

REPENSAR LA CALIDAD
Y LA SEGURIDAD: **p.47**
UN ANÁLISIS CRÍTICO
DE CÓMO TRABAJAMOS

(PRIMERA PARTE)

SOBRE LA FE COMO SOSTÉN
EMOCIONAL Y ESPIRITUAL
PARA LOS ENFERMEROS **p.21**
DURANTE LA PANDEMIA
DE COVID-19

Rol e intervenciones
de Enfermería frente **p.7**
al aumento de nacimientos
prematurados en Argentina

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



- 5 EDITORIAL
- 7 INFORME I
Rol e intervenciones de Enfermería frente al aumento de nacimientos prematuros en Argentina
Guillermina Chattás
Aldana Ávila
- 17 HOMENAJE
Una vocación como pocas
- 18 RINCÓN LITERARIO
Lo que el virus no se llevó
Cintia Zurita
- 21 INVESTIGACIÓN
Sobre la fe como sostén emocional y espiritual para los enfermeros durante la pandemia de Covid-19
Martha Fernández Moyano
Graciela Rojas
- 33 INFORME II
Herramientas de telemedicina para el seguimiento de pacientes con lesiones cutáneas
Fernanda Daniela Abadie
Ana Belén Monzón
Marianela Nouched
Vanesa Alejandra Val
Karen Sevilla
- 38 MENSAJE DE LAS NUEVAS AUTORIDADES DE LA COMISIÓN DE ENFERMEROS EN GESTIÓN (CEG) DE ADECRA + CEDIM
- 40 RESUMEN DE LA JORNADA DE CALIDAD ADECRA 2021:
Enfermería, pandemia, procesos y aprendizajes
- 43 FICHA
Esterilización: Control de cajas de curación utilizadas en procedimientos ambulatorios del servicio de Urología
Alan Villafañe
Stella Maris Medina
- 46 CURSOS DE POSGRADO EDICIÓN 2021
Gestión de jefaturas en áreas de Enfermería (3° edición)
Estadística aplicada a la Enfermería (2° edición)
- 47 SEGURIDAD DEL PACIENTE
Repensar la calidad y la seguridad: un análisis crítico de cómo trabajamos (primera parte)
Matías Dellachiesa

STAFF

DIRECCIÓN

Lic. Mercedes Sosa

JEFA DE REDACCIÓN

Prof. Lic. Marisa Server

COORDINACIÓN EDITORIAL

Alejandra Fuente

Lic. Graciela Rojas

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Prof. Magdalena Villaverde

EDICIÓN

Susana Prieto

Adecra

Montevideo 451 - Piso 10º (C1059ABl)

C.A.B.A. Argentina

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

www.adecra.org.ar

www.enfermeria.adecra.org.ar

e-mail: revistavea@adecra.org.ar

Esta publicación es propiedad de:
Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospi-
tales Privados de la República Argentina

Autorizada su reproducción mencionando
la fuente.

Registro de Propiedad Intelectual N° 399943

ISSN: 1669-385X

Base de datos de indexación:

CUIDEN - Tipo de indexación: EC-E

EBSCO

Periodicidad trimestral
(marzo, junio, septiembre y diciembre)

AÑO 18 | N° 68 | DICIEMBRE 2021

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. María del Valle Correa Rojas 0387 4397469 - celular 387 4154461 / Lic Javier Rosas 387 4095742 **CATAMARCA (CAPITAL):** Lic. Estrella Tillar. Tel. (03833) 427839 (de 7:00 a 11:00). **CÓRDOBA (CAPITAL):** Lic. Eduardo Giuliani. Tel. (0351) 4616362. **CHACO (RESISTENCIA):** Enf. Lidia Muñiz de López. Tel. (03722) 425050 int. 118. **FORMOSA (CAPITAL):** Lic. Elisa Acosta. Tel. (03717) 433651. **PROVINCIA DE BUENOS AIRES (LA PLATA):** Lic. Juana Lucila Ayala Rosa. Tel. (0221) 4220234 (desde las 18:00). **MENDOZA (GUAYMALLÉN):** Lic. María Rosa Reyes. Tel. (0261) 4215570. **MISIONES (POSADAS):** Lic. Carmen Grittis. Tel. (03752) 428117. **SALTA (CAPITAL):** Lic. María del Valle Correa Rojas. Tel. (0387) 4225426 **CONCORDIA (ENTRE RÍOS):** Lic. Rosana Firpo. Tel. (02966) 15598681/ (02966) 433592. **SANTIAGO DEL ESTERO (CAPITAL):** Lic. Mariano Aníbal Chávez. Tel. (0385) 4509574. San Juan (Capital): Lic. Mabel Lucía Naveda de Torres. Tel. (0264) 4214370. **SAN LUIS (CAPITAL):** Lic. Mónica Soto 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.

La vida transcurre entre el inicio y el fin de los ciclos. En cada final nos invade la nostalgia de lo vivido y cada inicio nos llena de esperanzas y anhelos de que el tiempo venidero sea mejor.

Desde el inicio de la pandemia, la realidad del sistema de salud nos deja el recuerdo del aglomeramiento de pacientes con síntomas compatibles con COVID, los hisopados, los contactos estrechos y los infectados, las muertes inesperadas, el cansancio psicofísico y emocional... pero, también, el valor de las tareas esenciales que salvaron miles de vidas.

Entre tanto desaliento y de cara a un nuevo año en la era COVID debemos aferrarnos a la esperanza de que podemos inyectar nuestras fuerzas, renovadas, a nuestra labor particular y a las instituciones en las que nos desempeñamos, junto con políticas sanitarias para prevenir la propagación del virus a través de la capacitación a la comunidad. Persistir en la tarea de concientizar acerca de la utilización de las barreras de protección que han mostrado ser muy eficientes en este tiempo; en el lavado de manos, el uso de tapaboca y el distanciamiento social.

El personal de Enfermería es, sin dudas, el protagonista de un momento único en la historia de la salud. La experiencia de acompañar a pacientes en el final de la vida ha tenido un gran impacto. Se trata de un acontecimiento que solamente personas con experiencia, saber profesional y una enorme empatía pueden resolver de la manera más digna.

Es por todo ello que para poder cerrar este ciclo y seguir adelante se requiere también un mayor reconocimiento social, político e institucional de nuestra profesión. Enfermería ha enfrentado semejante desafío a costa de un sinnúmero de secuelas que sólo el tiempo y la investigación podrán cuantificar.

Desde la revista VEA sólo tenemos palabras de agradecimiento por las miles de vidas que acompañaron y por las que vendrán. Es un orgullo ser enfermera.

Lic. Mercedes Sosa

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

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

Una vez más y todas las que sea necesario:

¡MUCHAS GRACIAS!

vea

Rol e intervenciones de Enfermería frente al aumento de nacimientos prematuros en Argentina

Guillermina Chattás*

Aldana Ávila**

En 2019, sobre un total de 625.441 nacidos vivos en Argentina, 55.709 tenían menos de 37 semanas de gestación, lo que representa para nuestro país una tasa de prematurez del 8,9%. A lo largo de la última década se observa un incremento de más de 10 puntos porcentuales en dicha tasa.

RESUMEN

Se estima que cada año nacen en el mundo 15 millones de neonatos antes de la 37ª semana de gestación. A nivel mundial, la proporción de nacimientos prematuros, en particular de los prematuros tardíos, está en aumento. Dependiendo del país, esto representa entre el 5 y el 18% del total de nacidos vivos.

En aquellos lugares donde los profesionales de Enfermería tienen una mayor capacitación los indicadores de morbilidad de los recién nacidos prematuros muestran mejores resultados.

Este artículo aborda algunas intervenciones de Enfermería que, en el marco del trabajo en equipo, pueden contribuir a la disminución de la morbilidad asociada de los recién nacidos pretérmino.

PALABRAS CLAVE

Enfermería neonatal, recién nacido pretérmino (RNPT), intervención temprana

ABSTRACT

It is estimated that in the world every year 15 million newborns are born before the 37th week of gestation. Across the world the proportion of preterm births, particularly late preterm ones, is on the rise. Depending upon the country, this represents between 5% and 18% of all live births.

In those places where nursing professionals have more training, the morbidity and mortality indicators of premature newborns show better results.

This article approaches some nursing interventions that, within the framework of teamwork, can contribute to the reduction of the associated morbidity of preterm newborns.

KEYWORDS

Neonatal Nursing, preterm newborn (PNPT), early intervention

*Magister en videncia e investigación en Enfermería. Especialista en Enfermería neonatal. Editora responsable revista Enfermería Neonatal, FUNDASAMIN. Subdirectora de la Carrera de Especialización en Enfermería Neonatal, Universidad Austral.

**Especialista en Enfermería neonatal. Personal técnico de la DISAPENI del Ministerio de Salud de la Nación. Supervisora de Enfermería del servicio de neonatología del Sanatorio de la Trinidad, Ramos Mejía.

VISIBILIZAR UNA PROBLEMÁTICA EN AUMENTO

Dar a luz antes de la 37^o semana de gestación conlleva una serie de complicaciones severas en la salud del recién nacido. Aunque el grado de severidad depende de cuántas semanas de gestación haya completado (es diferente la situación de un recién nacido pretérmino a las 23 que a las 36 semanas), la mortalidad neonatal dentro de los primeros 28 días de vida sigue siendo el principal componente de la mortalidad infantil (1). Muchas de las acciones para disminuirla se enfocan en mejorar los resultados realizando intervenciones para la prevención del parto prematuro y para la atención oportuna del nacimiento prematuro.

Esta situación se ha complejizado en las últimas décadas, dado que a nivel mundial se registra un ascenso sostenido de la incidencia de nacimientos prematuros. Ya en 2005, la prestigiosa revista *The Lancet* había hecho un llamado al mundo al informar que 4 millones de neonatos mueren por año; daba cuenta de cuándo, dónde y por qué (2). Desde entonces, iniciativas de distintas organizaciones intentan revertir esta situación, que ha sido incluida dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Se han realizado muchos progresos en distintos lugares del mundo, aunque todavía resta alcanzar los objetivos establecidos. La primera semana de vida, especialmente el primer día, sigue siendo el momento de mayor riesgo en todos los países. Entre esas iniciativas, la Fundación Europea para el cuidado de los recién nacidos (EFCNI) convocó en 2018 a la primera reunión de la Organización de padres europeos en Roma. Durante esta reunión los representantes decidieron crear un día de concientización para los recién nacidos prematuros y sus familias. La fecha elegida, el 17 de noviembre, tiene un significado muy especial y emocional para uno de los fundadores: luego del fallecimiento de sus trillizos prematuros en diciembre del 2006, fue padre de una niña muy saludable el 17 de noviembre del 2008. También desde la sociedad civil, cabe mencionar la organización March of Dimes, una ONG dedicada a la salud de las personas recién nacidas y sus madres, que promueve el mes de concientización sobre la prematuridad, también durante noviembre, en los Estados Unidos. Por su parte, "Socks for life" (Medias para la vida) es una campaña mundial que se desarrolla durante todo el año, que busca concienciar sobre los nacimientos prematuros, al tiempo que promueve el trabajo en colaboración para mejorar la situación y marcar la diferencia para los bebés prematuros, sus familias y el equipo que los atiende (3).

En Argentina, desde el año 2010 se viene implementando la campaña "Semana del prematuro", de la que participan maternidades de todo el país, familias de niños y niñas que nacieron en forma prematura, sociedades científicas, organizaciones no

gubernamentales, ministerios de salud provinciales y el Ministerio de Salud de la Nación. Esta iniciativa no sólo pretende crear conciencia sobre los derechos de estos niños y niñas, sino también movilizar a los miembros de los equipos de salud y de la sociedad en general para garantizar su protección, difundir estrategias de tratamiento y cuidado que demostraron mejorar los resultados. Como parte de esta campaña se identificaron y definieron diez derechos esenciales, que constituyen el decálogo de los derechos de los recién nacidos prematuros (RNPT) y que han dado forma a los temas centrales de cada campaña anual.

El 30 de junio del 2014, la Asamblea General de la OMS identificó los puntos clave en relación con acciones que disminuyen la mortalidad neonatal. Estos son:

- Evitar cada una de las muertes maternas y neonatales prevenibles
- Priorizar el día del nacimiento
- Invertir en el cuidado en el nacimiento
- Identificar los cuellos de botella en cada sistema de salud
- La oportunidad única es ahora
- Cada madre y cada recién nacido cuenta

Por último, cabe recordar que en 2020 el Congreso Nacional sancionó la Ley N°27.611/2020 de Atención y Cuidado Integral de la Salud Durante el Embarazo y la Primera Infancia, también conocida como "Ley de los 1000 días" (4).

Debido a que el nacimiento prematuro, tiene un gran impacto en la tasa de mortalidad y discapacidad temprana, desde el Ministerio de Salud de la Nación se propone una "Política integral para la prematuridad", con perspectiva de derechos, diversidad e intersectorialidad. En el documento se presenta la dimensión del problema, sus características y el estado de situación de la prematuridad en Argentina. En base a ello, se trazan los principios rectores, los objetivos y las estrategias transversales de la política y se propone un modelo de atención integral.

ROL E INCUMBENCIAS DE ENFERMERÍA

Las competencias de Enfermería abarcan cuidados holísticos que se desarrollan durante el control del embarazo, el momento del nacimiento y durante la internación. Incluso los cuidados pueden ir más allá de la institución de salud, ya que, dentro de la sociedad, Enfermería constituye un pilar fundamental para el cuidado de la salud.

Por ello es frecuente escuchar que la sobrevivencia de los RNPT depende de los cuidados de Enfermería. Esta afirmación busca poner en evidencia la importancia del cuidado minucioso, atento al detalle: son los profesionales de Enfermería quienes están presentes las 24 horas en la atención de estos pacientes y de su familia, realizan intervenciones independientes y en colaboración con otros profesionales del equipo de salud y son la mano ejecutora de muchas tareas.

Esta cercanía con las familias dentro de la unidad de cuidados intensivos neonatales permite realizar actividades que van más allá de las tareas técnicas, como actividades de educación, contención emocional y diagnóstico de riesgo social (5).

La preparación de la sala de partos para recibir al RNPT depende en gran medida del equipo de Enfermería. Las recomendaciones actuales sugieren que, independientemente del tipo de complejidad de la institución en la que se encuentra, la sala de partos debe contar con la máxima complejidad.

La evaluación de la disponibilidad del equipamiento adecuado, su funcionamiento, mantenimiento y la disposición de los insumos adecuados son parte del cuidado. Sin dudas, esto debe ir

acompañado de la capacitación del recurso humano sobre el manejo adecuado y la importancia del trabajo en equipo. En la recepción del RNPT la asignación de tareas a cada persona del equipo mejora la efectividad en su cumplimiento, por lo cual la utilización de simulación clínica para reforzar estos aspectos se vuelve fundamental.

Entre los cuidados que han mostrado una asociación con la reducción de las morbilidades asociadas a la prematuridad se encuentran:

- el cuidado de la temperatura
- la ligadura oportuna de cordón
- el cuidado de la ventilación
- la saturación de oxígeno

Ante todo, debe tenerse presente que la primera hora de vida de un RNPT es clave para su futuro. Durante esos primeros sesenta minutos es preciso realizar una serie de intervenciones apropiadas y tempranas a fin de disminuir la morbilidad asociada (6).

ACCIONES QUE CONTRIBUYEN A REDUCIR LOS RIESGOS ASOCIADOS EN RNPT

TERMORREGULACIÓN en la sala de partos

La temperatura axilar de un recién nacido en la admisión en la UCIN es un fuerte predictor de mortalidad neonatal.

HIPOTERMIA

- Es definida como temperatura inferior a 36,5°C
- Se la considera una entidad grave, ya que con cada descenso de 1°C en la temperatura axilar durante el ingreso a UCIN hay un aumento del 28% en el riesgo de mortalidad. La incidencia notificada de hipotermia en RNPT al momento del ingreso a la UCIN varía entre el 31 y el 78% (7).
- Da lugar a un aumento significativo en la incidencia de hemorragias intraventriculares (HIV), sepsis de aparición tardía, hipoglucemia y dificultad respiratoria (8).
- Puede prevenirse manteniendo la temperatura de la sala de partos entre 26 y 28°C, la utilización de equipamientos con calor radiante y la eliminación de corrientes de aire.
 - RN mayor a 30 semanas: usar sábanas precalentadas para secarlo sin frotar y cubrir la cabeza con gorro.
 - RN menor de 30 semanas: después del nacimiento se trasfiere a una bolsa plástica sin secar. Todos los pasos de reanimación necesarios se llevan a cabo con el recién nacido cubierto con esta envoltura. Se retira después del traslado a la UCIN y se estabilice.
- Las pérdidas insensibles pueden reducirse colocando al RNPT en incubadoras de doble pared con una humidificación de 85%. Los gases deben administrarse calientes y húmedos.

ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO en sala de partos

- Debe ser evaluada cuidadosamente, ya que con frecuencia el RNPT no requiere administración de oxígeno enriquecido, pero sí necesita administración de presión. Debido a la inmadurez en la producción de surfactante, el alveolo pulmonar tiende al colapso, por ello en RNPT que realizan respiraciones espontáneas, que tienen una frecuencia cardíaca mayor a 100 latidos por minuto y que presentan dificultad respiratoria, la utilización de CPAP precoz ha demostrado ser beneficiosa.
- La administración de CPAP o de VPP en sala de partos debería realizarse con oxígeno mezclado y calentado desde sala de partos. Si el RNPT tiene ventilación espontánea, se prioriza su uso, ya que evitar la intubación disminuye la displasia broncopulmonar (9).
- Existe cada vez más evidencia de las huellas que dejan en el RNPT los cuidados al inicio de la vida extrauterina. Es por ello que el ingreso a asistencia respiratoria mecánica debería ser evitado, siempre que sea posible, y debe ser considerada la extubación precoz en quienes ingresan.
- En la actualidad existen circuitos para brindar oxigenoterapia, en cualquiera de sus formas, que permiten realizarlo acoplado a un calentador humidificador incluso con reanimador en pieza en T. Dentro de las instituciones, quien realiza gestiones de Enfermería debería contemplar esa posibilidad y quienes realizan actividad asistencial deberían solicitarlo.
- La utilización de oximetría de pulso es fundamental cuando se asiste a un RNPT con factores de riesgo o que requiere reanimación. La evidencia sugiere iniciar VPP con FiO₂ de 30% en RNPT menores a 30 semanas y FiO₂ de 21% en mayores a 30 semanas.
- Se recomienda ir modificando el FiO₂ de acuerdo con los valores objetivos para sala de partos y a la saturación de oxígeno arrojada por el RNPT para evitar tanto la hipoxia como la hiperoxia. Transcurridos los primeros 10 minutos de vida, el oxímetro de pulso debe tener los límites de alarma entre 88 y 95%, para mantener una saturación deseada de 89% a 94% a fin de evitar la hiperoxia. Luego del nacimiento, en recién nacidos con perfusión disminuida puede demorarse el tiempo de registro de este dato.
- La utilización de monitor multiparamétrico es de gran ayuda frente a esta situación. En algunas ocasiones se posterga la colocación de electrodos priorizando el cuidado de la piel en los pacientes extremadamente prematuros. Sin embargo, esta práctica debe ser tenida en cuenta en pacientes inestables, garantizando siempre primero la sobrevida.
- En sala de partos, se sugiere colocar el sensor de oximetría de pulso adecuado al tamaño del paciente en la mano derecha. No se recomienda su colocación en la muñeca debido a la dificultad para obtener registros por la presencia de huesos grandes, aunque en prematuros extremos tal vez no exista otra alternativa.

CUIDADO CARDIOVASCULAR

- Es fundamental que el RNPT tenga una frecuencia cardíaca entre 120 y 160 latidos por minuto y un relleno capilar menor a tres segundos.
- Respecto al valor de la tensión arterial y la perfusión de los órganos en el primer día de vida, existe baja correlación (10).

