

# vea VISION DE enfermería ACTUALIZADA

#69

EL CUIDADO DE ENFERMERÍA  
p.12 DESDE LA MIRADA DE  
FLORENCE NIGHTINGALE  
Y JEAN WATSON

SOLUCIONES ALTERNATIVAS  
(WORKAROUNDS): p.7  
¿ORO O CHATARRA?

Repensar la calidad  
y la seguridad: p.21  
un análisis crítico  
de cómo trabajamos  
(SEGUNDA PARTE)

Adecra+Cedim

# 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



|                                                                                                  |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| EDITORIAL                                                                                        | pág. 5  |
| ENFOQUES                                                                                         | pág. 7  |
| Soluciones alternativas (workarounds):<br>¿oro o chatarra?                                       |         |
| Fabián Vítolo                                                                                    |         |
| INFORME I                                                                                        | pág. 12 |
| El cuidado de Enfermería desde la mirada<br>de Florence Nightingale y Jean Watson                |         |
| Rosa Palma                                                                                       |         |
| DIÁLOGOS DE ENFERMERÍA I                                                                         | pág. 18 |
| Entrevista a Sonia Isabel Gómez                                                                  |         |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE                                                                           | pág. 21 |
| Repensar la calidad y la seguridad:<br>un análisis crítico de cómo trabajamos<br>(SEGUNDA PARTE) |         |
| Matias Dellachiesa                                                                               |         |
| FICHA 68                                                                                         | pág. 27 |
| Traslado intrahospitalario<br>de paciente crítico (TIHPC)                                        |         |
| Claudia Ruiz / Marisa Server / Mercedes Sosa                                                     |         |
| DIÁLOGOS DE ENFERMERÍA II                                                                        | pág. 33 |
| Entrevista a Rubén Alfredo Lastra                                                                |         |
| CONVOCATORIA                                                                                     | pág. 35 |
| Bases para la publicación de artículos                                                           |         |
| PRESENTACIÓN DE CASO                                                                             | pág. 38 |
| Intervenciones de Enfermería<br>en un procedimiento endovascular                                 |         |
| Vanesa Yanina Ferreyra / Mauricio Martin                                                         |         |
| RINCÓN LITERARIO                                                                                 | pág. 49 |
| Volver por un instante                                                                           |         |
| Sara Ruiz Diaz                                                                                   |         |

|                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| STAFF                                                                                                                                                                                                       |
| <b>DIRECCIÓN</b><br>Lic. Mercedes Sosa                                                                                                                                                                      |
| <b>JEFA DE REDACCIÓN</b><br>Prof. Lic. Marisa Server                                                                                                                                                        |
| <b>COORDINACIÓN EDITORIAL</b><br>Alejandra Fuente<br>Lic. Graciela Rojas                                                                                                                                    |
| <b>CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN</b><br>Prof. Magdalena Villaverde                                                                                                                                                |
| <b>EDICIÓN</b><br>Susana Prieto                                                                                                                                                                             |
| <b>Adecra</b><br>Montevideo 451 - Piso 10º (C1059ABI)<br>C.A.B.A. Argentina<br>Tel: (011) 4374-2526 Fax: 4375-2070<br>www.adecra.org.ar<br>www.enfermeria.adecra.org.ar<br>e-mail: revistavea@adecra.org.ar |
| Esta publicación es propiedad de:<br>Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospi-<br>tales Privados de la República Argentina                                                                                |
| Autorizada su reproducción mencionando<br>la fuente.<br>Registro de Propiedad Intelectual Nº 399943<br>ISSN: 1669-385X<br>Base de datos de indexación:<br>CUIDEN - Tipo de indexación: EC-E<br>EBSCO        |
| Periodicidad trimestral<br>(marzo, junio, septiembre y diciembre)                                                                                                                                           |
| <b>AÑO 19   Nº 69   MARZO 2022</b>                                                                                                                                                                          |

