

PÁG **21**

**Perspectiva sobre  
el desarrollo de  
la Enfermería Laboral**

**La identificación  
del paciente: PÁG 15  
desafíos de una  
meta primordial**

**El rol de PÁG 7  
la enfermera neonatal  
en la contención  
de la familia: evolución  
y desafíos actuales.**

# 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  
**El rol de la enfermera neonatal en la contención de la familia: evolución y desafíos actuales.**  
Mg. Llarin, Alejandra / Lic. Dantelo, M. Gabriela
- 14 | RINCÓN LITERARIO  
**"Tu Voz"**  
Sara Ruiz Diaz
- 15 | SEGURIDAD DEL PACIENTE  
**La identificación del paciente: desafíos de una meta primordial.**  
Lic. Mariana Dipiazza
- 21 | INVESTIGACIÓN 1  
**Perspectiva sobre el desarrollo de la Enfermería Laboral.**  
Lic. Diego Campodónico\*
- 29 | 5° Jornadas del Sanatorio San José. La seguridad del paciente, estrategia para la calidad.
- 30 | **Participación de la Comisión de Enfermeros de gestión en la X Jornada abierta del Foro Latinoamericano Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud. Organizada por el IECS**
- 31 | INFORME 2  
**Inteligencia emocional y Enfermería.**  
Mg. Daniela Chagallo
- 37 | EXPERIENCIAS  
**Necesidad de formación continua interdisciplinaria.**  
Dra. María del Valle Correa Rojasi
- 39 | FICHA 59  
**Actuación ante derrame de agentes citotóxicos y exposición accidental.**  
Lic. Ángela María Díaz Sierra
- 43 | GACETILLA  
**Recomendaciones de vacunación contra el sarampión.**
- 45 | INVESTIGACIÓN 2  
**Brindar información al paciente: factor clave de la calidad de atención.**  
Lic. Prof. Karina L. Benítez / Lic. Prof. Vanesa Miramon
- 55 | GACETILLA  
**XVI Simposio Latinoamericano de Enfermería**  
**Gestión del cuidado del adulto mayor: ¿Estamos preparados?**
- 57 | ENFOQUES  
**El acompañamiento del binomio madre-hijo durante la exogestación.**  
Asesoramiento: Lic Claudia Fabiana Carissimo
- 59 | INVESTIGACIÓN 2  
**Evaluación clínica para la determinación de planteles en UCI: un estudio de caso.**  
Lic. Gustavo Andres Alvarez / Lic. Amaru Verdesoto / Lic. Alejandro Skamarda
- 63 | **Curso de posgrado: Gestión de Jefaturas en Áreas de Enfermería CONVOCATORIA 2020.**

## STAFF

---

### DIRECCIÓN

Lic. Mercedes Sosa

### JEFA DE REDACCIÓN

Prof. Lic. Marisa Server

### COORDINACIÓN EDITORIAL

Alejandra Fuente

### CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Prof. Magdalena Villaverde

### EDICIÓN

Susana Prieto

---

### Adecra

Montevideo 451 - Piso 10º (C1059ABI)

C.A.B.A. Argentina

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

www.adecria.org.ar

www.enfermeria.adecria.org.ar

e-mail: revistavea@adecria.org.ar

Esta publicación es propiedad de:  
Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina

Autorizada su reproducción mencionando la fuente.

Registro de Propiedad Intelectual Nº 399943

ISSN: 1669-385X

Base de datos de indexación:

CUIDEN - Tipo de indexación: EC-E

EBSCO

---

Periodicidad trimestral

(marzo, junio, septiembre y diciembre)

---

**AÑO 16 | Nº 60 | DICIEMBRE 2019**

## CONSULTORES ESPECIALISTAS

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

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

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

# Editorial

La llegada de este fin de año nos lleva inevitablemente a realizar un balance de lo vivido en el transcurso de 2019. Vemos que Enfermería ha protagonizado distintas luchas, algunas más mediáticas que otras, y que al margen de los resultados el logro más importante es el haberse animado a salir: dar un paso al frente, por fuera del circuito de las instituciones, donde a menudo los colegas se sienten invisibilizados, que no se los considera, que no es posible llevar adelante y lograr dar respuesta a sus reclamos y proyectos.

También, como parte de ese balance anual, al pensar nuestra proyección de cara al año próximo vemos que el 2020 abre una posibilidad, una oportunidad única para la Enfermería en el mundo. La OMS, junto con el CIE, han designado al 2020 como el Año de la enfermera y la matrona, en conmemoración del bicentenario del nacimiento de Florence Nightingale, considerada una precursora de la Enfermería profesional moderna.

La campaña de salud Nursing Now (Enfermería ahora), diseñada en este marco y cuyo lema es “Mejorar la salud a nivel mundial elevando el perfil y el

estado de la Enfermería”, tiene como objetivo potenciar la figura de la enfermera y poner de relieve la necesidad de contar con un personal de sólida formación, de invertir en estrategias tanto de reclutamiento como de retención, y de eliminar las barreras al desarrollo de los roles de Enfermería. Se trata del desarrollo de estrategias que permitan abordar los inconvenientes que impiden la promoción de las enfermeras a fin de que puedan alcanzar todo su potencial.

Se trata de una gran oportunidad, con la que hemos soñado muchas enfermeras a lo largo de nuestra vida profesional. Por eso mismo, nos compromete a una participación social activa en la trasmisión y el fortalecimiento del conocimiento enfermero, en la determinación de liderar programas y proyectos de mejoras hasta alcanzar el objetivo de desarrollo sostenible: “Garantizar vida sana y bienestar a todos en todas las edades”.

**Bienvenido sea, entonces,  
este 2020.**

**Lic. Mercedes Sosa**

## Curso de posgrado **Gestión de Jefaturas en Áreas de Enfermería**



**Directora:**  
Prof. Lic. Isabel Vera  
Doctora en Enfermería

*Declaratoria de Interés en trámite  
Facultad de Medicina*



Del 27 de marzo  
al 18 de diciembre



Auditorio Adecra+Cedim  
Montevideo 451 10°



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



A confirmar



Efectivo, tarjeta de crédito VISA,  
transferencia o cheque

### **Dirigido a:**

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

### **Modalidad:**

Presencial con talleres y  
dinámicas grupales.

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

**Presentar:** Fotocopias de título, DNI y matrícula.

**- CUPOS LIMITADOS -**



## Curso de **Estadística aplicada a los Profesionales de Enfermería**

**Directora:**  
Prof. Lic. Isabel Vera  
Doctora en Enfermería

### **Dirigido a:**

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



Del jueves 26 de marzo  
al 17 de diciembre



Auditorio Adecra+Cedim  
Montevideo 451 10°



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



A confirmar



Efectivo, tarjeta de crédito VISA,  
transferencia o cheque

### **INFORMES E INSCRIPCIÓN**

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

# El rol de la enfermera neonatal en la contención de la familia: evolución y desafíos actuales.

Mg. Llarin, Alejandra \*

Clínica Santa Isabel

Lic. Dantelo, M. Gabriela \*\*

Sanatorio Los Arcos

La enfermera neonatal es responsable de brindar cuidados seguros y de calidad al recién nacido y su familia, aplicando conocimientos, técnicas y destrezas adquiridas a través de la formación especializada y la actualización continua.

**Resumen:** Los nuevos desafíos que se presentan en los servicios de Neonatología exigen a los profesionales competencias que es preciso desarrollar mediante la capacitación específica y un cambio radical en la forma de trabajo.

Este artículo presenta una breve reseña histórica sobre la evolución del rol de la enfermera neonatal y aporta, desde el punto de vista de la gestión, algunas reflexiones sobre esas competencias específicas que requiere el área de Neonatología en la actualidad

**Palabras clave:** gestión, Enfermería neonatal, cuidado.

**Abstract:** *The new challenges presented in the Neonatology services demand professionals to develop skills that need to be developed through specific training and a radical change in the way they work.*

*This article presents a brief historical review of the evolution of the role of the neonatal nurse and provides, from the management point of view, some reflections about those specific competences that the area of Neonatology currently requires.*

**Keywords:** *management, Neonatal Nursing, care.*

\* Magister en Enfermería por la Universidad Maimónides. Diplomada en Gerenciamiento Integral de Servicios de Enfermería (Universidad Maimónides). Actualmente es Coordinadora de Enfermería del Servicio de Neonatología de la Clínica Santa Isabel.

\*\* Licenciada en Enfermería por la Universidad de Buenos Aires. Diplomada en Planteamiento estratégico y gestión de la calidad en hospitales e instituciones de salud" (Universidad CAECE). Analista de relaciones públicas (Universidad de Palermo). Diplomada "Negociación y resolución de conflictos laborales" (Universidad de Tres de Febrero). Actualmente se desempeña como Supervisora de Área del Servicio de Neonatología del Sanatorio de los Arcos.

## INTRODUCCIÓN

Los grandes avances en materia de salud exigen a los profesionales adecuarse a los nuevos escenarios; esto resulta complejo también a nivel de la gestión de las instituciones. En el caso de los servicios de Neonatología, el incremento de la sobrevivencia de los recién nacidos, los nuevos tratamientos de reproducción asistida para acceder a la concepción, los tratamientos prenatales, el acceso a la información online, la tecnología, etcétera, conllevan al mismo tiempo logros y desafíos. Constituyen, sin duda, factores que requieren a profesionales e instituciones estar a la altura de las nuevas demandas.

En la actualidad, la Enfermería neonatal comprende no sólo los cuidados asistenciales, sino que debe dar contención y respuesta a las demandas emocionales de las familias y sus hijos. Es por ello que la capacitación permanente se ha convertido en un requisito indispensable para garantizar la calidad y seguridad de los cuidados.

Atento a esto, este trabajo presenta algunos aportes y líneas de reflexión sobre el rol contenedor de la enfermera neonatal centrado en los cuidados seguros, analizado desde el punto de vista de los líderes en gestión del servicio de Neonatología.

## I. BREVE RECORRIDO HISTÓRICO

La evidencia y la experiencia demuestran que los recién nacidos que mantienen un contacto permanente con sus familiares muestran una pronta y mejor recuperación de su estado de salud. Esta presencia cercana invita a hacer una revisión acerca del modo en que los equipos de salud se vinculan con las familias: ¿están en condiciones de afrontar este nuevo desafío?, ¿cuentan con la formación necesaria para ser gestores del cuidado de las emociones de las familias de estos pacientes?

Para contribuir a esta reflexión resulta pertinente hacer un breve repaso por la transformación del rol de la enfermera neonatal desde fines del siglo XIX hasta la actualidad en base a la historia y formación de los servicios de neonatología.

## PERSPECTIVAS DE FINES DEL SIGLO XIX.

A fines del siglo XIX, en Europa, el 57% de los niños nacidos a término fallecían antes de los cinco años de vida; los recién nacidos pretérmino desnutridos o con malformaciones congénitas morían en sus casas. No fue sino hasta 1880, en el Hospital de París, que se crearon las primeras incubadoras, cuya incorporación en el ámbito hospitalario contribuyó a disminuir un 28% la mortalidad neonatal.

A partir de 1890, la tecnología novedosa que proporcionaban las incubadoras se aplicó con fines terapéuticos. El doctor Alexander Lion (1870–1962), también en París, contribuyó a la sobrevivencia de los recién nacidos pretérmino mediante el desarrollo y perfeccionamiento del modelo de incubadora existente; así logró que funcionara a gas en lugar de kerosene.

A fin de recaudar los fondos necesarios para cubrir el costo de la fabricación y mantenimiento de las incubadoras, el doctor Lion recurrió a las “Exposiciones de caridad”, que consistían en la exhibición de los bebés prematuros a todos aquellos que pagaban la entrada. Los cuidados de estos niños estaban a cargo de enfermeras matronas, quienes brindaban abrazos y besos a los niños para favorecer su recuperación.

Martin Couney (1870–1950), conocido luego como “el médico incubadora”, logra una tasa de éxito del 85% de sobrevivencia de los pacientes prematuros. Couney había solicitado a la emperatriz Augusta Victoria, en Berlín, autorización para exponer a los recién nacidos pretérmino internados en el Hospital de la Caridad de esa ciudad, destinados a morir. La feria denominada “Guardería Infantil” fue un éxito que traspasó fronteras, llegando a los Estados Unidos, donde el espectáculo estuvo vigente desde 1903 a 1943. Al margen de su finalidad comercial, contribuyó a la sobrevivencia de 6500 prematuros de la época.

Estos recién nacidos estaban bajo el cuidado de un equipo de enfermeras, nodrizas y médicos. Los padres debían firmar un consentimiento al dejar los bebés para su exclusivo cuidado; quedaban eximidos de la manutención de los mismos durante la internación y debían presentarse a retirarlos el día que eran dados de alta.

## CAMBIOS DURANTE EL SIGLO XX Y CONTEXTO ACTUAL.

Recién en 1939 los hospitales de EEUU contaron con las primeras incubadoras, traídas desde Francia. En este contexto, el rol de las enfermeras y matronas era todavía el de cuidadoras abocadas principalmente al recién nacido; la familia tenía escasa o nula participación en la atención de sus hijos.

Fundamentalmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, el rol de la enfermera neonatal fue evolucionando desde aquella tarea principal centrada en el cuidado del recién nacido hasta la incorporación gradual de la familia. En particular durante las primeras décadas del siglo XXI se desarrolló el enfoque según el cual el recién nacido y la familia conforman el eje principal de atención de cuidados seguros para el mantenimiento y recuperación del estado de salud de ambos.

El escenario actual supone un rol más desafiante a las capacidades profesionales de Enfermería, dado que no sólo debe dar respuesta a las necesidades de cuidado del recién nacido, sino también brindar contención a las demandas emocionales de la familia.

La implementación de esta nueva perspectiva (donde la enfermera pondera su rol como gestora de las emociones que la familia manifiesta durante su estadía en el servicio) se torna difícil de aplicar, e incluso puede resultar incompatible, si no se toma

en cuenta la gestión de las emociones del propio equipo de trabajo

## II. ENFERMERA GESTORA DE EMOCIONES

La enfermera neonatal es responsable de brindar cuidados seguros y de calidad al recién nacido y su familia, aplicando conocimientos, técnicas y destrezas adquiridas a través de la formación especializada y la actualización continua.

Una de las dimensiones de ese cuidado es la contención emocional, entendida como “un procedimiento terapéutico cuyo objetivo es tranquilizar y estimular la confianza de una persona que se encuentran afectada por una fuerte crisis emocional” (Flórez:2017). Ésta se pone de manifiesto en las diversas áreas de desempeño: asistencial, docencia e investigación, y también desde la gestión.

A continuación, se presenta una descripción general de cada una de estas dimensiones.

### DIMENSIONES DEL ROL DE CONTENCIÓN DE LA ENFERMERA ASISTENCIAL:

#### En la recepción del recién nacido

Cuando las familias transitan uno de los momentos más críticos su vida, como es el nacimiento de un hijo, todas las emociones están a flor de piel: en instantes se pasa del dolor a la alegría, del llanto a la risa, sin poder sentirse en dominio de la situación. Este tipo de reacciones es esperable y comprensible dada la magnitud de la experiencia.

Cumplir con las funciones reguladas por la Ley 25.929 de parto humanizado en Argentina, así como favorecer el apego, un pronto contacto con el pecho materno para que el recién nacido pueda adaptarse a la vida extrauterina de forma más natural; todas éstas constituyen acciones de contención.

## En la internación conjunta

Durante el período de internación, la enfermera del sector debe favorecer los espacios necesarios para que la familia se sienta escuchada y acompañada. La familia puede expresar emociones variadas, por momentos contradictorias, puede sentirse sobrepasada por la situación; todo lo cual nos invita como profesionales a poner en práctica, cuidados de Enfermería no convencionales.

La posibilidad de concebir y dar a luz un hijo, cuando se trata de un embarazo buscado y deseado, supone para las mujeres uno de los más altos niveles de satisfacción que se puedan describir; al mismo tiempo, pueden aparecer sentimientos contrapuestos, como la angustia, temor, enojo y frustración, por miedo al fracaso en su nuevo rol. La enfermera debe lograr que la mujer y la familia puedan reconocer que todas estas sensaciones que viven son situaciones esperables, válidas, y transmitirles la certeza de su presencia para acompañarlos.

En líneas generales, el tipo de reacciones que se observa en la madre tiene su fundamento en el desequilibrio hormonal que se produce en el puerperio; las familias responden a ello de la manera en que pueden. Desde Enfermería corresponde brindar todas las herramientas para que la madre y la familia sientan que pueden brindar seguridad y protección al recién nacido. Ayudarles a comprender que en este momento especial de la vida familiar, no es sólo el bebé quien se adapta a la vida extrauterina, sino que toda la familia comienza a adaptarse a un nuevo modo de vida.

Durante la internación es aconsejable regular la cantidad de visitas, como acción de cuidado orientado a que la familia pueda estar conectada al conocimiento y demandas de su hijo. Tanto la madre como el bebé necesitan tranquilidad para reestablecer su organismo: dormir para recuperar energía, sostener una buena producción de leche materna, etc. Debe procurarse reducir al máximo toda conducta invasiva de parte del equipo de salud y permitir que puedan tomar los aportes que se le ofrecen e incorporarlos a su modo, a su forma de vida.

Puede resultar difícil llevar a cabo esta recomendación, pero es fundamental que la mujer logre anteponer a su bebé a cualquier prioridad, trabajar en fortalecer su confianza para detectar aquellos indicios que permiten comprender qué le pasa a su hijo (necesidad de alimentarse, de dormir; cambiar su pañal, sentirse amado, que lo tengan en brazos, etcétera).

Particularmente cuando se trata de una familia primeriza, la enfermera neonatal tiene la valiosa oportunidad de desempeñar su rol de educadora, así como de acompañante paciente y contenedora.

## En el acompañamiento de la familia en UCIN

En el área de UCIN la enfermera cuenta con mayor tiempo para trabajar con la familia, pues es allí donde se manifiesta, además de las emociones descritas anteriormente, el miedo frente al desconocimiento de la situación que atraviesa su hijo y la ansiedad por saber cómo evoluciona.

Dentro de una terapia intensiva, la enfermera deberá enfatizar el vínculo de la familia con el niño, encontrar el momento y las palabras justas para ayudarlos a incorporar esa nueva imagen del bebé real (frente a la del bebé que imaginaban).

Ya sea que se trate de prematuridad, de una pequeña malformación, o de la incompatibilidad con la vida, es muy frecuente advertir en la familia cierto rechazo, falta de apego, negación de la situación real de salud de su bebé. Es importante tener presente que todos ellos son mecanismos de defensa frente a la situación que les toca atravesar. De forma muy respetuosa y profesional, se debe accionar para que la familia puede volver a vincularse de una manera sana, desde la aceptación. Los pequeños gestos como ofrecer tenerlo en brazos cuando la situación lo permita o amerite, enseñarles a que le hablen, les canten, les cuenten cuánto lo quieren y lo han esperado, ayudarán a esa familia a relacionarse con su hijo. Asimismo, todas las observaciones deben ser compartidas con los demás integrantes del equipo de salud para brindar en forma holística la mejor contención posible.

En la UCIN la muerte de un bebé se vivencia de manera completamente distinta que en el resto de las áreas. En el caso de pacientes que llevaban varios días, o quizá meses, de internación, la situación resulta más dificultosa de abordar para el equipo de Enfermería, porque de alguna manera –cuando el vínculo ha sido cercano– las sensaciones de la familia se transmiten a los profesionales. Frente a estos sucesos es cuando el equipo debe demostrar su profesionalismo, su respeto, su empatía con esta familia. Cada gesto, cada silencio, cada abrazo, cada lágrima o cada palabra serán valorados por la familia.