NUTRICIÓN

- Durante la primera hora de vida el neonato debe ser canalizado, o debe colocársele un acceso vascular para recibir glucosa y aminoácidos, si no puede recibir alimentación por vía oral o enteral (11).
 - La hipoglucemia en RNPT trae consecuencias adversas en el neurodesarrollo.
 - En cuanto al requerimiento de líquidos, dependerá de la edad gestacional y de las pérdidas insensibles. El objetivo de la reposición de líquidos es proporcionar calorías, proteínas y lípidos adecuados y compensar las pérdidas de fluidos (12).
-

ASPECTOS A CONSIDERAR EN LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE (ECN)

- La prevención de esta entidad debe realizarse en forma precoz con la administración de calostro y leche humana.
- La topicación orofaríngea con calostro modifica el microbioma de la boca y estimula al tejido linfoide.
- La Academia Americana de Pediatría recomienda el uso de leche humana para nutrir a los recién nacidos pretérmino (13). La extracción de calostro en la madre de un RNPT debe realizarse en las primeras seis horas de vida para aprovechar las características de inicio del calostro, sobre todo de inmunoglobulinas, que van disminuyendo con el transcurso las horas.
- La administración de transfusiones está directamente relacionada con la incidencia de ECN. Al realizar extracciones de sangre debe limitarse al mínimo el volumen extraído, concientizar a quien extrae y al personal que analiza las muestras de que cada gota es valiosa. Registrarlo en el balance diario es una práctica útil para disminuir la necesidad de transfusiones.

RETINOPATÍA DEL PREMATURO (ROP)

- Enfermedad ocular provocada por una alteración de la vasculogénesis de la retina, que puede alterar su desarrollo normal y producir la pérdida total o parcial de la visión. Es un indicador importante de calidad de atención en servicios de neonatología (16). Constituye la principal causa de ceguera infantil en Argentina.
- Es prevenible, con el empleo de estrategias perinatales adecuadas, que incluyen estructura y recurso humano capacitado y en número suficiente. Los cuidados para la prevención no son diferentes a las estrategias planteadas para prevenir otras morbilidades; incluyen cuidados prenatales y postnatales, así como la detección oportuna de la enfermedad para su tratamiento (14).
- El oxígeno sólo debería administrarse cuando sea absolutamente necesario. Existen varios trabajos, en base a un amplio número de series de casos, en los que un control cuidadoso de la oxigenoterapia desde el momento del parto redujo significativamente su incidencia (15).
- Las transfusiones de concentrados de hematíes y el tratamiento con eritropoyetina (EPO), fundamentalmente en tratamiento precoz, están asociados de forma significativa con un mayor riesgo de ROP grave.

DISPLASIA BRONCOPULMONAR (DBP)

- Es el resultado de un proceso complejo de origen multifactorial, en el cual factores prenatales y posnatales interfieren con el desarrollo pulmonar, que a veces conduce a una enfermedad severa para toda la vida. Siendo una de las enfermedades prevalentes en este grupo etario, su incidencia aumenta inversamente a la edad gestacional. Afecta a casi la mitad de los RN extremadamente prematuros que egresan de las UCIN.
- El espectro de severidad es amplio. Las formas más severas se asocian a mayor mortalidad y diversas morbilidades. Los prematuros con displasia tienen dos veces más riesgo de internación antes del año de vida y duplican la posibilidad de muerte o discapacidad antes de los cinco años (17).

DISPLASIA BRONCOPULMONAR (DBP)

- Es de suma importancia enfocarse en la prevención de esta morbilidad como una filosofía del servicio, de un compromiso institucional y no sólo de esfuerzos individuales. Aquí es donde cobra toda su importancia el trabajo en equipo para los cuidados prenatales.
- Los cuidados posnatales para la prevención de la displasia comienzan desde el momento mismo del nacimiento. Es fundamental brindar cuidados responsables, respetuosos y orientados a prevenir la morbimortalidad desde la primera respiración, e incluso antes, con la administración de corticoides prenatales, ya que si bien reduce la severidad no así la frecuencia de aparición. Este riesgo se incrementa en los RN ventilados.
- Existe un perfil genético característico en niños con DBP. El factor genético puede ser la causa de gran parte de la variación en el riesgo y severidad de la enfermedad.
- La sepsis hospitalaria incrementa el riesgo de desarrollar DBP debido a que desencadena respuesta inflamatoria, muchas veces agravada por la presencia del conducto arterioso permeable.
- Los RNPT con SDR que reciben exceso de líquido o no tienen una adecuada diuresis en los primeros días de vida presentan una mayor incidencia de DBP. El exceso de líquido favorece la persistencia o reapertura de ductus, el cual produce un aumento del flujo sanguíneo hacia los pulmones, predisponiendo a edema pulmonar, con deterioro de la mecánica respiratoria, mayor tiempo de oxígeno suplementario y/o ventilación mecánica.
- A pesar de la evidencia de que el DAP cumple un papel importante en el desarrollo de DBP, el cierre temprano y agresivo no ha tenido ningún impacto sobre la incidencia de DBP.
- El RNPT de muy bajo peso posee un mayor gasto energético. La presencia de desnutrición interfiere en la defensa pulmonar contra la hiperoxia, el volutrauma y barotrauma, la inflamación y la infección, lo cual afecta el proceso de desarrollo y reparación del pulmón. La adecuada nutrición puede disminuir la incidencia de DBP pero además es esencial para el proceso de reparación pulmonar.
- La incidencia de DBP puede prevenirse prestando detallada atención a los aspectos respiratorios y nutricionales en las primeras horas y semanas del cuidado neonatal brindado a RNPT. El cuidado atento y minucioso de Enfermería puede modificar la incidencia de esta y otras morbilidades asociadas a la prematuridad.

HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR (HIV)

- Este tipo de hemorragia se presenta en un 20–25% de los RNPT nacidos antes de la semana 30 de gestación, o con peso inferior a 1500 gramos.
- Conlleva un riesgo de daño neurocognitivo a largo plazo. Se han evaluado medidas para reducir la incidencia de hemorragia intracraneal. La oxigenación cerebral y la hemoglobina se benefician con la posición supina, mientras que si el RNPT presenta dificultad respiratoria es beneficioso colocarlo en posición prona (18). El cambio de postura corporal en RN prematuros inestables debe realizarse en forma suave y en varios tiempos, entre dos personas, ya que puede afectar la perfusión cerebral.

HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR (HIV)

- Si bien son estudios preliminares, el cuidado de la cabeza en línea media y elevada 30° respecto al cuerpo durante las primeras 72 horas parecen ser prácticas seguras que pueden disminuir la incidencia de hemorragias intraventriculares graves (19).
- Otras estrategias conjuntas para la disminución del flujo cerebral son la extracción de sangre en forma lenta a través del catéter arterial umbilical e infusión lenta de soluciones con bombas de infusión. El cambio de pañales sin flexionar los miembros inferiores sobre el abdomen (para no aumentar la presión intraabdominal y evitar repercutir en la presión intracraneana) parece ser un cuidado sencillo de administrar.

CONCLUSIONES

El aumento en la tasa de nacimientos prematuros es un problema serio en Argentina y en el mundo. Esto no sólo por la fragilidad propia de esta condición sino también porque, al mismo tiempo, se cuenta por millones el faltante de profesionales de Enfermería para cuidar a las personas de toda edad.

Los recién nacidos prematuros (RNPT) requieren un cuidado especializado, basado en evidencia, delicado y minucioso, a cargo de enfermeras y enfermeros capacitados. Pero, además, el involucramiento —mediado por Enfermería— de la familia, de madres y padres. El RNPT tiene un patrón genéticamente programado respecto a su desarrollo: puede estar en período de diferenciación neuronal, migración, sinaptogénesis, poda sináptica y mielinización. Dado que las condiciones del entorno de la UCIN son bien diferentes a las del útero, las familias son agentes indispensables para cuidar su neurodesarrollo, desde el inicio de la internación hasta el alta. La permanencia de un cuidador

primario que favorezca el contacto piel a piel precoz, frecuente y prolongado, para realizar un apego seguro, brinda las condiciones más adecuadas para el desarrollo cerebral.

Si se cuenta con recursos humanos debidamente capacitados, con trabajo en equipo y unas condiciones y compromiso institucional fuertes, más de la mitad de los prematuros puede tener una buena calidad de vida gracias a una atención esmerada y detallada, costo-eficaz y consistente, al apoyo de una serie de servicios sanitarios esenciales durante el parto y el período posnatal. Por todo ello, el rol de los profesionales de Enfermería es fundamental para la prevención y reducción de la mortalidad y las morbilidades asociadas a la prematuridad. Como colectivo enfermero, y en el marco del trabajo en equipo, tenemos la responsabilidad inmensa de administrar cuidados holísticos, de calidad, que tomen en cuenta el impacto a futuro de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Lona Reyes JC, Pérez Ramírez RO, Llamas Ramos L, et al. (2018) "Mortalidad neonatal y factores asociados en recién nacidos internados en una Unidad de Cuidados Neonatales." *Arch Argent Pediatr*;116(1):42-48.
- (2) Lawn JE, Cousens S, Bhutta ZA, Darmstadt GL, et al. (2004) Why are 4 million newborn babies dying each year? *The Lancet*; 364(9432):399-401.
- (3) EFCNI, Socks for Life
<https://www.efcni.org/activities/campaigns/socksforlife/>
- (4) Ley nacional de atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia. Texto completo disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27611-346233>
- (5) Mata Méndez M, Salazar Barajas ME (2009) "Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro." *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*; 17 (1): 45-54.

- (6) Reynolds RD, Pilcher J, Ring A, Johnson R, McKinley P. (2009) The Golden Hour: care of the LBW infant during the first hour of life one unit's experience. *Neonatal Netw*; 28(4):211-9; quiz 255-8.
- (7) Lupton AR, Salhab W, Bhaskar B (2007) Neonatal Research Network. Admission temperature of low birth weight infants: predictors and associated morbidities. *Pediatrics*; 119(3): 643-9.
- (8) Chang H-Y, Sung Y-H, Wang S-M, Lung H-L, et al. (2015) Short- and Long-Term Outcomes in Very Low Birth Weight Infants with Admission Hypothermia. *PloS One*; 10(7): e0131976.
- (9) Sweet DG, Carnielli V, Greisen G, Hallman M, et al. (2013) European consensus guidelines on the management of neonatal respiratory distress syndrome in preterm infants. European Association of Perinatal Medicine. *Neonatology*;103(4):353-68.
- (10) Groves AM, Kusche CA, Knight DB, Skinner JR. (2008) Relationship between blood pressure and blood flow in newborn preterm infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*; 93(1): 29-32.
- (11) Braake FW, van den Akker CH, Riedijk MA, van Goudoever JB. (2007) Parenteral amino acid and energy administration to premature infants in early life. *Semin Fetal Neonatal Med*;12(1):11-8.
- (12) Aggarwal R, Deorari AK, Paul VK. (2001) Fluid and electrolyte management in term and preterm neonates. *Indian J Pediatr*; 68(12):1139-42.
- (13) Gartner LM, Morton J, Lawrence R (2005) Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*; 115(2):496-506.
- (14) Liegl R, Hellström A, Smith L (2016) Retinopathy of prematurity: the need for prevention. *Eye Brain*; 8: 91–102.
- (15) Tin W, Milligan DW, Pennefather P, Hey E. (2001) Pulse oximetry, severe retinopathy, and outcome at one year in babies of less than 28 weeks gestation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*; 84(2):106-10.
- (16) Grupo ROP Argentina (2016) *Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la retinopatía del prematuro (ROP)*. Buenos Aires, Ministerio de Salud.
- (17) Doyle LW, Anderson PJ. (2009) Long-term outcomes of bronchopulmonary dysplasia. *Semin Fetal Neonatal Med*;14(6):391-395.
- (18) JBI (2010) Posturas de los bebés prematuros para un desarrollo optimo. *Best Practice*; 14(18) 1-4. Disponible en https://www.evidenciaencuidados.es/BPIS/PDF/2010_14_18_BestPrac.pdf
- (19) Kochan M, Leonardi B, Firestone A, McPadden J, et al (2019) Elevated midline head positioning of extremely low birth weight infants: effects on cardiopulmonary function and the incidence of periventricular-intraventricular hemorrhage. *J Perinatol*; 39(1):54-62.

semana del **Prematuro**

- 1** *La prematuridad se puede prevenir en muchos casos, por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las mujeres.*
- 2** *Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y a ser atendidos en lugares adecuados.*
- 3** *El recién nacido prematuro tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión de futuro.*
- 4** *Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.*
- 5** *Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna.*
- 6** *Todo prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro (ROP).*
- 7** *Un niño que fue recién nacido prematuro de alto riesgo debe acceder, luego del alta neonatal, a programas especiales de seguimiento.*
- 8** *La familia de un recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.*
- 9** *El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo.*
- 10** *Las personas que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que las que nacen a término.*

semana del Prematuro

La familia y el equipo de salud conforman una alianza de cuidado que favorece la recuperación de los niños prematuros durante la internación y el acompañamiento durante el seguimiento al alta.

La familia debe recibir de los profesionales toda la información necesaria para participar y decidir, a fin de alcanzar los mejores resultados para su hijo.



Una vocación como pocas

En la vida nos preparamos para todo menos para morir. En el ámbito de la salud, sin embargo, es habitual vernos expuestos a la muerte y a todas las emociones que eso despierta. En particular, los profesionales que dedican su vida a la Enfermería suelen ser quienes generan un vínculo mayor con los pacientes. Su papel, además, se vuelve fundamental cuando las personas que están a su cuidado se acercan al final de sus días.

Quienes transitan una enfermedad que amenaza su existencia a menudo experimentan una gran intensidad emocional (ansiedad, miedo, incertidumbre) y, muchas veces, no tienen con quién conversar sobre esa vivencia. Es en ese momento cuando el rol y la vocación de Enfermería toman un lugar protagónico e imprescindible: estos trabajadores de la salud se brindan, acompañan y contienen a aquellas personas que se enfrentan a la experiencia más fundamental, solitaria y trascendental. En ellos encuentran la escucha, la empatía y el amor imprescindibles para atravesar ese momento en paz y compañía.

Es por todo ello que, en mis dieciocho años de acompañar voluntariamente en el buen morir, siempre he sido portavoz de la inmensa y pocas veces reconocida vocación de quienes eligieron dedicar su vida a la Enfermería.

Siento que, como sociedad, estamos en deuda con ustedes, enfermeras y enfermeros.
Gracias por tanto.

Tomás Olivieri Acosta
@practicandoelmorir
Fellow de Ashoka

Lo que el virus no se llevó

Cintia Zurita*

*Enfermería es el arte de cuidar.
Enfermería, la más antigua y bella de las artes.*
Florence Nightingale

A veces cierro los ojos y las imágenes transcurren en mi mente de forma lenta, como sueños o pesadillas. Pero no lo son. Todo es real.

Las noches de guardia se hicieron interminables. Cuadras y cuadras de gente esperando el *triage*, la consulta médica, el diagnóstico, el hisopado. Filas de ambulancias para ingresar un paciente con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19. Solo, sin familia. Todos tratando de no establecer contacto estrecho, vestidos de forma tal que el virus no tenga acceso a nosotros. Se nos empañaban las antiparras y al sacarnos nuestra vestimenta protectora nos dábamos cuenta de que estábamos empapados en sudor.

Los minutos parecían correr en una dimensión paralela, en cámara lenta.

Controlar los de signos vitales, aplicar sedoanalgesia, realizar intubación, conectar al respirador, estabilizar al paciente, realizar gasometría urgente. *¿Se pronar? Sí, hay que pronar.* Entonces es momento de colocar una sonda nasogástrica, una vía central, línea arterial, colocar dispositivos de prevención de úlceras por presión. Finalmente, pronamos al paciente. *De ahora en más, son momentos críticos. Habrá que iniciar inotrópicos, antitérmicos. No baja la fiebre ni la pafi.*



* Licenciada en Enfermería, MN 82653. Experta en el cuidado de úlceras por presión y heridas crónicas, acreditada por GNEAUPP. Ex Supervisora Sanatorio Anchorena Itoiz UTI/UCO.

Previo a todos estos procedimientos las palabras que escuchábamos se sentían como puñales fríos que nos erizaban la piel. Había que contener las lágrimas. Les tomábamos la mano, les decíamos que todo iba a estar bien, que confiaran. Les dábamos aliento.

"Tengo miedo", "Quiero hablar con mi hijo", "¿Me voy a morir? No me quiero morir", "Yo me siento bien, no me duerman", "¿Cuándo me voy a despertar?", "Mi mujer está sola con mi hijo", "Chicas, no me dejen sola", "Mi mamá se va a preocupar", "¿Volveré a ver a mi familia?", "Te amo, mi amor. Me van a dormir", "Ayúdenme, chicas", "Quiero escribir una nota a mi familia".

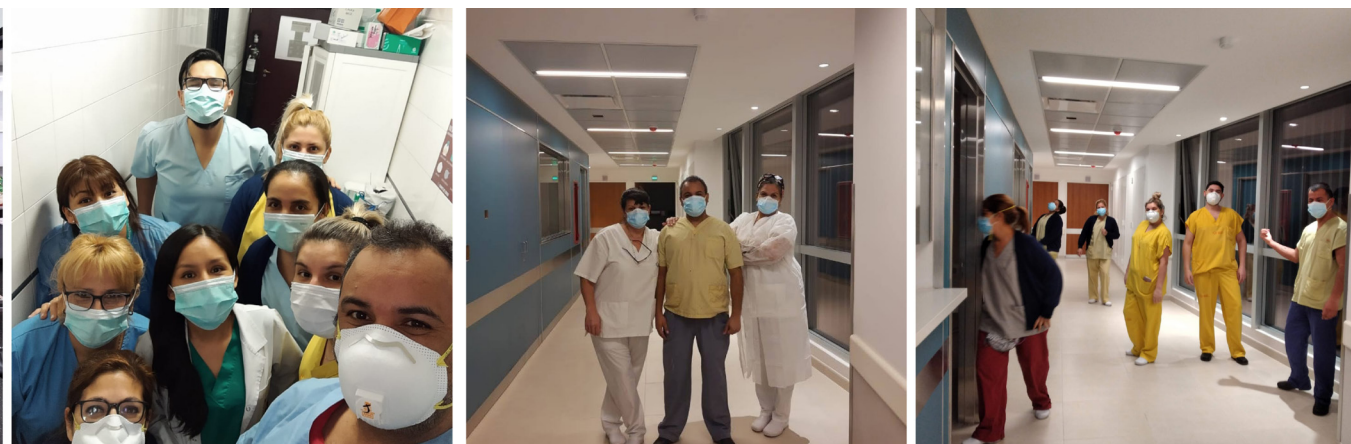
Dios. Las palabras y el llanto resuenan en mi mente. Termina mi guardia pero continúa para el otro turno. Quiero irme, salir corriendo. Lloro por esa gente que no conozco, a la que le tomé la mano hasta que cerraron sus ojos. Lloro por mí, porque tengo miedo. Por mis colegas, por mis compañeros, porque nuestras miradas detrás de las antiparras lo dicen todo.

Estoy yendo a casa con mis hijos, mis pequeños hijos, mi marido. Me desvisto en silencio. Me baño, trato de sacar cualquier partícula que pudiera estar en mí. Los miro y lloro. Quiero besarlos, abrazarlos. Y lo hago, pero me siento culpable por ello. ¿Y si los contagio?

Me desempeño hace más de catorce años en terapia intensiva como personal de salud. Cuando nos tocó vivir la gripe H1N1 no sentí el miedo que me hizo enfrentar esta terrible pandemia, asumo que porque entonces era muy joven. En aquel momento tuvimos que rever los protocolos de aislamiento y los cuidados con cada paciente. Fue el *boom* del alcohol en gel. Pero ese virus era dos veces menos transmisible que el nuevo coronavirus. De hecho, la OMS señala que alguien con influenza A pudo infectar de 1,2 a 1,6 personas (1).

A quienes somos personal de salud este virus nos hizo sentir miedo de abrazar a los que más queremos, de besarlos al volver de cada jornada y de que la sociedad nos rechazara por nuestra profesión. Pero al mismo tiempo nos llevó a valorar la vida más que nunca, a tener esperanzas en que la salud de todos puede mejorar, que el sistema que debe cuidarla también lo hará, se aprenderá de todas las falencias que salieron a la luz durante este año y medio de pandemia.

