador

Se va cuando todavía es muy temprano, mientras yo todavía duermo, y regresa avanzada la tarde, casi siempre trayendo algo para preparar la cena. A veces le toca trabajar de noche y me despide justo antes de irme a dormir. Muchos fines de semana no está en casa porque le toca devolverle horas a alguna compañera...

Sí, ella es enfermera.

Una de las cualidades que más me sorprende de ellas es la energía que tienen. Llegan tarde a su casa después de toda la noche trabajando... y se ponen a hacer alguna tarea doméstica. Duermen 5 horas y ya se sienten listas para hacer más actividades. Ayudan a sus hijos con los deberes, les hacen la merienda, juegan con ellos... y se van a cuidar a otros niños en el hospital. Todo

eso sin demasiadas autocomplacencias y siempre dispuestas y comprometidas. La verdad es que siempre creí que las enfermeras tienen superpoderes.

Tener a una en casa también tiene sus cosas buenas: no voy nunca al médico, a menos que tenga 40 grados de fiebre durante 3 días seguidos o que directamente esté al borde de estar inconsciente. En su cartera tiene medicamentos por las dudas y para todo tipo de síntoma. ¿Dolor de panza? Tómame esto. ¿Dolor de muela? Tengo justo lo que necesitas... Aprendí también tecnicismos que mis amigos no: sé lo que es un pase de guardia, lo que significa que alguien esté hiperventilado y por qué es tan importante estornudar en el pliegue del codo y no en la mano.

Aunque, también, vivir con una enfermera no es fácil. Hay tardes en las que quiero estar con ella, pero ella está descansando. Otros días también tiene que interrumpir la reunión familiar por una llamada inesperada. En la escuela, muy pocas veces podía ir a los actos. Ni que hablar de las navidades, nochebuenas y años nuevos en los que celebramos por teléfono porque a ella le tocó trabajar. Lejos de que esta situación suponga un drama, despertó y desarrolló en mí el sentimiento de solidaridad y comprensión y, por supuesto, generó admiración por mi mamá, ya que ese día está ayudando a quienes lo necesitan.

Ayer me enfermé. Estuve por horas, horas y horas en el hospital y ahí estaba ella... Vestida de enfermera, trabajando presurosa, hablando un lenguaje extraño con gente que no conocía. Ayer me abrazó y besó, me mimó, me metió a la cama, me cobijó y veló por mí toda la noche, igual lo hizo con otros niños que estaban junto a mí y con el ancianito de la cama N°2. Ella es la enfermera, la que sirve a los demás, la que vive para los demás y ahora comprendo que cuando no estaba conmigo, estaba con otras personas que la necesitaban probablemente más que yo.

Ahí comprendí que eras vos...

Eras vos la que le apretaste la mano a la mujer dando a luz.

Eras vos la que lloró junto con los padres al enterarse de una mala noticia sobre su hijo.

Eras vos la que oraste por las familias de la clínica.

Eras vos la que le enseñaste a amamantar correctamente a la madre primeriza.

Eras vos la que hizo reír al niño con cáncer, trayéndole dibujos para pintar.

Eras vos la que se preocupó.

Eras vos la que cuidó.

Eras vos.

Siempre fuiste vos.

Quizás será porque es algo que esperamos, pero muchas veces se nos olvida reconocerles la labor y lo damos por hecho, sin tener en cuenta la carga personal y emocional que lleva sobre sus hombros.

Aun así, ella, la enfermera, siempre está presente con su mejor cara para calmarte, para darte un beso, para curarte, para darte un abrazo y para una infinidad más de cuidados.

Para mí, hablar de enfermeras es hablar de compañía, de amparo, de plato caliente, de consuelo, de seguridad y de tantas otras cosas que reconfortan el alma. Por eso, valga esta carta abierta para condecorar a todas las enfermeras y darles un gran aplauso y reconocimiento. Hablo en nombre de todos los hijos de enfermeras, para decir bien alto: gracias, las amamos y estamos orgullosos de ustedes.

BASES PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

RECIBIMOS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS RELACIONADAS CON LA DISCIPLINA ENFERMERA:

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

FORMATO DE PRESENTACIÓN	
- Tamaño de la hoja: 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	SOBRE EL ARTÍCULO
- Nombre completo del autor. - Tel., 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).	- Título - Resumen: hasta 300 caracteres Resumen en inglés (Abstract) - Palabras clave: máximo 5 En español e inglés (keywords) - Bibliografía
GRÁFICOS Y FOTOS	
Enviar <u>por separado</u> y con <u>buena resolución</u> de imagen.	