En contrapartida, el equipo de Enfermería puede sentirse realizado cuando los bebés son dados de alta: la alegría que el servicio comparte ese día reconforta por toda la dedicación que se ha brindado.

Día a día se presenta la oportunidad de educar, de calmar la angustia y el miedo; también el humor ayuda a descomprimir situaciones tensas, de malestar, de enojo, de cansancio. Como profesionales de salud sabemos que estos episodios suelen aparecer como respuesta frente a eventos no planificados ni deseados.

Sin duda, las familias se llevan consigo la experiencia de conocer lo gratificante que resulta este apoyo de Enfermería en el momento que atraviesan.

## **En el ámbito de la docencia y la investigación**

Así como el conocimiento profundo de las incumbencias que establece la Ley de Ejercicio profesional 24004/91, la capacitación permanente y actualización en nuevas tendencias son fundamentales para la mejora y el crecimiento de la profesión acorde a las necesidades actuales.

La participación en eventos y la realización de trabajos científicos aportan nuevos datos, herramientas y experiencias, son el mejor vehículo de retroalimentación de conocimientos ya que no sólo favorecen el intercambio entre pares, sino que enriquecen las perspectivas de quienes se desenvuelven en la profesión y de quienes están en etapa de formación.

## **Perspectiva desde la Gestión**

La contención del grupo parental y su hijo es el objetivo común del accionar de todas las áreas de la Enfermería: la gestión no queda eximida de esta participación. Corresponde a los mandos medios gestionar las emociones del personal a cargo con el objetivo de potenciar la calidad de cuidados que brinda al recién nacido y la familia.

El gestor de Enfermería debe asegurar la conducción adecuada de su equipo, motivar, promover el desarrollo de las personas y la promoción de puestos, teniendo como eje principal el bienestar de todos sus integrantes.

Existen momentos específicos en los que se puede observar cómo los líderes gestionan la emoción de los equipos: en el acompañamiento de la muerte de un paciente, frente a situaciones personales del individuo que afecten la realización diaria de su tarea, o desde el lugar de víctimas secundaria cuando un colaborador comete un error.

La presencia, el hablar con todo el equipo a cargo sobre todo lo ocurrido, compartir experiencias, favorecer el diálogo y los espacios de escucha, acompañar y no juzgar al que se equivoca; todas ellas son acciones que se esperan de los mandos medios, en los nuevos modelos de liderazgo.

Si el profesional que brinda cuidados se siente también él cuidado y respetado por sus líderes de conducción, es seguro afirmar que podrá realizar sus acciones diarias en un ámbito de bienestar, con una mayor gratificación por su trabajo y esto se verá reflejado en la gratificación y confianza de los pacientes respecto de las instituciones de salud.

Debemos tener siempre presente que los protagonistas de esta historia son ese recién nacido y su familia. Durante la internación en una unidad de cuidados intensivos, el rol de los profesionales de Enfermería es el de brindar cuidados desde lo mejor de su saber y acompañarlos en la contención de sus emociones para la adaptación a esta nueva etapa de la vida.

## CONCLUSIÓN

A fines del siglo XIX y principios del XX el cuidado de los recién nacidos tenía como prioridad evitar las infecciones. Desde esta perspectiva se justificaba su aislamiento, permitiendo la visita de la madre pero no el contacto, lo que trajo como consecuencia que un gran número de bebés fueran abandonados. Luego de la Segunda Guerra Mundial tiene lugar un giro conceptual sobre el cuidado: dentro de un esquema que todavía privilegia la hospitalización, surge la internación conjunta del binomio madre-hijo.

Transcurridas varias décadas, en la actualidad existen todavía servicios de Neonatología donde los padres son considerados visitas: están sujetos a hora-

rios de ingreso, permanencia en las unidades, y son percibidos como ajenos al cuidado especializado. El desafío de nuestra época consiste en lograr que la totalidad de las unidades neonatales centren su cuidado en la familia, desde un enfoque basado en la importancia del cuidado humanizado.

En su rol de contención, tal como ha sido desarrollado aquí, el profesional de Enfermería tiene la oportunidad de intervenir a diario para facilitar, apoyar y fortalecer el vínculo del binomio. La evidencia demuestra que desde esta perspectiva del cuidado mejoran los resultados esperados y disminuyen los índices de morbilidad y mortalidad.

El contexto actual requiere una revisión profunda de los fundamentos desde los cuales operan las instituciones de salud. Es preciso preguntarse, desde la gestión de dichas instituciones, de qué manera con nuestras acciones obstaculizamos la recuperación de estos pacientes, en lugar de favorecerla. Replantearse las rutinas de trabajo establecidas en algunos servicios con el fin de demostrar a las familias que son ellas lo que realmente importa y que la prioridad es acompañarlas en la adaptación a esta nueva etapa de la vida.

## BIBLIOGRAFÍA

- Carissimo, C. (2019) "El acompañamiento en Neonatología al final de la vida", Revista VEA: 59; pp. 53-56. Disponible en:  
[https://www.adepra.org.ar/wp-content/uploads/2019/09/VEA\\_59.pdf](https://www.adepra.org.ar/wp-content/uploads/2019/09/VEA_59.pdf)
- Sánchez, P. (2013) "El profesional de Enfermería en las etapas del duelo." Elsevier. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/el-profesional-de-enfermeria-en-las-etapas-del-duelo>
- Sola, A. (2011) "Necesidades de los padres y la familia", en: Cuidados Neonatales. Buenos Aires, Edimed.  
<http://semanadelprematurero.org.ar/wp-content/uploads/2018/11/Prematuros-Guia-Derecho-9.pdf>
- <https://www.unicef.org/argentina/informes/maternidad-segura-y-centrada-en-la-familia-mscf-con-enfoque-intercultural>
- <https://www.argentina.gob.ar/salud/crecerconsalud/embarazo-parto-puerperio/parto/respetado>
- <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24004-403>
- [http://cicsp.org/wp-content/uploads/2017/07/Segundas-vi%C3%81ctimas-open-disclosure\\_icm.pdf](http://cicsp.org/wp-content/uploads/2017/07/Segundas-vi%C3%81ctimas-open-disclosure_icm.pdf)

# "Tu Voz"

Sara Ruiz Díaz

Escuché tu voz y acudí a tu llamado. Sentí que no llegaría. Corrí lo más rápido que pude, vi tus ojos llenos de lágrimas prometiéndome que lo lograrías y te creí. Creí en vos. Porque nunca dejaste de luchar por lo que querías, siempre te saliste con la tuya ¿Por qué esta vez no lo lograrías?

Sé que has luchado por tus sueños. Has afrontado todos los retos de esta vida. Has dado vida al más bello ángel que jamás haya visto y me lo has dejado solo a mí.

Ella me recuerda a vos, ¿sabés?

He intentado comprender esta pérdida y aun no entiendo por qué ha pasado. O tal vez sí lo sé, pero ¿cómo explicarle a mi corazón que era hora de dejarte partir, que era hora de que sigas tu camino?

Me duele cada último momento que has tomado de mi mano, aunque sé que te fuiste en paz y sé que ese ángel que hoy me toma de la mano me acompañará en tus recuerdos.

La casa aun huele a tu perfume... todos los rincones de la casa llevan tu recuerdo y aún escucho tus carcajadas como cada noche cuando nos íbamos a la cama... Esas risas que retumbaban en cada espacio de la casa.

Si pudieras oírme (y creo que es así) quisiera que sepas que tus rosas blancas aún siguen en tu jardín. Hoy te visitaré por primera vez y te llevaré una rosa, la más blanca, como te gustan a vos. Tu último adiós sigue gravado en mí.

Hoy me han entregado tu diploma, ese que anhelabas. ¿Cómo contener mis lágrimas al ver tu nombre escrito allí? Pero, ¿sabés qué? Ya no lloro. Vivo cada minuto con el más bello recuerdo de tu mirada que iluminaba mi ser.

Vuela, ¡vuela alto! Aquí te echamos de menos.

Pero esos recuerdos vivirán por siempre en mí.

# La identificación del paciente: desafíos de una meta primordial.

Lic. Mariana Dipiazza\*

La identificación es un tema orgánico, que va mutando a través del tiempo y requiere una actualización permanente.

## INTRODUCCIÓN: ¿POR QUÉ IDENTIFICAR ES LA META NÚMERO UNO?

Sencillamente porque es la instancia que da comienzo a todo el proceso: de ella derivan y dependen todas las acciones posteriores. Cada dato generado respecto de un paciente en esa primera instancia confluye en un reservorio de datos único, la historia clínica. Su historia clínica. De allí la enorme responsabilidad de cada uno de los actores involucrados en la cadena de atención, que en cada contacto con el paciente deben asegurarse y documentar que están tratando con el paciente correcto. Sólo en los casos en que prima la emergencia y se privilegia el trabajo para salvar la vida al paciente podemos admitir que los identificadores elegidos no importan tanto y que las formalidades se pospongan.

Han pasado ya catorce años desde que la OMS lanzara la Alianza mundial para la seguridad del paciente, la cual incluye el logro de una correcta identificación del paciente como uno de los principales objetivos y pilares de la seguridad. Es mucho lo que hemos aprendido desde entonces y también lo que todavía debemos incorporar a nuestros sistemas para mejorar la protección de los pacientes.

## I. POR QUÉ, CÓMO Y CUÁNDO IDENTIFICAR.

La tendencia actual de involucrar cada vez más a los pacientes en las acciones relacionadas con su atención y cuidado responden a la certeza, confirmada por diversos estudios, de que su participación activa (brindando los datos requeridos, o al momento del control de los mismos, dejando una constancia de verificación de los datos impresos en su pulsera)

---

\* Lic. en Marketing  
Miembro del Comité de Seguridad del Paciente  
Docente de la Especialidad en Enfermería Neonatal  
Universidad Austral

contribuye de manera significativa a la seguridad del proceso total, a la reducción de complicaciones y a una mejor recuperación de su salud.

Los errores en la identificación del paciente pueden darse en todas las instancias de atención (sea en el diagnóstico o en el tratamiento) y en todos los ámbitos (ambulatorio e internación). Son varias las estrategias para reducir el margen de error. Por ejemplo: en colaboración con el paciente, una constancia de verificación de datos puede constar en el reverso de la orden médica (si fuera ambulatorio) o en el registro de internación (cuando se trate de un paciente internado).

Hay casos en los que el proceso de identificación puede presentar dificultades: los pacientes pueden estar sedados, desorientados, dormidos o no del todo despiertos, en estado comatoso, o bien tener discapacidades sensoriales, mentales, etcétera, que dificultan el proceso. Cuando no sea posible contar con el paciente como interlocutor, ya sea para recolectar o verificar sus datos, los que figuran en la pulsera serán la única garantía de seguridad. De allí la importancia de contar con un criterio establecido y compartido por todos acerca de los identificadores. Los identificadores son datos identificatorios inequívocos que pertenecen a un único paciente y que no pueden ser compartidos por otros.

Por todo lo dicho, es necesario que la institución defina claramente dos identificadores.

### Cómo identificar

En líneas generales se pueden tomar como identificadores:

- nombres y apellidos
- fecha de nacimiento
- número de DNI
- número de HC
- número de paciente

Los tres primeros son los de uso más frecuente. En general, los pacientes los recuerdan fácilmente pues los acompañan en su vida cotidiana.

Una vez elegidos, los identificadores deberán pasar a formar parte de toda la documentación referida al

paciente (informes de estudios, muestras, listados, etcétera). En caso de estar internados, deberán figurar también en una pulsera que el paciente portará en su muñeca.

Las pulseras, en tanto soporte de los datos elegidos como identificadores, debe contenerlos:

- de manera legible para los usuarios
- idealmente, codificados, ya sea en un código de barras, bidimensional (datamatrix o QR) o bien un tac de radiofrecuencia

Esto facilitará el registro de las acciones y su posterior monitoreo. En el mejor de los casos, deberían poder ser leídos y contrastados con el sistema para brindar una seguridad absoluta de los cinco correctos (la denominada trazabilidad a pie de cama). La elección de la tecnología a utilizar dependerá del desarrollo informático y de la inversión en hardware que cada institución pueda realizar.

### Cuándo identificar

La interrogación activa al paciente será necesaria al menos:

- al inicio del turno / al momento de la atención
- al administrar medicación, alimentos
- al momento de trasladar al paciente
- antes de realizar un estudio invasivo

Si el estado del paciente no lo permite, se deberán chequear los datos de la pulsera.

### ESTÁNDAR ACTUAL DE LA JCI.

En base a las propuestas de la OMS, la Joint Commission International (JCI) definió las metas internacionales de seguridad del paciente. Éstas reconocen la necesidad de un diseño sólido del sistema para una atención de salud segura y de alta calidad. Asimismo, la identificación es la meta número uno del IPSG (International Patient Safety Goals –Objetivos internacionales para la seguridad del paciente). Su objetivo es doble: primero, identificar de manera fiable al individuo como la persona a quien está dirigido el servicio o el tratamiento; segundo, hacer coincidir el servicio o tratamiento con el individuo.

Con respecto al desarrollo e implementación de sistemas, el estándar es enfático respecto del no uso del número de habitación o la ubicación del pa-

ciente para su identificación debido a la variabilidad de este dato (el paciente puede ser reubicado varias veces durante su internación). La ubicación del paciente debe ser únicamente una referencia para facilitar algunos procesos, nunca un identificador. La identificación debe abarcar tanto el período de internación como el ambulatorio, dado que es necesario garantizar el proceso en ambas circunstancias. En el caso de pacientes ambulatorios se debe, además, diferenciar el subgrupo que reciba intervención quirúrgica ambulatoria, procedimiento o estudio bajo sedación, anestesia o contraste.

Estos pacientes deberán portar una pulsera con los identificadores elegidos, al igual que los internados, debido al riesgo que conllevan las prácticas a las que se someten (cuadro 1). Finalmente, el proceso de identificación debe tener en cuenta las necesidades singulares de algunos grupos de pacientes, y contemplarlas de modo que el personal esté más atento a ellas y pueda prevenir errores en estas circunstancias especiales (cuadro 2).

Cuadro 1

| Intervenciones que requieren identificación especial                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>– endoscopías</li><li>– radiología intervencionista</li><li>– hemodinamia</li><li>– punciones mamarias</li><li>– ecodopplers cardíacos transesofágicos</li><li>– ergometrías con consumo de oxígeno</li><li>– eco-stress</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>– pruebas de caminata de seis minutos</li><li>– espirometrías</li><li>– transfusiones (donante-receptor)</li><li>– Tilt Test</li><li>– pacientes quirúrgicos u oncológicos de hospital de día</li><li>– todos aquellos pacientes a los que se les haya colocado catéter</li></ul> |

Cuadro 2

|                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Binomio madre – hijo</b>                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>– Se debe garantizar que madre e hijo queden unidos de forma inequívoca, físicamente y en cuanto a sus datos de identificación. Los desafíos son:</li><li>– Colocar las pulseras del binomio antes de cortar el cordón.</li><li>– La elección de los identificadores, ya que, en muchos casos, no hay nombre definido. Conforme al marco regulatorio vigente, el apellido debe ser el de la madre biológica: “hijo de (apellido)”.</li></ul>                                                                                                                                                                         |
| <b>Pacientes comatosos, pacientes con desórdenes mentales</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>– Para los casos en los que el paciente no pueda identificarse por sí mismo al momento de ingresar a la institución es necesario generar algún tipo de identificación, así sea muy básica, con una serie de dato. Por ejemplo: sexo (M / F), adulto o pediátrico (A / P), fecha y horario de ingreso (DD/MM/AA 00:00).</li><li>– El desafío es lograr que todas las acciones confluyan en esta codificación y que, una vez recuperada la conciencia (o que haya sido posible contactar a un familiar o responsable), esos datos iniciales queden volcados en un sistema con los datos reales del paciente.</li></ul> |

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Heridos múltiples</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cuando ingresan varios pacientes a la vez y no hay tiempo o posibilidades de identificación masivas, una alternativa es utilizar la misma codificación que en el punto anterior hasta tanto sea posible realizarla de manera detallada.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Personas transgénero</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>– El nuevo marco regulatorio establece la importancia del respeto por la identificación del género autopercebido. Esto implica que el sistema deberá permitir agregar un dato extra al dato de origen del paciente en aquellos casos en los que aún no haya realizado el cambio de identidad en el nuevo DNI.</li> </ul>                                                                                                                                               |
| <b>Pacientes de identidad reservada</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Salvaguardar la identidad de los pacientes que no quieren ser identificados por sus nombres originales, ya sea porque dañaría su imagen o simplemente porque deciden no darlo a conocer.</li> <li>– Ofrecer al paciente la posibilidad de optar por su nombre “conocido” o bien por su sobrenombre, siempre resguardando la identidad, asegurando el nombre de origen en la historia clínica donde figurarán todos los datos / antecedentes del paciente.</li> </ul> |
| <b>Pacientes con nombre similar</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Alertar cuando, por situaciones azarosas, son internados pacientes con esta particularidad.</li> <li>– La buena práctica pide que, en lo posible, no compartan el mismo piso. Además de separar su ubicación física, para dar un marco de mayor seguridad, colocar un cartel que indique la existencia de otro paciente paciente de nombre y/o apellido similar. Si fuera posible, alertar también desde el sistema.</li> </ul>                                      |
| <b>Identificadores adicionales</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Muchas veces la pulsera del paciente podrá utilizarse para agregar datos importantes adicionales. Por ejemplo: alergias, categorías (vulnerabilidad), pedidos especiales (no transfundir o no reanimar), etcétera.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                        |

## II. IMPLEMENTACIÓN

En base a lo expuesto hasta aquí podría parecer que implementar esta meta requiere de mucho esfuerzo y recursos. Sin embargo, es importante destacar que el paso más importante es empezar: la clave para generar la cultura de la seguridad del paciente es que todos los involucrados entiendan que pesa sobre sus hombros la responsabilidad de cuidar a ese paciente.

Asegurarse en cada momento de que se está con el paciente correcto es algo que puede lograrse desde algo tan básico como revisar manualmente

los identificadores. El paso siguiente es desarrollar un sistema de trazabilidad que permita cumplir los cinco correctos del paciente en el proceso de administración de medicamentos. Esto garantizará también la seguridad de los siguientes procedimientos asociados:

- Gestión de recepción de los medicamentos.
- Receta / Indicaciones en formato digital.
- Gestión de dispensa de medicamentos en farmacia.
- Registro de la administración de medicamentos a los pacientes.
- Implementación de tecnologías de control.

De esta manera se genera un mejor ordenamiento de la institución en cuanto a:

- La eliminación de actividades sin valor agregado.
- La identificación de lotes de medicamentos e insumos administrados y utilizados en pacientes, con una mayor eficiencia en la gestión interna de recursos.
- El seguimiento de retiros del mercado, el control de vencimientos.

El mayor desafío es lograr la adherencia del personal al proceso y a la medición del mismo. Para ello es importante contar con la decisión política de las autoridades de implementar la meta y brindar todo el apoyo para su implementación.

Definir responsables de la meta y de su cumplimiento será clave. En esta instancia el cuerpo de Enfermería será sin lugar a dudas el mayor involucrado, pero se debe recordar que es necesaria la inclusión del equipo médico, de todo el personal asistencial, así como también del personal administrativo y de confort al paciente.