La pandemia ha supuesto un desafío para todos nosotros, como personas y como profesionales. Pese a ello, el virus no ha podido llevarse nuestro sentido de la vocación y del servicio, nuestro compromiso con el cuidado. Por el contrario, la adversidad los ha fortalecido y ha puesto en evidencia que el personal de salud es el pilar de las instituciones y que como tal debemos ser reconocidos. No solamente con palabras, sino también con salarios dignos.



(1) "Coronavirus: por qué la gripe A-H1N1 no paró la economía mundial como lo está haciendo la pandemia de covid-19".
En: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52115504>

CURSOS ONLINE
con conexión cada 15 días



CURSO DE **ESTADÍSTICA**
APLICADA A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Duración: marzo a diciembre - Días **martes de 8:30 a 10:30hs.**

CURSO DE POSGRADO **GESTIÓN DE**
JEFATURAS EN ÁREAS DE ENFERMERÍA

Duración: marzo a diciembre - Días **jueves de 8:30 a 10:30hs.**



FORMACIÓN DE LIDERAZGO Y GESTIÓN EN ENFERMERÍA
CON BASE EN COACHING ORGANIZACIONAL

Duración: abril a noviembre - Días **miércoles de 8:30 a 10:30hs.**

INFORMES E INSCRIPCIÓN

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

Sobre la fe como sostén emocional y espiritual para los enfermeros durante la pandemia de Covid-19

Martha Fernández Moyano*
Graciela Rojas**

Asoc. Civil Unión Cristiana de Enfermeros Argentinos

En cuidados paliativos se da mucha importancia a la dimensión espiritual. ¿Cómo puede ayudarnos esta mirada en el contexto de la pandemia? ¿Puede su abordaje contribuir a que no perdamos el sentido de nuestra elección profesional y de vida?

RESUMEN Durante el año 2020, la pandemia de Covid-19 evidenció que se contaba con herramientas insuficientes para afrontar el desafío de lidiar con este agente desconocido y con una emergencia sanitaria de escala mundial. Además de la falta de insumos, un aspecto sensible a considerar es el modo en que la pandemia ha impactado en la salud mental del personal sanitario, particularmente de Enfermería, debido a la tensión frecuente a la que han estado expuestos en su práctica diaria. Este estudio busca dar cuenta del modo en que aquellos profesionales que se apoyaron en una fe, religiosidad o espiritualidad para sobrellevar tiempos tan difíciles pudieron desarrollar una mayor capacidad de resiliencia.

PALABRAS CLAVE Enfermería, pandemia, salud mental, espiritualidad, resiliencia

ABSTRACT During 2020, the Covid-19 pandemic evidenced that there were insufficient tools to face the challenge of dealing with this unknown agent and with a global health emergency. In addition to the lack of supplies, a sensitive aspect to consider is the way in which the pandemic has impacted on the mental health of health personnel, particularly nursing, due to the frequent tension to which they have been exposed in their daily practice. This study looks to show the way in which those professionals who relied on faith, religiosity or spirituality to endure with such difficult times were able to develop a greater capacity for resilience.

KEYWORDS Nursing, pandemic, mental health, spirituality, resilience

* Lic. Martha Fernandez Moyano, es presidente de la Unión Cristiana de Enfermeros Argentinos, integrante de la Junta Internacional Nurses Christian Fellowship Internacional (NCFI), secretaria de Confraternidad Internacional de Enfermeras y Matronas Cristianas de América Latina (Cidec-AI).

** Lic. Graciela Rojas, Jefe Dto. Enfermería Sanatorio de los Arcos, miembro de Unión Cristiana de Enfermeros Argentinos; Comité de Ética y Legislación de la Federación Argentina de Enfermería; Comisión Enfermeros de Gestión Adecra, Docente.

INTRODUCCIÓN

La pandemia del coronavirus o Covid-19, declarada por la OMS en marzo de 2020, es uno de esos momentos en que quedó demostrada la gran importancia de la enfermería. Toda enfermería y los equipos sanitarios fueron alertados para lidiar con un agente desconocido y esta emergencia mundial evidenció que poseían herramientas insuficientes para afrontar este desafío. Surgieron así problemáticas que hicieron rever conocimientos y protocolos; se hizo evidente la falta de recursos, de personal, el agotamiento del equipo sanitario en general. Además, comenzó a prestarse atención a la salud mental de los profesionales de la salud, a cómo estaban siendo afectados por la pandemia. Y al mismo tiempo, se destacó la resiliencia de aquellos que se apoyaron en una fe, religiosidad o espiritualidad para poder sobrellevar tiempos tan difíciles.

Este estudio busca dar cuenta del lugar que ocupó la fe para un grupo de enfermeros cristianos argentinos para sobrellevar la crisis generada por la pandemia de Covid-19. La experiencia recogida se centra en el año 2020.

ANTECEDENTES

A partir del siglo XIX se registra un creciente número de investigaciones sobre la religión / espiritualidad y la salud dentro de la literatura científica. Los hallazgos documentados en estudios realizados desde 1872 sugieren que se trata de elementos significativos para el bienestar psicológico y físico de las personas. No obstante, es recién a partir del año 2000 que comienza a darse más relevancia al cuidado holístico del paciente incluyendo su espiritualidad. Los resultados de estos estudios más recientes destacan una relación positiva entre religión/espiritualidad y variables que afectan favorablemente la salud mental del individuo para afrontar la adversidad y experimentar emociones positivas (bienestar, esperanza, optimismo, significado y propósito, autoestima, sentido de control) y encontrar soporte social (participación en organizaciones, por ejemplo). La mayoría de los trabajos documentados concuerdan en que una religiosidad / espiritualidad afianzada se asocia positivamente con una mejor salud física, mental y con las conductas que las promueven.

En este sentido, el psiquiatra Harold Koenig (2012) llevó a cabo una revisión sobre el impacto en la salud, en la que se analizaron 3.300 estudios cuantitativos publicados en revistas académicas entre 1872 y 2010. Estos trabajos, que representan el 75% de todos los publicados a nivel mundial (1), permitieron deducir que existiría una relación inversa entre la religión/espiritualidad y, por lo menos, tres variables: en cuanto a la salud física, propensión a enfermedades coronarias (hipertensión) y cerebrovasculares (Alzheimer, demencia, cáncer,

síntomas somáticos y mortalidad); en cuanto a conductas que pueden afectar la salud (tabaquismo, abuso de sustancias) y determinadas conductas sexuales; en cuanto a la salud mental y sus consecuencias negativas como depresión, ansiedad, suicidio, así como problemas sociales (delincuencia, crimen) e inestabilidad matrimonial. Por otro lado, la práctica de la religión / espiritualidad se relaciona con conductas positivas que promueven hábitos ligados a la salud como la dieta, el ejercicio y cuidado físico, función endocrina, función inmune aumentada y autoevaluación.

Todo lo anterior apunta a la importancia de poder integrar la religión / espiritualidad de aquellos profesionales y pacientes que profesan alguna creencia o fe. Es decir, que de común acuerdo puedan implementar técnicas que tomen en consideración este aspecto dentro de las prácticas que se llevan a cabo en las instituciones.

AFRONTAMIENTO DE LOS DESAFÍOS DE LA PANDEMIA

Los profesionales de la salud han recibido y continúan recibiendo de forma intensa las consecuencias de la pandemia; el impacto emocional que esto conlleva es muy grande.

Todas las personas sufrimos cuando vemos amenazada nuestra integridad vital y la situación actual hace que nos sintamos de esta manera a diferentes niveles. Para los profesionales de la salud, en particular de enfermería, la tensión frecuente a la que están expuestos en su práctica se ha visto magnificada, lo que hace de ellos personas especialmente susceptibles de presentar estados de crisis.

Definimos aquí la palabra “crisis” como un estado temporal de cambio, trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares al utilizar los métodos acostumbrados. Esto nos pone ante el primer paso del camino: reconocer la realidad que estamos viviendo, nuestro propio dolor y las heridas que nos han quedado; permitirnos sentir y reconocer estas emociones como propias, el miedo, la tristeza, el enojo, el desconcierto. En el caso de los profesionales de enfermería, poder hacer este reconocimiento es incluso más importante: «soy un profesional y también tengo emociones».

La expresión de malestar emocional ha cambiado en función de la evolución del contexto epidemiológico. Al inicio, la respuesta era de estrés agudo, inquietud y nerviosismo. Su manifestación incluía desde la necesidad de actuación inmediata, casi compulsiva, acompañada de la culpa si no se podía estar en la primera línea, hasta comportamientos de miedo paralizante, bloqueo o de huida para evitar la situación. Con su prolongación,

la respuesta varió a agotamiento emocional (cansancio mental y fatiga física) y desánimo, donde es muy importante evitar que llegue a ser desamparo.

Es conveniente examinar la problemática actual respecto a las condiciones de trabajo frente a este nuevo desafío, que incluye la saturación de los servicios de salud, la sobrecarga física, emocional y mental de los trabajadores, magnificada por los nuevos protocolos y tecnologías, así como por condiciones laborales extenuantes.

Si bien a todos nos ha cambiado la vida, para muchas personas este tiempo ha supuesto un impacto de especial calibre en sus vidas dado que han experimentado la enfermedad, el sufrimiento, la muerte y el duelo por sus seres queridos. Y todo ello, en unas condiciones que podríamos calificar como traumáticas. La experiencia del COVID, sin duda, nos ha sumido a todos en una forma de «caos», y en medio de él hemos luchado por no sucumbir al sufrimiento ajeno y al nuestro. Quienes trabajamos en el ámbito sanitario tampoco quedamos al margen de esta experiencia. La vivimos de un modo que podría considerarse “total”, pues hemos afrontado en proximidad la situación de todas esas personas que tuvieron que convivir con el virus, en nosotros mismos, en nuestras familias y en nuestros colegas. Hemos experimentado en muchos momentos las limitaciones personales y estructurales para poder desarrollar nuestra labor, y que la realidad contraponía con nuestras más arraigadas convicciones sobre el modo de cuidar a las personas enfermas y dolientes.

Esta realidad puso a la enfermería frente al inicio de una crisis que Caplan (1964) describe primero como elevación de la tensión por el impacto de un suceso externo, falta de éxito en las respuestas a la solución de los problemas y, sumado a esto, al incrementarse la tensión se movilizan otros recursos que, de resultar ineficientes, generan desorganización física o emocional grave. Por todo esto, es pertinente decir que vamos a necesitar apoyo para gestionar las secuelas de la pandemia en nosotros mismos.

UNA FORMA DE COMPARTIR LA CARGA EN TIEMPOS DIFÍCILES

En cuidados paliativos se da mucha importancia a la dimensión espiritual. Consideramos preguntarnos cómo puede ayudarnos esta mirada en el momento actual que atravesamos como personas y como sociedad. ¿Puede su abordaje contribuir a que no perdamos el sentido de nuestra vida y de nuestra vocación profesional?

Una de las primeras Guías de Acompañamiento Espiritual desarrolladas por el Grupo de Espiritualidad de la SECPAL (Sociedad española de cuidados paliativos) señala que “por espiritualidad entendemos la aspiración profunda e íntima del ser humano a una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y de sentido a la existencia” (2). La espiritualidad tiene

muchas definiciones, pero en esencia ayuda a darle contexto a la vida. No es necesario estar conectado con un sistema de creencias específico ni con un culto religioso, sino que surge de la conexión con uno mismo y con los demás, del desarrollo del sistema de valores personales y de la búsqueda del sentido de la vida. Para muchos, la espiritualidad tiene forma de práctica religiosa, oración, meditación o la creencia en un poder superior. Para otros, se la puede encontrar en la naturaleza, la música, el arte o en una comunidad secular. En definitiva, es diferente para todos.

¿Puede ayudar a aliviar el estrés? Aquí proponemos una respuesta afirmativa, en la medida en que a las personas con alguna práctica ligada a la espiritualidad les permite sentir que tienen un propósito. Además, al cultivarla pueden descubrir qué es lo más significativo en la vida y esto es de utilidad porque si tenemos en claro lo importante, podemos enfocarnos menos en las cosas que no lo son y eliminar así el estrés. De esta manera, puede lograrse una conexión con el mundo, dado que el sentido de propósito nos quita la sensación de soledad y, por lo tanto, permite vivir más en paz en tiempos difíciles. Esto se complementa con que nuestra creencia amplía también nuestra red de apoyo. Ya sea que encontremos la espiritualidad en la iglesia, la mezquita o sinagoga, en la familia, o en las caminatas en la naturaleza con un amigo, este intercambio puede ayudarnos a construir relaciones. Cuando nos sentimos parte de un todo más grande podemos dar cuenta de que no somos responsables de todo lo que pasa en la vida y compartir la carga de los tiempos difíciles, las alegrías de la vida con quienes nos rodean.

La espiritualidad también trata de entrar en contacto con el yo interior; un componente clave en este sentido es la auto reflexión. Trabajar en estos tiempos no es fácil, tanto el paciente como el profesional necesitan de un cuidado, de una atención a los desafíos emocionales y espirituales que surgen en la práctica cotidiana. Especialmente si tenemos en cuenta que el sector hospitalario es un ambiente donde suele haber un alto grado de dolor, sufrimiento y muerte. Estos aspectos afectan a todo el personal de salud, que también se ve movilizado por el sufrimiento de los otros.

En algunos casos, el cuidar de los pacientes con Covid ha generado angustia continua, agotamiento físico y estrés, principalmente en ausencia de un autoconocimiento, preparación psicológica y de carácter espiritual. Encontrar el sentido de la vida es un importante recurso para el enfrentamiento de las dificultades que pueden aparecer en la práctica del profesional de enfermería porque posibilita una regulación emocional frente a lo cotidiano a partir del autoconocimiento y autocuidado, que genera la trascendencia y la capacidad actitudinal para lidiar con el malestar. Por otro lado, la práctica del cuidar puede facilitar encontrar o fortalecer este sentido de la vida, por medio de la realización de valores: creación, vivencia y actitud.

En cuanto al valor de creación, puede ser visto como una misión o propósito de vida, en la medida en que al cuidar de otro a pesar de las propias vicisitudes se pone de manifiesto una forma de altruismo que podría derivar en una sensación de paz y satisfacción personal; por ello es un valor trascendente.

En cuanto a los valores de vivencia por parte del enfermero, esto puede ser descubierto en la medida en que la experiencia del cuidado, a pesar de todos los desafíos que implica, puede darse desde simples miradas, gestos, palabras y actitudes que significan consuelo y acogimiento para sus pacientes y que ciertamente traerán beneficios emocionales para sí mismo. Esta experiencia permitiría valorar las cosas que parecen de menor importancia (querer estar más tiempo con la familia), cuidar la salud y reflexionar sobre el sentido de la vida y de la muerte.

Por último, los valores de actitud en la práctica cotidiana pueden surgir en la medida en que el profesional comprenda que existe un sentido en el sufrimiento y que es posible transformar una situación difícil en una conquista, siempre y cuando se tenga una postura adecuada. En este aspecto, reflexionar sobre las situaciones difíciles y encontrar en ellas los aspectos positivos ayuda al entendimiento y la superación de las adversidades. A su vez, el valor y sentido de la vida pueden funcionar como un recurso para el resignificación de la práctica profesional y el cuidado de sí, ya que habilitan no solo una mejor sensación de bienestar y adecuación a su función, sino que también ayudan en el fortalecimiento o búsqueda de sentido por parte de los pacientes.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

-Describir de qué manera la espiritualidad o la fe llevadas a la práctica pueden contribuir a la resiliencia de los profesionales de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Observar el papel que tuvo la espiritualidad en enfermeros que expresan una fe cristiana.

-Conocer en qué medida fueron afectadas en su propia salud, física, emocional y espiritual, luego del avance epidemiológico.

ESTUDIO DESCRIPTIVO, de corte transversal, retrospectivo.

POBLACIÓN: enfermeros argentinos que profesan una fe cristiana, que viven su espiritualidad y fe en la práctica diaria de enfermería.

MUESTRA: Estuvo compuesta por 55 enfermeros argentinos, del ámbito público y privado, independiente de la antigüedad, servicio, turno o sector.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: enfermeros que no profesen una fe cristiana

MATERIALES Y MÉTODO

—En el período mayo–junio se realizó una encuesta anónima a los enfermeros que manifestaron profesar una fe cristiana. La encuesta, estructurada, de preguntas abiertas y cerradas, se implementó a través de la herramienta Google Forms.

—Las variables estudiadas se organizaron en torno a los siguientes ejes:

—Situación de los enfermeros en su profesión: tiempo de ejercicio, si experimentaron una sensación de contención y cuidado por parte de su entorno, si sintieron algún cambio en relación a la capacidad de disfrutar de su trabajo en un contexto de incertidumbre propio de la pandemia (desconocimiento del virus, situación de crecimiento de casos, implementación de nuevas medidas y protocolos).

—Situación de los enfermeros en el contexto epidemiológico de Covid-19: conocimiento sobre cómo cuidarse para prevenir contagios, falencia en diferentes tipos de recursos (materiales, psicológicos y espirituales), sensación de sobre exigencia que alcanzó a demandar la ayuda de un tercero.

—Situación emocional y espiritual respecto de los enfermeros: se preguntó si experimentaron emociones de carácter negativo, agotamiento mental; si sintieron que podían buscar apoyo en sus valores morales o espirituales; si cambió su mirada en relación a la vida; y qué importancia tuvo su relación espiritual personal.

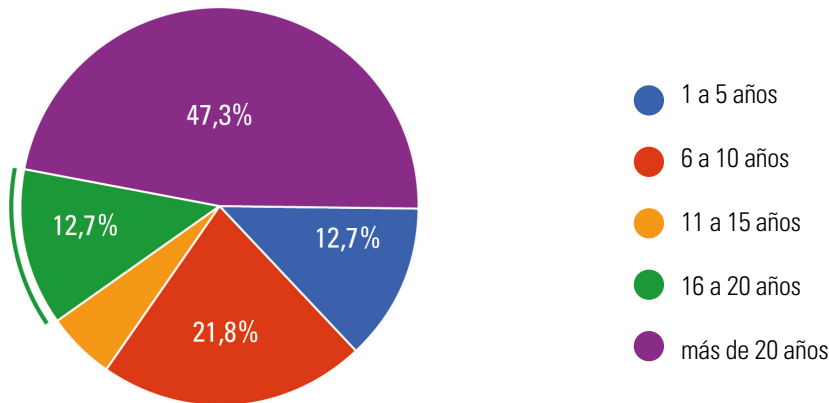
—Los resultados fueron tabulados en planilla de Excel.

RESULTADOS

Se recibieron cincuenta y cinco (55) encuestas contestadas, de las cuales tomaremos las más relevantes en cuanto al objetivo que nos hemos fijado.

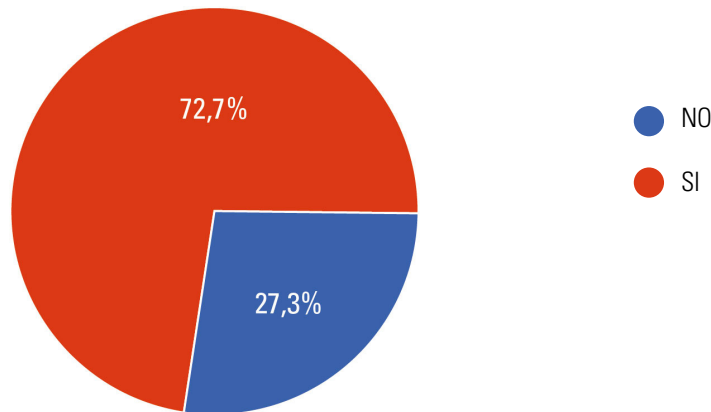
ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN

55 respuestas



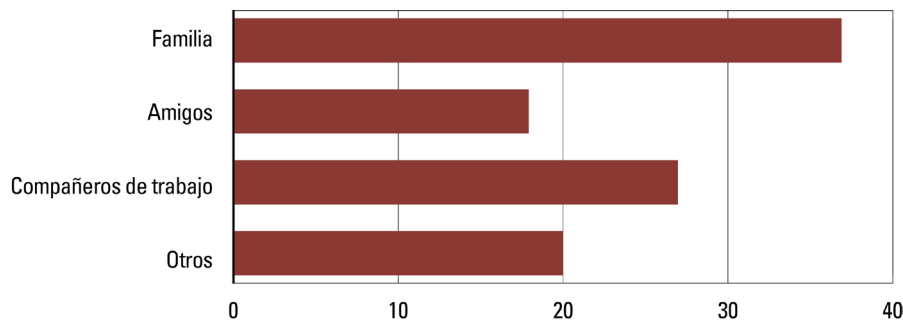
¿SE SINTIÓ CUIDADO COMO PROFESIONAL?