BIBLIOGRAFÍA: FORMATO DE CITA

LIBROS	REVISTAS
Apellido, inicial del nombre del/los autor/es (Año de publicación entre paréntesis) <i>Título del libro en cursiva, seguido de punto.</i> N° 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/los autor/es (Año de publicación entre paréntesis) "Título del artículo entre comillas, seguido de coma", <i>Nombre de la revista en cursiva</i> N° 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).

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN	
Título Resumen (hasta 300 caracteres). Palabras clave (hasta 5) Introducción: Objetivos. Justificación. Tipo de estudio.	Material y métodos: Descripción del objeto. Procedimientos. Criterios de inclusión y/o exclusión. Resultados. Discusión y conclusiones. Bibliografía.

La importancia de los centros de lactancia materna (CLM) y los bancos de leche humana (BLH)

Vanesa Valls

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

El banco de leche humana donada y pasteurizada ofrece la mejor opción para el sostenimiento de la lactancia y el cuidado de la salud de los recién nacidos más vulnerables en el mediano y largo plazo.

INTRODUCCIÓN

Los Centros de Lactancia Materna (CLM) son espacios dentro de las instituciones asistenciales destinados a promover, proteger y acompañar la lactancia materna en niños recién nacidos prematuros y/o enfermos que no pueden alimentarse directamente del pecho.

El objetivo final es brindar al niño el mejor alimento diseñado para él (la leche de su propia madre) y que la mujer pueda de este modo sostener la lactancia hasta que, una vez dadas las condiciones, pueda ofrecerle el pecho y lograr –en el mejor de los casos– la lactancia materna exclusiva luego de recibir el alta. Los CLM llevan a cabo esta tarea de forma centrali-

zada y controlada dentro de la institución. El primer banco de leche de la República Argentina fue el del Hospital San Martín de La Plata; luego se sumaron el del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (CABA), el del Hospital Perrando (Chaco), Hospital Neonatal (Córdoba), Hospital Lagomaggiore en Mendoza, Hospital Cutral Co en Neuquén) y los más recientes en el Hospital López Lima (Río Negro) y en el Hospital Materno-Neonatal (Corrientes).

La leche suministrada al bebé debe ser manipulada en forma segura (para evitar la menor pérdida posible de nutrientes en los procesos, desde la extracción hasta la administración) como así también segura desde el punto de vista sanitario. En circuns-

tancias en que los lactantes internados no pueden ser alimentados con leche de su propia madre, ya sea en forma total o parcial, la leche humana donada pasteurizada es la mejor opción.

EL FUNCIONAMIENTO DE UN BANCO DE LECHE HUMANA (BLH).

El BLH es una estrategia de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna que además cumple con las tareas de recolección, controles de calidad, procesamiento, pasteurización y distribución de leche humana pasteurizada segura dentro de instituciones asistenciales.

• ¿Quiénes pueden ser donantes?

Todas aquellas mujeres que estén amamantando o extrayendo leche para su propio hijo, que cubran las necesidades de los mismos y que estén dispuestas a donarla en forma voluntaria. Los requisitos son: ser sanas, presentar serologías negativas para HIV, Hepatitis B, VDRL, toxoplasmosis y Chagas, no beber alcohol, no fumar, no consumir drogas ni medicamentos contraindicados para la lactancia.

Al ponerse en contacto con el banco de leche se evalúa la aptitud de la donante y luego de corroborarla comienza el proceso de donación. La mayoría de las mujeres realizan la extracción en su domicilio, rotulan el frasco provisto por el banco de leche y lo conservan en freezer hasta la próxima recolección.

• ¿Cómo se procesa la leche?

Una vez que llega al banco, la leche es ingresada al stock para ser procesada: se verifica se haya cumplido con la cadena de frío en el traslado, que el envase esté sano y bien rotulado; se lo limpia y se guarda en freezer exclusivo para tal fin.

La leche que va a ser pasteurizada es seleccionada y clasificada. La clasificación consiste en separar calostro, leche intermedia y madura, leche de término y prematura; es decir, según edad gestacional al momento del parto y días de lactancia. La selección consiste en analizar por medio de distintos parámetros fisicoquímicos que la leche cumple con los criterios de calidad para continuar y ser pasteurizada.