Otro factor de suma importancia en la implementación es la comunicación. Ésta actúa como un catalizador de la meta. Es preciso diseñar un plan de comunicación en etapas, que especifique claramente:

- cuál es el objetivo
- cuándo y cómo se va a implementar
- cómo se va a medir el grado de adherencia
- cuál es la meta y cuál el límite tolerado

Hacerlo de esta manera es muy sencillo. Una vez que el sistema de identificación esté maduro, podrán sumarse otras mediciones, por ejemplo: cantidad de pacientes cuya identidad se verificó antes de servir la comida, previo a un traslado, previo a la medicación, etcétera.

El estándar JCI fija como elementos medibles de la meta los siguientes puntos:

- 1 Los pacientes son identificados por medio de dos identificadores, que no incluyen ni el número de habitación ni la ubicación del paciente en el hospital.
- 2 Los pacientes son identificados antes de la realización de procedimientos diagnósticos, de proporcionar tratamientos, o de llevar a cabo otro tipo de procedimientos.
- 3 El hospital garantiza la correcta identificación de los pacientes que se encuentran en circunstancias especiales (por ejemplo, pacientes comatosos o recién nacidos).

Un sistema de gestión apropiado debe poder dar cuenta de estos tres puntos a través de mediciones. Conocer el grado de adhesión permitirá, además, un *benchmark* con otras instituciones.

## ¿Cómo medir el grado de adherencia? \*

- Indicador: porcentaje de pacientes internados correctamente identificados.
- Fórmula:  $\text{número de pacientes internados correctamente identificados} / \text{número de pacientes internados durante el censo} \times 100$ .
- Inclusiones: todos los pacientes internados durante 24 horas o más.
- Exclusiones: pacientes ingresados en camas de Hospital de día, Centros de corta estancia y/o recuperación de prácticas diagnóstico terapéuticas, y los que permanecen durante menos de 24 horas (ejemplo: cirugía ambulatoria, hemodinamia, otras).
- Metodología: mediante censo, al menos tres veces por semana, se revisa el 100% de las camas y se constata:
  - el número total de pacientes internados
  - el número total de pacientes correctamente identificados

\*Elaborado en base a la propuesta de PICAM para indicadores 2019 (sobre la incorporación de las metas de seguridad del paciente).

### III. VALIDACIÓN DE DATOS Y ERROR HUMANO.

Es importante que en aquellos procesos en los que se miden manualmente los datos el método utilizado sea validado. Es decir: que el proceso sea lo suficientemente robusto como para garantizar que, sea quien fuere que tome el dato, siempre se haga de la misma manera y con el mismo criterio. Por ejemplo, armar de manera muestral un cotejo de datos tomados por personas diferentes al mismo tiempo. Si los datos tomados arrojan el mismo resultado, no será necesario volver a controlarlo hasta que no haya una variación significativa en el indicador.

Sin embargo, no basta con disponer de un sistema de procesos robusto, ya que hay factores humanos que pueden ocasionar errores. Los distractores en el área de trabajo (cansancio, estrés, problemas personales) son posibles fuentes de error, por ello vale tanto la pena generar un clima de seguridad no sólo en el puesto trabajo, sino en toda la institución. Cada involucrado en la cadena de atención debe sentirse cómodo y debe sentir que puede apoyarse en mojoneros que evitarán errores mayores: saber que un error es siempre una oportunidad de mejora y que existe una vía para reportarlo y aportar así a un clima de seguridad favorable que apunta a la mejora continua, no a la punición.

### CONCLUSIÓN

La identificación es un tema orgánico, que va mutando a través del tiempo, por eso nos obliga a actualizarnos. Sin lugar a dudas, el primer gran beneficio de su correcta implementación es la seguridad del paciente. No son menores los beneficios de índole económica, relacionados con un mayor control de los recursos, su gestión, facturación y todo lo que esto implica.

A nivel de la relación entre las instituciones prestadoras y los usuarios que acuden a ellas, generar un vínculo personal con el paciente y hacerlo sentir seguro facilita que éste exprese sus dudas, y permite a los profesionales volver a chequear si ha comprendido lo necesario sobre la intervención, el tratamiento y los cuidados posteriores, como parte de un acto de rutina dentro de un marco de seguridad. Estos son beneficios intangibles que hacen a la esencia de la calidad y a la satisfacción del paciente.

### BIBLIOGRAFÍA

—JCI: 6ª edición de los Estándares para la acreditación de hospitales de Joint Commission International.

—GS1: Guía GS1 de Implementación de Trazabilidad de Medicamentos para Centros Asistenciales Basado en el Estándar GTSH - Global Traceability Standard Healthcare Septiembre 2013, Versión 1

—Identidad de género: Ley 26.743, sancionada el 9/5/2012 y promulgada 23/5/12

—PICAM: PROGRAMA DE INDICADORES DE CALIDAD PARA LA ATENCIÓN MÉDICA [picam@itaes.org.ar](mailto:picam@itaes.org.ar)

# Perspectiva sobre el desarrollo de la Enfermería Laboral.

Diego L. Campodónico\*

Junto con el logro de la calidad, la protección de la población trabajadora frente a los problemas de salud, enfermedades y daños derivados de su actividad laboral y del entorno debe constituir uno de los principales objetivos de las organizaciones.

## INTRODUCCIÓN

Los antecedentes de la Enfermería laboral en Argentina se encuentran en los abordajes de la medicina laboral que en la primera mitad del siglo XX comenzaron a ocuparse del estudio de la tríada salud-trabajo-enfermedad, desarrollando estudios específicos sobre los daños para la salud vinculados con las condiciones laborales.

El cuidado entendido como eje central de la profesión enfermera se nutre de los aportes teóricos de Florence Nightingale (la importancia del entorno, en el sentido de optimizar las condiciones ambientales para que las personas recuperen la salud) y Dorothea Orem (el concepto de autocuidado, basado en el empoderamiento de los sujetos en el cuidado de su propia salud).

En el largo período que cubre la época de dichas autoras hasta nuestros días, la disciplina se ha afianzado y ha fortalecido el proceso de atención de

Enfermería (PAE), nutriéndose de distintas teorías y modelos específicos, así como de otras disciplinas. Hoy en día Enfermería es una profesión autónoma, cuyo ejercicio legal está regulado por la Ley nacional 24.004. Estos avances han expandido el campo de la práctica profesional; la Enfermería laboral es ejemplo de ello.

La presente investigación se enmarca en este creciente desarrollo de la Enfermería Laboral que responde a la necesidad de concientizar sobre la importancia de proteger a la población trabajadora frente a problemas de salud, enfermedades y daños derivados de su actividad laboral y su entorno, una de las principales preocupaciones apuntadas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Retomando los desarrollos de Orem, se parte de tres dimensiones de análisis:

---

\* Lic. en Enfermería, con especialidad en salud ocupacional

- Teoría del sistema de Enfermería
- Teoría del déficit del autocuidado
- Teoría del autocuidado

Este abordaje permite articular la importancia de las acciones de autocuidado con el desarrollo de estrategias institucionales de promoción y cuidado de la salud.

Identificar los motivos de consulta más frecuentes y las problemáticas físicas, psicológicas y sociales relacionadas con el puesto específico de trabajo puede favorecer el desarrollo e implementación de acciones que permitan dar una respuesta pronta y oportuna a ciertas sintomatologías recurrentes, a su adecuado y temprano diagnóstico, entendiendo que el cuidado de los trabajadores es un factor clave en la calidad y la seguridad en las instituciones.

## RESULTADOS:

La empresa farmacéutica cuenta con 690 empleados, que se dividen en dos áreas: área gris (empleados administrativos y gerencia) y área blanca (empleados productivos). Esta última cuenta con 230 empleados. El presente estudio abarca a las 60 operarias que se desempeñan en el sector de encapsulado.

Un poco más de la mitad (55%) son adultas jóvenes, el intervalo de edades de 42 a 50 años es el segundo más frecuente y solamente un 5% supera los 50.

En cuanto a su situación e historia laboral, se trata de trabajadoras en plena vida laboral activa; al momento del estudio éste constituye el único lugar de trabajo, si bien un 60% cuenta con experiencia laboral previa. Ese mismo porcentaje cumple tareas en el sector encapsulado hace menos de tres años, mientras que un 35% lleva allí entre cuatro y seis años; un 5% trabaja en la empresa hace más de siete años.

## PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

### Objetivo General

- Identificar las consultas específicas realizadas en el servicio de Enfermería Laboral de las operarias que se desempeñan en el área de encapsulado de un laboratorio farmacéutico.

### Objetivos específicos

- Describir las características de la población de estudio según edad e historia laboral.
- Releva los motivos de consulta y su relación con las tareas que desempeñan.

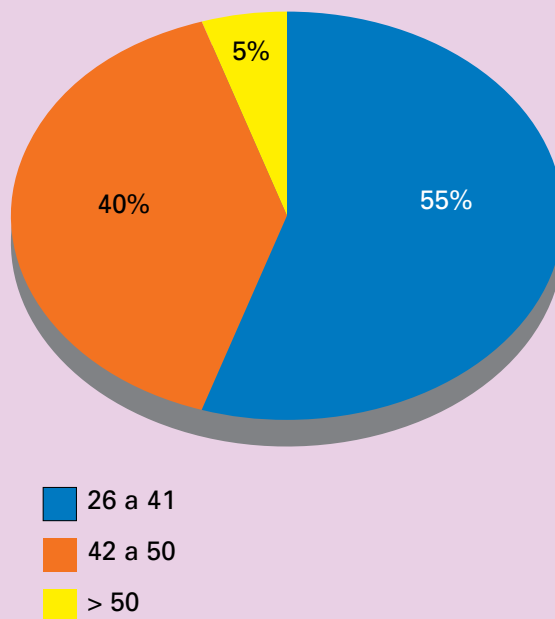
**Tipo de estudio:** descriptivo, de corte transversal y retrospectivo.

### Material y Método

- Muestra: 60 operarias del sector de encapsulado, que corresponde al 100% de las trabajadoras del sector y al 8.7% del total de personal (N=690) que trabaja en la empresa.
- La recolección de datos se realizó mediante encuesta de elaboración propia.
- El período de estudio abarca los meses de marzo a mayo de 2017.

**Tabla 1. Edad de las operarias.**

| Edades  | Frecuencia | %   |
|---------|------------|-----|
| 26 A 41 | 11         | 55  |
| 42 a 50 | 8          | 40  |
| > 50    | 1          | 5   |
| Totales | 20         | 100 |



**Tabla 2. Edad y ocupación.**

| Edades  | Tiene doble trabajo<br>NO | %   |
|---------|---------------------------|-----|
| 26 A 41 | 11                        | 55  |
| 42 a 50 | 8                         | 40  |
| > 50    | 1                         | 5   |
| Totales | 20                        | 100 |

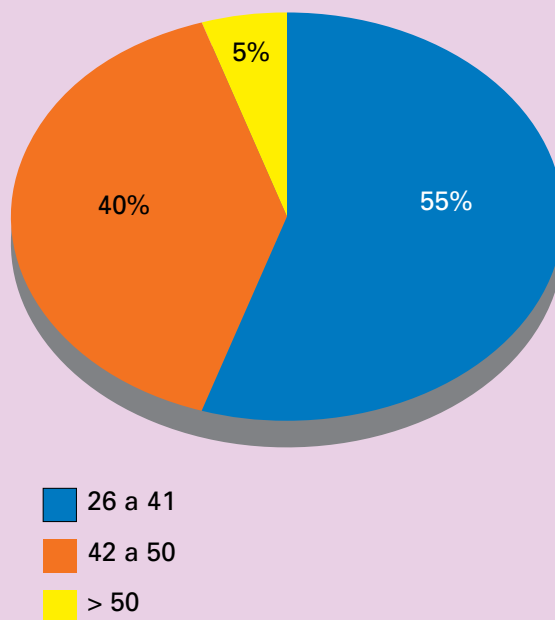


Tabla 3. Posee antecedentes laborales previos.

|         | Frecuencia | %   |
|---------|------------|-----|
| SI      | 12         | 60  |
| NO      | 8          | 40  |
| Totales | 20         | 100 |

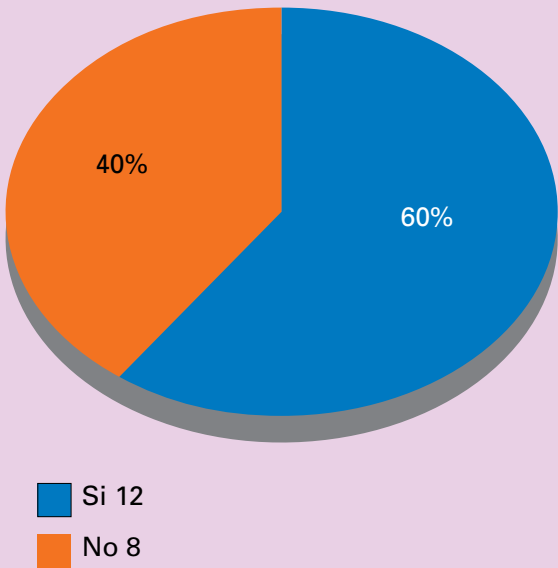
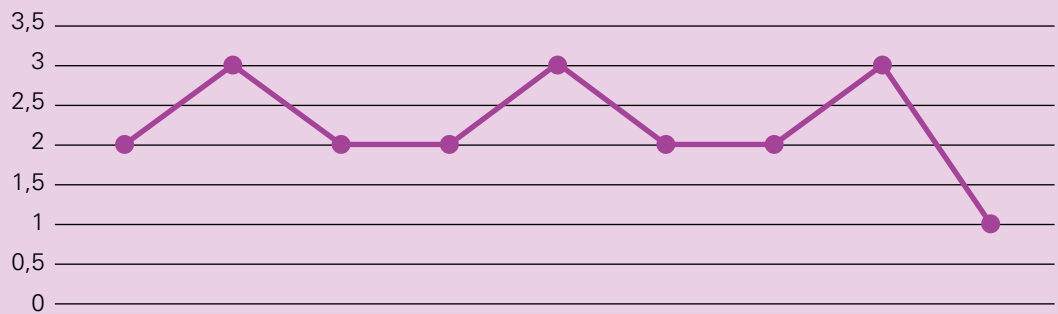


Tabla 4. Antigüedad en la empresa y en el sector de encapsulado

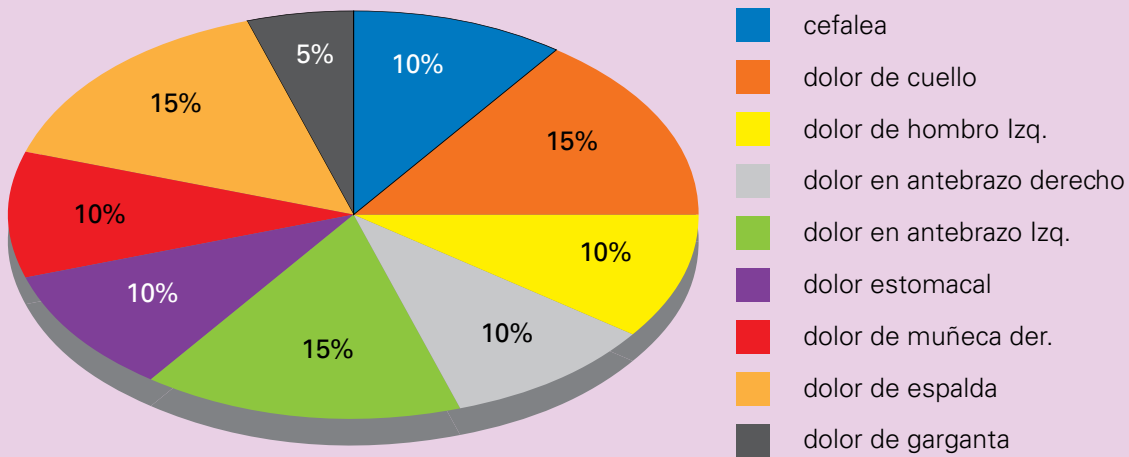
| ¿Cuánto tiempo hace que realiza este trabajo? | ¿Cuánto tiempo hace que pertenece a la empresa? |            |               | Total |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------|---------------|-------|
|                                               | menos de 3 años                                 | 4 a 6 años | más de 7 años |       |
| < de 3 años                                   | 2                                               | 3          | 7             | 12    |
| A %                                           | 16.7                                            | 25         | 58            | 100%  |
| B%                                            | 100                                             | 50         | 58.3          | 60%   |
| 4 a 6 años                                    |                                                 | 3          | 4             | 7     |
| A %                                           |                                                 | 42.9       | 57.1          | 100%  |
| B%                                            |                                                 | 50         | 33.3          | 35%   |
| > de 7 años                                   |                                                 |            | 1             | 1     |
| A %                                           |                                                 |            | 100           | 100%  |
| B%                                            |                                                 |            | 8.3           | 5%    |
| TOTALES                                       | 2                                               | 6          | 12            | 20    |
| % TOTAL                                       | 10                                              | 30         | 60            | 100   |

Tabla 5. Motivos de consulta.

|                            | Motivo de consulta | %   |
|----------------------------|--------------------|-----|
| cefalea                    | 2                  | 10  |
| dolor de cuello            | 3                  | 15  |
| dolor de hombro lzq.       | 2                  | 10  |
| dolor en antebrazo derecho | 2                  | 10  |
| dolor en antebrazo lzq.    | 3                  | 15  |
| dolor estomacal            | 2                  | 10  |
| dolor de muñeca der.       | 2                  | 10  |
| dolor de espalda           | 3                  | 15  |
| dolor de garganta          | 1                  | 5   |
| Totales                    | 20                 | 100 |

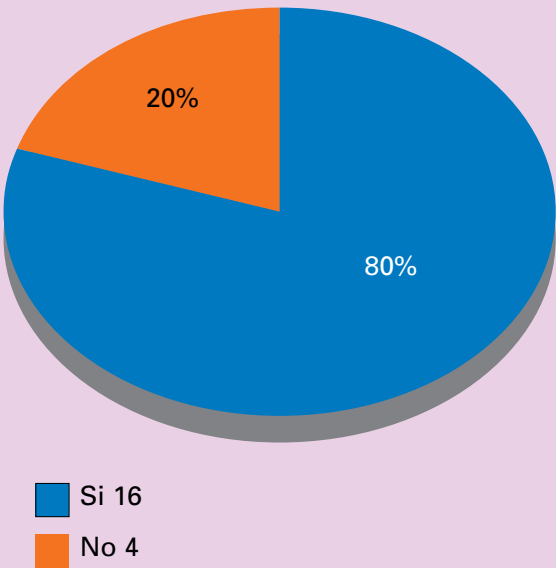


|                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Motivo de consulta | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|



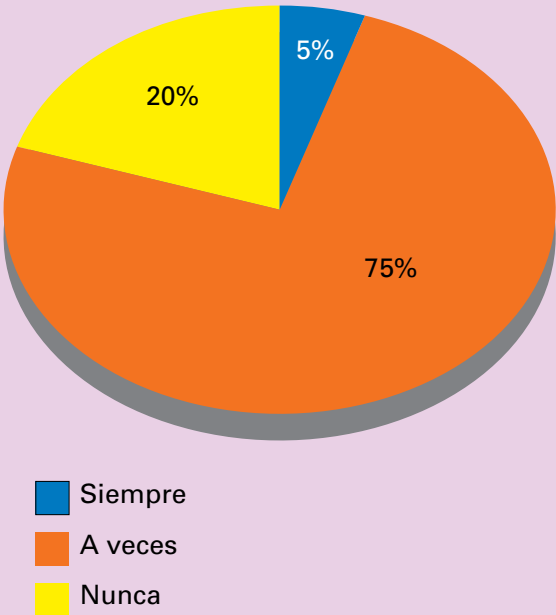
**Tabla 6. Considera que la temperatura ambiental en su sector de trabajo tiene incidencia?**

|         |    | %   |
|---------|----|-----|
| Si      | 16 | 80  |
| A veces | 4  | 20  |
| Totales | 20 | 100 |