55 respuestas



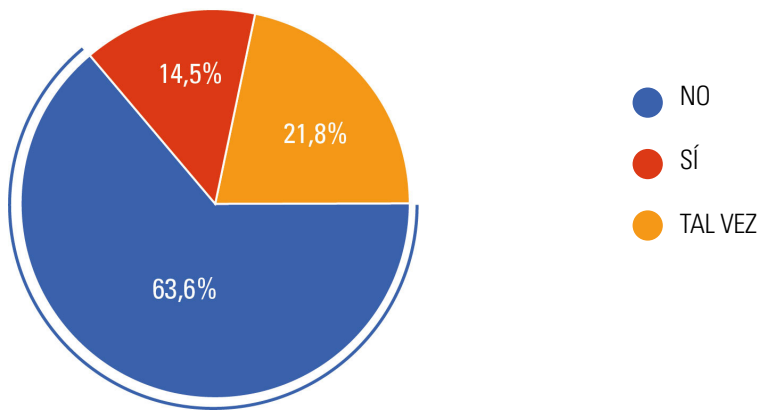
¿POR QUIÉN?

55 respuestas



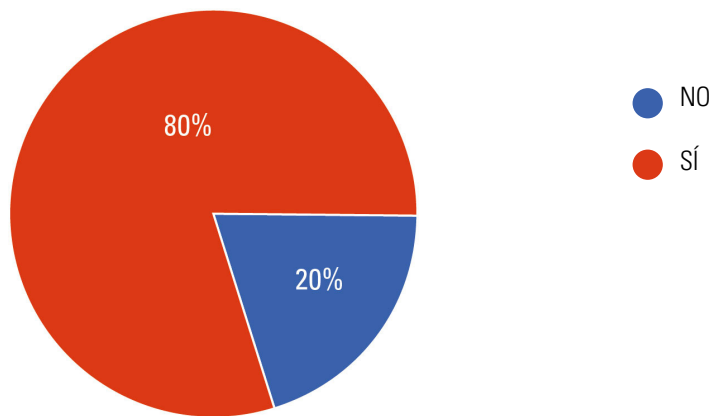
DURANTE LA PANDEMIA, ¿PERDIÓ LA CAPACIDAD DE DISFRUTAR SU PROFESIÓN?

55 respuestas



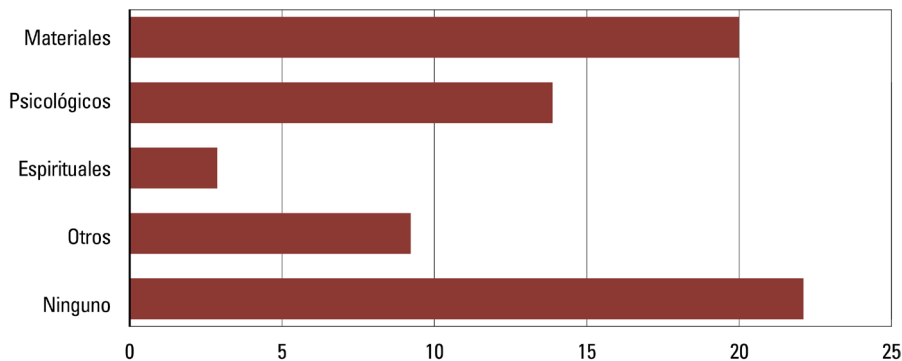
EN TRABAJO, ¿TUVO LÍNEAS CLARAS DE COMO CUIDARSE?

55 respuestas



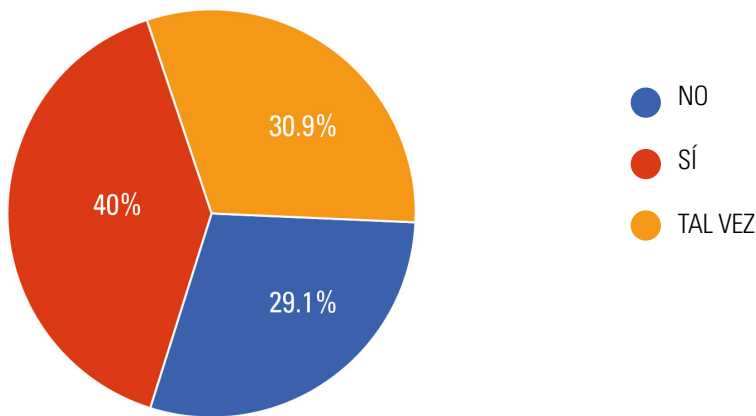
¿EN ALGÚN MOMENTO SE ENCONTRÓ SIN RECURSOS?

55 respuestas



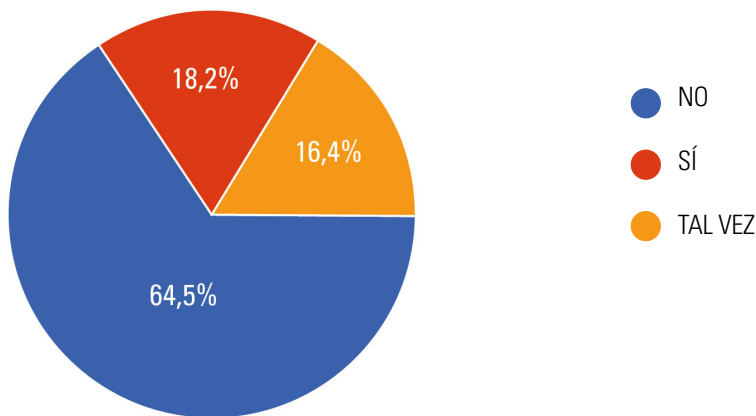
¿TUVO QUE PEDIR AYUDA EN ALGUNA OCASIÓN POR ENCONTRARSE SOBREPASADO?

55 respuestas



¿TUVO TEMOR DE PEDIR AYUDA A SU SUPERIOR?

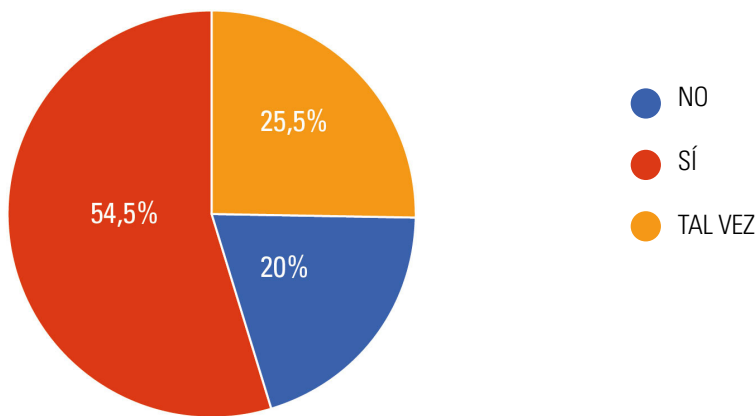
55 respuestas



EMOCIONES PERSONALES DE LOS PROFESIONALES DURANTE LA PANDEMIA

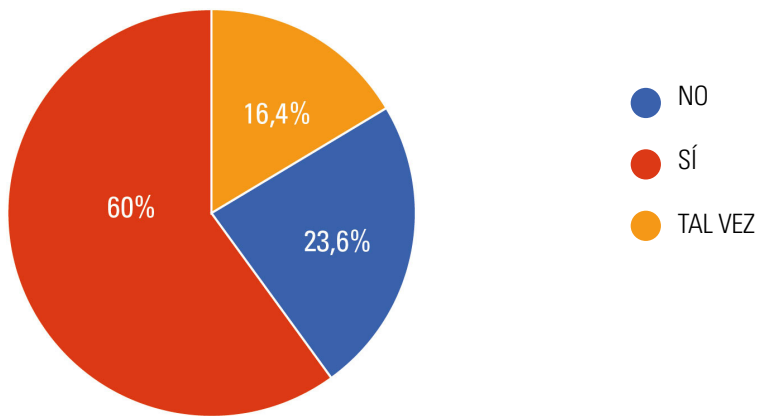
¿EXPERIMENTÓ IRRITABILIDAD, ENOJO O ANSIEDAD?

55 respuestas



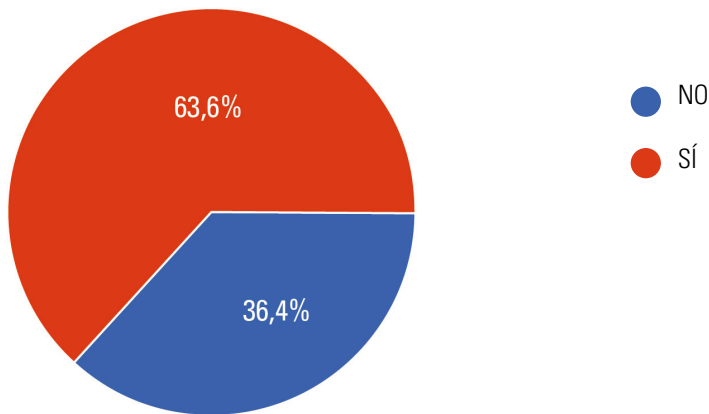
¿EXPERIMENTÓ ANGUSTIA, INSOMNIO O TRISTEZA?

55 respuestas



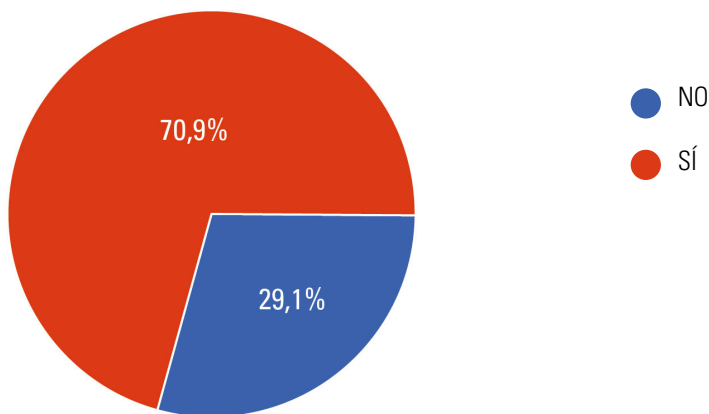
¿ATRAVEZÓ MIEDOS?

55 respuestas



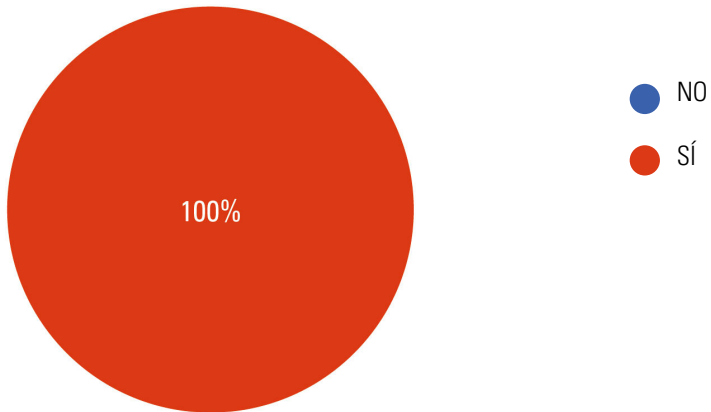
¿EXPERIMENTÓ EN ALGÚN MOMENTO AGOTAMIENTO EMOCIONAL?

55 respuestas



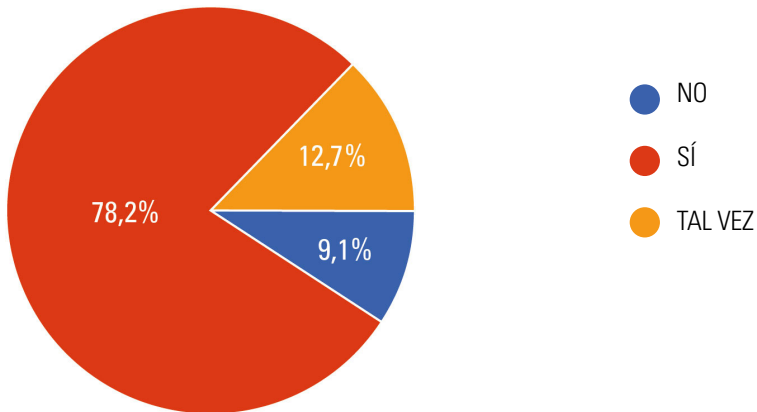
¿USÓ SUS VALORES MORALES O ESPIRITUALES COMO APOYO?

55 respuestas



EN ESTA PANDEMIA, ¿CAMBIÓ SU MIRADA DE LA VIDA?

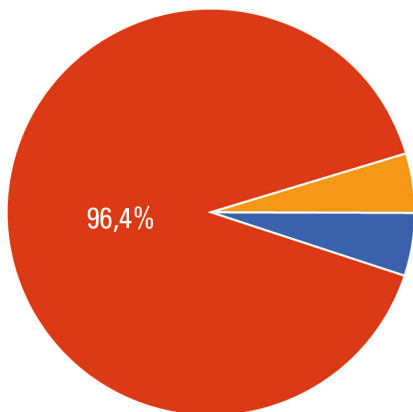
55 respuestas



RELACIÓN ESPIRITUAL PERSONAL

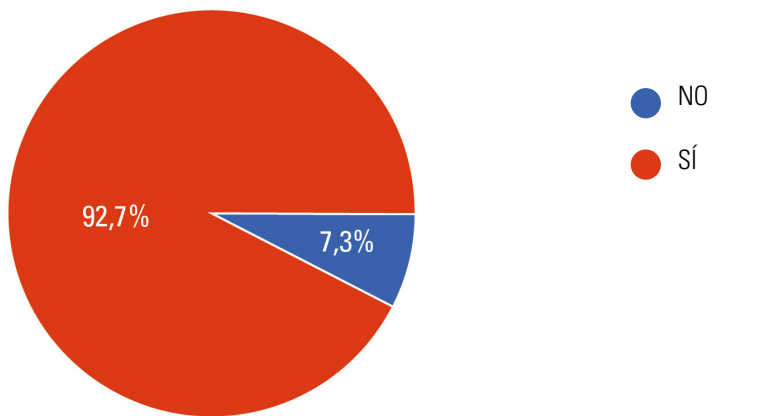
¿SU CREENCIA ESPIRITUAL ES IMPORTANTE EN SU VIDA?

55 respuestas



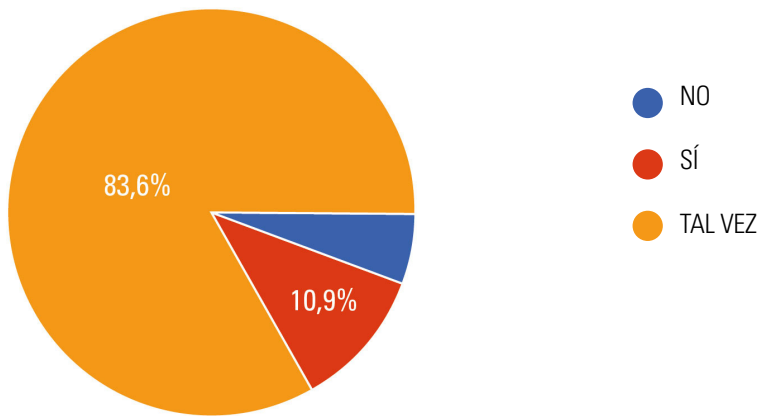
¿LA PANDEMIA, LO ACERCÓ AÚN MAS A DIOS?

55 respuestas



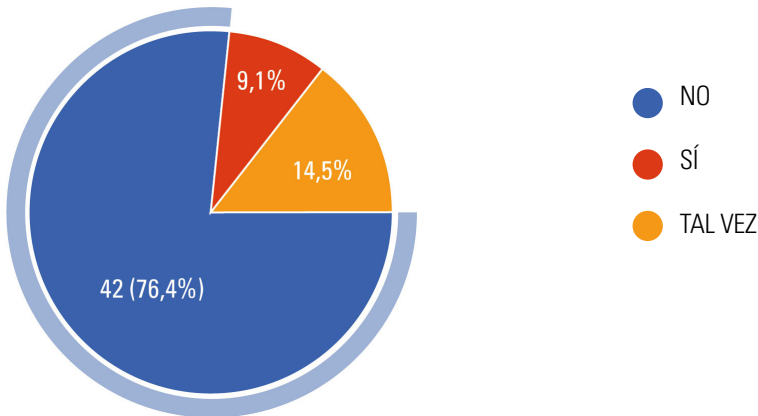
¿NECESITÓ RECURRIR A LA ORACIÓN PRIVADA?

55 respuestas



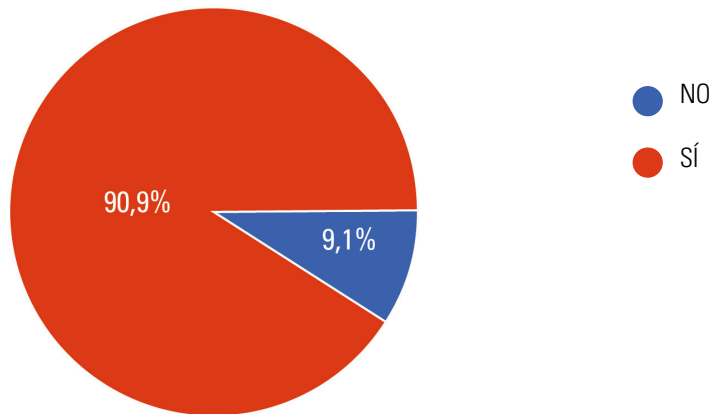
¿SU ESPIRITUALIDAD INFLUYÓ EN LAS TOMAS DE DECISIONES EN SU TRABAJO DIARIO?

55 respuestas



¿PUDO COMPARTIR O HABLAR ASUNTOS ESPIRITUALES CON SUS COLEGAS?