El método de pasteurización utilizado es el método Holder (62,5°C durante 30 minutos), luego se toman muestras para control bacteriológico de cada uno de los frascos de pasteurización, se freeza la leche y se aguarda 48 horas la obtención de los resultados antes de ser liberada para consumo.

• ¿Quiénes son los beneficiarios?

Los beneficiarios son, en su mayoría, los bebés prematuros internados en la unidad neonatal que por algún motivo no tienen disponible la leche de su propia madre. También, aquellos bebés que por indicación médica lo requieran durante el proceso de internación.

PALABRAS FINALES

El establecimiento de bancos de leche humana en instituciones asistenciales con internación neonatal y su trabajo en red con los CLM es una estrategia destinada a proveer una alimentación segura y adecuada para los niños internados para mejorar sus posibilidades de sobrevivencia.

El centro de lactancia materna posibilita el acceso a la alimentación con la mejor opción disponible (la leche materna) a niños que no pueden hacerlo directamente del pecho de su madre. De este modo, contribuye a incrementar y sostener la práctica de la lactancia materna exclusiva al producirse el alta.

MÁS INFORMACIÓN

- Directrices para la organización y el funcionamiento de los Centros de Lactancia Materna en Establecimientos Asistenciales.
- Pautas para centros de lactancia materna en establecimientos asistenciales.
- Directrices para la organización y el funcionamiento de los Bancos de Leche Humana en establecimientos asistenciales.

Disponible para su consulta en:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/directrices>



JORNADA DE ENFERMERÍA NEONATOLÓGICA

ASPECTOS PSICOEMOCIONALES DE LA ENFERMERIA NEONATAL

MIÉRCOLES 10 DE ABRIL
DE 8.30 A 14.00 HS

**SALÓN AUDITORIO DE LOS CONSULTORIOS
EXTERNOS DEL IADT**
MARCELO T. DE ALVEAR 2439 PB

JORNADA LIBRE Y GRATUITA - SE ENVIARÁN CERTIFICADOS DE ASISTENCIA

8.30 a 9.00 hs ● ACREDITACIÓN

9.00 a 9.15 hs ● APERTURA

MESA 1

9.15 a 10.00 hs ●

**SITUACIÓN NEONATAL EN ARGENTINA - RETINOPATÍA DEL PREMATURO
ESTADÍSTICAS. PROGRAMAS. RESULTADOS.**

Lic. Ana Quiroga | Ministerio de Salud de la Nación Argentina

MESA 2

10.00 a 10.45 hs ●

**FAMILIAS HOMOPARENTALES
EL DUELO DESDE LA MIRADA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
ADOPCIÓN DE NIÑOS
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Lic. Claudia Carissimo | Clínica y Maternidad Suizo Argentina

10.45 a 11.10 hs ●

PAUSA Y CAFÉ

11.10 a 11.20 hs ●

PRESENTACIÓN REVISTA VEA

MESA 3

11.20 a 12.20 hs ●

**LA IMPORTANCIA DEL BINOMIO MADRE E HIJO
MIRADA MÉDICA**

Dra. Mónica Savorani | Hospital Municipal de Morón

Lic. Yamila Martín | Casa Hospital San Juan de Dios

Dra. Sandra Coronel | Casa Hospital San Juan de Dios

MESA 4

12.20 a 13.10 hs ●

**EL ROL DE LA CONTENCIÓN DE LA ENFERMERÍA A LA FAMILIA
LA EXPERIENCIA DESDE LA EVIDENCIA**

Mag. Alejandra Llarín | Clínica Santa Isabel

Lic. Gabriela Dantelo | Sanatorio de Los Arcos

13.10 a 13.30 hs ● CIERRE

INFORMES E INSCRIPCIÓN:

alejandrafuente@adecra.org.ar / 4374-2526 int. 111



LaboratoriosRIVERO

Rivero Junto a la enfermería especializada

MATERIALES BIOMEDICOS ORIGINALES RIVERO

Estériles, atóxicos, libres de pirógenos y látex natural

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

 **LaboratoriosRIVERO**

Avenida Boyacá 419 - C1406BHG - CABA

Director Técnico: Dr. Pedro Luis Rivero

Bioquímico y Farmacéutico

Tel.: 4633.8666 Líneas Rotativas | Fax 4631.5634 4633.4754

www.rivero.com.ar | www.facebook.com/LaboratoriosRivero

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