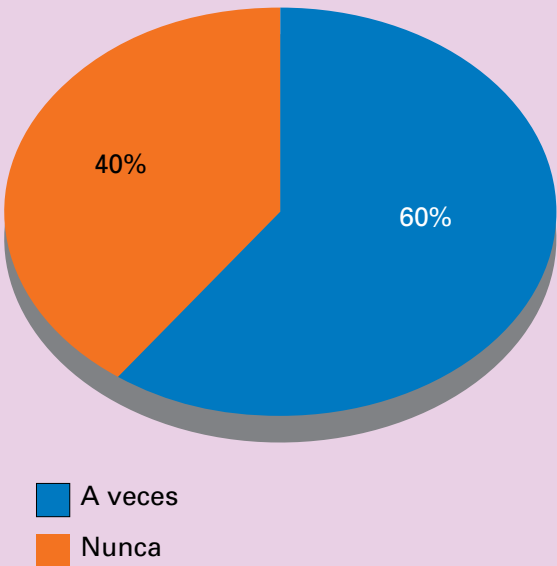
**Tabla 7. Las dolencias que manifiesta, Interfieren de alguna manera en su vida cotidiana fuera del trabajo?**

|         | Frecuencia | %   |
|---------|------------|-----|
| Siempre | 1          | 5   |
| A veces | 15         | 75  |
| Nunca   | 4          | 20  |
| Totales | 20         | 100 |



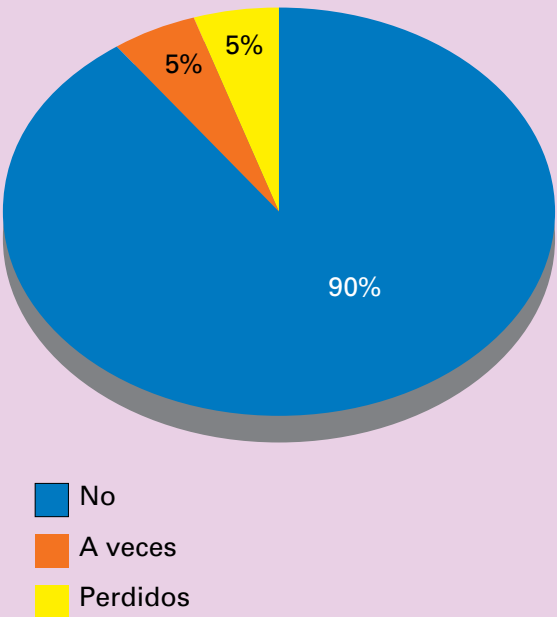
**Tabla 8. ¿Considera que le ruido ambiental en su lugar de trabajo representa un problema?**

|         | Frecuencia | %   |
|---------|------------|-----|
| A veces | 12         | 60  |
| Nunca   | 8          | 40  |
| Totales | 20         | 100 |



**Tabla 9. ¿Pensó en dejar el trabajo por estas dolencias?**

|          | Frecuencia | %   |
|----------|------------|-----|
| Siempre  | 18         | 90  |
| A veces  | 1          | 5   |
| Totales  | 19         | 95  |
| Perdidos | 1          | 5   |
|          | 20         | 100 |



## CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en la investigación indican que los motivos más frecuentes de consulta al servicio de Enfermería laboral tienen que ver con la sobrecarga física (dolor de cuello, antebrazo izquierdo y espalda) y el trabajo manual pesado, monótono, constante y repetitivo (monotareas); le siguen en orden de relevancia estadística los padecimientos ligados a posturas incómodas o estáticas por períodos de tiempo prolongados (dolor de antebrazo derecho, de muñeca derecha, hombro izquierdo, dolor estomacal y cefalea), inclinaciones o torsiones frecuentes del segmento corporal mencionado y el deficiente diseño ergonómico de los lugares de trabajo. Por último, afecciones debidas a la diferencia térmica y acústica ambiental dentro y fuera del área blanca (dolor de garganta relacionado con bruscos cambios en la temperatura; 60% considera el ruido ambiente un problema).

Un aspecto a destacar es la relación que se advierte entre los motivos de consulta y la conformidad con la tarea. Si bien reconocen que sus padecimientos físicos a veces interfieren con su vida cotidiana por fuera del trabajo, la mayor parte de las operarias manifiesta sentirse comfortable en su puesto de trabajo y la casi totalidad (94.74%) afirma que no ha considerado dejarlo a causa de las dolencias referidas. Esto puede estar relacionado con el alto salario que perciben mensualmente, la antigüedad en el puesto y la ubicación del laboratorio, lo cual complejiza la comparación con puestos similares. Estas consideraciones pueden resultar útiles para el diseño de estrategias de cuidado dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de riesgos en el lugar de trabajo de las personas que desempeñan sus tareas en las distintas áreas de las empresas e instituciones.

## BIBLIOGRAFÍA

- [http://www.palabraenfermera.enfermerianavarra.com/blog/2018/03/06/i-Bialet Massé, J. \(2010\). Informe sobre el estado de las clases obreras argentinas, Vol I. La Plata: Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires.](http://www.palabraenfermera.enfermerianavarra.com/blog/2018/03/06/i-Bialet%20Mass%C3%A9,%20J.%20(2010).%20Informe%20sobre%20el%20estado%20de%20las%20clases%20obreras%20argentinas,%20Vol%20I.%20La%20Plata:%20Ministerio%20de%20Trabajo%20de%20la%20Provincia%20de%20Buenos%20Aires.)
- Mazzáfero, VE (1999). Medicina en salud pública. Buenos Aires: El ateneo.
- Rodríguez, DC (1995) Herramientas en materia de salud laboral. Buenos Aires: Oficina del Libro Internacional.
- Blog de Enfermería del CIC-UMA. "Antecedentes de salud en el trabajo". Disponible en:  
<http://licenciatura-enfermeria.blogspot.com/2009/10/antecedentes-de-salud-en-el-trabajo.html>

# 5° JORNADAS DEL SANATORIO SAN JOSÉ

## La seguridad del paciente, estrategia para la calidad.

Esta nueva edición de las jornadas, realizada el pasado 27 de septiembre, contó con la presencia de destacados especialistas en materia de seguridad del paciente.

Ante un auditorio compuesto por profesionales y estudiantes de la carrera, la Mg. Ana Mosca y Mg. Alicia Gómez presentaron su experiencia en Singapur sobre “Nursingnow”, un nuevo paradigma de cuidado.

A continuación, la Dra. Isabel Vera desarrolló los aspectos centrales de su tesis doctoral en Enfermería sobre eventos adversos, en el marco de la gestión integrada del riesgo.

Por su parte, la Lic. Lorenza Gómez, enfermera del área de control de infecciones de nuestra institución, se refirió a las prácticas de calidad y seguridad en la atención cotidiana.

En una disertación conjunta, la Lic. Mariana Milski (Coordinadora de Enfermería de este sanatorio), el Dr. [ALBERTO Dasso (médico del Hospital Garrahan) y el Dr. [JOSE MARIA Ceriani (creador del Co-



mité de seguridad del paciente del Hospital Italiano) hicieron referencia al protocolo de prevención de caídas y su importancia para optimizar la seguridad del paciente.

Durante la tarde se realizaron tres talleres:

- Tipos de sujeción (a cargo de la empresa GASLO)
- Aspectos legales en la sujeción de pacientes con patologías de salud mental (a cargo de la Lic. Vanesa Olivera)

- Úlceras por decúbito (a cargo de la Lic. Lorenza Gómez y Lic. Laura Vallejos)

El cierre de la Jornada estuvo a cargo de la Supervisora del Sanatorio, Lic. Laura Vallejos, quien hizo referencia a la importancia de la comunicación efectiva como herramienta del compromiso institucional con la seguridad del paciente.

Agradecemos a todos los disertantes y a los asistentes, cuya participación demuestra que la Enfermería sigue creciendo y con ella el compromiso de brindar calidad y calidez en la atención.



# Participación de la Comisión de Enfermeros de gestión en la X Jornada abierta del Foro Latinoamericano Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud. Organizada por el IECS (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria)

Organizado bajo el lema “Más allá de la cobertura”, el evento tuvo lugar del 11 al 13 de septiembre. En esta edición, el abordaje se centró en temas de actualización relativos a tres grandes ejes: herramientas para la mejora continua de la calidad, el clima laboral, y la seguridad del paciente y su familia que como centro de la atención.

El Lic. Roberto Mora participó como expositor en la Mesa-Taller sobre Seguridad del Paciente, junto al Dr Federico Gorganchian, la Lic. Melisa Ceballos y el Lic. Ariel Palacios. Luego se organizaron grupos de trabajo sobre las Metas internacionales para la seguridad del paciente, según lo establecido por la

OMS. Los integrantes de cada mesa presentaron un plan de acción que contemplaba las posibles dificultades y las herramientas necesarias para llevar adelante su implementación. Finalizadas las exposiciones grupales, el panel de disertantes realizó una devolución general. La participación fue excelente ya que concurrieron y participaron más de cien personas y el buen humor prevaleció a la hora de trabajar sobre las pautas establecidas.

Junto con el Dr. Ignacio Cobián, el Dr, Facundo Jorro Barón y la Dra. Nora Dackiewicz, la Lic. Vivian Boyardi participó de la mesa “Trabajo en equipo y aprendizaje por simulación como herramientas de mejora”, en la que se discutieron algunas iniciativas de capacitación sobre trabajo en equipo y simulación que pueden ayudar a procesos más seguros. Como parte del Taller “La seguridad de los pacientes en los procesos clínicos”, la Lic. Graciela Rojas analizó las recomendaciones para la implementación de iniciativas de prevención de los procesos clínicos más frecuentes. También expusieron en este taller la Dra. Taissa Soto Mayor, Dr. Rodrigo Poblete Umanzor y el Dr. Mariano Benzádon.

La participación de invitados nacionales e internacionales destacó la importancia de contar con estos espacios de intercambio y aprendizaje, de compartir experiencias y resultados positivos que pueden enriquecer el trabajo en las distintas instituciones y echar luz sobre estrategias de mejora de las temáticas abordadas.

## Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

**Meta 1:** Identificar correctamente a los pacientes

**Meta 2:** Mejorar la comunicación efectiva

**Meta 3:** Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

**Meta 4:** Garantizar la cirugía segura

**Meta 5:** Minimizar el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria

**Meta 6:** Minimizar el riesgo de daño causado por caídas al paciente hospitalizado y ambulatorio



# Inteligencia emocional y Enfermería

Mg. Daniela Chagallo\*

*“No hay emociones buenas y malas, nos han engañado con eso. No hay emociones negativas y positivas, lo que hay son emociones útiles o perjudiciales (...) Aprender a convivir con emociones mezcladas, eso nos hace humanos.” – Punset, E.*

## INTRODUCCIÓN

La actual era de la tecnología, de la automatización de los procesos repetitivos, es también la era de las relaciones humanas. Abordar el mundo de las emociones y su importancia para la profesión tiene que ver con la necesidad de pensar la Enfermería ante los nuevos retos que enfrenta en entornos y contextos de incertidumbre, creciente complejidad, volatilidad y ambigüedad.

En términos de formación académica, los profesionales hemos adquirido conocimientos de matemática, física, anatomía, sobre múltiples técnicas y manejo de varios equipos biomédicos, pero aún sigue pendiente la enseñanza y aprendizaje

de la detección y manejo de nuestras emociones. En el arte de cuidar, en el desarrollo de líderes y equipos de trabajo, en la consecución de relaciones intra e interpersonales efectivas, empáticas, el diseño de una ruta de la alfabetización emocional, tanto en los lugares de trabajo como en la transformación de los planes de estudio de las carreras de grado y posgrado en Enfermería, constituye un aporte valioso por sus beneficios para el colectivo de profesionales y para las instituciones donde se desempeñan.

No hay área de nuestra vida, sea esta laboral, social personal, que no esté atravesada por decisiones constantes y automáticas. En su ensayo

---

\*Jefa Dpto. Enfermería Swiss Medical Center

*Emociones y sentimientos*, el doctor Daniel López Rosetti señala que “el 80% de nuestras decisiones son producto de pulsiones emocionales que luego revestimos con coartadas de racionalismo conveniente”. Esto no quiere decir que todas nuestras decisiones sean emocionales, sino que la emoción entra en juego en el proceso de tomar una decisión, seamos conscientes o no de ello.

En el ámbito laboral de la salud, para el enfermero o enfermera esto implica centrarse en las emociones del paciente y las suyas propias, frente a las tareas, al cuidado, al autocuidado, a la toma de decisión (razón-emoción) y la resolución de situaciones complejas que puedan presentar los pacientes, familiares.

Para los líderes de Enfermería, implica enfocarse principalmente en el personal a su cargo, en el desarrollo de los equipos de trabajo para potenciarlos, de manera creativa, ágil, en un entorno cuidado y de alto nivel de bienestar, sin perder la visión y misión de sus organizaciones.

El gran desafío que nos atraviesa como profesionales y como líderes de las distintas áreas es pensar en las emociones como eje de los comportamientos, dando lugar a la corporeidad de las emociones: aprender a pensar a través del cuerpo, del cuerpo como el espacio donde habita la emoción.

## I. ¿QUÉ SON LAS EMOCIONES?

La emoción es un estado afectivo que experimenta el ser humano, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia.

En *Introducción a la vida emocional*, Carvajal (2016) afirma que sin las emociones no podríamos vivir, ni aprender, ni amar, pues las emociones son energía en movimiento, son nuestro móvil más profundo: aquello que nos lleva a lograr no sólo una meta, sino un propósito en la vida.

Hay tres características que diferencian claramente a las emociones de los sentimientos y de los estados de ánimo:

- La **temporalidad de la duración**: durante cuánto tiempo se tiene la experiencia afectiva.
- La **intensidad de la experiencia**: con qué fuerza se experimenta el estado afectivo.
- **Cambios fisiológicos**: los cambios que se producen en nuestro cuerpo.

Tener presente esta distinción permite comprender qué experiencia se está teniendo y a partir de allí trazar estrategias de regulación emocional. Describir y expresar lo que se está sintiendo nos hace capaces de aceptar, comprender, reflexionar y regular las emociones.

Finalmente, es posible identificar dos grandes tipos de emociones:

- **Emociones básicas**: duran segundos, son vividas o experimentadas por todos los seres humanos, tienen una base biológica y se diferencian por sus microexpresiones faciales. Las emociones básicas nos ayudan a dirigir nuestra conducta y a actuar rápidamente. Se manifiestan durante el desarrollo natural de cualquier persona, con independencia del contexto del cual provenga. Cabe agregar que, en general, estas emociones son procesos relacionados con la evolución y la adaptación.
- **Emociones secundarias**: son la mezcla de emociones básicas.

| Emociones básicas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Componentes de la emoción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Miedo:</b> ante aquello que supone una amenaza para nuestro equilibrio y bienestar físico, emocional y social. El ser humano es el único animal capaz de mostrar un comportamiento de coraje ante el miedo.</li> <li>• <b>Alegría:</b> predisposición positiva a explorar otras posibilidades y asumir nuevos retos.</li> <li>• <b>Tristeza:</b> debido a una pérdida real o anticipada.</li> <li>• <b>Ira:</b> surge cuando la persona se ve sometida a situaciones que producen frustración o que le resultan aversivas. Esto da lugar a una vivencia que se percibe como desagradable, junto a una sensación de tensión que nos anima a actuar.</li> <li>• <b>Sorpresa:</b> reacción causada por algo imprevisto, novedoso o extraño, un estímulo que el sujeto no contemplaba en sus previsiones o esquemas.</li> <li>• <b>Asco / desagrado:</b> repulsión o evitación ante la posibilidad (real o imaginaria) de entrar en contacto con sustancias nocivas que tengan propiedades contaminantes (sensación de gran desagrado).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Neurofisiológico:</b> se refiere a todas aquellas respuestas involuntarias que se desencadenan (activación de neurotransmisores, variación de la presión sanguínea, taquicardia, rubor, sudoración, sequedad en la boca, etcétera).</li> <li>• <b>Comportamental:</b> abarca tanto las expresiones faciales como el tono de voz (volumen, ritmo) y los movimientos del cuerpo. Expresa emociones y las comunica, todo el tiempo.</li> <li>• <b>Cognición:</b> se refiere a la vivencia subjetiva; permite etiquetar una emoción en función del dominio del lenguaje. Sólo se lo puede conocer a través del autoinforme.</li> </ul> |

## II. ¿QUÉ ES LA INTELIGENCIA EMOCIONAL (IE)?

Carvajal (2016) considera a la inteligencia emocional como “la maestría sobre nuestras propias emociones”. Es una capacidad que poseen los individuos para humanizarse en su entorno a través del conocimiento e interpretación de los sentimientos, de las emociones propias y de los demás. En el ámbito laboral, esto tiene que ver con humanizar las organizaciones: construir una comunidad en la cual las personas se involucran en la razón de ser de la organización. Así se establecen

relaciones de calidad y se construye un modelo equilibrado capaz de gestionar las emociones, tanto favorables como desfavorables, en ese ámbito laboral.

La IE aplicada a las organizaciones implica poder hablar del trabajo, de las emociones que provocan esas tareas y actividades a los integrantes del equipo de salud, es decir: reconoce a las personas por su singularidad y cuenta con un espacio para expresarse con confianza, libertad y a su vez son reconocidos por sus aportes al sostenimiento de la organización.

- “IE es la capacidad de sentir, entender y aplicar eficazmente el poder y la agudeza de las emociones como fuente de energía humana, información, conexión e influencia” (R. Cooper 1998).
- “Es un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y las de los demás discriminando entre ellas y utilizar la información para guiar el pensamiento y las emociones de la persona.” (Salovey y Mayer: 1990).
- “Es la capacidad para reconocer los sentimientos propios y los de los demás, motivarnos a nosotros mismos, para manejar acertadamente las emociones, tanto en nosotros mismos como en nuestras relaciones humanas.” (D. Goleman: 1995)

## Competencias de la IE

### Autoconocimiento

- Reconocer los propios estados internos, preferencias, recursos o intuiciones (conciencia emocional). Tomar conciencia de las propias emociones, darles nombre.
- Comprender las emociones de los demás. Tomar conciencia de la interacción entre la emoción, cognición y comportamiento.
- Confianza en uno mismo.

### Autorregulación

- Manejar los propios estados internos, impulsos y recursos.
- Desarrollar aptitudes como el autodomínio, confiabilidad, escrupulosidad, adaptabilidad e innovación.

### Motivación

- Son las nuevas tendencias emocionales que guían o facilitan la obtención de las metas. Comprende a su vez el afán de triunfo, el compromiso, la iniciativa y el optimismo.

### Empatía

- Capacidad de captar los sentimientos, necesidades e intereses. Implica comprender a los demás, ayudarlos a desarrollarse; también, la orientación hacia el servicio, el saber aprovechar la diversidad y la conciencia política.