55 respuestas



CONCLUSIONES

Frente a las mismas emociones, a la incertidumbre de lo nuevo, peligroso y desconocido, aquellos colegas que profesan una fe o una espiritualidad tienen un mayor recurso interno y capacidad de resiliencia dados por esta creencia o fe. Porque si bien la pandemia ha llevado a muchos profesionales al agotamiento físico y emocional, las encuestas realizadas indican que una espiritualidad fuerte fue de gran ayuda para sostenerse, levantarse y tener esperanza en un contexto adverso. Quienes desarrollan profesiones del cuidado y se reconocen a sí mismos como seres bio-psico-social-espirituales tienen una mayor resiliencia frente a estas tormentas que surgen sorpresivamente en la vida del ser humano. Tal vez en el quehacer cotidiano esto no se lleva a la práctica o no se demuestra de manera abierta entre los colegas, pero sí en el trato con el sujeto de cuidado. En ese sentido, la pandemia ha llevado, en algunos casos, a reconocer que la espiritualidad es una parte importante del ser humano y que los movilizó en sus emociones al tiempo que estremeció las instituciones de salud, las familias y las comunidades. Aunque la muestra de nuestra investigación se realizó entre enfermeros de entre 30 y 60 años, esto no quiere decir que todos tenían una espiritualidad acorde a su franja etaria. Algunos comenzaron

a creer en algo superior durante la pandemia, debido a que buscaron ayuda en medio de su desasosiego e inseguridad, despertando así la espiritualidad, mientras que otros tenían una fe desde niños que la situación de pandemia renovó y fortaleció al punto de tomarla como una roca fuerte en la que podían sostenerse. Podemos decir que cada uno al sentirse apoyado por sus creencias, sus comunidades y prácticas espirituales, redundan en beneficio de la propia salud del profesional, especialmente en su salud mental, obteniendo una herramienta muy valorable. Asimismo, encontrar este apoyo que les brinda contención y sentido de trascendencia, podría ayudarlos en un futuro a afrontar las consecuencias de haber estado tanto tiempo expuestos a la pandemia y la incertidumbre, miedos y duelos que trajo consigo. El libro de San Mateo 11.28 nos cuenta que Jesús dijo: “venid a mí todos los que estáis trabajados y cargados, que yo os haré descansar”. La pandemia ha sido una dura prueba para todo el colectivo enfermero a nivel mundial; para aquellos que tienen una fe, una espiritualidad, una creencia en algo, ha sido también una experiencia retadora en ese aspecto. Frente a ello, hemos podido observar el rol fundamental que tiene la fe para afrontarla internamente con resiliencia, esperanza y otorgarle un sentido de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Pagán-Torres, O.M. (2017) "El impacto de la religión y la espiritualidad en la salud mental". Disponible en: <https://www.psyciencia.com/el-impacto-de-la-religion-y-la-espiritualidad-en-la-salud-mental>
- 2) Gómez, J. (2020) "Una mirada al Covid desde la espiritualidad". Grupo de espiritualidad de la SECPAL. Disponible en: <http://infocuidadospaliativos.com/una-mirada-al-covid-desde-la-espiritualidad/>
- 3) Mayo Clinic (2019) "Espiritualidad y alivio del estrés: Haz la conexión". Boletín electrónico. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/stress-relief/art-20044464>
- 4) Ramos Pereira, E.; Costa Rosa Andrade Silva, R.; Nencetti Pereira Rocha, R. et al.(2019). "El sentido de la vida como recurso espiritual para el cuidado en oncología". *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2243/407>
- 5) CIE (2020) "Proteger las enfermas del COVID-19, una prioridad máxima: Una encuesta de las ANE del CIE". Disponible en: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-09/Analysis_COVID-19%20survey%20FINAL_SP_0.pdf
- 6) Caplan, G. (1980) "*Principios de Psiquiatría preventiva*". Buenos Aires: Editorial Paidós.
- 7) Dorland, W. (1985) *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina*. Madrid: Interamericana.
- 8) Ramírez-Ortiz, J.; Castro-Quintero, D.; Lerma-Córdoba, C. et al. (2020) "Consecuencias de la Pandemia Covid-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social". *Revista Colombiana de Anestesiología*, 48(4). Disponible en: <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- 9) OPS (2020) "COVID-19: Cuidando la salud mental del personal sanitario durante la pandemia". *Temas de Enfermería*. Disponible en: <https://temasdeenfermeria.com.ar/2020/05/covid-19-cuidando-la-salud-mental-del-personal-sanitario-durante-la-pandemia-ops-mayo-5-2020>
- 10) Reina, C. Valera, C. (1960) *La Santa Biblia*. México: Editorial Sociedades Bíblicas Unidas.

Herramientas de telemedicina para el seguimiento de pacientes con lesiones cutáneas

Fernanda Daniela Abadie

Clinica Pasteur, Neuquén

Ana Belén Monzón

Hospital Garrahan, Buenos Aires

Marianela Nouched

Vanesa Alejandra Val

Sanatorio Güemes, Buenos Aires

Karen Sevilla

Clinica Ángel Foianini, Bolivia

La telemedicina como recurso tecnológico abre la posibilidad de contar con servicios de atención y seguimiento a distancia basados en la evidencia, innovadores y de calidad. Por caso, procesos destinados a la prevención, el seguimiento y la curación de heridas en pacientes que se encuentran en su domicilio.

INTRODUCCIÓN

La OMS define a la telemedicina o telesalud como “el suministro de servicios de atención sanitaria donde la distancia constituye un factor crítico, por profesionales que apelan a las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, mejorar e indicar tratamientos y prevenir enfermedades y heridas, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de salud, en actividades de investigación y de evaluación, todo ello en el interés de mejorar la salud de los individuos y sus comunidades”.

Siguiendo estos lineamientos, en 2018 la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación aprobó la Estrategia Nacional de Salud Digital mediante Resolución 2018-189-APN-SGS#MSYDS, la cual contempla dentro de sus objetivos la implementación de redes de telesalud que permitan la atención a distancia del paciente y las consultas de segunda opinión, mejorando la accesibilidad, evitando traslados y compensando las diferencias regionales de especialidades y recursos.

Un año después, en el marco de la estrategia de Cobertura Universal de Salud y como parte de la Estrategia de Salud Digital,

en enero de 2019 la mencionada Secretaría emitió la Resolución 21/2019 sobre el Plan Nacional de Telesalud 2018-2024 que otorga un marco institucional para el despliegue de servicios, tecnologías y procesos innovadores en el país, mediante tecnologías de la información y comunicación.

Desde marzo de 2020, cuando se declara la pandemia por SARS-Cov-2, la necesidad de contar con herramientas de prevención y cuidado de heridas se vio amenazada para los adultos mayores, las personas con movilidad reducida, con enfermedad crónica, con compromiso cutáneo o con lesiones postraumáticas, ya que las medidas preventivas de aislamiento, la falta de acceso a la continuidad de atención presencial y el miedo a la concurrencia a un centro de salud fueron factores que afectaron a los pacientes y sus familiares para contar con la asistencia adecuada y sostener los cuidados necesarios. Todo esto dio lugar a la utilización de la telemedicina como herramienta de comunicación, también para la prevención y tratamiento de lesiones de la piel.

CUIDADO DE LA PIEL Y TELEMEDICINA

La piel es el órgano más extenso del cuerpo y cumple varias funciones importantes, entre ellas las de barrera o protección. El deterioro de la integridad cutánea en pacientes es un problema sanitario que genera gastos de recursos, indica falta de procesos tanto en la prevención como en la atención, y es un indicador de riesgo aumentado de morbilidad.

Las lesiones por presión (LPP) son eventos adversos prevenibles, asociados a los cuidados de la salud en pacientes hospitalizados. Se trata de lesiones de origen isquémico, localizadas en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, que se producen por presión prolongada o asociada a cizallamiento o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente

y otro externo a él, o bien planos contrapuestos del propio paciente. La fuerza primaria que favorece la formación de úlceras es la presión directa que actúa de manera perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad y que provoca el aplastamiento tisular entre dos planos: uno del paciente (esquelético y prominencias óseas) y el otro externo (cama, sillas, sondas), o contrapuesto óseo del propio paciente. Si se ejercen presiones superiores a la presión capilar de 32 mmHg en un área limitada durante un tiempo prolongado, se origina un proceso de isquemia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes, lo que provoca una degeneración de los tejidos que, con el tiempo, produce una necrosis tisular.

Las lesiones por presión, lesiones por decúbito, úlceras por presión o escaras impactan en la calidad de vida del paciente y su familia, prolongan la estadía hospitalaria y aumentan los costos de la internación. A pesar de que el 95% de las LPP son evitables, muchas se cronifican por la falta de normas y protocolos institucionales, y en algunos casos por la incorrecta utilización de los recursos materiales.

El servicio de telesalud de seguimiento de las heridas está diseñado para brindar atención mediante la utilización de videollamadas y dirigido a pacientes con internación domiciliaria, a quienes se vean imposibilitados de acceder a la consulta presencial por movilidad reducida o se encuentren alejados del centro de salud.

Las videollamadas están a cargo de un equipo multidisciplinario que brinda las orientaciones y enseña la forma de realizar el seguimiento y la curación de la lesión, utilizando como marco de referencia el acrónimo LIBERTAD (ver esquema), que permite ordenar, sistematizar y acercar los recursos necesarios para la atención centrada en la persona, realizando un seguimiento personalizado de la evolución de la lesión.

OBJETIVOS DE LA TELEMEDICINA

- Brindar continuidad de asistencia con posterioridad a la internación y evitar desplazamientos innecesarios a los pacientes.
- Aumentar la calidad y eficiencia de los cuidados a pacientes con úlceras y heridas crónicas y de mala evolución.
- Unificar criterios mediante la utilización del Acrónimo LIBERTAD para el manejo integral y dinámico en el seguimiento de las lesiones cutáneas.

ESQUEMA LIBERTAD Y SU SIGNIFICADO

- L — lesión / localizar / limpieza
- I — infección
- B — bordes / biofilm
- E — evaluar / educar
- R — relacionar patología
- T — tratamiento local y sistémico
- A — adyuvante / apoyo emocional / adelantos
- D — dolor / diagnóstico diferencial

Fuente: adaptado de Bilevich y Mengarelli (2019)

Tabla 1
ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON LPP MEDIANTE TELEMEDICINA

Texto del estándar	Aclaración del texto	Información disponible
1- Existe una política de calidad y mejora continua	Dichas políticas, que refieren a la atención de pacientes con alteración de la integridad cutánea y calidad en la atención, se encuentran escritas y difundidas a la totalidad del personal.	Las decisiones y medidas que abarcan dichas políticas fueron aprobadas a través de un documento por las autoridades de la institución. Allí se establece la realización de seguimiento de pacientes con alteración de la integridad cutánea que se encuentran en su domicilio, utilizando como herramienta la telemedicina.
2- El programa es difundido a la totalidad del personal del establecimiento	Todo el personal a cargo de pacientes con lesiones conoce el programa para la atención correcta y curación adecuada de las mismas.	El programa se encuentra en la aplicación de software diseñada para ejecutarse en los smartphones (teléfonos inteligentes), tabletas y otros dispositivos móviles de fácil acceso y conexión segura, sólo para el personal de la organización.
3- Existe un programa de capacitación, becas, pasantías, rotaciones en centros de referencia, para la formación continua	El programa de capacitación sobre la integridad cutánea puede ser efectuado a través de charlas o cursos, de manera transversal a todas las áreas de la organización.	El programa de capacitación incluye mecanismos e instancias que favorecen la formación continua, facilitando días y horarios para llevar a cabo dicha actividad.

4- Proyecto de telemedicina específico para el seguimiento de alteraciones de la integridad cutánea	El proyecto utiliza la telemedicina como herramienta, está documentado y el seguimiento de casos se realiza por plataformas virtuales (Zoom, Google Meet) o redes (WhatsApp), según las posibilidades de acceso del usuario. El proceso de atención incluye: -Declaración jurada de pre-admisión. -Consentimiento informado.	Guías de atención para pacientes con alteración de la integridad cutánea.
5- Protocolo de documentación de procedimientos	Programa de actualización de los procedimientos para realización de seguimiento de las lesiones.	Se documentan los procedimientos mediante historia clínica informatizada y captura de imágenes en forma guiada.
6- Los procedimientos se encuentran normatizados	Los procedimientos están basados en evidencia científica actualizada. Como facilitador de la tarea de evaluación, abordaje y tratamiento de heridas (desde el inicio hasta el final de la completa cicatrización) se utiliza el esquema "LIBERTAD" (ver esquema 1).	Las normas de los procedimientos de curación de lesiones se encuentran a disposición del personal a cargo de pacientes en la aplicación de software diseñada para ejecutarse en teléfonos inteligentes, tabletas y otros dispositivos móviles.
7- La evaluación de la calidad incluye encuestas de satisfacción	a- Encuestas de satisfacción al paciente, al familiar, acompañante y personal a cargo para obtener datos acerca de: -adherencia al tratamiento -constancia del tratamiento -problemas de conectividad -adaptación a las herramientas -continuidad del seguimiento con virtualidad	Los datos de las encuestas se encuentran a disposición en el software del personal para su análisis a fin de poder realizar una mejora continua de los procesos.
8- Las instalaciones cuentan con áreas de trabajo adecuadas para la atención de telemedicina	El área de trabajo para realizar el seguimiento en telemedicina se ubica en espacios cerrados, con buena iluminación, sin ruidos molestos, con adecuada conectividad, con resguardo de la confidencialidad y la interacción entre el personal asistencial y el paciente en su domicilio. Las instalaciones eléctricas y de iluminación son seguras, poseen sistemas alternativos de generación eléctrica.	Observación directa del área de telemedicina. Normativas vigentes y actualizadas de la institución. Plano de la instalación eléctrica aprobado por profesionales competentes.

9- El personal de Enfermería conduce y supervisa el programa	Coordina: -programación de las consultas -asignación de las tareas -supervisión de las actividades del personal del área	Asignación de responsabilidades. Registro del área.
10- El personal de Enfermería cuenta con título oficial reconocido	Posee título de licenciado en Enfermería y matrícula profesional vigente.	Legajos del personal asistencial.

CONCLUSIÓN

La telemedicina puede ser aplicada en el seguimiento y el cuidado de pacientes con lesión de la piel, que se encuentran en su domicilio, aplicando este modelo innovador que se enfoca en la atención centrada en las personas y cuenta con estándares de calidad para la asistencia domiciliar de manera virtual.

En Argentina no existen aún datos de experiencias en telemedicina aplicada al tratamiento de heridas, con lo cual esta iniciativa apunta a desarrollar y fortalecer, a través de experiencias concretas, documentadas y con base en la evidencia científica

reciente, los lineamientos de una herramienta para su implementación tanto en las instituciones públicas como privadas. Este tipo de servicio, enfocado en las lesiones por presión, permite dar continuidad de manera organizada y programada al tratamiento de pacientes que se encuentran en su domicilio. Por estar a cargo de profesionales altamente capacitados, que pueden brindar al paciente atención personalizada, oportuna y segura, contribuirá a disminuir gastos por hospitalizaciones y traslados de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Bilevich, E. y Mengarelli, R. (2019) "Propuesta de un nuevo abordaje para la evaluación y manejo integral y dinámico de las heridas: Acrónimo LIBERTAD. Cómo abordar un paciente con heridas complejas." *Rev Cicatr Ar*, año 5, n°8, pp.6-22. AIACH. Disponible en: <https://www.aiach.org.ar/wp-content/uploads/2020/07/aconimo-libertad-n8-1.pdf>
- (2) Benaïm, F. y Neira, J., coord. (2016) *Bases para la implementación de un Programa de prevención, diagnóstico y tratamiento de las Úlceras por Presión*. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.anm.edu.ar/PriCUPP.pdf>
- (3) Pancorbo-Hidalgo, PL; Verdú Soriano, J; López-Casanova, P; Rodríguez-Palma, M. (2014) Prevención de úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n° I. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras. Logroño (Navarra), España. Disponible en: <http://gneaupp.info/documento-prevencion-de-las-ulceras-por-presion/>
- (4) Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimiento de Salud, ITAES (2018) *Manual para la acreditación de establecimientos de agudos*. Segunda edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- (5) Organización Panamericana de la Salud (2016). Marco de implementación de un Servicio de Telemedicina. Washington, DC. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28413>
- (6) Secretaría de Gobierno de Salud (2019) Resolución 21/2019. ANEXO I - Recomendación para el uso de telemedicina. Artículo 5° Encuentro entre el profesional de la salud y el paciente, utilizado las tecnologías de la información comunicación en tiempo real. Texto completo disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo_1_recomendacion_uso_de_telemedicina_-_grupo_asesor_1.pdf
- (7) Secretaría de Gobierno de Salud (2018) Resolución 189/2018. Se aprueba la Estrategia Nacional de Salud Digital 2018-2024. Texto completo disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-189-2018-315832/texto>
- (8) Secretaría de gobierno de Salud (2019) Resolución 21/2019. Plan Nacional de Telesalud. Texto completo disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-21-2019-318632/texto>
- (9) Sitio web ulceras.net, España: <https://www.ulceras.net>
- (10) Comisión de Enfermería AIACH (2020) *Guía para la prevención y el tratamiento de lesiones por presión en pacientes críticos en decúbito prono*. Pandemia Covid-19. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: <https://www.aiach.org.ar/wp-content/uploads/2020/07/guiaCovidAIACH-1.pdf>
- (11) Congreso de la Nación Argentina (2009) Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Texto completo disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432/texto>



Mensaje de las nuevas autoridades de la Comisión de Enfermeros en Gestión (CEG) de ADECRA + CEDIM

La CEG se ha constituido hace ya más de dos décadas y tiene la premisa de articular actividades que se reconozcan como significativas para el colectivo de profesionales de Enfermería que se abocan a funciones directivas y abrazan la especialidad de la Gestión en Servicios. Desde sus comienzos se ha establecido, además, como un espacio de reflexión, mediante reuniones que sirven para el intercambio de experiencias significativas de problemáticas comunes al colectivo.

Con el tiempo, el requisito de constitución exclusiva por Jefes de Departamento se ha ido flexibilizando y ha dado lugar a la incorporación de colegas que, en representación de sus líderes, concurren a los espacios de encuentro.

Dichos objetivos han permitido que el grupo se erija en guía para la organización de eventos que se han integrado a los calendarios académicos de los colegas como verdaderas citas ineludibles.

De esta forma, el Simposio Latinoamericano de Enfermería, organizado en forma conjunta con la Fundación OSDE, ha posibilitado el acercamiento de prestigiosos disertantes y contenidos a puntos del interior del país donde esta alternativa se ve dificultada. La conexión coaxial que la mencionada entidad tiene con sus filiales del interior es de un significado esencial para la consecución de este propósito.

Por su parte, las Jornadas de Enfermería, que supieron ocupar su lugar en la muestra Expo Medical durante muchos años y luego, mediante un convenio con la UCA pasaron a desarrollarse en sus instalaciones, también han marcado un hito al momento de planificar las actividades académicas del año para los colegas.

La consabida emergencia sanitaria, si bien ha hecho necesaria la adecuación de pautas, no fue motivo de obstaculización ni de parálisis de actividades. La virtualidad ha permitido sostener la frecuencia mensual de las reuniones de Comisión.

En cada una de ellas se conserva el espacio temporal para poder ofrecer a ponentes destacados la disertación o puesta en discusión de temas de interés común coyuntural y que requiera de la toma de decisiones unificada en criterio.

La diversidad temática que se afronta en el seno de la Comisión claramente excede lineamientos técnico-científicos y se involucra en la cimentación de las capacidades relacionales al proponer este camino de verdadero aprendizaje conjunto.

En el presente período se ha trabajado con la Dirección Nacional de Enfermería en la propuesta superadora de la actual estructura vertical de división de los servicios en los hospitales, para hacer foco en otra de perspectiva, de carácter horizontal.

Hemos contado con la visita del Presidente de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) y en base a ello se han presentado protocolos institucionales, en el año que pasó, en los cuales se hace eje en el manejo de situaciones derivadas en forma directa del encuadre de aspectos psicológicos y emocionales en el manejo de la pandemia.

La formación de los futuros colegas ha ocupado un lugar central en varias reuniones, como una preocupación saliente. Para ello han sido convocados los más prestigiosos referentes de las entidades formadoras que incluyen en su oferta académica a la carrera de Enfermería.

Disciplinas como el Coaching Ontológico, proyectos nacionales como el VIHDA y el HUCI, también han tenido su momento de exhibición y discusión en el presente período.

Las condiciones limitantes para la presencialidad han reconfigurado actividades, otorgando la oportunidad de hacer gala de una gran capacidad adaptativa. La Jornada de Enfermería "Pandemia, enfermería, procesos y aprendizajes" representa una cabal muestra de lo afirmado. Más de 400 asistentes e innumerables devoluciones de gratificación y ponderación ratifican la dimensión y los logros del esfuerzo.

En conclusión, deseo manifestar aquí que con orgullo y mucho agrado soy parte de esta Comisión desde tiempos muy próximos a sus inicios. Ésta siempre ha sido un verdadero instrumento de andamiaje y soporte para el desarrollo de mi labor diaria de gestión, la cual, sin el acompañamiento de pares que comprenden de manera integral el escenario de acción, se tornaría muy complejo.

En el presente período me toca felizmente ejercer la Presidencia de la Comisión. En función de esta posición hago votos por mantener este designio de crecimiento y acompañamiento conjunto.

El sostenimiento en el tiempo de este grupo de gestores se basa en el propósito común de aspirar, para el conjunto social enfermero, a la manifestación de liderazgos transformacionales, que asuman las responsabilidades que su posición les demanda y que influyeran las tomas de decisión, tanto organizacionales como comunitarias. En este afán, coloco especial énfasis en la importancia ineludible e imprescindible de convocar a los pares de todos los rincones del país. Se configurará así ese gran anhelo de expansión del desarrollo de la Comisión de Enfermeros en Gestión, con apoyo de la suma cooperativa y contributiva, de todos los gestores de Enfermería de aquellas instituciones adheridas a la Cámara, independientemente de su localización geográfica en el territorio nacional.