CONSULTORES ESPECIALISTAS

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

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

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

Editorial

A raíz de la pandemia la importancia de Enfermería se tornó más visible. La evidencia muestra que el 90% de las prácticas que se realizan a un paciente en el hospital están a cargo del personal de Enfermería, lo que demuestra el rol fundamental que ocupa en los equipos médicos. Sin embargo, esa alta demanda y su rol protagónico en los sistemas de salud no alcanzaron para lograr mejores condiciones de trabajo. Con la veloz propagación del virus, los hospitales necesitaron más que nunca a los enfermeros, pero la relación entre la cantidad de pacientes por enfermero alcanzó un punto crítico, lo que puso en evidencia la falta de personal para cubrir la demanda. Esta escasez es un fenómeno global y nuestro país no escapa a esta realidad. Ya en 2015 la OMS había llamado a formar más profesionales en América Latina y el Caribe para garantizar que todas las personas tengan la posibilidad de acceder a una cobertura universal de salud. En 2018, un informe de la Organización Panamericana de la Salud titulado “Distribución de la fuerza de trabajo en Enfermería en la Región de las Américas”, reveló que Argentina posee una de las tasas más bajas de enfermeros por habitante, con una proporción de 4,24 cada 10 mil personas (sólo por encima de Honduras, República Dominicana y Haití). Chile, por su parte, es el mejor posicionado de Latinoamérica con 22, seguido de Uruguay (18,9), Paraguay (14,6), Brasil (7,1) y Bolivia (5,1). En tanto, Estados Unidos (111,4) y Canadá (106,4) son los países que mantienen la mayor proporción en todo el continente.

Al mismo tiempo, la visibilización de Enfermería durante la pandemia destacó el trabajo profesional, el espíritu solidario en el cuidado del otro, la vocación y el conocimiento de nuestra profesión. Entre otros factores, esto ha impulsado a más jóvenes a iniciar este año su formación profesional. En la mayoría de las instituciones en las que se ofrece tanto la Tecnicatura como la Licenciatura, la cantidad de ingresantes creció notablemente. Un trabajo que antes de la pandemia ya era extenuante física, mental y emocionalmente, desde 2020 se volvió incluso más demandante. El trabajo constante sin licencias, los turnos extensos sin descanso, el aumento de la cantidad de pacientes a cargo, de pacientes que requieren un cuidado complejo; todo ello es fuente de un alto desgaste emocional. A pesar de este escenario complejo, se suscitó un interés inédito en la carrera, con un récord histórico de inscriptos. Si bien la suma año tras año ha ido en aumento, esto se triplicó en este año 2022 dejando afuera gran cantidad de postulantes. Esto habla de que hoy Enfermería no es una elección más, ya que se trata de uno de los recursos humanos más importantes para el sistema de salud. Como todas las actividades de la salud, tiene sus exigencias, pero las satisfacciones que genera el contacto humano con las personas a quienes brinda su cuidado son difíciles de igualar, sumado a la necesidad imperiosa de contar con profesionales y a la posibilidad de incorporarse rápidamente al campo laboral sus egresados. Todo ello hace que elegir esta carrera sea una alternativa atrayente.

El sistema educativo y de salud tienen un gran desafío por delante: articular las expectativas del estudiante, la motivación de los docentes en el aula y el escenario asistencial para que la mayor cantidad de aspirantes a la carrera logren egresar y puedan incrementar las dotaciones de los hospitales públicos y privados, generando así un impacto positivo en la calidad del cuidado del sujeto de atención.

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!**

## Soluciones alternativas (*workarounds*): ¿oro o chatarra?

**Fabián Vítolo\***  
NOBLE CÍA DE SEGUROS

La capacidad de improvisar con los materiales disponibles para crear una solución a un problema o situación inesperada habla de la resiliencia de los trabajadores que se encuentran en la primera línea de atención. Es lo que permite muchas veces una atención segura a pesar de los obstáculos, en medio de sistemas de trabajo pobremente diseñados e imperfectos.

### Introducción

El prestigioso instituto ECRI, organización estadounidense sin fines de lucro dedicada a la investigación en calidad, seguridad, gestión de riesgos y evaluación de tecnologías sanitarias, incluyó a las soluciones alternativas (denominadas en inglés *workarounds*) entre los diez principales problemas de seguridad del paciente a atender durante 2018 (1).