### Habilidades sociales

- Influencia, comunicación, habilidades de equipo, manejo de conflictos, liderazgo, catalizador de cambios, establecer vínculos, colaboración y cooperación.

Daniel Goleman postula dos grandes áreas de aplicación de dichas competencias:

- **Inteligencia Intrapersonal:** entendida como la capacidad de formar un modelo realista y preciso de uno mismo, teniendo acceso a los propios sentimientos y usarlos como guías en la conducta.
- **Inteligencia Interpersonal:** la capacidad de comprender a los demás, qué los motiva, cómo

operan, cómo relacionarse adecuadamente. También, la capacidad de reconocer y reaccionar ante el humor, el temperamento y las emociones de los otros.

La aplicación de estas competencias en las organizaciones de salud supone la transformación de la cultura institucional y requiere, para ello, el adecuado conocimiento y gestión de tres puntos centrales (triple focus) en el diseño y seguimiento de acciones concretas.

| Triple Focus                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Retos y estrategias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Enfocarnos en nosotros mismos.</b><br/>Aprender a gestionar nuestro mundo interno.</li><li>• <b>Sintonizar con otras personas.</b><br/>Tiene que ver con centrarse en los demás, siendo la base de la empatía: entender cómo sienten y piensan los otros, y también dominar las destrezas sociales, la cooperación y el trabajo en equipo.<br/>En el ámbito laboral, estas capacidades se observan en los mejores integrantes de equipos y en líderes eficaces.<br/>Para este enfoque, no basta con entender cómo sienten y piensan los demás, sino que es necesario preocuparnos por ellos y estar dispuestos a ayudarles. Es una destreza fundamental para Enfermería.<br/>Cuanto mejor está sintonizado el sistema nervioso autónomo de cada individuo, mejor es la relación con el resto de los miembros del equipo.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Trazar planes de acción que no pierdan de vista el triple focus, basados en la neurociencia social.</li><li>• Crear un servicio relacionado con el aprendizaje socioemocional y realizar un inventario de necesidades donde se puedan establecer ideas compartidas con las partes involucradas.</li><li>• Ofrecer espacios para el desarrollo de la meditación y otras actividades que generen bienestar, favorecer una atención plena a los equipos de Enfermería.</li><li>• Ofrecer desarrollo profesional permanente para el personal.</li><li>• Incorporar políticas y actividades en todas las universidades y escuelas para potenciar la educación emocional, social y académica de todos los estudiantes de Enfermería.</li></ul> |

- **Comprensión del mundo en su sentido más amplio, pensamiento sistémico e inteligencia sistémica (Peter Senge).**

Estar sintonizados con los sectores de la organización, identificar cómo funcionan, conocer cuáles son las nuevas tendencias; implica aprender a captar y mejorar estos sistemas, gestionar su complejidad social, dinámica, en la diversidad de perspectivas que aportan las personas y los grupos complejos.

- Utilizar datos claros para mejorar la práctica.
- Ofrecer programas ajustados a las necesidades del desarrollo y mejora de la comunicación productiva, conversaciones efectivas centradas en las relaciones entre las personas para la obtención de mejores resultados en la organización de salud.
- Realizar talleres de capacitación y entrenamientos en liderazgo emocional basados en las experiencias vivenciales para los mandos medios.

## CONCLUSIÓN

Los humanos somos seres sociales y emocionales, sensibles a los cambios que se generan en nuestro entorno y en las personas que nos rodean. Estas emociones son las que nos orientan y dan forma a todo lo que hacemos, es por ello que casi todos los modelos de la inteligencia emocional se basan en los dominios de la autoconciencia, la autogestión, la conciencia social y la gestión de las relaciones.

En poco tiempo, cuando se dé otro salto significativo en el desarrollo tecnológico, el cumplimiento de las tareas, actividades y procedimientos técnicos ya no será un problema para las organizaciones de salud, pero sí lo será, en especial para Enfermería, la necesidad de incrementar el desarrollo de las competencias emocionales y sociales.

La alfabetización emocional es ante todo un reto, como también una oportunidad, especialmente a la hora de hacer frente a las conductas disruptivas, los conflictos o las agresiones en las relaciones inter-

personales. Se trata de competencias y habilidades que se pueden aprender y mejorar a diario: es posible crecer y madurar en ellas. El verdadero desafío es reconocer y comprender que hay una fuerte correlación entre la felicidad, el bienestar, la inteligencia emocional, la salud y la profesión de Enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

- Goleman, D. (1995). La Inteligencia emocional. (25ª. Ed.). Ediciones B.
- (2011). Liderazgo: El poder de la inteligencia emocional. Ediciones B.
- (2013). El cerebro y la Inteligencia Emocional. Ediciones B.
- Goleman, D & Senge, P (2017). Triple Focus. Un nuevo acercamiento a la educación. (1ra. Ed.). Ediciones B.
- López Rosetti, D (2017). Emoción y sentimientos. (1era. Ed.) Ed. Planeta.

# Necesidad de formación continua interdisciplinaria.

Dra. María del Valle Correa Rojas\*

Involucrar al personal en el crecimiento de la institución mejora el clima organizacional y la calidad de los servicios.

El Hospital San Bernardo de la ciudad de Salta, de complejidad IV, cuenta con equipos de salud muy bien preparados, lo cual lo convierte en el punto de referencia por excelencia en emergentología, aquel donde se encontrará solución al problema de salud. Así deba pensarse en un trasladado posterior a otro

nosocomio público o privado, será con el problema ya resuelto en su primera fase. Tal es el grado de confianza de la población en esta institución. Atenta a los desafíos crecientes de esta demanda, el área de recursos humanos del Hospital solicitó un espacio de capacitación para abordar algunas falen-



\* Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Nacional de Salta



cias que venían advirtiéndolo en la atención. Los participantes fueron médicos, enfermeros, bioquímicos, ingenieros, arquitectos, contadores y otros técnicos. El curso, que tuvo una carga horaria total de ochenta

horas, se desarrolló con una frecuencia de dos encuentros semanales e incluyó como evaluación final la presentación de un proyecto de gestión apto para concursar cargos jerárquicos. La respuesta fue masiva: hubo aproximadamente noventa inscriptos, de los cuales sesenta terminaron el curso.

Si bien el programa teórico fue muy rico, las horas prácticas dedicadas a la realización de dichos proyectos fueron las más estimulantes. Esta instancia contó con el acompañamiento docente y seguimiento en su elaboración de acuerdo a la realidad del área de desempeño de los participantes. Los proyectos presentados dieron cuenta de los diferentes espacios y sectores del hospital, de su importancia para el adecuado desarrollo de las tareas hospitalarias. Fue una manera muy interesante de redescubrir el nosocomio en su plenitud.

La experiencia fue muy provechosa para todos los participantes: el personal se mostró muy conforme con el trato recibido y con todo lo aprendido: desde aspectos relacionados con la gestión hasta herramientas de afrontamiento de conflictos, para elevar la autoestima, para atender al público en general.

Esto pone de manifiesto la importancia de generar espacios para la formación continua en servicio a fin lograr mejoras en el clima organizacional, que involucren al personal en el crecimiento de la institución, enriqueciendo así el patrimonio intelectual de la misma.



# Actuación ante derrame de agentes citotóxicos y exposición accidental.

Lic. Ángela María Díaz Sierra\*



## 1) DEFINICIÓN

Los citostáticos son fármacos capaces de inhibir el crecimiento descontrolado de células tumorales, ya que actúan en una fase específica del ciclo celular. Debido a su toxicidad, se los considera teratogénicos, mutagénicos y cardiogénicos.

En vista de ello, el manejo debe realizarse de modo tal que se asegure la protección del paciente, del personal de salud y del medio ambiente, desde la recepción hasta la eliminación de la medicación.

Se considera que se ha producido un accidente en el manejo de citostáticos en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) derrame
- b) exposición accidental



## 2) OBJETIVO

- Establecer instrucciones de acciones seguras para los profesionales de salud y trabajadores del servicio relacionadas con la manipulación de fármacos citostáticos, incluyendo los equipos de protección personal necesarios.
- Contribuir a la disminución del riesgo y a minimizar la exposición, en la medida de lo posible.

## 3) CONSIDERACIONES GENERALES

No manipularán citostáticos:

- mujeres embarazadas o en período de puerperio-lactancia.
- personal considerado de alto riesgo, con antecedentes de aborto, alergias, patologías en la piel.
- personas tratadas con citostáticos y/o radioterapia, o que trabajen en el área de imágenes (expuestos a rayos).

Existen diferentes vías de exposición:

- **piel y mucosas:** los efectos pueden ser locales como consecuencia de vertidos, derrames, cortes con material contaminado o accidentes que ponen en contacto la piel o mucosa con el citostático. Se debe tener en cuenta que esto puede producir irritación local, alergias, dermatitis, prurito y urticaria.
- **inhalatoria:** mediante la exposición a través de aerosoles, o provocados durante la preparación de las dosis, al retirar la aguja de un vial, apertura de ampollas o salpicaduras.
- **oral:** por ingestión de alimentos y bebidas contaminadas.
- **parenteral:** por introducción directa a través de pinchazos o cortes.

\* Enfermera del Servicio de UTI UCO, Sanatorio Itoiz.

## 4) MATERIALES Y PREPARACIÓN DE LA UNIDAD

Se usará para el manejo de derrames todo el material provisto por el kit de derrames:

### a Equipo de protección personal:

- bata protectora impermeable
- dos pares de guantes de látex sin talco
- un par de guantes de nitrilo
- botas descartables
- gorro
- gafas o antiparras
- barbijo de protección respiratoria tipo N-95

### b Material para limpieza:

- paños absorbentes
- contenedor rígido y bolsa de plástico resistente
- pinzas
- escobilla y recogedor pequeños
- polvo absorbente para sustancias químicas
- solución jabonosa y agua
- señalización de peligro

### c Botiquín de extravasación de citostáticos (estará disponible en el servicio):

- dimetilsulfóxido 99%
- hialuronidasa 150 /500 ui
- corticoides: hidrocortisona ampollas de 100mg, hidrocortisona pomada 1 %
- analgésicos
- antiséptico: yodopovidona solución.

## 6) PROCEDIMIENTO

### A) Actuación ante derrames.

- En primera instancia se procederá a señalar y aislar la zona.
- El trabajador se protegerá con bata impermeable, gafas o antiparras con protección lateral, botas descartables y dos pares de guantes (uno de goma grueso y otro de látex sin polvo).
- En caso de que el derrame se haya producido en el exterior de la cabina de flujo laminar, se utilizará además mascarilla de protección respiratoria tipo N-95.
- El orden de colocación de los elementos de protección personal será: polainas, bata, mas-

carilla, primer par de guantes sobre la bata, segundo par de guantes y gafas o antiparras.

- Se empapará el derrame con un paño absorbente (seco si se trata de líquidos y húmedo si es un polvo seco) antes de proceder a su limpieza.
- Si existen restos de cristales nunca se recogerán con la mano sino con la ayuda de unas pinzas (o cepillo recogedor), y se meterán en un contenedor pequeño rígido para objetos punzantes/cortantes.
- La superficie seca debe limpiarse después con toalla de papel empapada de alcohol al 70%. Se lavará la zona tres (3) veces con agua y jabón o limpiador detergente, aclarando finalmente con abundante agua, siempre desde las zonas menos contaminadas hacia las más contaminadas.
- Retirarse los equipos de protección en este orden: primer par de guantes; botas descartables; segundo par de guantes; barbijo; bata y antiparras o gafas.
- Desechar todo, salvo si se utilizan gafas y pinzas, que podrán ser reutilizadas después de lavarlas cuidadosamente con agua y jabón (protegerse las manos con un par de guantes limpios para realizar esta operación).
- Todos los residuos recogidos, así como el material empleado, se tratarán como material contaminado a la hora de su eliminación. Por lo tanto, se introducirá primero en una bolsa y después en un contenedor amarillo, etiquetado como "residuo citostático".

### Derrame dentro de campana de flujo laminar.

- Mantenga la calma.
- Mantenga conectado el flujo.
- Retire todo el equipo de protección personal que se haya contaminado.
- Incorpore el equipo de protección personal del equipo de derrames.
- Elimine el derrame, sin aumentar la superficie contaminada:
  - Líquidos: usar apósitos secos para absorber el líquido.
  - Polvo y/o pequeños cristales: usar gasas húmedas.
- Retire la superficie de trabajo de la cabina para acceder al fondo.

- Limpie con agua jabonosa todas las superficies, de menor a mayor contaminación tres (3) veces y aclarar finalmente con agua.
- Limpie con alcohol 70° todas las superficies.
- Deseche los residuos e indumentaria en el contenedor específico.
- Comunique el incidente al responsable del área del servicio de farmacia y servicio de aseo.
- Registre la exposición en registros de Enfermería.

#### **B) Actuación ante exposición accidental.**

- Cuando se produzca una contaminación del equipo de protección sin llegar a tomar contacto con la piel, es necesario desechar inmediatamente los guantes y/o prendas contaminadas, lavar las manos y sustituirlos por otros limpios.
- Si el agente citostático contacta directamente con la piel: lavarse inmediatamente la zona afectada con agua y jabón, durante unos 10 minutos. Si la piel presenta irritación, acudir a ART.
- Si el agente citostático salpica los ojos: enjuagar con agua o solución fisiológica, durante unos 10 minutos, acudir a ART y realizar el informe correspondiente en compañía de supervisor del área.

#### **C) Actuación ante una extravasación.**

El Instituto Nacional del Cáncer (INC) define la extravasación como el escape de sangre, linfa u otro líquido (por ejemplo, citostático) desde un vaso sanguíneo o un catéter hacia el tejido que lo rodea.

Además del botiquín de extravasación de citostáticos (mencionado anteriormente) se debe contar con un protocolo de actuación específico.

##### **Protocolo para la extravasación de citostáticos:**

- 1 Detener inmediatamente la administración del agente citostático sin retirar el catéter y avisar al médico.
- 2 Aspirar cuanto sea posible, a través del catéter, sangre y parte del contenido extravasado.
- 3 Si es posible, inyectar 5-10 ml de solución salina para diluir el citostático. Aspirar.
- 4 Antes de retirar el catéter, inyectar antídoto si el citostático lo tuviese.

- 5 Retirar el catéter venoso colocado.
- 6 Limpiar el área extravasada con yodopovidona.
- 7 Elevar la extremidad para reducir el edema.
- 8 Aplicar frío o calor según corresponda.
- 9 Controlar la zona durante 24-48 horas y a la semana de producirse la extravasación.
- 10 Informar al paciente ambulatorio que debe consultar al médico si tiene dolor o presenta algún cambio en la piel, pasadas 48 horas de producirse la extravasación.
- 11 Valorar, documentar y registrar los signos y síntomas del paciente, cantidad extravasada, intervenciones efectuadas.
- 12 Informar al paciente que presenta extravasación.
- 13 Consultar al hematólogo, cirujano plástico si es necesario, para valorar y evaluar lesiones de zonas profundas (nervios, tendones), especialmente si la evolución no es satisfactoria.
- 14 En caso de extravasaciones dolorosas, se evaluará analgesia local o sistémica.
- 15 Actuación ante flebitis:
  - Instruir al paciente para que informe en forma oportuna y rápida cualquier signo o síntoma que pueda tener en la zona donde está colocado el acceso venoso.
  - Observar signos como dolor quemazón, ardor, tumefacción, enrojecimiento y ausencia de retorno venoso.
  - Se debe tener en cuenta el aumento o la disminución de la velocidad de infusión en relación al estado de la zona de punción, por ejemplo a través de la escala de MADDOX.

## **7) FINALIZACIÓN**

- Realizar lavado de manos una vez finalizado el acondicionamiento de la unidad, por ejemplo, la campana.
- Descartar todos los residuos utilizados en contenedores seguros específicos.
- Registrar todo lo realizado y su respuesta. Firmar y sellar el registro por parte del personal actuante.

**Anexo – Agentes citostáticos.**

**Clasificación de agentes quimioterápicos:**

| Agentes poco irritantes                                                                                                           | Agentes irritantes                                                                                                                           | Agentes vesicantes                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| asparaginasa<br>bleomicina<br>ciclofosfamida<br>citarabina<br>cisplatino<br>fluorouracilo<br>fosfamida<br>melfalan<br>mitoguasona | metotrexate<br>carboplatino<br>carmustina<br>dacarbacina<br>estramustina<br>mitoxantrone<br>etoposido<br>tiotepa<br>paclitaxel<br>bleomicina | amsacrina<br>dactinomicina<br>daunorrubicina<br>doxorrubicina<br>epirubicina<br>mecloreтамina<br>mitomicina<br>vinblastina<br>idarrubicina |

| Fármaco                                                                                        | Antídoto                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| daunorrubicina<br>doxorrubicina<br>adriamicina<br>epirubicina<br>idarrubicina<br>daunoblastina | dmso 99%<br>Empapar una gasa estéril con unos 2 ml de solución.<br>Aplicar, sin ejercer presión, sobre el doble del área afectada y esperar a que se seque.<br>A continuación, aplicar hielo seco durante 30 minutos.<br>Repetir cada 6 u 8 horas, durante 3 días.<br>Evita la exposición a la luz solar. |
| mitomicina                                                                                     | sódico 1 m y a continuación 4 mg de dexametasona                                                                                                                                                                                                                                                          |
| dacarbacina<br>actinomicina<br>melfalan                                                        | Alrededor de la zona afectada.                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| etoposido<br>teniposido<br>vinblastina<br>vincristina<br>vindesina<br>vinorelbine              | hialuronidasa (unidades 500 ui),<br>Reconstituir el vial con 3 ml de solución fisiológica y realizar infiltraciones 0.2ml /0,5ml, hasta 6 punciones alrededor de la zona afectada.<br>Aplicar calor seco de la forma más agradable para el paciente, en ciclos de 15 minutos, cada 4 horas.               |

| Medio físico | Forma de aplicación                                                                                       |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Frío         | Aplicar bolsas de frío seco, flexibles, evitando presionar la zona.                                       |
| Calor        | Se emplearán bolsas con calor seco (nunca calor húmedo porque podría macerar la zona) evitando presionar. |

**BIBLIOGRAFÍA:**

—MINDEF (2014) Guía para la manipulación de medicamentos citostáticos en establecimientos asistenciales (Oncología). [http://www.normasdef.mindef.gov.ar/Libreria/normasdef/1090%20DEF%20SAN%201090-A%20Guia%20para%20la%20manipulaci%C3%B3n%20de%20medicamentos%20citostaticos%20oncologia\\_.pdf](http://www.normasdef.mindef.gov.ar/Libreria/normasdef/1090%20DEF%20SAN%201090-A%20Guia%20para%20la%20manipulaci%C3%B3n%20de%20medicamentos%20citostaticos%20oncologia_.pdf)

—INSHT - BASEQUIM (2014) Preparación de fármacos antineoplásicos en los servicios de farmacia hospitalaria: exposición a agentes citostáticos

<http://stp.insht.es/stp/basequim/015-preparaci%C3%B3n-de-f%C3%A1rmacos-antineopl%C3%A1sticos-en-los-servicios-de-farmacia-hospitalaria-expos>

—INFOLEG. Ley de higiene y seguridad en el trabajo. Ley Nacional N° 19587/72 – decreto reglamentario 351/79 resolución MSAS 463/09

—INFOLEG. Ley de riesgos del trabajo: Ley Nacional N° 24557/96 ley de riesgos del trabajo disp. MSAS 13/91

# Recomendaciones de vacunación contra el sarampión

## CONSIDERACIONES GENERALES

El sarampión es una enfermedad viral, eruptiva-febril de transmisión respiratoria y altamente contagiosa, que se disemina rápida y fácilmente de persona a persona. Las manifestaciones clínicas son: fiebre alta, secreción nasal, conjuntivitis, tos y erupción. Sus complicaciones pueden ser respiratorias (neumonía) y neurológicas (meningoencefalitis). No tiene tratamiento específico y es mortal en 1 a 2 casos cada 1000 enfermos.