Sólo me resta saludar, deseando a todo el colectivo profesional un venturoso fin de año y un mejor principio del venidero.

Lic. Walter Piceda

Pte – Comisión Enfermeros de Gestión Adecra+Cedim

Enfermería, pandemia, procesos y aprendizajes

Tras dos años sin actividades de divulgación de calidad en Enfermería a causa de la pandemia que todavía nos afecta, a principios de este año nos propusimos organizar este evento para el 17 de noviembre, convencidos de que, a pesar del contexto, podemos asegurar que es tiempo de optimismo. Lo hicimos, además, con el propósito de presentar ante el colectivo profesional los logros y avances alcanzados en el marco de la emergencia sanitaria que ha caracterizado este último período.

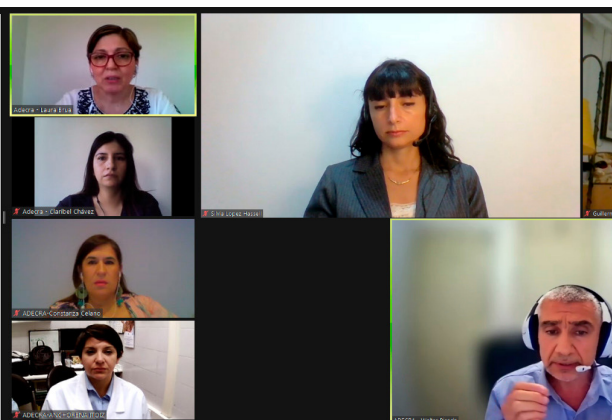
Hemos construido este espacio con el aporte de la singularidad de cada colega y también con la capacidad de cada uno de ellos para priorizar esta meta en común, por encima de algunas de sus tradiciones y costumbres, que por fin hemos visto concretarse de hecho en este mes de noviembre.

Expositores nacionales e internacionales compartieron con mucha generosidad su conocimiento y experiencia para un auditorio virtual de más de cuatrocientos participantes, entre enfermeros y estudiantes.

La jornada se estructuró en cinco mesas, con el deseo de ser lo más amplios posible en cuanto a experiencias educacionales y de asistencia.

La apertura del evento estuvo a cargo del vicepresidente de ADECRA, Dr. Guillermo Lorenzo, y el presidente de la Comisión de Enfermeros de Gestión de ADECRA, Lic. Walter Picada.

Uno de los tópicos abordados en la jornada fue la educación en el contexto actual.



Al respecto, la Lic. Ivanna Marmissolle (Universidad Católica Del Uruguay) compartió la experiencia que se vivió en su país, los mecanismos adoptados para continuar con las clases en entornos virtuales y el gran desafío de graduar estudiantes en condiciones para insertarse como enfermeros en un momento tan necesario. Por otro lado, la Lic. Marisa Server (Sanatorio Itoiz) comunicó la experiencia institucional en cuanto al programa de educación continua frente a la contingencia de la pandemia, cómo fue posible para su institución crear conciencia de las medidas sanitarias que se debían tomar, proveyendo seguridad tanto al sujeto de cuidado como a la persona encargada de atenderlo. En este sentido, la Mag. Judit Figueira (UCES) se detuvo en el valor del pensamiento crítico en la educación formal de la carrera de Enfermería, de modo tal que sea una meta para desarrollar las buenas prácticas.

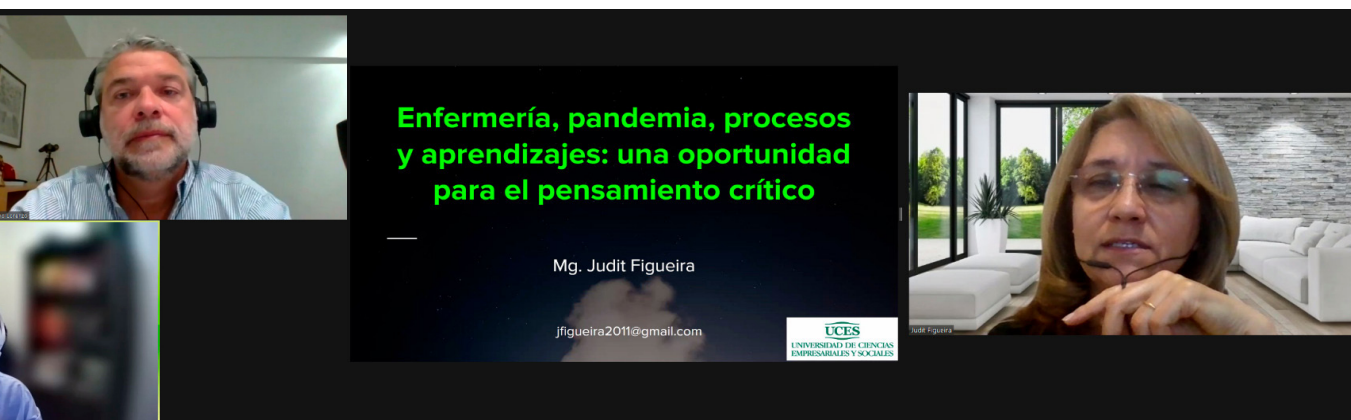
En cuanto a la atención y acompañamiento durante la pandemia, la Lic. Laura Brua (Maternidad Sardá) disertó acerca de los elementos que se tuvieron en cuenta para brindar un cuidado eficaz en un entorno especial. La institución representada por ella es segura y centrada en la familia; hospital amigo de la madre y el niño (UNICEF y OMS); y centro de referencia perinatólogo de alta complejidad. En este contexto, compartió las dificultades del seguimiento de las mujeres embarazadas ya que muchas de ellas ingresaron como casos sospechosos de Covid-19. Entre estas, la necesidad de llevar a cabo modificaciones edilicias para garantizarles un ambiente saludable y, al mismo tiempo, poder facilitar el cambio de paradigma de tener un embarazo y parto centrado en la familia a uno más aislado, pero ofreciendo protección y acompañando de la mejor manera. Por su parte, la Hna. Mercedes Zamuner contó la experiencia vivida en el Sanatorio Mater Dei, en cuanto al acompañamiento

psicológico y espiritual, primero a los pacientes y familia y luego cómo se extendió al personal.

Con respecto a las situaciones de vulnerabilidad relacionadas con el COVID-19, tres exposiciones trataron la importancia del tema. En primer lugar, la Dra. Troncone y su equipo explicaron la experiencia que tuvieron en el cuidado de adultos mayores, afectado por el distanciamiento físico que se transformó en social. El objetivo más importante fue preservar la salud física, emocional y mental de este grupo. Ellos fueron quienes mejor cumplieron la cuarentena, pero esto tuvo un costo evidenciado en la ruptura de la socialización habitual; el desamparo; la disminución de las capacidades funcionales físicas y mentales; el aumento de la dependencia, la vulnerabilidad y el deterioro cognitivo. No tuvieron tiempo para favorecer la resignificación y adaptar esta situación al relato de vida.

En segundo lugar, la Mag. Constanza Celano compartió la fundamentación de la inclusión de los pacientes oncológicos dentro de grupos vulnerables para el Covid-19 puesto que se retrasaron sus tratamientos clínicos y quirúrgicos, no se realizaron chequeos anuales y no se llevó a cabo la detección temprana. En tercer lugar, el Lic. Enrique Mansilla se refirió a los adolescentes con adicciones como parte de ese grupo también. Esto se debe a que habría habido un aumento en el consumo de sustancias psicoactivas en personas que previo a la pandemia no tenían relación con ellas. Por otro lado, se refirió a los mecanismos compensatorios que se utilizan para gestionar las emociones, los anclajes de la sociedad para hacer frente a los efectos negativos que produjo la pandemia, y cómo su ausencia lleva al consumo en general y al de diferentes drogas en particular.

La Lic. Vanesa Olivera expuso un trabajo interinstitucional sobre las manifestaciones de Enfermería en la pandemia Covid-19 y





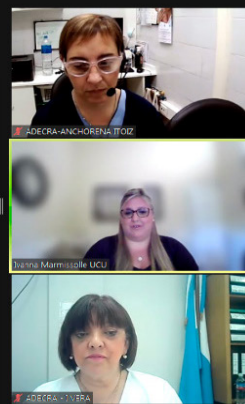
"La pandemia y formación de enfermería desde distintas perspectivas"

Lic. Esp. Ivanna Marmissolle MSc ©

Directora Académica Licenciatura en Enfermería

Universidad Católica del Uruguay

17 de Noviembre 2021



la Lic. en psicología Silvana Torrijo brindó una mirada sobre las herramientas personales desde la logoterapia para desarrollar la resiliencia en momentos difícil y no confundir un momento de la vida con la vida misma.

Retomando algunas de las cuestiones trabajadas anteriormente y destacando así su interés, la Dra. Sandra Coronel (Hospital San Juan de Dios) dio cuenta de las modificaciones e hitos institucionales que atravesó el hospital para adecuarse a esta nueva realidad; las necesidades de recursos materiales y tecnológicos; los cambios edilicios y retos éticos.

Finalmente, tomó la palabra Tomás Olivieri Acosta para dialogar acerca del acompañamiento al paciente y a la familia en

momentos de fin de vida y cómo esto afecta al personal de Enfermería. Enfermeros y enfermeras de las diferentes instituciones, tanto públicas como privadas, desarrollaron habilidades para responder ante la contingencia permanente. Para esto, se fomentó el trabajo interdisciplinario y se trabajó para implementar de manera eficiente la tecnología para favorecer la comunicación con los pacientes y familia. Conscientes de esta compleja situación que nos desafía, apostamos por liderazgos transformacionales, que nos permitan transitar en sintonía con esta virtud del acompañamiento respetuoso y digno, ante situaciones tan disímiles como la felicidad de un nacimiento o el miedo a la muerte propia o la de un ser amado.

Las presentaciones están disponibles en la página de Adecre+Cedim

<https://comunicacion.adecre.org.ar/eventos/jornada-de-enfermeria/>

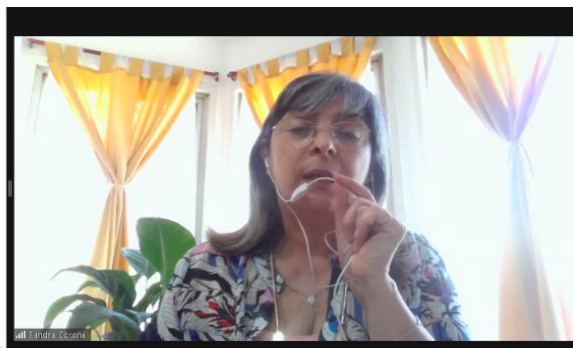
VEA Adecre+Cedim

JORNADA DE ENFERMERÍA

Enfermería, pandemia, procesos y aprendizajes



¡Conferencia en vivo! Comparte tu pantalla. [Dejar de compartir](#) [Cualidad](#)



Esterilización: Control de cajas de curación utilizadas en procedimientos ambulatorios del servicio de Urología

Alan Villafañe

Urología CEMIC

Stella Maris Medina

Esterilización CEMIC

DEFINICIÓN

El control de las cajas de curación es el cuidado correspondiente del instrumental necesario durante el procedimiento. Por medio de la observación y manipulación adecuada, el profesional puede cerciorarse de la seguridad del material que va a ser utilizado.

OBJETIVO

La finalidad es promover que tanto el personal de Enfermería como el de esterilización sostengan acciones coordinadas, desde sus incumbencias profesionales, para mantener la seguridad de los elementos que componen las cajas de curación, conservando la esterilidad y el estado general del material a fin de prevenir la contaminación microbiológica.

ROLES Y RESPONSABILIDADES

— El profesional de Enfermería, entre sus tareas cotidianas, cuenta con la posibilidad de asistencia en procedimientos para los cuales es necesario recurrir a las cajas de curación.

— El profesional de esterilización debe encargarse de proveer las cajas de curación al servicio correspondiente en óptimas condiciones para su utilización.

— En sus respectivas áreas de trabajo, ambos deben llevar a cabo una valoración adecuada de los materiales, tanto para su entrega de un servicio al otro, como así también para corroborar que se recibió adecuadamente.

CONSIDERACIONES GENERALES

Este artículo se centrará en el instrumental básico que compone una caja utilizada para los procedimientos ambulatorios de urología en consultorios externos. Estos abarcan un número de intervenciones de menor complejidad en relación a los efectuados en quirófano. Entre ellos se encuentran las frenulotomías, extracción de lesiones de pene y escroto; cistostomías suprapúbicas, curaciones postquirúrgicas; etc. Sin embargo, aunque estos no son de gravedad, no es menor el control que se debe llevar a cabo para realizarlos de manera adecuada.

Es importante resaltar cómo debe limpiarse el instrumental, cuánto tiempo debe sumergirse en los líquidos desinfectantes y cómo valorar los detalles propios de su vida útil para prevenir alteraciones. Así también, debemos inspeccionar correctamente las cajas para su entrega al servicio correspondiente y, este otro, corroborar que se encuentren las características propias que hacen posible su utilidad.

EQUIPO Y MATERIALES

Caja de acero conteniendo:

- Porta aguja
- Mango de bisturí
- Tijera Metzembaum
- Pinza de disección
- Pinza Halstead
- Pinza Kocher
- Batea de plástico rectangular
- Detergente enzimático
- Alcohol 96%
- Pistola de soplado
- Selladora de Pouch o empaquetado de papel
- Equipo de autoclave

PROCEDIMIENTO

Al recibir la caja de curación estéril se debe corroborar el estado general de los elementos (cantidad, aspecto, integridad del envoltorio y fecha de caducidad). Esto permite operar con ella con total tranquilidad.

Al finalizar su utilización, se deben limpiar los restos de materia orgánica impregnada en la superficie de los elementos y luego sumergirlos en una batea con detergente enzimático diluido en agua tibia durante cinco minutos. Hecho esto, se enjuaga el material con abundante agua, se seca y se prepara su entrega al servicio de esterilización. Esa área recibe el material y evalúa su integridad y funcionamiento, es decir, que pueda volver a utilizarse y no requiera ser reparado o descartado. Posteriormente, se realiza el lavado manual, remojo con detergente enzimático nuevamente durante cinco minutos, luego un enjuague exhaustivo con agua y un último enjuague con alcohol al 96%. Después, se procede al secado profundo con pistola de soplado. Más tarde, la caja es empacada, rotulada y esterilizada, en este caso, con vapor de agua por autoclave. Una vez llevados a cabo estos pasos, la caja está lista nuevamente para su entrega al servicio de urología.



ACCIONES DE ENFERMERÍA

Antes de un procedimiento:

- Recepcionar el material estéril
- Evaluar la integridad del envoltorio y fecha de vencimiento
- Cuantificar la cantidad de elementos

Después de un procedimiento:

- Lavado manual de restos orgánicos
- Remojo en batea plástica con detergente enzimático (cinco minutos)
- Enjuague con abundante agua
- Secado del material
- Lavado de manos
- Entrega para su esterilización
- Registro de fecha y material entregado

ACCIONES DE ESTERILIZACIÓN

- Recepcionar el material limpio y evaluar la presencia de materia orgánica
- Cuantificar los elementos
- Verificar que estén en funcionamiento
- Lavado manual y remojo con detergente enzimático (cinco minutos)
- Enjuague con abundante agua
- Enjuague con alcohol 96%
- Secado con pistola de soplado
- Lavado de manos
- Envolver la caja con empaque o Pouch y rotularla
- Esterilizar con método autoclave vapor de agua
- Preparar material para su entrega
- Registro con fecha de ingreso y egreso

CONCLUSIÓN

La interacción y coordinación segura entre el personal de Enfermería y el de esterilización permite que el material utilizado para los procedimientos se encuentre siempre en las mejores condiciones, promoviendo un cuidado óptimo para la seguridad del paciente en relación a la atención, la prevención de infecciones y la calidad del instrumental.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta-Gnass, S. y Andrade Stempliuk de, V. (2008) *Manual de esterilización para centros de salud*. Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- De la Rosa Fraile, M. Prieto Prieto, J. Navarro Mari, J M. (2011) *Microbiología en ciencias de la salud conceptos y aplicaciones*. Tercera edición. Barcelona: Editorial Elsevier.
- García Caballero, J., Pascua Hierro, J., Monge Jodra, V. et al. (1997) *Manual de gestión de los procesos de esterilización y desinfección del material sanitario*. Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Madrid, España.
- Fuller, J K. (2009) *Instrumentación Quirúrgica: Teoría, técnicas y procedimientos*. Cuarta edición. Editorial Panamericana. Querétaro. México

Cursos de posgrado

EDICIÓN 2021

GESTIÓN DE JEFATURAS EN ÁREAS DE ENFERMERÍA (3° EDICIÓN)

ESTADÍSTICA APLICADA A LA ENFERMERÍA (2° EDICIÓN)

Una vez más hemos llegado al final del dictado de ambos cursos con la satisfacción de saber que la cantidad de profesionales comprometidos con la gestión es cada vez mayor.

La pandemia de Covid-19 nos exige cambios, identificación de talentos y evaluación del desempeño por competencias, fomentando la cultura de la medición para la mejora continua y la satisfacción del usuario. Atentos a ello, actualizamos los contenidos que constituyen nuestras propuestas académicas, reconocidas por todos los cursantes y por la Declaratoria de Interés por resolución de la Facultad de Medicina de la UBA.

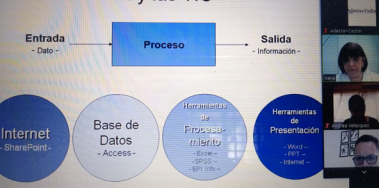
Desde la Comisión de Enfermeros en Gestión de ADECRA+CEDIM estamos dispuestos a profundizar los cambios y transformaciones que nos exige el sistema de salud, enfocando nuestros esfuerzos en brindar estos conocimientos y destacar la importancia del liderazgo en Enfermería.

Los invitamos a seguir trabajando en equipo y continuar con el dictado de la 4° edición de Gestión de jefaturas en áreas de Enfermería y la 3° de Estadística en el año 2022, en las que nos acompañarán nuevos profesionales cursantes. La formación continua es fundamental para gestionar la calidad que dará lugar a beneficios sustanciales para nuestros pacientes.

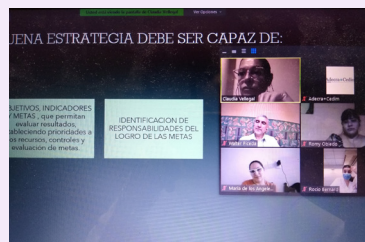
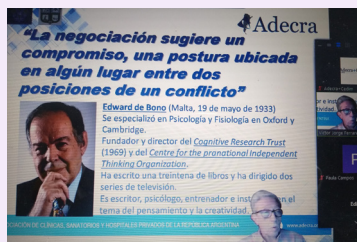
Lic. Isabel Vera, Directora

y Equipo de docencia de ADECRA+CEDIM

El proceso de Generación de
Información y las TIC



ANÁLISIS APLICADO DE LIDERAZGO



Repensar la calidad y la seguridad: un análisis crítico de cómo trabajamos (PRIMERA PARTE)

Matías Dellachiesa*

Farmacéutico

Una revisión atenta de nuestros actos indica que normalmente intervenimos sobre aspectos transitorios –conocimientos, habilidades– y nos dedicamos muy poco a accionar sobre aquellas actitudes que son permanentes: los factores humanos.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, los enfoques sobre calidad y seguridad aplicados a la salud tienen poco más de veinte años de historia. Más allá de que existe el antecedente de iniciativas específicas como la del American College of Surgeons (1910), lo que podemos denominar la “revolución” tomó real dimensión internacional a partir del informe *Errar es humano* del Institute of Medicine de Estados Unidos, publicado en 1999 (1). Todo el informe podría resumirse en un solo dato, no porque no sea interesante el resto, sino porque es lo único que se rescató de

él: en Estados Unidos se producían al año entre 44.000 y 98.000 muertes como producto de la atención médica, lo que representaba la octava causa de muerte para ese país ese año.