El diccionario Merriam-Webster define *workaround* como “un método improvisado para sortear un obstáculo pero que no lo elimina”. El concepto nace de mezclar dos palabras, “work” y “around”, queriendo significar que el trabajo no se hace de la manera indicada, sino que se busca la manera de llevarlo a cabo mediante otros mecanismos, ya sea porque hay problemas para su ejecución o porque se necesita actuar con mayor rapidez. Dado que no tiene una traducción precisa al

español, lo más parecido sería llamarle “solución alternativa”.

Estas soluciones alternativas son, por lo general, el resultado de los ajustes adaptativos que deben realizar los profesionales de la salud, desafiados de manera continua a utilizar su imaginación en medio de sistemas de trabajo pobremente diseñados e imperfectos: se adapta un conector porque no se dispone de la pieza exacta; se procede a actuar porque la información necesaria para garantizar una prestación segura nunca llega; se saltea una verificación porque demorará una intervención considerada urgente; se utiliza un medicamento que se encontraba a mano sin una validación de farmacia; se toman prestadas sábanas de un servicio vecino o no se utilizan (porque no hay) campos totales para colocar una vía central, etcétera.

El uso de *workarounds* se encuentra generalizado en la práctica de todos los días. Algunas investigaciones sugieren que los enfermeros hospitalarios experimentan en promedio una de estas “fallas operativas” por hora. Lidar con estos problemas les quita un tiempo muy valioso para la atención directa del paciente; calculado, según estudios, en un promedio de 33 minutos por turno de enfermería de 7,5 horas (3).

Para ponerlo en perspectiva: por cada 15 enfermeros que trabajan en una unidad, el equivalente a un enfermero ha sido retirado de la atención del paciente para trabajar a tiempo completo en la obtención de suministros, información y equipos necesarios. Estas deficiencias sistémicas aumentarían la carga de trabajo hipotética de una enfermera de sala de 5 a 5,3 pacientes, lo que, según investigaciones, contribuye al agotamiento del personal y puede llegar a aumentar la mortalidad de los pacientes hasta en un 2% (4).

El problema no es exclusivo de los enfermeros: prácticamente todos los profesionales de la salud, entre ellos los cirujanos y anestesiólogos, por citar a los de mayor riesgo, también experimentan fallas operacionales. El tiempo acumulado dedicado a rastrear elementos necesarios es sorprendente. Más importante aún, las fallas operacionales interrumpen la atención del paciente, dando lugar a tareas incompletas y errores médicos. Entre los ejemplos de estas soluciones alternativas o *workarounds* la literatura menciona (2):

- dar la medicación “prestada” de un paciente a otro
- preparar más de una medicación al mismo tiempo
- trabajar con menos personal del necesario (por ejemplo, operar sin ayudante o instrumentadora)
- utilizar material que no es exactamente el indicado
- retirar material de un área próxima
- no efectuar doble chequeo al administrar medicación de “alta alerta”
- consultar a un colega u otro técnico porque el médico que realizó la indicación no está disponible
- no pesar a los pacientes sino preguntarles su peso

Algunas veces, un supuesto elemento de mejora determina la aparición de un nuevo *workaround*: cuando se dispuso el uso de gabinetes dispensadores, las enfermeras solían llevar varios medicamentos en los bolsillos de los uniformes para ahorrar tiempo.

Resulta irónico que la verdadera magnitud de los problemas generados por sistemas de trabajo mal diseñados permanezca oculta precisamente porque los profesionales de la primera línea de atención son muy buenos para “encontrarles la vuelta” y solucionarlos. Es así que muchas veces, sobre todo cuando la fuerza de trabajo se encuentra motivada, se logra brindar una atención de calidad en medio de un sistema defectuoso.

Las soluciones provisionales son, en definitiva, métodos no estándar para lograr el trabajo bloqueado por procesos disfuncionales.

### Los *workarounds* como oro

Don Berwick, Presidente Emérito del IHI y uno de los grandes líderes mundiales en calidad y seguridad de los pacientes, comenta en un artículo de 2002 lo que había aprendido al introducirse en el mundo de los accidentes médicos y la forma en la que había evolucionado su pensamiento en lo relativo a este tema: *“Mientras que siempre pensé que las normas y reglas crean seguridad, aprendí que el desvío de las normas también la genera”* (5).