En los primeros seis meses de este año los casos de sarampión registrados a nivel mundial fueron los más altos desde 2006, con brotes que provocan enfermedades graves, discapacidad y muerte en muchas partes del mundo.

Argentina está transitando el mayor brote de sarampión desde el año 2000, principalmente por un aumento que se verifica también en la región y, especialmente, Brasil. De tal forma, resulta fundamental que toda la población esté correctamente vacunada.

El valor de la vacunación radica en que protege tanto a quienes reciben la vacuna como a toda la comunidad, lo que implica un beneficio para todos.

## IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN

La vacuna triple viral (contra sarampión, rubeola y parotiditis) incluida en el Calendario Nacional de Vacunación es obligatoria y está disponible de manera gratuita en vacunatorios y hospitales públicos. No requiere orden médica.

## RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN:

### 1 Controlar el carné de vacunación y de ser necesario completar el calendario nacional de vacunación según edad.

- El Calendario Nacional de Vacunación incluye la vacuna triple viral a los 12 meses y a los 5 años de edad.
- Mayores de 5 años, adolescentes y adultos deben acreditar DOS DOSIS de vacuna doble o triple viral después del primer año de vida o contar con anticuerpos contra sarampión (serología IgG positiva).
- Las personas nacidas antes de 1965 no requieren ser vacunados por considerarse inmunes (protegidas).

## 2 Residentes de CABA, regiones sanitarias V, VI, VII y XII de la provincia de Buenos Aires, adicionalmente deben recibir:

- Entre 6 y 11 meses, UNA DOSIS de vacuna triple viral ("dosis cero").
- Entre 13 meses y 4 años inclusive, deberán acreditar al menos 2 dosis de vacuna triple viral (los que no fueron vacunados durante la Campaña Nacional de Seguimiento 2018 y acciones de bloqueo).
  - **Región Sanitaria V:** Campana, Belén de Escobar, Exaltación de la Cruz, General San Martín, José C. Paz, Malvinas Argentinas, Pilar, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, Vicente López y Zárate.
  - **Región Sanitaria VI:** Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora, Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela y Quilmes.
  - **Región Sanitaria VII:** Gral. La Heras, Gral. Rodríguez, Luján, Marcos Paz, Merlo, Hurlingham, Ituzaingó, Morón, Tres de Febrero y Moreno.
  - **Región Sanitaria XII:** La Matanza.

## 3 Equipos de salud: Todos los trabajadores de salud deben acreditar dos dosis de vacuna doble o triple viral para estar adecuadamente protegidos o contar con serología IgG positiva.

## 4 Viajeros

- **Aplazar el viaje de niños menores de 6 meses:** son los de mayor vulnerabilidad y la vacuna está contraindicada.
- **Se recomienda que los niños de 6 a 11 meses de vida NO viajen al exterior.** En caso de no aplazar el viaje deben recibir UNA DOSIS de vacuna triple viral. Esta dosis es adicional y no debe ser tomada en cuenta como esquema de vacunación regular.
- **Se recomienda que los mayores de 13 meses y los adultos cuenten con dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso (vacuna triple o doble viral).**

- **Las embarazadas no inmunes o sin antecedentes comprobables de vacunación** deben evitar viajar.
- Es indispensable estar vacunado antes de viajar, mínimo 15 días antes del viaje.

La vacuna triple viral está contraindicada en embarazadas y personas inmunocomprometidas.

### ASPECTOS CLAVE:

- El sarampión es una enfermedad viral muy contagiosa que puede ser grave o fatal.
- El sarampión se transmite fácilmente de persona a persona a través de las secreciones respiratorias.
- Afecta sobre todo a los niños, en quienes se presentan más frecuentemente las complicaciones.
- Los síntomas son fiebre alta (mayor de 38°) y erupción en la piel.
- Ante la presencia de estos síntomas se debe consultar inmediatamente al centro de salud más cercano.
- La vacunación es la única forma de prevenir el sarampión. La enfermedad no tiene tratamiento.
- 9 de cada 10 personas que estén en contacto con una persona enferma y no estén protegidas se enfermarán.
- La vacuna triple viral es segura y efectiva.

Toda la información se encuentra disponible en [www.argentina.gob.ar/salud/sarampión](http://www.argentina.gob.ar/salud/sarampión)

*Estas recomendaciones fueron elaboradas el 3 de octubre de 2019 y están sujetas a modificaciones según la situación epidemiológica.*

# Brindar información al paciente: factor clave de la calidad de atención.

Lic. Prof. Karina L. Benítez\*

Lic. Prof. Vanesa Miramon\*\*

La información de calidad constituye una garantía en la medida en que refuerza la confianza que los pacientes depositan en los proveedores de salud.

**Resumen:** El presente estudio surge de la experiencia de constatar que a menudo los pacientes preoperatorios no cuentan con la información necesaria sobre la intervención quirúrgica que se les realizará, lo cual genera un importante nivel de estrés en los pacientes y aumenta el riesgo de complicaciones posteriores.

Este estudio analiza la relación entre brindar una adecuada información previa y su incidencia en las complicaciones posquirúrgicas.

**Palabras clave:** información, seguridad del paciente, relación médico-paciente.

**Abstract:** *The following study emerges from the experience of verifying that often patients with pre-operative status do not have the required information about the surgical intervention that is performed, which generates a significant level of stress in patients and increases the risk of subsequent complications.*

*This study analyses the relationship between providing adequate previous information and its incidence in postoperative complications.*

**Keywords:** *information, patient safety, doctor-patient relationship*

---

\* Licenciada en Instrumentación Quirúrgica.

Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández.

\* Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca.

## INTRODUCCIÓN

En la práctica profesional es frecuente constatar que los pacientes preoperatorios poseen poca, y a veces ninguna, información sobre la intervención a realizarse: desconocen el tipo de incisión, si permanecerán en la institución o no, por cuánto tiempo, el tipo de anestesia que recibirán, etcétera. Esto genera un significativo nivel de estrés previo a la intervención que puede disminuir las defensas corporales y aumentar el riesgo de complicaciones posteriores.

Los cuidados de Enfermería en la etapa posquirúrgica tienen por objetivo:

- Disminuir los dolores y molestias inmediatos posteriores a la intervención.
- Evitar que la experiencia dolorosa derive en una fobia a afrontar futuros tratamientos.
- Promover la rehabilitación (que la persona adopte la mejor actitud para colaborar activamente en su recuperación).

La comunicación es un factor clave en el logro de dichos objetivos: como parte integral de la atención, su propósito es no sólo informar sino también educar al paciente, prepararlo para transitar de la mejor manera posible la intervención y aliviar su ansiedad. Brindar una adecuada información contribuye de manera significativa a la prevención de complicaciones físicas y/o psicológicas del paciente quirúrgico.

## PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

### Objetivos:

- Determinar la relación que existe entre la calidad de la información recibida antes de la cirugía y las complicaciones posquirúrgicas en pacientes adultos de entre 20 y 60 años que han tenido una cirugía ortopédica programada ambulatoria en el servicio de un hospital público.
- Estudiar la calidad de la información previa que recibieron los pacientes sobre la intervención y sus posibles complicaciones.

- Analizar la calidad de la información previa que recibieron los pacientes en cuanto al tipo de anestesia que se les aplicará.
- Comparar las complicaciones posquirúrgicas en relación con la calidad de la información recibida previamente a la cirugía.

**Tipo de estudio:** descriptivo y transversal.

### Material y Método

#### Descripción del objeto:

- Todos los pacientes adultos de entre 20 y 60 años que han tenido una cirugía ortopédica programada ambulatoria en el servicio de un hospital público durante el período abril-mayo de 2019 (muestra: 60 pacientes).
- Hojas de Enfermería correspondientes al tiempo de recuperación posquirúrgica.

#### Procedimiento

- Fuentes primarias: encuestas a pacientes para evaluar la calidad de la información previa.
- Fuentes secundarias: hojas de Enfermería, para evaluar complicaciones posquirúrgicas.

#### Criterios de inclusión:

- Pacientes que reúnen las características señaladas en la descripción del objeto.
- Hojas de Enfermería legibles y completas.
- Pacientes que aceptan participar de la investigación.

#### Criterios de exclusión:

- Pacientes que no cumplen con alguno de los criterios de inclusión.
- Pacientes que no hablan correctamente castellano.
- Hojas de Enfermería faltantes, ilegibles o incompletas.
- Pacientes que no aceptan participar de la investigación.

Resultados

Tabla I. Distribución de pacientes por grupo etario.

| Rango de edad | f  | %    | fa   |
|---------------|----|------|------|
| 20 a 29 años  | 24 | 40   | 40   |
| 30 a 39 años  | 17 | 28,3 | 68,3 |
| 40 a 49 años  | 11 | 18,3 | 86,7 |
| 50 a 59 años  | 8  | 13,3 |      |
| Total         | 60 | 100  | 100  |

Fuente: Encuestas realizadas

Tabla II. Conocimiento sobre el tipo de anestesia que se aplicará.

| ¿Sabe el tipo de anestesia que van a aplicarle? | f  | %    |
|-------------------------------------------------|----|------|
| No sabe                                         | 19 | 31,7 |
| Total                                           | 17 | 28,3 |
| Parcial                                         | 24 | 40   |
| Total                                           | 60 | 100  |

Fuente: Encuestas realizadas

Gráfico 1: La mayor parte de los pacientes (86,7%) es menor de 60 años.

Grupo etario

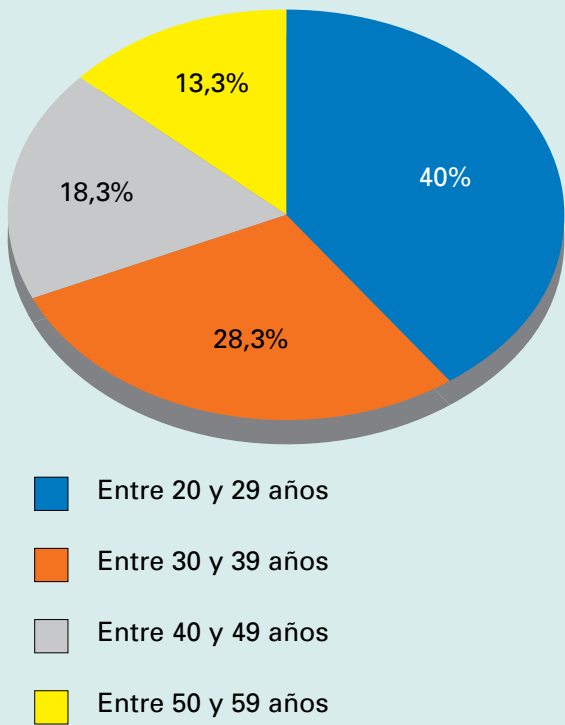


Gráfico 2: si bien un 68,3% afirma estar en conocimiento. (28,3% total; 40% parcial), un porcentaje considerable (31,7%) lo desconoce.

¿Sabe el tipo de anestesia que van a aplicarle?

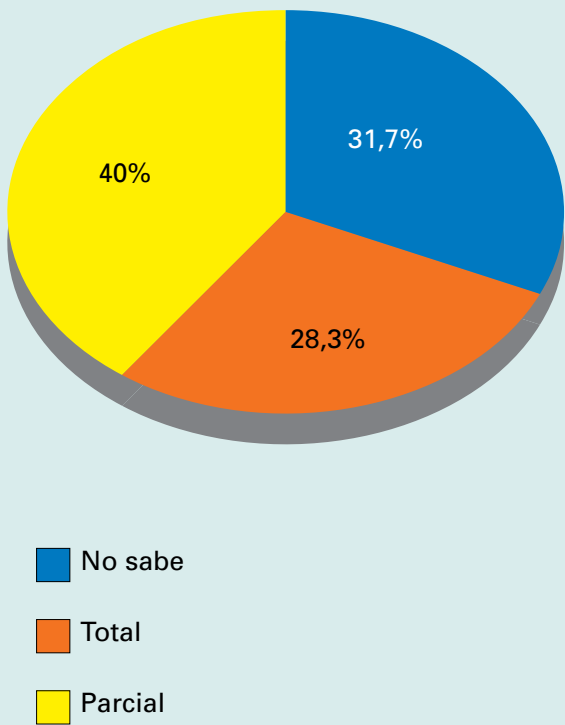


Tabla IV. Conocimiento sobre el tipo de incisión que se va a realizar.

| ¿Sabe el tipo de incisión que se le hará? | f  | %    | fa   |
|-------------------------------------------|----|------|------|
| No sabe                                   | 12 | 20,0 | 20   |
| No recuerda                               | 5  | 8,3  | 28,3 |
| Pequeña (3 puntos o menos)                | 4  | 6,7  | 35   |
| Mediana (entre 4 y 7 puntos)              | 19 | 31,7 | 66,7 |
| Grande (más de 7 puntos)                  | 20 | 33,3 | 100  |
| Total                                     | 60 | 100  |      |

Fuente: Encuestas realizadas

**Gráfico 4:** una gran mayoría (71,7%) afirma tener algún grado de conocimiento sobre el tipo de incisión a realizarle (33,3% grande; 31,7% mediano; 6,7% pequeño), mientras que el 28,3% restante lo desconoce (20%) o no lo recuerda (8,3%).

¿Sabe el tipo de anestesia que van a aplicarle?

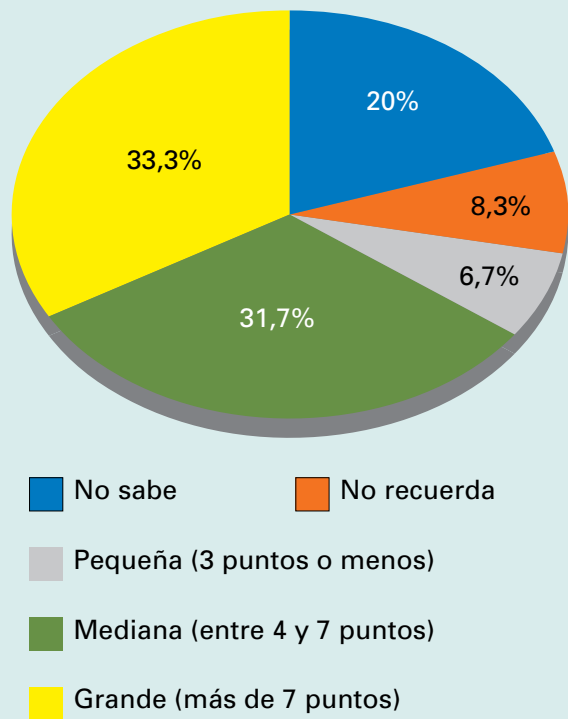


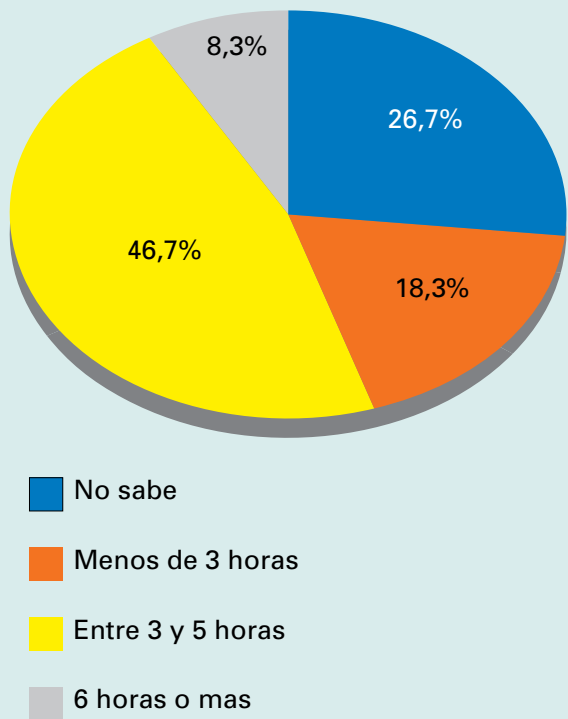
Tabla V. Conocimiento sobre la duración de la operación.

| ¿Sabe cuánto va a durar la cirugía? | f  | %    |
|-------------------------------------|----|------|
| No sabe                             | 16 | 26,7 |
| Menos de 3 horas                    | 11 | 18,3 |
| Entre 3 y 5 horas                   | 28 | 46,7 |
| 6 horas o mas                       | 5  | 8,3  |
| Total                               | 60 | 100  |

Fuente: Encuestas realizadas

**Gráfico 5:** si bien la mayor parte de los pacientes (73,3%) conocía la duración de la intervención que iban a realizarle, un porcentaje considerable (26,7%) no lo sabía.

¿Sabe cuánto va a durar la cirugía?