Alguien podrá pensar que no es tan así, que no se trató sólo de un informe y un dato, que hubo momentos clave en la historia, como en 1996, cuando acreditadoras como la Joint Commission se lanzaron en plan internacional. Podemos discutir acerca de lo que cada uno hacía desde su lugar, pero como dato práctico es preciso señalar que antes de este informe no era común tener

(1) Kohn, LT; Corrigan, JM, and Donaldson, MS. (eds) (1999) *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine.

*Jefe de calidad y seguridad del paciente – Hospital Británico

en un hospital un área de calidad y seguridad del paciente; en el mejor de los casos, había una especie de comité o alguien que dedicaba una parte de su tiempo a un intento de la actividad, entre otras más formalmente determinadas.

Calidad y seguridad son aspectos transversales a la evaluación de todo sistema. Esto tiene la ventaja de permitirnos comparar nuestro desempeño con el de otros ámbitos y así analizar en qué posición relativa nos encontramos. Para ejemplificarlo vamos a partir del siguiente gráfico:

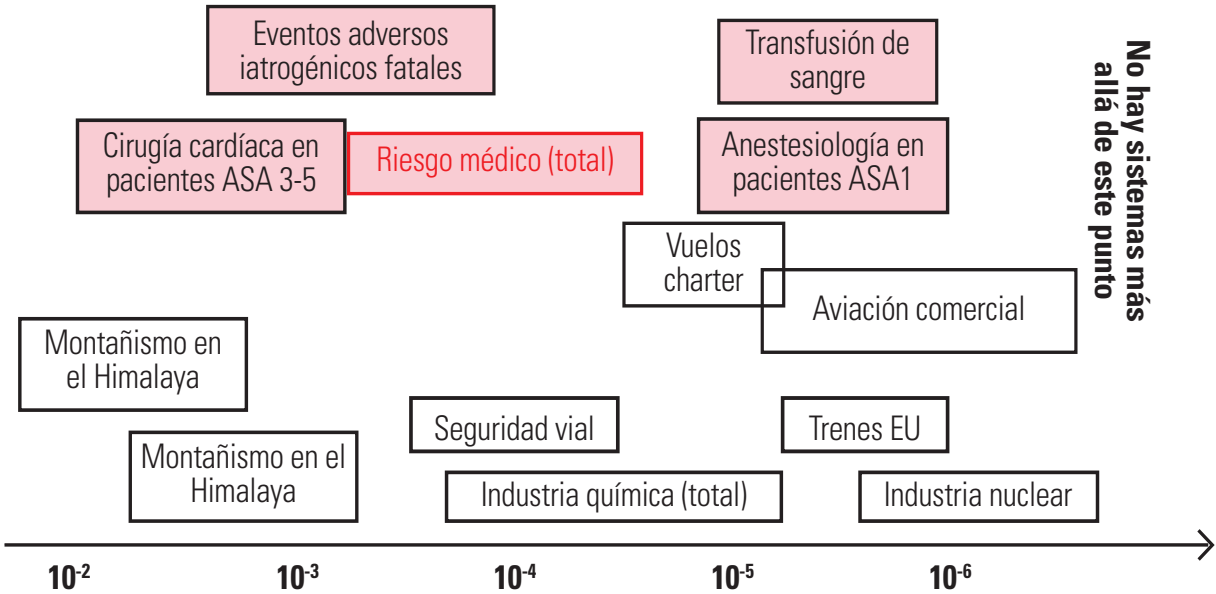


FIGURA 1.

Cinco barreras que impiden lograr un nivel ultraseguro en el cuidado de la salud (adaptación)

Fuente: Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care René Amalberti, MD, PhD; Yves Auroy, MD; Don Berwick, MD, MPP; and Paul Barach, MD, MPH

Aquí vemos dispuestas, sobre el eje horizontal, distintas actividades o industrias cuya ubicación está directamente relacionada con su grado de seguridad. Para aquellas que se encuentran más hacia la izquierda, como por ejemplo escalar el Himalaya, el valor 10⁻² indica que 1 de cada 100 personas expuestas va a morir en la ejecución de esa actividad. Del lado contrario, más cercano al 10⁻⁶, vemos que, tanto para la industria nuclear como para la aviación comercial, la probabilidad de correr esa misma suerte es de 1 de cada 1 millón..

Con respecto al riesgo médico en total, vemos que su nivel es similar al de la seguridad vial, cercano a 1 muerte cada 10.000 exposiciones, teniendo actividades más riesgosas – como una cirugía cardíaca en pacientes ASA 3-5 (2)– y otras mucho más

seguras –como la anestesiología en pacientes ASA 1 (3) o las transfusiones sanguíneas.

Este tipo de datos se cuenta entre los menos gratos para iniciar conversaciones con las personas que conformamos el sistema de salud. Suele ocurrir, cuando se plantea este tópico, que la respuesta casi unánime que se obtiene es una reacción defensiva, de fuerte resistencia, según la cual el ámbito de la salud constituye un caso especial e incomparable, que por ser único ese tipo de análisis no aplica a él.

Lo que proponemos en este artículo es poner a prueba determinados paradigmas que tenemos integrados a nuestra forma de ver el mundo y tratar de repensarlos, de deconstruirlos, incluso algunos conceptos ligados a ellos, para intentar hacer lugar a

(2,3) Clasificación ASA: el sistema de evaluación del estado físico más empleado por los anestesiólogos antes del procedimiento anestésico-quirúrgico; su objetivo es identificar riesgos potenciales del paciente enfrentado a un tipo de procedimiento particular y optimizar los resultados y la calidad de la atención médica. Cuanto mayor es el número indicador, mayor el riesgo.

la clase de preguntas que pueden habilitar la posibilidad de una configuración de tratamiento más efectiva.

En esta primera parte centraremos nuestro análisis en las razones que han dado lugar a ese pensamiento del caso único, a la resistencia a cuestionarlo, y en el primero de los dos grandes paradigmas a examinar. En la segunda parte*, abordaremos el segundo paradigma y, por último, los aprendizajes y conclusiones que podemos extraer de todo ello.

ESTIMULAR LA PREGUNTA

Uno de los grandes problemas que tenemos en el ámbito de la salud es el poco cuestionamiento recibido de parte de los usuarios, de esa persona a la que llamamos *paciente*. Tenemos el caso, por ejemplo, de personas que expresaron un profundo agradecimiento luego de una internación que se extendió más de una semana y unos cuantos mililitros de antibiótico debido a una infección intrahospitalaria, y que al mismo tiempo hicieron reclamos y vaciaron de estrellas la calificación de una aerolínea que no les acercó un paraguas ante el destello de unas pequeñas gotas al descender del avión en un aeropuerto del sur de Argentina. Lejos de implicar una ventaja, la disparidad en las reacciones nos ha ensimismado en nuestro propio orgullo, alejándonos de la posibilidad más fundamental del ser humano: la de autocuestionarnos, de estimular la pregunta más allá de la respuesta.

Como una cachetada, el mencionado informe del Institute of Medicine pareció habernos abierto los ojos (al menos a algunos) y descubrir la magnitud del impacto de los eventos adversos en la atención hospitalaria. Dada nuestra falta de reflejos, las soluciones propuestas siguieron un curso de intención más relacionado con la magia que con la razón.

En Estados Unidos, por ejemplo, se creó el “Centro para la seguridad del paciente”, con una inversión de más de 100 millones de dólares, para bajar al 50% los eventos adversos en cinco años. Con objetivos caprichosos y dinero en grandes cantidades como el motor, el efecto fue privilegiar la velocidad por encima de la planificación: no sabíamos bien lo que queríamos, pero lo queríamos ya. Se contrataron especialistas en calidad y seguridad de otras industrias, softwares y herramientas para que resolvieran todos los problemas, como si no fuéramos lo especiales e incomparables que a menudo consideramos ser. El resultado, como no podía ser de otro modo, es que casi todos los informes disponibles muestran que estamos peor; incluso hay alguno que elige sostener, sin temor a resignarse, que estamos igual.

Prescindiendo del dato como resultado, hay algo mucho más

radical que queda soslayado: no tenemos siquiera un consenso respecto de estos datos, un número unificado y aceptado por todos, sea o no el que deseamos. Artículos posteriores al informe, como el de Martin Makary y Daniel Michael en 2016, que determinaba que el error médico era la tercera causa de muerte en Estados Unidos (4), no hicieron más que desviar el foco hacia una pelea sin sentido para ver qué lugar ocupaba la atención médica en ese ranking. ¿Era la octava causa, como señala el informe *Errar es humano*, o la catorceava, como sostiene la OMS? (5). Todo ello como si fuera algo normal que la atención médica aparezca en un ranking de causas de muerte. Es preciso recordar y tener siempre presente la máxima de Hipócrates: *primum non nocere*, lo primero es no hacer daño.

Frente a toda esta evidencia se impone la obligación de preguntarnos y reexaminar la idea: ¿seremos realmente tan distintos, únicos e incomparables como para que la calidad tradicional no aplique a nuestro caso? Es evidente que hay algo de base en nuestros sistemas que no está funcionando. A raíz de ello nos hemos propuesto revisar en detalle acciones particulares, tomar como ejemplo los eventos adversos de atención médica graves (eventos centinela) más democráticos, es decir, aquellos que se hayan repetido en distintos países y culturas, y analizar la forma estándar de abordaje que utilizamos.

EL SESGO DE ACCIÓN

Tenemos un paciente en un quirófano, conectado a una mesa de anestesia, con una máscara que teóricamente entrega oxígeno pero que en realidad emite óxido nitroso. La consecuencia es una hipoxia (falta de oxígeno) que, como mínimo, dará lugar a un daño muy severo, y con mucha probabilidad a la muerte del paciente si esta situación no es revertida de forma inmediata.

Cuando nos llaman como expertos de calidad y seguridad, lo primero que intentamos hacer es aplicar las herramientas que aprendimos en algún curso o importamos de otras industrias. Por caso, fue así como en un principio se implementaron, a nivel global, los *check-list* con el fin de controlar las conexiones antes de empezar cada procedimiento. Luego, enfervorizados por la pasión que nos caracteriza, elevamos el nivel de calidad a una función forzosa o *poka yoke*: conexiones a prueba de humanos en las cuales, aunque queramos, es imposible conectar las salidas de forma incorrecta porque sencillamente no encastran (figura 3).

(4) Makary, MA; Daniel, M. (2016). Medical error: the third leading cause of death in the US. *BMJ* John Hopkins University School of Medicine, Baltimore.

(5) OMS (2019) Diez datos sobre seguridad del paciente. <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>

*A publicarse en el número 69, marzo de 2022.

Habíamos alcanzado así un nivel de seguridad al que considerábamos muy evolucionado. Creíamos tener el problema resuelto. Resuelto con nuestras herramientas: las herramientas de calidad y seguridad. Fue entonces que en un hospital de Estados Unidos (6) una persona de edad y salud frágil falleció durante una cirugía. El forense estatal la había calificado como “Muerte natural” en el certificado de defunción, pero algo no cerraba. La investigación continuó y muy pronto se encontró que las conexiones de la mesa eran correctas, pero que por el otro extremo un técnico había conectado por error la línea de oxígeno desde la máscara a un tanque de gas nitroso. Años después, en Australia (7), algo similar volvió a ocurrir. Un pediatra expresó su preocupación después de la muerte inesperada de un segundo bebé en un quirófano el mismo día. Las pruebas realizadas a las salidas de gas indicaban que una salida identificada para oxígeno emitía óxido nitroso, una salida que había sido reparada el fin de semana anterior al evento.

Como optimistas que somos, de seguro estamos pensando que debemos ir por más: hacer más funciones forzosas por los extremos contrarios de las conexiones, pruebas de salida de gas ante cada reparación, niveles de calidad cada vez superiores que nos permitan volver a estar tranquilos y conformes por el placer que genera la tarea realizada. Pero frente a ese optimismo debemos preguntarnos, ¿podría pasar que por error un proveedor nos entregue un tanque que por fuera está identificado como si fuera de oxígeno y por dentro contenga óxido nitroso? ¿Qué haríamos entonces? ¿Podríamos abarcar todas las posibilidades?

EL ICEBERG Y LA ANTÁRTIDA

La escuela de la calidad y la seguridad nos enseña a abordar estos eventos usando el modelo del iceberg, donde lo que vemos son pequeñas porciones que se hacen evidentes pero que por debajo está la parte más voluminosa, llena de causas y factores aparentes que debemos ir analizando hasta encontrar esa causa, a la que vamos a denominar “raíz”, cuya eliminación —es conocido por todos— suprime el problema.

Ahora bien, la realidad no tiene nada que ver con esos icebergs. La realidad se parece mucho más a la Antártida, donde no tenemos icebergs aislados, sino flotando en mares, rodeados de glaciares, algas, musgos y animales que interactúan entre sí, generando resonancias. Esto deja en evidencia lo acotado del modelo que se enfoca en el evento particular escindido de todo el contexto.

Por ejemplo: podemos tener un paciente que presenta una alergia por contraste en una resonancia y, cuando lo investigamos a fondo, encontrar que la prescripción fue hecha por un médico externo, que no pertenece a la institución. Que el paciente nunca se había atendido con nosotros y, por ende, no tiene historia clínica. Que toda la situación se ha desarrollado en un ecosistema de profesionales que fuimos formados en un tipo de educación que prioriza la autosuficiencia y no nos instruye acerca del concepto de trabajo en equipo. En un sistema que nos paga por producción y que nos penaliza por la mala praxis. ¿Es posible creer que desde la calidad podemos abordar todo esto con un

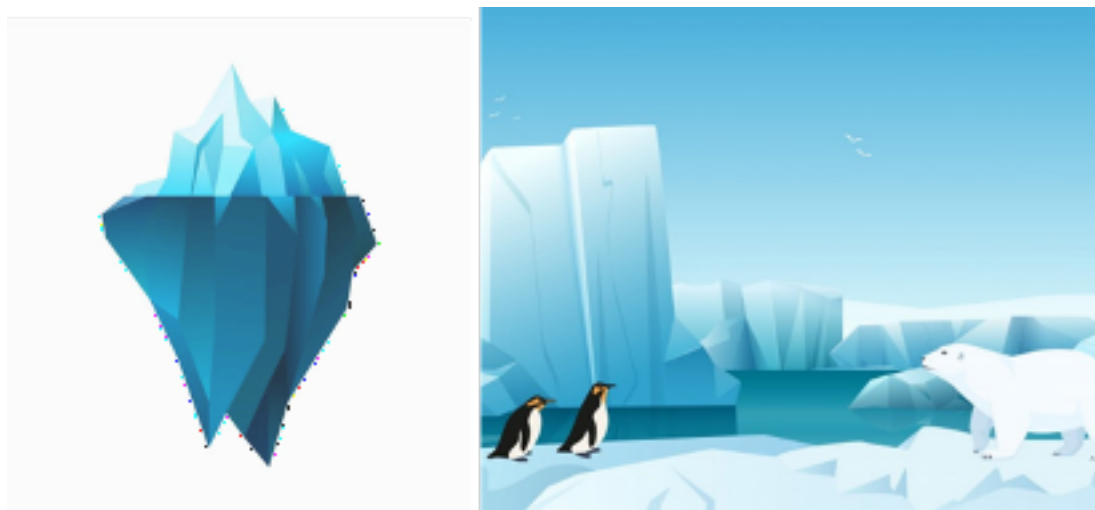


FIGURA 4.

(6) Hartford Courant (2002) Hospital to pay fine in 2 deaths.

<https://www.courant.com/news/connecticut/hc-xpm-2002-11-01-0211010184-story.html>

(7) The Guardian (2016) Baby dies and another critical after being given nitrous oxide at Sydney hospital.

<https://www.theguardian.com/australia-news/2016/jul/25/baby-dies-and-another-critical-after-they-were-given-nitrous-oxide-at-sydney-hospital>

simple *check list*? Es evidente que este evento no se limita al hecho de haber obviado un paso u omitido hacer una pregunta. Este simple ejemplo pone de manifiesto que son muchas las aristas y los factores eficientes que resuenan y que requieren un modelo de abordaje de similar amplitud. Veamos, a continuación, el primero de los dos paradigmas a examinar.

PARADIGMA 1: EL ÉXITO Y EL FRACASO TIENEN DISTINTOS ORÍGENES

Desde el inicio de la pandemia COVID-19 todos los hospitales han tenido que lidiar con el protocolo de acompañantes y visitas. Desde calidad y seguridad, al tratar el desarrollo de protocolos lo primero que hacemos es relevar las necesidades de las distintas partes interesadas:

- el familiar que quiere acompañar al paciente pero a la vez no quiere que éste se contagie ni contagiarse él mismo durante la visita o el acompañamiento
- el personal que no quiere sumar tareas extra, y tampoco contagiarse ni que se contagie el paciente y/o los familiares
- la organización que no quiere contagios, pero tampoco reclamos de ninguna de las partes

Como suele decirse, gestionar es elegir qué queja vamos a recibir. Lo que hacemos normalmente es determinar un objetivo principal que represente el fundamento del proceso que estamos diseñando (en este caso, prevenir los contagios), sobre el cual vamos a centrar y focalizar cada uno de los pasos del documento. Como toda elección, debemos entender que priorizar un aspecto implica la posibilidad de recibir algún tipo de reclamo a causa de aquellos otros que no fueron priorizados.

El servicio que se preste de aquí en más será necesariamente distinto al que se prestaba previo a la pandemia y ese tipo de divergencias provoca una alteración en la percepción de la calidad de las partes involucradas.

Supongamos que en esta oportunidad determinamos criterios en función de cada tipo de paciente y establecemos para cada uno una cantidad limitada de acompañantes y visitas. Generamos entonces un proceso en el cual un profesional determina si el paciente cumple o no con estos criterios y realiza el registro en un sistema que puede ser visto de forma remota y en línea por el personal de seguridad, de modo que sólo se permita el ingreso de las personas que fueron autorizadas. Como cualquier proceso modificado, es al implementarlo cuando comenzamos a evidenciar desvíos.

Nos han enseñado que los desvíos son nuestra fuente de mejora de los procesos. Podemos encontrar, por ejemplo, que al principio el sistema no tiene un límite de acompañantes, llegando a tener más de diez acompañantes registrados para un mismo paciente. O que las responsabilidades de quién evalúa para cada caso estos criterios no están definidas o transmitidas en forma clara, lo cual genera discrepancias entre profesionales de diferentes especialidades que tratan al mismo paciente en una misma internación. Por ejemplo: en una cirugía programada, el cirujano puede habilitar acompañantes que después en la sala de internación el médico clínico considera que no aplican dada la condición del paciente, lo que da lugar a un conflicto innecesario en la comunicación que termina impactando en el paciente.

Pero las mejoras no sólo provienen de los errores, sino también de los aciertos. De la misma forma en que evidenciamos los problemas, si hacemos el mismo ejercicio en el desarrollo efectivo del proceso podemos ver con gratitud que en algunas salas el personal puede generar circuitos de comunicación inmediata con los vigiladores del piso agilizando el recambio de acompañantes. O también, que se determina y comunica en forma automática a los familiares que las visitas se realizan por la tarde, cuando disminuye la cantidad de personas circulantes en la sala. Estas mejoras efectivas no provienen de los desvíos o errores del personal, sino de los ajustes que ellos mismos hacen de forma natural en el devenir del proceso.

EL PROCESO Y EL RESULTADO

El dilema al cual nos enfrentamos consiste en que creemos que el éxito y el fracaso provienen de distintas fuentes, que tienen distintos orígenes. Este paradigma proviene de una relación preconcebida entre proceso y resultado. Si nos preguntan a cualquiera de nosotros, intuitivamente diremos que un resultado esperado proviene de un proceso adecuado y, por el contrario, que un resultado no esperado tiene como causa un proceso inadecuado (figura 5).

El detalle a tener en cuenta aquí es que los procesos y los resultados no son las únicas partes que se desarrollan. En el medio tenemos *lo que ocurre*, eso que en una primera aproximación podemos relacionar con aquello que pasa cuando ese proceso y las personas que lo ejecutan se ponen en funcionamiento; es decir, si lo cumplen o no lo cumplen. Podemos pensar entonces que si tenemos un resultado esperado es porque se cumple un proceso adecuado. Y, por el contrario, que si tenemos un resultado no esperado es porque se cumple un proceso no adecuado. Podríamos luego llegar a proyectar que un resultado no esperado puede ser también fruto de no cumplir un proceso adecuado, como si fuera el único que encajara. Pero, ¿qué pasa cuando no se cumple un proceso no adecuado? (figura 6).