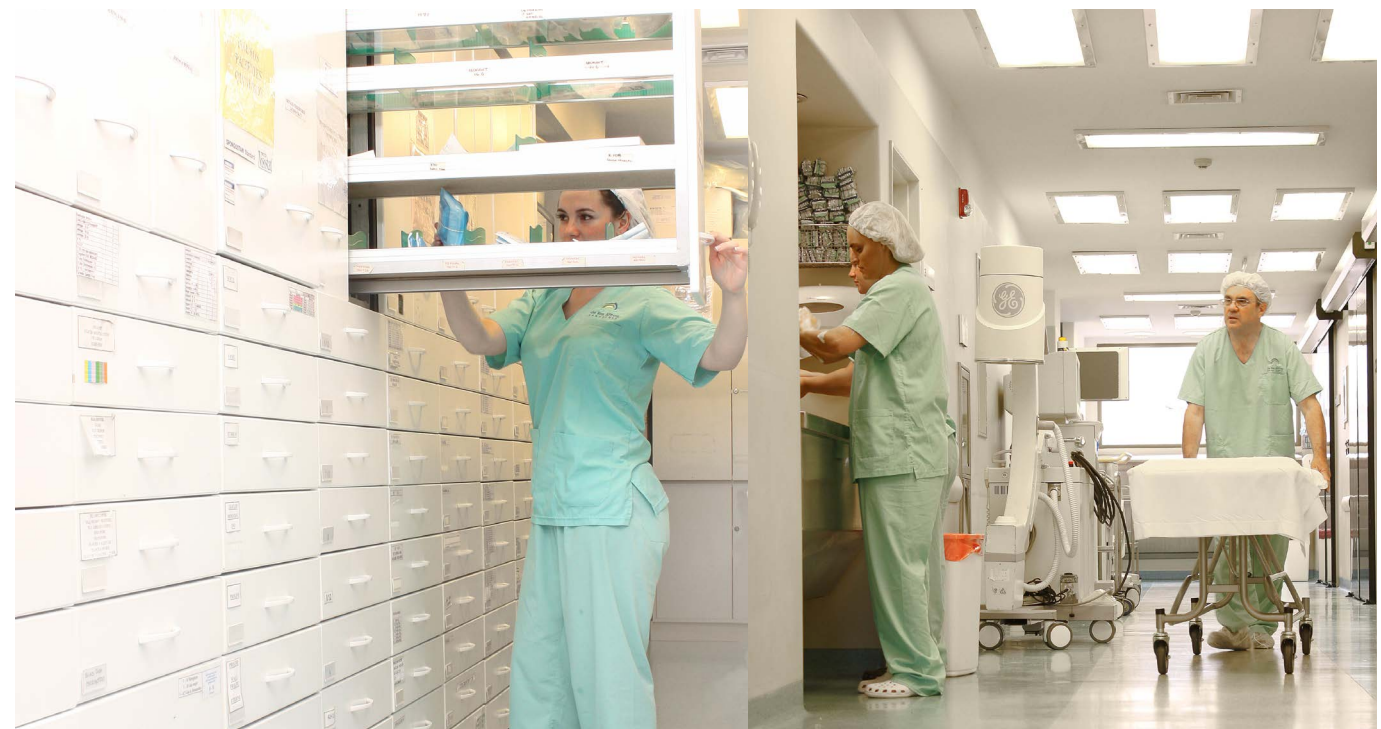
La seguridad es una propiedad emergente de un sistema complejo. El desvío de la norma es muchas veces la respuesta adaptativa de una fuerza de trabajo inteligente que debe ajustar su funcionamiento a situaciones cambiantes. Cuando se rompen las reglas, lo que mantiene a las personas seguras es el siguiente nivel de información sobre lo que hay que hacer en esa circunstancia.