**Tabla VI. Conocimiento sobre el tiempo de internación posquirúrgico.**

| ¿Sabe cuánto tiempo estará en el hospital? | f  | %    |
|--------------------------------------------|----|------|
| No sabe                                    | 21 | 35   |
| 5 horas o mas                              | 15 | 25   |
| 3-4 horas                                  | 19 | 31,7 |
| 1-2 horas                                  | 5  | 8,3  |
| Total                                      | 60 | 100  |

**Fuente:** Encuestas realizadas

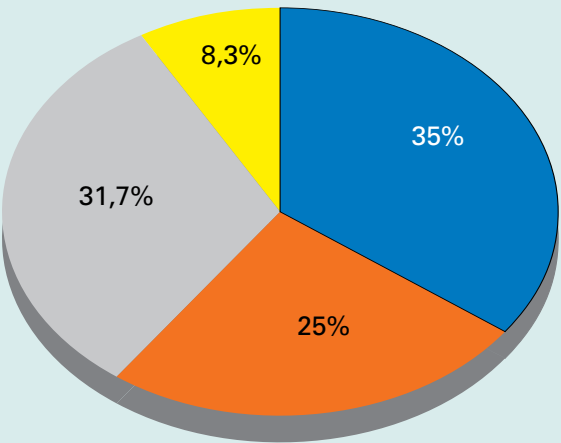
**Tabla VII. Información sobre la cirugía y sus consecuencias.**

| Información sobre su cirugía y consecuencias | f  | %   |
|----------------------------------------------|----|-----|
| Escasa                                       | 27 | 45  |
| Adecuada                                     | 33 | 55  |
| Total                                        | 60 | 100 |

**Fuente:** Encuestas realizadas

**Gráfico 6:** el 65% conocía el tiempo de permanencia posquirúrgico estimado, frente al 35% que no lo sabía.

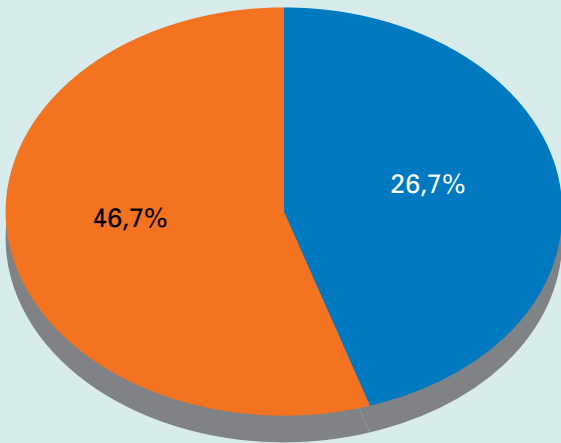
**¿Sabe cuánto tiempo estará en el hospital?**



- No sabe
- 5 horas o mas
- 3 - 4 horas
- 1 - 2 horas

**Gráfico 7:** el 55% posee un nivel adecuado de información, pero el 45% restante considera que el nivel es escaso.

**Información sobre su cirugía y consecuencias**



- Escasa
- Adecuada

Tabla VIII. Consideración sobre la información prequirúrgica recibida.

| Considera que la información otorgada antes de la operación fue: | f  | %    | fa   |
|------------------------------------------------------------------|----|------|------|
| Muy escasa                                                       | 8  | 13,3 | 13,3 |
| Escasa                                                           | 17 | 28,3 | 41,7 |
| Suficiente                                                       | 31 | 51,7 | 93,3 |
| Demasiada                                                        | 4  | 6,7  | 100  |
| Total                                                            | 60 | 100  |      |

Fuente: Encuestas realizadas

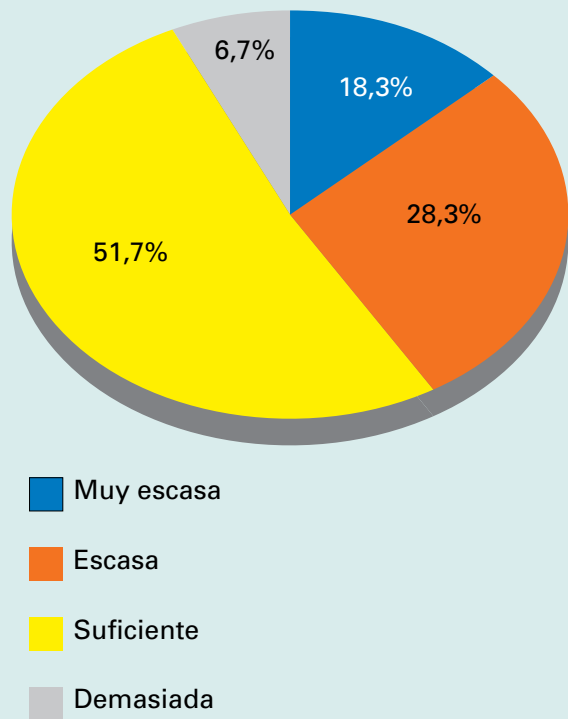
Tabla IX. Evaluación de los pacientes sobre la calidad de la información recibida.

| Calidad de la información | f  | %    | fa   |
|---------------------------|----|------|------|
| Elevada                   | 5  | 8,3  | 8,3  |
| Mediana                   | 29 | 48,3 | 56,7 |
| Baja                      | 26 | 43,3 | 100  |
| Total                     | 60 | 100  |      |

Fuente: Encuestas realizadas

**Gráfico 8:** el 51,7% de los pacientes encuestados considera que la información recibida fue suficiente; los restantes la perciben como escasa (41,7%) y muy escasa (13,3%). Sólo el 6,7% considera que fue demasiada.

Considera que la información otorgada antes de la operación fue:



**Gráfico 9:** respecto de la información previa, la mayoría de los pacientes (65%) no la considera de buena calidad. El 56,7% la valora media y el 43,3%, baja. Solo el 8,3% la valora como elevada.

Calidad de la información

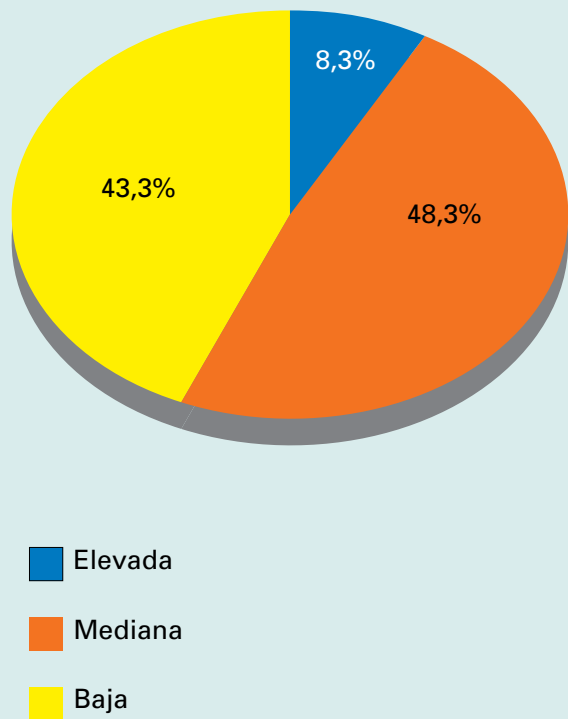


Tabla X. Utilización de analgésicos no programados por parte de los pacientes (automedicación).

| Analgésicos no programados (automedicación) | f  | %   |
|---------------------------------------------|----|-----|
| Sí                                          | 33 | 55  |
| No                                          | 27 | 45  |
| Total                                       | 60 | 100 |

Fuente: Encuestas realizadas

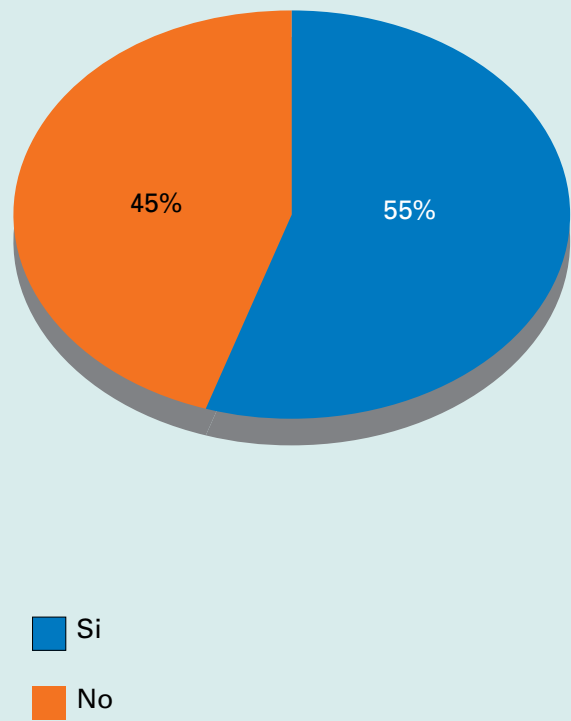
Tabla XI. Complicaciones posquirúrgicas.

| Complicaciones posquirúrgicas | f  | %    | fa  |
|-------------------------------|----|------|-----|
| Sin complicaciones            | 5  | 8,3  | 8,3 |
| Baja frecuencia               | 43 | 71,7 | 80  |
| Elevada frecuencia            | 12 | 20   | 100 |
| Total                         | 60 | 100  |     |

Fuente: Hoja de Enfermería de los pacientes encuestados.

**Gráfico 10:** un 45% de los pacientes encuestados manifiesta haber recurrido al uso de analgésicos no programados, mientras que el 55% restante sólo utilizó los programados.

Utilización de analgésicos no programados (automedicación)



**Gráfico 11:** se observa una baja frecuencia de complicaciones entre los pacientes que contaban con información (71,7%); un 20% corresponde a elevada frecuencia. Solamente el 8,3% no presentó complicaciones.

Complicaciones postquirúrgicas



**Tabla XII. Comparativa relacional entre las complicaciones posquirúrgicas y la calidad de información previa recibida sobre la cirugía y sus consecuencias.**

|                                |                                                       |                                                       | Información sobre la cirugía y sus consecuencias |          | Total |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------|-------|
|                                |                                                       |                                                       | Escasa                                           | Adecuada |       |
| Complicaciones postquirúrgicas | Sin complicaciones                                    | f                                                     | -                                                | 5        | 5     |
|                                |                                                       | % de información sobre la cirugía y sus consecuencias |                                                  | 15,2%    | 8,3%  |
|                                |                                                       | % del total                                           |                                                  | 8,3%     | 8,3%  |
|                                |                                                       | Baja frecuencia                                       | f                                                | 16       | 27    |
|                                |                                                       | % de información sobre la cirugía y sus consecuencias | 59,3%                                            | 81,8%    | 71,7% |
|                                |                                                       | % del total                                           | 26,7%                                            | 45%      | 71,7% |
| Elevada frecuencia             | f                                                     | 11                                                    | 1                                                | 12       |       |
|                                | % de información sobre la cirugía y sus consecuencias | 40,7%                                                 | 3%                                               | 20%      |       |
|                                | % del total                                           | 18,3%                                                 | 1,7%                                             | 20%      |       |
|                                | Total                                                 |                                                       | 27                                               | 33       | 60    |
|                                | % de información sobre la cirugía y sus consecuencias | 100%                                                  | 100%                                             | 100%     |       |
|                                | % del total                                           | 45%                                                   | 55%                                              | 100%     |       |

**Fuente:** Encuestas realizadas y Hoja de Enfermería de los pacientes encuestados

Al examinar la relación entre las complicaciones posquirúrgicas y la información de calidad recibida se observa, por un lado, que la mayoría de los pacientes que contaron con dicha información (81,8%) presentaron complicaciones posquirúrgicas de baja frecuencia, o bien no presentaron complicaciones (15,2%). Por otra parte, entre aquellos pacientes con escasa

información, todos presentaron complicaciones y sólo un 59,3% con baja frecuencia.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Del análisis de los datos obtenidos en esta investigación se desprende, de manera general, que los pacientes encuestados no recibieron una buena calidad de información previa (Tabla IX). Alrededor de un tercio no sabía qué tipo de anestesia recibiría (Tabla II) ni qué tipo de incisión iban a realizarle (Tabla IV); más de la cuarta parte desconocía la duración de la intervención (Tabla V). En cuanto al tiempo de internación estimado, más de la tercera parte de los pacientes no lo sabía. Es decir que, en cuanto a la información sobre la cirugía y sus consecuencias, sólo un poco más de la mitad (55%) presentó un nivel de información adecuado (Tabla VII).

En el análisis de la relación entre las complicaciones posquirúrgicas y la calidad de información previa recibida sobre la cirugía y sus consecuencias (Tabla XII) las diferencias fundamentales surgen al comparar los casos de elevada frecuencia: un 40,7% de los pacientes con escasa información presentó una elevada frecuencia de complicaciones posquirúrgicas, mientras que entre aquellos que contaron con un adecuado nivel de información, las complicaciones se reducen al 1,7%.

Resulta pertinente examinar estos datos a la luz de la teoría de la incertidumbre (Mishel: 1988), que pone de manifiesto la incidencia que tiene sobre el estado cognitivo de la persona el hecho de no poder estructurar o categorizar adecuadamente un evento por falta de indicios suficientes.

Un esquema cognitivo es la interpretación subjetiva de la enfermedad, el tratamiento y la hospitalización. La incertidumbre o la incapacidad para estructurar significados puede desarrollarse si el paciente no forma un esquema cognitivo para dichos eventos. La información de calidad está relacionada fundamentalmente con el marco de estímulos que es la variable antecedente primaria de la incertidumbre y

se refiere a la forma, composición y estructura de los estímulos que la persona percibe. También se relaciona con la denominada "credibilidad en la autoridad", esto es, el grado de veracidad y confianza que los pacientes atribuyen a los prestadores los proveedores de salud.

Si bien el tipo de relación tradicional basado en la confianza y la dependencia va perdiendo vigencia, la relación médico-paciente es un tema clásico en la medicina y la enseñanza médica, y continúa siendo un pilar fundamental en el ejercicio de la profesión. El contexto clínico no cambia (ya que ayudar y aliviar al paciente siguen siendo el objetivo de la medicina), pero entre el paternalismo tradicional y la autonomía actual del paciente hay un amplio abanico para repensar la relación clínica. Ponerla en práctica implica no sólo conocer la clínica y al paciente (con sus falencias, en muchos casos, en la comprensión y la ejecución de indicaciones), sino también saber gestionar los nuevos valores que implica la relación médico-paciente. Una de las bases para ello es la comunicación y mejorar la calidad de la información que se brinda, entendiendo que no basta sólo con transmitirla, sino que es preciso dar lugar al otro, con sus dudas y su ansiedad, para garantizar que ha sido comprendida.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bassets, J. y Batlle, C. (1982) "Psicoprofilaxis de la intervención quirúrgica en el Hospital San Juan de Dios." *Labor Hospitalaria*; 184: 76-82.
- Bowlby, J. (1989) *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Lugo, E. (2011) *Relación médico-paciente-encuentro y sus modelos*. En: García, JJ (director): *Enciclopedia de Bioética*. Disponible en: <http://www.encyclopediadebioetica.com/online/index.php/indice-de-voces/20-todas-las-voces/182-relacion-medico-paciente-encuentro-y-sus-modelos>
- Mardarás, E. (1980) Ansiedad depresiva y su peso en el período postoperatorio. En: *La preparación psicológica para intervenciones quirúrgicas*. Psicoprofilaxis quirúrgica. Barcelona: Ediciones Rol. (pp. 89-102).
- Mishel, M. (1988) Uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*; 20(4):225-231.
- Pérez C, Jalil R, Canals C. (1988) "Relación médico-paciente". *Revista Médica Chile*; 116: 1239-45.
- Rado, S. (1960) *Psicoanálisis de la conducta*. Buenos Aires: Paidós. (pp 57-72).



Adecra+Cedim  
Empleos

## **¡ADECRA+CEDIM EMPLEOS se renovó!**

**SI TRABAJÁS O QUERÉS TRABAJAR EN SALUD,  
NO DUDES EN INGRESAR EN EL NUEVO PORTAL**

***[empleos.adecra.org.ar](https://empleos.adecra.org.ar)***

**¡ENCONTRÁ EL TRABAJO QUE BUSCÁS!**

Organizado por Adecre+Cedim y su Comisión de Enfermeros de Gestión

# XVI Simposio Latinoamericano de Enfermería

## Gestión del cuidado del adulto mayor: ¿Estamos preparados?

Bajo el lema "Gestión del cuidado del adulto mayor: ¿Estamos preparados?", el miércoles 30 de octubre en el Salón Auditorio Ing. Héctor Amorosi de la Fundación OSDE se llevó a cabo el XVI Simposio Latinoamericano de Enfermería, organizado por Adecre+Cedim y su Comisión de Enfermeros de Gestión con el objetivo de brindar herramientas de capacitación al personal de Enfermería.

El encuentro contó con la presencia de más de 250 profesionales y estudiantes. Gracias a la transmisión por teleconferencia a las filiales del interior de OSDE, la convocatoria sumó a más de 500 participantes.

La apertura del evento estuvo a cargo de la Lic. Isabel Vera, Presidente de la Comisión de Enfermeros de Gestión (Adecre+Cedim) y Jefa del departamento de Enfermería de la Clínica Corporación Médica San Martín, quien destacó la labor de la Comisión. Luego fue el turno de reconocidos profesionales del área, que disertaron sobre distintos aspectos del eje propuesto.

La primera mesa, "Articulación e implementación entre dos Instituciones", coordinada por la Lic. Rosa Ferrari (representante del Centro del Parque), tuvo como expositora a la Dra. Silvia Molina (Universidad de Lanús).

A continuación, la Lic. Mg. Judith Figueira (UCES, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales), disertó sobre parámetros de calidad.

La última mesa, coordinada por El Lic. Roberto Mora (Jefe de Departamento de Enfermería del Sanatorio Bernal), contó con la participación del Lic. Sergio Alfaro (Corporación Médica San Martín), sobre seguridad e higiene en las instituciones de salud.

A través de la videoconferencia los representantes de las filiales de distintos puntos del país



pudieron tomar parte en el debate y plantear inquietudes respecto a los temas analizados.

En este sentido, los organizadores resaltaron que esta participación “no sólo enriquece a nuestras instituciones sino que invita a todos a contribuir en el crecimiento del sector de la salud privada”.



Porque sabemos de la importancia del personal de Enfermería, cuyo profesionalismo y vocación contribuyen en gran medida a la calidad de atención en las instituciones de la salud, en Adecra+Cedim funciona la Comisión de Enfermeros de Gestión: un grupo

de reconocidos profesionales que destina voluntariamente parte de su tiempo para trabajar sobre diversos proyectos, organizar cursos y jornadas de capacitación que permiten enriquecer el debate y la puesta en común de las experiencias y novedades del área.



# El acompañamiento del binomio madre-hijo durante la exogestación

Asesoramiento: Lic Claudia Fabiana Carissimo\*

Al nacer, los bebés dependen enteramente de sus cuidadores. La atención y protección que reciban es primordial para favorecer su desarrollo físico, emocional y cognitivo.

## LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADORES.

Durante los primeros meses de vida los bebés necesitan que los adultos los protejan y atiendan sus necesidades básicas para poder completar con éxito el desarrollo de sus funciones psicocognitivas, su adaptación al medio extrauterino. Este proceso madurativo recibe el nombre de exogestación y suele extenderse desde el nacimiento hasta que el pequeño pueda dominar sus espacios más cercanos, lo que suele ocurrir entre los seis y los diez meses de edad.

Estas experiencias tempranas tienen gran influencia sobre el cerebro, a través de la denominada plasticidad neuronal, que permite la adaptación al medio externo. Si bien este proceso dura gran parte de la vida, los primeros dos años resultan cruciales. A nivel neurológico, durante este período el niño de-

sarrolla su motricidad, la interacción social y emocional, mientras que el sistema nervioso central se prepara y adecúa para mejorar la visión, la audición, la motricidad fina y gruesa, el aprendizaje por ensayo y error, el equilibrio y la estabilidad. De allí que la atención y protección que reciba el bebé durante esta etapa inicial sean crucial para favorecer su desarrollo físico y cognitivo.

Por otro lado, las características del contacto afectivo sientan las bases de las respuestas individuales empáticas (capacidad de percibir lo que siente otra persona). Además, se fortalece así el apego seguro: la intensa necesidad de cercanía que requerimos las personas para poder regular nuestras necesidades biológicas y emocionales. Esto ayuda a que padres e hijos aprendan a comunicarse con más fluidez y versatilidad.

---

\* Psicóloga perinatal en Neonatología de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina.

## LA IMPORTANCIA DE LA FIGURA DE SOSTÉN.

Durante el cuidado íntimo y cercano, la madre se ve inmersa en un período de intensas demandas (por caso, la lactancia exclusiva o mixta) que la ocuparán la mayor parte del día. En esta etapa, además, atraviesa distintas adaptaciones tanto físicas como psicosomáticas, con lo cual resulta de suma importancia poder contar con otra persona que aliviane y contenga la situación.

Las madres necesitan apoyo, sostén y compañía en el momento del parto y durante la exogestación; contar con alguien que asuma conjuntamente las tareas en el cuidado del bebé. Este aspecto no suele ser tenido en cuenta, y por lo general las parejas deben reintegrarse a las tareas laborales demasiado pronto, sin dar tiempo a la adaptación y acompañamiento que requiere esta etapa.

En la actualidad, algunas corrientes de cambio han empezado a tomar en consideración las necesidades de los padres o parejas a la hora de tener un hijo; por ejemplo, mediante la extensión de licencias por nacimiento, que permiten ajustarse no solo psicológica sino familiarmente a esta nueva fase en sus vidas.

Esta figura de sostén puede ser también un familiar o alguna otra persona del entorno designada con anterioridad. Su tarea es cuidar el entorno para que la relación madre-hijo se desenvuelva en un contexto favorecedor del vínculo mediante el apoyo emocional e instrumental que requiere la dinámica de la crianza.