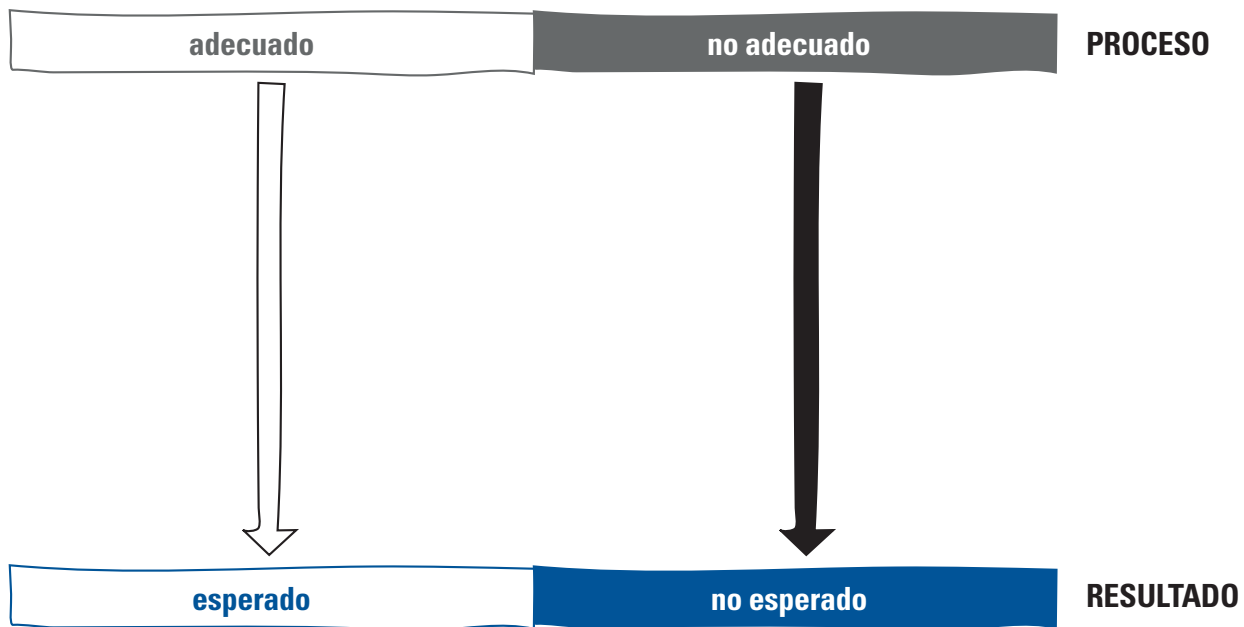


FIGURA 5.
Esquema conceptual de la relación lineal entre un proceso y sus resultados.

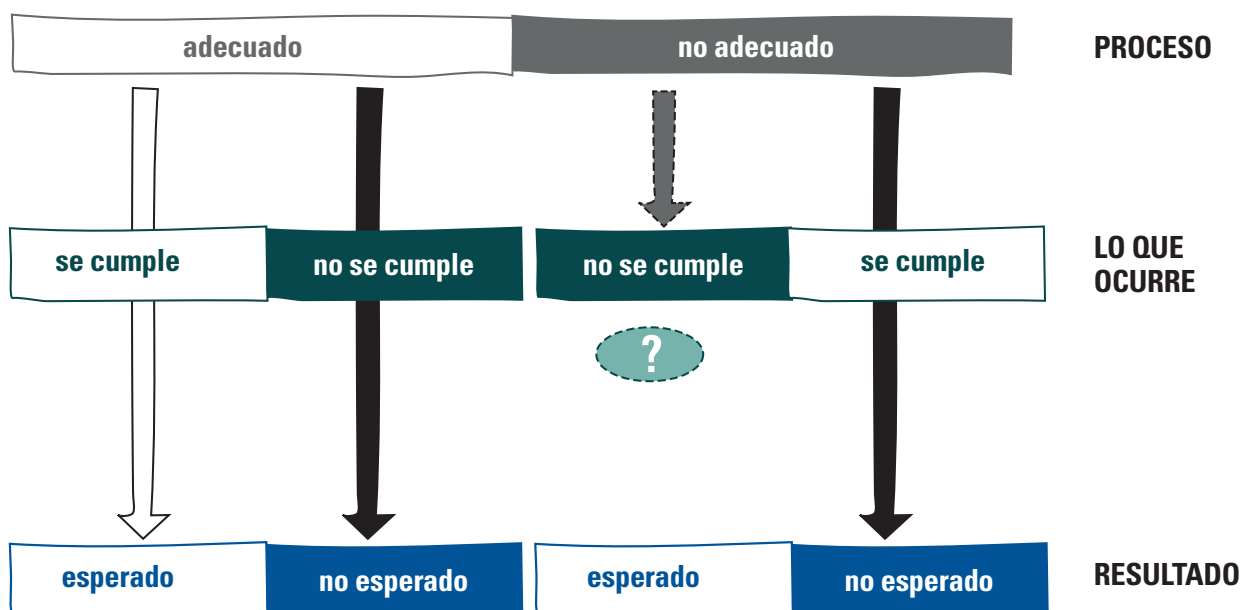


FIGURA 6.
Al introducir las variables se cumple / no se cumple se altera la relación lineal entre proceso y resultado.

Lo que ocurre no se limita sólo a si las personas cumplen o no un proceso, sino que tiene que ver también con los ajustes que realizan en su aplicación. Si un proceso no adecuado no se cumple, la persona hace naturalmente un ajuste y el resultado es esperado, vamos a encontrarnos con un ajuste adecuado, del cual podemos aprender y sumarlo para mejorar el proceso. Del mismo modo, si el resultado del ajuste es no esperado, ese ajuste será un ajuste no adecuado que debemos tener muy en cuenta porque no representa una alternativa válida de modificación del proceso.

Ahora bien, ¿qué ocurre si un proceso es no adecuado, las personas no lo cumplen y no lo ajustan, pero el resultado que obtenemos es esperado? Ahí vamos a encontrarnos con algo con lo cual normalmente convivimos pero que raramente cuestionamos: un proceso que no agrega valor. Ocurre que al no llevar a este grado el análisis no podemos identificarlo, y muchas veces los resultados esperados, que son cómodos, hacen que dejemos de hacernos preguntas.

Por otro lado, si un proceso adecuado no se cumple, las personas lo ajustan y el resultado sigue siendo el esperado, vamos a encontrarnos con otro proceso adecuado. Y esto es interesante porque deberíamos analizar cuál de los dos es más eficiente, o si hay algo de cada uno que podemos combinar para tener un nivel superior de productividad. Si ese ajuste que se hace concluyera en un resultado no esperado, estaríamos ante un ajuste no adecuado: otra vez, tenemos en frente un camino que sabemos que no tenemos que recorrer.

Finalmente, si ese proceso adecuado que no se cumple tampoco se ajusta pero el resultado es el esperado, estamos una vez más ante un proceso que no agrega valor.

Por todo ello es tan importante analizar el valor que aporta cada proceso cuando queremos explorar a fondo su eficiencia. Al interactuar en sistemas complejos (figura 7) es normal soslayar este aporte y corremos el riesgo de continuar replicando funciones estériles.

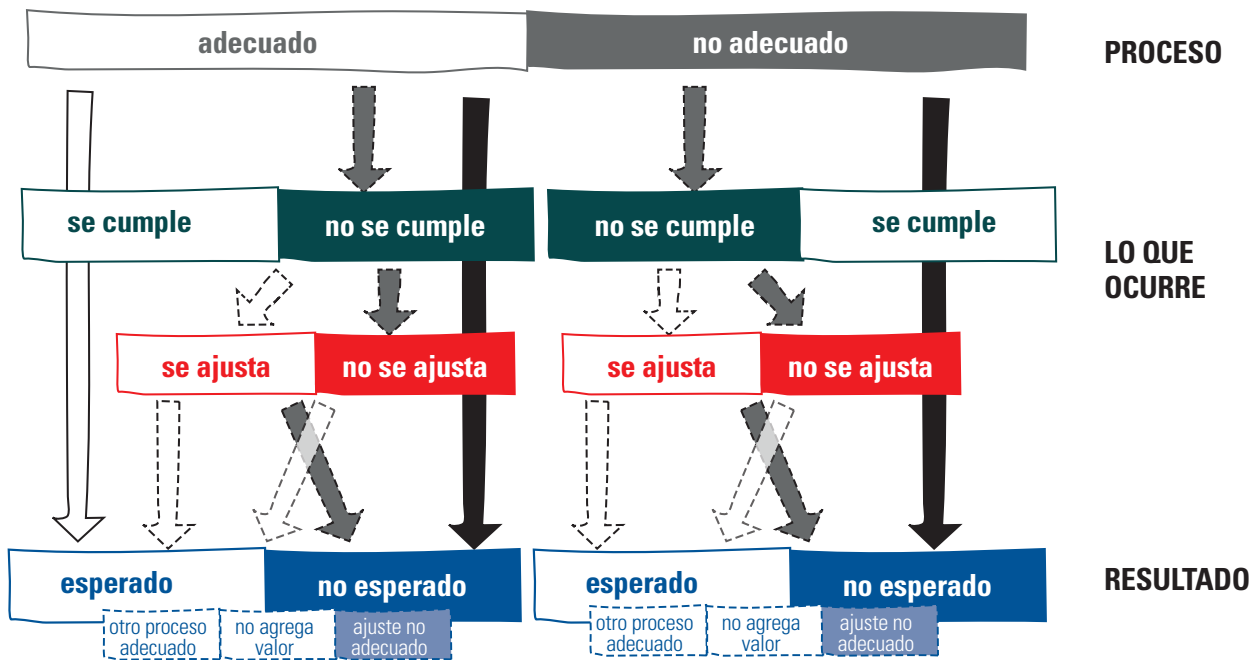


FIGURA 7.

Finalmente, si sumamos la variable se ajusta / no se ajusta, podemos ver las diferentes clases de procesos: aquellos donde el ajuste resulta adecuado, aquellos en los que el ajuste no resulta adecuado y aquellos que no agregan valor.

LINEAL O NO LINEAL

Nos encontramos así con dos formas de abordaje bien diferenciadas respecto de los desvíos: un enfoque lineal y otro no lineal (figura 8).

Por un lado, el modelo lineal inmortalizado en la figura del queso suizo, donde aceptamos a nivel conceptual que la perfección es posible y que para ello sólo tenemos que completar esa falta con procesos que nos permitan alcanzar los resultados que esperamos. Lo que solemos hacer con este enfoque es acumular herramientas, esperando obtener la combinación adecuada que selle todos los agujeros.

Pero la realidad en la que nos movemos es más compleja de lo que consideramos. Frente a ella pierde sentido el modelo lineal y tenemos que pensar en un modelo no lineal, en un modelo

de resonancia, donde aceptamos a nivel conceptual que los procesos perfectos no existen: sabemos que distintos procesos imperfectos interactúan, resuenan entre sí y son ejecutados por personas que cometen errores, pero también hacen ajustes, de modo tal de obtener mejores resultados de los que podían dar originalmente.

De esa interacción podemos aprender mucho. No nos limitamos sólo a entender la falla de un proceso que consideramos perfecto, sino que exploraremos qué pasa cuando ese mismo proceso, que sabemos imperfecto, da los resultados que esperamos. Aceptamos la falta, la imperfección, y lo que hacemos a partir de ello es desarrollar soluciones, ecosistemas, fenómenos estables que nos dan una visión más completa de la circunstancia.

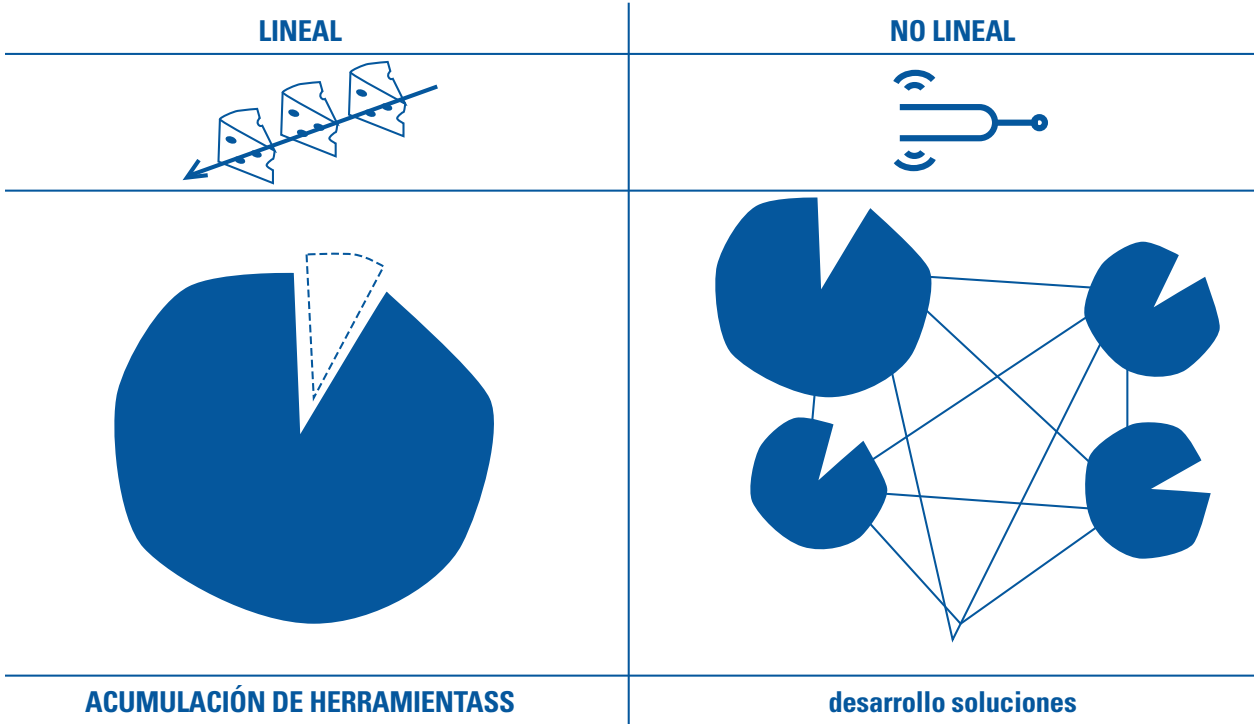


FIGURA 8. Representación gráfica de los modelos lineal y no lineal para el abordaje del análisis de los desvíos.

LOS ACUMULADORES

En cada desarrollo tenemos al personal por un lado y al paciente por el otro. Frente a ese espacio que queda en medio nos tienta empezar a llenarlo con herramientas, olvidando que quienes las ejecutamos somos personas que tienen días buenos y malos, que experimentan aburrimiento; así, nos ponemos a ajustar las cosas, entendemos lo que nos explicaron y sabemos que no va a funcionar, pero no lo decimos, por evitar que nos carguen con más tareas: lo hacemos callados y ya. De ese modo olvidamos lo más importante, al humano, y la relación del humano con el contexto que determina su accionar.

Al examinar la última versión del manual de Joint Commission International para buscar cuántas veces hace referencia a la herramienta “análisis de riesgos” (*risk assesment*), encontramos que ese término aparece 115 veces. La pregunta es entonces: ¿cuántos de nosotros (no sólo a nivel local, sino en el mundo) hemos hecho un análisis de riesgos? ¿Quién incluyó una pandemia en ese análisis? La pregunta que sigue es: ¿quién generó una acción a partir de este riesgo? ¿Cuánto les sirvió esa acción para enfrentar la pandemia? Ahora bien, ¿el problema es de la herramienta? ¿Es una mala opción usar el análisis de riesgos en la industria de la salud?

Lo que hacen la tecnología y las herramientas no es solucionar problemas, sino eficientizar resultados. Si el resultado es el esperado vamos a tener muchos resultados esperados al menor costo, pero si no lo es, tendremos muchos resultados no esperados a cualquier costo. La dificultad a la que nos enfrentamos es que solemos creer que vemos la realidad, pero en verdad la producimos.

Si consideramos un proceso cualquiera, aquello que vemos tiene más relación con nuestra forma de ver las cosas que con lo que las cosas son en sí mismas. Immanuel Kant, un filósofo alemán que vivió entre 1724 y 1804, decía que no vemos las

cosas como son, sino como somos. Creemos que las herramientas solucionan los problemas, pero eso tiene más que ver con la proyección de un deseo propio que con el fin de esa herramienta. Muchas veces el deseo mismo de aplicarla sobrepasa al impacto efectivo de su aplicación.

Además, debemos considerar que no existe un único sujeto. Cada uno de los sujetos que ve una misma realidad ve algo distinto. Como planteaba otro filósofo alemán, Friedrich Nietzsche (1844–1900), la verdad no existe, es simplemente la mentira más eficiente, aquella interpretación que se impuso por sobre las demás. Es por ello que tenemos que salir del modelo que mira una porción (mirar el iceberg) para pasar a mirar la Antártida, el fenómeno, compuesto por todas sus partes, y lo más importante, las interacciones entre cada una de esas partes:

- personas
- procesos + tareas
- tecnología + herramientas
- organización
- entorno
- interpretaciones
- fallas
- ajustes

Sobre esta base, el desafío es consensuar con la mayor cantidad posible de perspectivas una mirada fenomenológica común que funcione como punto de partida de cualquier análisis. Tenemos que cambiar la forma de abordaje, dejar de ver procesos aislados para pasar a ver estos fenómenos, resonancias, relaciones e interacciones, que son en definitiva las que determinan el sentido en los sistemas complejos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Kohn, LT; Corrigan, JM, and Donaldson, MS. (eds) (1999) *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine.
- (2,3) Clasificación ASA: el sistema de evaluación del estado físico más empleado por los anestesiólogos antes del procedimiento anestésico-quirúrgico; su objetivo es identificar riesgos potenciales del paciente enfrentado a un tipo de procedimiento particular y optimizar los resultados y la calidad de la atención médica. Cuanto mayor es el número indicador, mayor el riesgo.
- (4) Makary, MA; Daniel, M. (2016). Medical error: the third leading cause of death in the US. *BMJ* John Hopkins University School of Medicine, Baltimore.
- (5) OMS (2019) Diez datos sobre seguridad del paciente. <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>
- (6) Hartford Courant (2002) Hospital to pay fine in 2 deaths. <https://www.courant.com/news/connecticut/hc-xpm-2002-11-01-0211010184-story.html>
- (7) The Guardian (2016) Baby dies and another critical after being given nitrous oxide at Sydney hospital. <https://www.theguardian.com/australia-news/2016/jul/25/baby-dies-and-another-critical-after-they-were-given-nitrous-oxide-at-sydney-hospital>

A festive border at the top of the page features various gold Christmas ornaments, including spheres with stripes, snowflakes, and solid colors, along with gold stars and streamers.

Desde **vea**

VISIÓN DE **enfermería** ACTUALIZADA

saludamos y felicitamos al personal de enfermería por la enorme tarea cumplida en esta etapa de crisis sanitaria, deseándoles en esta nueva era del cuidado, renovación de fuerza física y espiritual que los colme de esperanza por un futuro mejor.

Una vez más y todas las que sea necesario

GRACIAS

Gracias
Gracias



LaboratoriosRIVERO

Rivero Junto a la enfermería especializada

MATERIALES BIOMEDICOS ORIGINALES RIVERO

Estériles, atóxicos, libres de pirógenos y látex natural

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

 **LaboratoriosRIVERO**

Avenida Boyacá 419 - C1406BHG - CABA

Director Técnico: Dr. Pedro Luis Rivero

Bioquímico y Farmacéutico

Tel.: 4633.8666 Líneas Rotativas | Fax 4631.5634 4633.4754

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

lab@rivero.com.ar | depcient@rivero.com.ar

Consultas - sugerencias 0800.222.7291

PLANTA MODELO JUNIN

Habilitada por ANMAT Legajo N° 0022

**Investigación, desarrollo y producción de
Materiales Biomédicos Originales Rivero**

Autorizados por ANMAT PM 0022