Si los *workarounds* forman parte de la cultura de los profesionales de la salud es porque ofrecen beneficios (6). La capacidad de improvisar con los materiales disponibles para crear una solución a un problema o situación inesperada es una fuente de resiliencia organizacional. Y hoy sabemos que la seguridad de los pacientes no consiste solamente en minimizar los

eventos adversos sino también en ajustar el funcionamiento ante situaciones cambiantes, previstas o no. La resiliencia de los trabajadores que se encuentran en la primera línea de atención es lo que permite muchas veces una atención segura a pesar de los obstáculos. Las soluciones alternativas pueden beneficiar a un paciente puntual y gratificar a los profesionales que pudieron arreglárselas para resolver una limitación, lo que refuerza el aspecto positivo de las soluciones temporales. Los *workarounds* también permiten a las personas completar tareas sin interrumpir a otro personal que

### Los *workarounds* como chatarra

Sin embargo, el principal problema de los *workarounds* radica en que estas soluciones alternativas señalan fallas del sistema (falta de material, falta de personal, de cursos de orientación, protocolos inadecuados, etcétera) que no terminan siendo corregidas porque las personas que están en la primera línea de atención optan por no hacer ningún reclamo, ya sea porque intuyen que serán ignorados o por pensar que la queja puede llegar a afectarlos negativamente en las evalua-



también suele estar sobrecargado de trabajo, y que de no ser así podría ser llamado para ayudar a rectificar una situación que uno no puede resolver por las suyas. Finalmente, algunas personas desarrollan soluciones alternativas que son mejores que los procedimientos existentes. Si las organizaciones pudieran difundir estas prácticas mejoradas al resto del personal, el desempeño general de la organización podría mejorarse. En resumen, podemos encontrar oro en muchas de estas soluciones temporales considerándolas como una atención creativa y centrada en el paciente por parte de los profesionales que las desarrollaron.

ciones. La normalización de las desviaciones determina que muchas personas nuevas que se incorporan al servicio y que quieren hacer las cosas del modo que entienden correcto sean “llamadas al orden” por sus colegas más antiguos.

En un trabajo publicado en 2004, A. Tucker describe las consecuencias negativas de los *workarounds* (3). En su estudio descubrió que típicamente los profesionales de la salud solucionan el problema inmediato sin tomar medidas adicionales para evitar que vuelva a ocurrir. Este patrón de comportamiento se llama “resolución de problemas de primer orden” y parece

exitoso porque permite continuar con la atención del paciente en el corto plazo. Sin embargo, su principal desventaja es la falta de comunicación, lo que impide que se produzca una mejora real por diversas razones. En primer lugar, porque estas soluciones a menudo sólo transfieren el problema de un lugar a otro (como ocurre cuando en una unidad se guardan de manera secreta stocks de medicamentos o equipos difíciles de conseguir, haciendo que falten en otros servicios). En segundo lugar, porque la falta de comunicación sobre las fallas mantiene a gerentes y supervisores ajenos a la necesidad de cambios; por lo tanto, no se investigan los problemas para encontrar y eliminar las causas subyacentes y los problemas se perpetúan (por ejemplo, el personal de enfermería suele ignorar en forma reiterada la recomendación de contactar al farmacéutico o al médico cuando debe administrar dosis excesivamente grandes de medicamentos). Por último, cuando una solución alternativa es superior a la práctica estándar actual, la falta de discusión sobre la necesidad de un cambio limita su difusión.

### Entonces, ¿qué deberíamos hacer?

El desafío con los *workarounds* consiste en capturar sus aspectos positivos –resiliencia y creatividad de la primera línea de atención– evitando al mismo tiempo la trampa de confiar demasiado en soluciones *ad hoc* para problemas de larga data (7). Si desean brindar una atención lo más eficiente y segura posible, las organizaciones de salud deben saber resolver este desafío. Algunas de las estrategias sugeridas por el Instituto ECRI (1) son:

#### Hablar con el personal

A menudo, las soluciones alternativas se consideran violaciones porque el prestador se está desviando de una política o un proceso. Si la organización está atenta a estos eventos, no debería verlos desde la perspectiva de lo que el personal está haciendo mal, sino preguntarse cuál es el problema del sistema o del flujo de trabajo que no es seguro o que no funciona en beneficio del paciente. Las organizaciones deberían alentar a su personal a hablar sobre estos *workarounds*. Las personas de

la primera línea, más que nadie, pueden tener respuestas para ayudar a corregir o mejorar el proceso. Para fomentar el intercambio de información por parte del personal, la organización debe promover un entorno abierto y no punitivo, en el cual el personal se sienta a gusto para hablar de soluciones alternativas. El mismo personal puede incluso no saber que están utilizando soluciones alternativas si los procedimientos incorrectos se convierten en la norma.