**Cuanto más segura se sienta una madre, mejor podrá desplegar sus habilidades amorosas y confiar en sus propias decisiones.**

La revalorización de los roles y de la importancia de esta etapa pueden comprenderse bien desde el *slow parenting* (también conocido como “crianza desde la simplicidad”), una nueva modalidad

de crianza que pone énfasis en considerar y respetar los tiempos adecuados para cada proceso, destacando la importancia de valorar la calidad de cada etapa por sobre su duración. Propone, asimismo, el fortalecimiento del vínculo con los cuidadores primarios del bebé, entendiendo que es fundamental para la constitución subjetiva infantil.

Estos aspectos cobran especial importancia en el caso de hospitalizaciones, dado que se trata de una circunstancia que suele generar ansiedad y preocupación, las cuales podrían trasladarse al pequeño. La necesidad de compañía es innata en nuestra especie. Mientras un bebé lucha por su vida es fundamental (además de un derecho) que esté acompañado por su familia todo el tiempo. Se debe garantizar la presencia de la pareja o de algún familiar que ejerza la función parental y pueda acompañar los cuidados del bebé en la unidad neonatal, ya que incluso el prematuro extremo está ávido de contacto.

## A MODO DE CONCLUSIÓN.

Durante esta fase constitutiva, en la que se inicia el proceso de parentalidad, resulta de suma importancia tomar en consideración los cambios emocionales particulares que lo acompañan. Una de las claves es fomentar el valor del apego seguro, dado que el conocimiento de un hijo por parte de la pareja o sus cuidadores permitirá establecer observaciones ajustadas a cada detalle que pueda resultar significativo, lo que redundará en la seguridad psicoafectiva del niño y el fortalecimiento de la confianza de su seno familiar en su capacidad de brindarle el cuidado necesario.

## BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA:

—Piaget, J. (2000) *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Ed. Crítica, Barcelona.

—Fava Vizziello G., Zorzi C. y Bottos M. (1993) *Los hijos de las máquinas*. Ediciones Nueva Visión, Bs As.

# Evaluación clínica para la determinación de planteles en UCI: un estudio de caso.

Lic. Gustavo Andres Alvarez\*

Lic. Amaru Verdesoto\*\*

Lic. Alejandro Skamarda\*\*\*

HIGA Dr. Rossi (La Plata) – Unidad de Cuidados Intensivos

La carga de trabajo elevada o excesiva conspira contra la calidad de la atención del paciente grave a causa del agotamiento físico y mental del plantel de Enfermería.

## INTRODUCCIÓN

La relación enfermera / paciente en la dotación de los planteles se traduce como el número mínimo de enfermeras a cargo de cierta cantidad de pacientes; de igual manera, puede tomarse como un coeficiente válido para determinar la carga laboral de Enfermería. Cuando la relación enfermera / paciente es alta, debido principalmente a la falta de personal, el aumento de dicha carga produce consecuencias a nivel de la calidad de atención en los diferentes servicios de salud. Por esta razón, se la relaciona con ciertos indicadores de calidad hospitalaria (mor-

bimortalidad, infecciones nosocomiales) y cierto número de complicaciones en la práctica diaria de la profesión (presencia de eventos adversos, caídas, úlceras por presión, extubaciones no programadas, auto-retiro de drenajes y sondas, etcétera).

El tipo de atención que requieren los pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos está en estrecha relación con las necesidades derivadas del nivel de gravedad. Es por ello que cuando comienzan a aparecer reacciones psicofísicas de estrés laboral y de sobrecarga de trabajo una evaluación diaria de los requerimientos del personal de Enfermería para la designación de planteles básicos según nivel de complejidad resulta fundamental para preservar tanto la calidad del cuidado como la integridad de los profesionales que se desempeñan en la institución.

\*Licenciado en Enfermería. Coordinador de UTI del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. R. Rossi (La Plata).

\*\*Coordinador de Enfermería Instituto Central (La Plata).

\*\*\*Docente de la UNLP. Cátedras Investigación en Salud y Aspectos ético y legales, de la Carrera de Enfermería.

## PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

### Objetivo general:

Determinar si el plantel de Enfermería del servicio de Terapia Intensiva del Hospital Dr. Rossi (La Plata) se encuentra sobrecargado debido a la falta de personal en relación con el nivel de complejidad del área.

### Objetivos específicos:

- Aplicar, analizar e interpretar el Score de Severidad de Intervenciones Terapéuticas (TISS 28) durante los meses relevados en el estudio.
- Determinar la relación que debe existir entre el número de integrantes del equipo de Enfermería y el número de pacientes en la unidad de cuidados intensivos de acuerdo con el número de intervenciones terapéuticas que demandan y el tiempo de atención requerido para la atención de cada paciente.
- Determinar si el resultado del cálculo realizado difiere respecto de los lineamientos de la Resolución Ministerial que establece los planteles básicos.

### Justificación

Actualmente la planificación del equipo de Enfermería se realiza en base a la relación enfermera/paciente por número de cama, no en función de la gravedad del paciente y la complejidad de los cuidados de Enfermería.

La evaluación clínica de la relación enfermera / paciente mediante el sistema Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) 28 y la comparación con la Resolución Ministerial 194/95 para la determinación de planteles básicos permite analizar, por un lado, si el plantel de Enfermería en el servicio de Terapia Intensiva del HIGA Dr. Rossi de La Plata cumple con dichas estimaciones y, por otro, si se encuentra sobrecargado en sus funciones cuando la criticidad de los pacientes es elevada. Asimismo, permite revisar la eficacia de estos instrumentos en los contextos hospitalarios actuales.

Según la Resolución Ministerial 194/95, el cálculo de planteles básicos para el área de cuidados intensivos debe ser de 27 enfermeros. Asimismo, es preciso observar que el TISS 28 agrupa solamente el 43.3% de las tareas de Enfermería,

pues sólo otorga puntaje al cuidado directo del paciente, no reflejando otras actividades diarias que son igualmente importantes, como la organización y el manejo de la unidad de cuidado intensivo.

**Tipo de estudio:** descriptivo, observacional y longitudinal.

### Población y muestra:

- Se realiza medición de todos los pacientes internados con más de 24 horas de internación con el score TISS 28. Se excluye a todos los pacientes con permanencia menor a 24 horas.
- La muestra final se compone de 1374 mediciones.
- La investigación y recolección de datos se llevó a cabo desde el 20/03/2017 hasta el 20/09/2017 (seis meses en total), en el Hospital Dr. R. Rossi (Unidad de Cuidados Críticos Polivalente) de la ciudad de La Plata
- Se agrupó a los pacientes en las siguientes clases:
  - Clase I: Enfermos con menos de 10 puntos. No requieren de UCI.
  - Clase II: Enfermos con 10-19 puntos. Estables que requieren observación.
  - Clase III: Enfermos con 20-39 puntos. Estables con monitorización invasiva o no y vigilancia intensiva. La evolución más probable es la mejoría.
  - Clase IV: Enfermos con 40 o más puntos. Inestables que requieren cuidados médicos y de Enfermería intensiva con frecuentes valoraciones y cambios de órdenes de tratamiento. Estos pacientes tenían uno o más órganos afectados, lo que hacía que el pronóstico de vida fuera impredecible.

### Metodología:

Se emplearon planillas diarias de recolección de datos de todos los pacientes internados en el área. Los datos fueron recogidos por el Coordinador de Enfermería del Área estudiada.

### Variables de análisis:

- Variable dependiente:
  - Sobrecarga de trabajo de Enfermería en la atención directa al paciente crítico.

- Variables independientes:
  - Severidad de intervenciones terapéuticas medidas por TISS 28.
  - Puntos diarios TISS de cada paciente.
  - Promedio diario de TISS de la unidad.
  - Cantidad de integrantes del equipo de Enfermería planificados por día y por sala.
  - Relación enfermero/paciente.
  - Cantidad de pacientes con aislamiento de contacto.
  - Tiempo promedio requerido en asistencia.

**Resultados**

El análisis de los datos obtenidos indica un valor medio de TISS de 22,58 puntos.

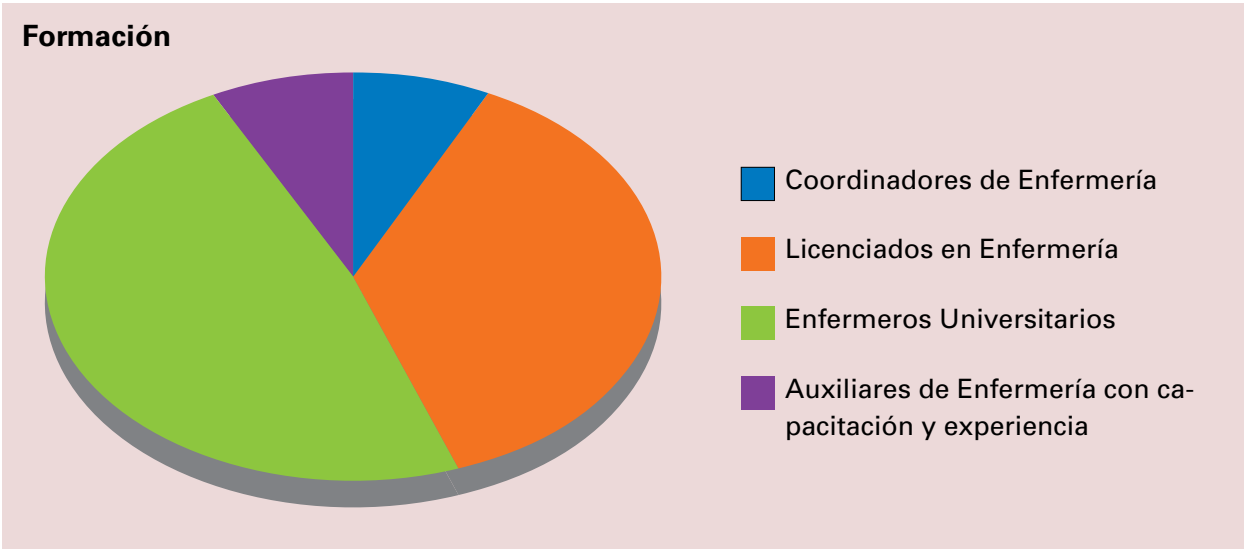
Se observa que la relación enfermero/paciente (de 1:2) disminuye durante los períodos de licencias médicas y vacaciones. Dichos periodos resultan estresantes pues se incrementan la gravedad de los pacientes y las cargas para el personal a cargo de su cuidado: la mayoría de los pacientes son de categoría 3 (78%), con un índice de gravedad que va de los 20 a los 39 puntos.

**Tabla 1. Propuesta de clasificación de pacientes según TISS-28**

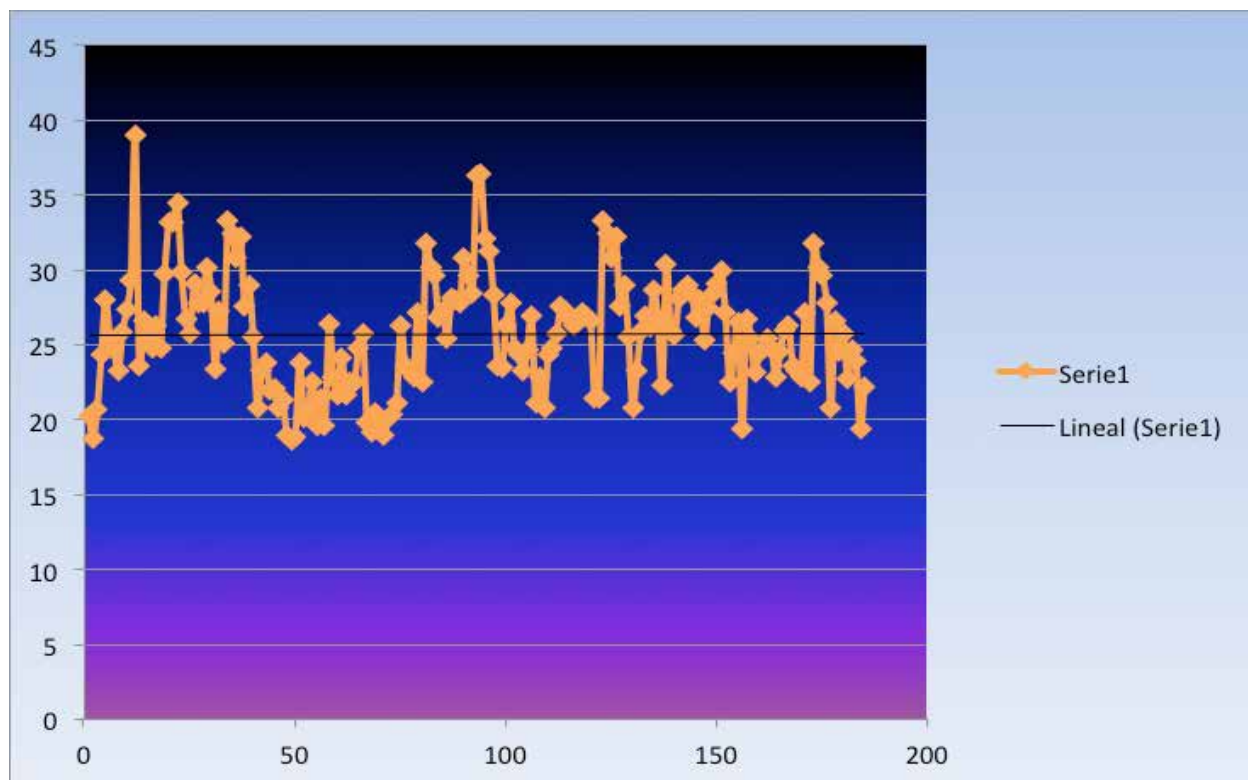
| Grado | TISS (puntaje) | Clasificación         | Relación enfermera/paciente |
|-------|----------------|-----------------------|-----------------------------|
| I     | < 10           | Observación           | 1:4                         |
| II    | 10 a 19        | Vigilancia activa     | 1:4                         |
| III   | 20 a 39        | Vigilancia intensiva  | 1:2                         |
| IV    | = 40           | Terapéutica intensiva | 1:1 o 2:1                   |

**Muestra de la Tabla de Recolección de datos de UTI 1**

| Día | Total de pacientes | Aislamientos de contacto | Categoría del paciente |    |     |    | Cantidad de pacientes | TISS promedio |
|-----|--------------------|--------------------------|------------------------|----|-----|----|-----------------------|---------------|
|     |                    |                          | I                      | II | III | IV |                       |               |
| 1   | 19-abr.            | 0                        | 0                      | 0  | 5   | 0  | 5                     | 23,4          |
| 2   | 20-abr.            | 0                        | 0                      | 1  | 5   | 0  | 6                     | 27,33         |
| 3   | 21-abr.            | 0                        | 0                      | 2  | 4   | 0  | 6                     | 25,16         |
| 4   | 22-abr.            | 0                        | 0                      | 0  | 5   | 1  | 6                     | 33,33         |
| 5   | 23-abr.            | 2                        | 0                      | 0  | 6   | 0  | 6                     | 32,5          |



**Gráfico 2: TISS diario**



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que la dotación del plantel de Enfermería es acorde a las necesidades del paciente y a las complejidades que se manejaron durante el periodo evaluado. Sin embargo, esta escala no permite dar cuenta de las mediciones reales del tiempo que insume al personal el desempeño completo de sus funciones, ya que no contempla la actividad administrativa, de gestión, empleo y uso de escalas, mediciones antropométricas, mediciones hemodinámicas o neurocognitivas, de información a la familia paciente, de pases de sala, de las actividades independientes como higienes, curas, recambio de vías, etcétera, como así tampoco de las complicaciones propias de la profesión como la falta de orden, la falta de insumos que requiere traslado y búsqueda en otros servicios, ni de las complicaciones propias de la práctica, como por ejemplo los accesos difíciles. Tanto el TISS 28, que data de 1996, como la Resolución 194 de 1995 han servido durante varios años, pero las formas y los tiempos de las prácticas han cambiado: algunas disminuyeron, otras se han incrementado, se han adicionado otras nuevas. Por este motivo, si bien permiten un acercamiento a la

realidad, no puede considerárselos completamente efectivos debido a los cambios transcurridos desde la fecha de confección de dichos instrumentos.

Con el fin de mejorar la calidad de atención es preciso reconsiderar una dotación mayor de los planteles acompañada de la política de cuidar a los que cuidan.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Abizanda R, Jordá R, Valle FJ y col. (1983) Niveles de asistencia en UCI. Delimitación mediante la aplicación racionalizada del sistema TISS. *Med Intensiva*; 7:272-88.
- Artucio H. y col. (1988) Utilización de los índices APPACHE II y TISS en una unidad de Medicina Intensiva. *Revista Paciente Critico*; 1(2):142-158.
- Buccino J, Garrido A, Artuccio A, et al. (1989) Evaluación diaria longitudinal en base al sistema TISS. Estudio comparativo de la intensidad terapéutica en una unidad de medicina intensiva polivalente 1987-1989. *Rev.Pac.Critico*; 2(1);40A-1A.
- Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, Ferrara LC. (1974) Therapeutic Intervention Scoring System: a method for quantitative comparison of patient care. *Crit Care Med*; 2:57-60.
- Cullen DJ, Nemeskal AR, Zaslavsky AM (1994) Intermediate TISS: A new therapeutic intervention scoring system for non-ICU patients. *Crit Care Med*; 22: 1406–1411.
- Keene AR, Cullen DJ (1983) Therapeutic Intervention Scoring System: Update 1983. *Crit Care Med*; 11: 1–3.
- Knaus WA, Wagner DP, Zimmerman JE, Bergner M, Bostos PG y col. (1991) The APACHE II prognostic system-risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. *Chest*; 100:1619-39.

# Curso de posgrado Gestión de Jefaturas en Áreas de Enfermería

## CONVOCATORIA 2020

Organizado por Adecra+Cedim, fue declarada de interés científico, académico, docente y profesional por Resolución 1285/01 del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de la UBA a través del Decanato.

Enfermería es responsable de brindar cuidados progresivos eficientes y eficaces tanto al paciente como a su entorno. Por su parte, el Departamento de Enfermería, en tanto unidad administrativa y asistencial, tiene la función de brindar una estructura organizada para el desempeño de dicha tarea, con el objetivo de proporcionar calidad y seguridad en los cuidados que se brindan, así como optimizar la gestión de los recursos humanos y materiales.

Atendiendo a esta especificidad, el presente curso está orientado al desarrollo de competencias y

habilidades destinadas a abordar las problemáticas actuales que afectan a los profesionales y a los pacientes. Está dirigido a Licenciados en Enfermería que ejercen su cargo al frente de Jefatura, con experiencia de al menos cinco años.

La convocatoria 2019 resultó muy exitosa: la asistencia perfecta de los participantes da muestra del interés por la propuesta. Es destacable también el compromiso de los docentes a cargo, quienes brindan contenidos actualizados y lo hacen a través de una dinámica que promueve el intercambio y la retroalimentación de lo aprendido.

En vista de ello, nos complace anunciar esta nueva convocatoria, una oportunidad para quienes no pudieron ingresar este año.

Se dictará en la sede de Adecra+CEDIM, con modalidad presencial y frecuencia mensual.



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](http://www.rivero.com.ar) | [www.Facebook.com/LaboratoriosRivero](https://www.facebook.com/LaboratoriosRivero)

[lab@rivero.com.ar](mailto:lab@rivero.com.ar) | [depcient@rivero.com.ar](mailto: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