Debería estimularse a que todas las personas hagan notar estos “parches” a quienes tienen poder de decisión para poder mejorar los procesos y garantizar la seguridad del paciente. Debe recordársele además al personal que utilice el sistema de reportes de incidentes de la organización para identificar estas soluciones provisionales. Si la organización no las conoce, no puede investigarlas.

#### Analizar la brecha entre el “trabajo como se imagina” y el “trabajo como se hace”

Para los procesos susceptibles de soluciones alternativas debería realizarse un análisis de la distancia existente entre la norma como está escrita y lo que efectivamente se está haciendo.

Este análisis debería ser interdisciplinario e involucrar a los diversos interesados en el proceso. A menudo se encontrará que el proceso no coincide con el flujo de trabajo. El objetivo es comprender por qué existe esta brecha y cuál es la mejor forma de alinear la norma con el flujo de trabajo real.

#### Hacer coincidir la norma con la práctica

Antes de adoptar cualquier política o práctica debe primero ponérsela a prueba durante un tiempo. Esto puede sonar obvio, pero no siempre se hace. Al realizar un “recorrido práctico del proceso” la organización puede buscar el aporte del personal para determinar si el abordaje es factible y, de no ser así, qué se debe hacer para eliminar las barreras. Por otra parte, cuando se buscan soluciones alternativas a una política o proceso ya probado, puede capacitarse al personal para que comprenda por qué existe esa norma y cómo mejora la seguridad.

#### Realizar un adecuado mantenimiento

##### de los equipos tecnológicos

Dado que muchas de las soluciones alternativas tienen que ver con equipamiento viejo a defectuoso, las organizaciones deberían asegurarse de contar con un plan de mantenimiento continuo para que la tecnología funcione de manera confiable. Es menos probable que el personal recurra a soluciones provisionales con un sistema bien mantenido.

La organización también debería contar con un proceso para conducir revisiones periódicas de los informes generados por los sistemas informáticos (por ejemplo, la no utilización de la medicación preparada en los gabinetes de distribución automáticos). Estos informes pueden revelar ineficiencias en el flujo de trabajo, así como oportunidades para reforzar la capacitación en prácticas importantes.

### A modo de conclusión

La atención en salud tiene una cultura que valora la experiencia en la superación de obstáculos para realizar el trabajo. Médicos, enfermeros y el resto de profesionales dedicados al cuidado de los pacientes sienten la responsabilidad profesional y ética de brindar la mejor y más segura atención posible a cada paciente y tratarán de superar cualquier impedimento que encuentren. El problema es que a medida que estas soluciones temporales se afianzan como parte de la rutina del trabajo se vuelven muy difíciles de detectar. El procedimiento incorrecto comienza a transmitirse a todo el personal y pasa a ser “*la forma en la que se hacen las cosas aquí*”. En lugar de alertar a alguna autoridad sobre el problema que subyace a estos comportamientos, el personal puede permitir que continúen las condiciones inseguras hasta que alguien salga lastimado.

Las soluciones alternativas o *workarounds* pueden considerarse problemáticas (“chatarra”) o pragmáticas (“oro”). El análisis del contexto y las circunstancias que llevaron a desarrollar una solución alternativa puede proporcionar información útil que permita mejorar la seguridad, eficiencia y eficacia de los procesos de atención. Una adecuada comprensión de las soluciones alternativas puede contribuir a que los centros de salud las vean como síntomas de un obstáculo, real o percibido, al flujo de trabajo y para que valoren la información que estos *workarounds* proporcionan.

#### REFERENCIAS

- (1) ECRI Institute (2018) Top 10 Patient Safety Concerns for Healthcare Organizations. <https://www.ecri.org/top-10-patient-safety-concerns>
- (2) Falco, E. (2013) Workaround: un problema desatendido en la seguridad del paciente. En: *Primum non nocere*, <https://primumnonnocere-edita.blogspot.com/>
- (3) Tucker, AL (2004) The impact of operational failures on hospital nurses and their patients. *J Operations Manage*; 22:151-169.
- (4) Aiken LH, Clarke SP et al. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*; 288:1987-1993.
- (5) Berwick, DM (2002) Patient Safety: lessons from a novice. *Advances in Neonatal Care*. Vol 2, Issue 3.
- (6) Tucker, AL (2009) Workarounds and resiliency on the frontlines of healthcare. *Perspectives on Safety*. AHRQ Patient Safety Network. Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/78/workarounds-and-resiliency-on-the-front-lines-of-health-care>
- (7) Deutsch ES (2017). Workarounds: Trash or Treasure? *PaPatientSafAdvis*. Sep; 14 (3).

# El cuidado de Enfermería desde la mirada de Florence Nightingale y Jean Watson

Rosa Palma\*

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE SAN JUAN

La sociedad actual demanda una práctica de Enfermería humanizada, que demuestre preocupación e inquietud por el otro y desarrolle un cuidado afectivo enmarcado en un modelo de bienestar integral. Cuidar es un acto humano fundamental que, realizado por Enfermería, va más allá de atender a una persona en la enfermedad.

## Introducción

De las diversas corrientes teóricas de Enfermería que han abordado el cuidado de la persona, sin duda dos de las más influyentes son la teoría del entorno, elaborada por Florencia Nightingale —que es también la primera fuente para guiar el cuidado y restablecimiento de la salud— y la teoría del cuidado humano, de Jean Watson, que ve al ser humano de forma holística para poder realizar un plan de cuidado.

En el contexto actual resulta muy valioso volver a revisar los fundamentos de ambos modelos, no sólo con

el propósito de trazar la influencia de la teoría del entorno sobre la teoría del cuidado humano de Watson, sino también como una manera de revisar los fundamentos más profundos de nuestra identidad y nuestro hacer profesional.

Aunque la práctica del cuidado tiene un origen muy remoto, se atribuye a Florence Nightingale (1820–1910) el haber desarrollado el primer modelo conceptual de Enfermería. Como pionera de la Enfermería profesional, su abordaje implicaba la formación y el conocimiento



científico como algo esencial. Desde esta perspectiva, la “teoría del entorno” puso el foco en las condiciones y las fuerzas externas que influyen en la vida.

La teoría de Jean Watson (1940) tiene su base en el trabajo de Nightingale y puede relacionarse con otros aportes, como los de Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard y Gadow. Aunque el sistema conceptual es difícil de estudiar desde un punto de vista empírico, Watson se ha basado para su teoría en obras de amplia aceptación en otros campos científicos. Su teoría pretende suministrar una base moral y filosófica global para la Enfermería. El ámbito del sistema conceptual que maneja no sólo cubre todos los aspectos de la dualidad salud-enfermedad sino que además aborda cuestiones relativas a la prevención de la enfermedad y a la búsqueda de una muerte en paz.

## Sobre el cuidado como actividad humana fundamental

En este sentido, Marie Françoise Collière (1930–2005), una estudiosa en la materia, afirmaba que “los cuidados son un conjunto de actos de vida, habituales y cotidianos, que tienen por objeto permitir que ésta continúe, son ‘prácticas cuidadoras’ ligadas a la conservación de la especie humana” (Collière: 1999, p.17).

Por su parte, el filósofo y teólogo brasileño conocido como Leonardo Boff (1938) encuentra distintos significados de *cuidado* bajo los cuales, sin embargo, asegura que hallamos la esencia misma del ser humano en el mundo. En su obra *Saber cuidar* (1999) hace referencia, de los muchos aspectos del origen del cuidado, a dos: su naturaleza y su filología, pues “están llenas de significados existenciales y en ellos los seres humanos acumulan infinidad de experiencias positivas y negativas, certezas de perplejidad y de profundidad en el ser” (Boff: 1999, p. 2).

De manera similar, son varios los autores que coinciden en señalar que desde épocas antiguas el hombre como *ser humano* busca cuidarse y cuidar su entorno como un modo de vida cotidiana con el fin único de perpetuar la especie; es decir, está en su naturaleza. Esta relación de cuidado se dio en forma concomitante a la evolución humana y ha recibido influencias de modelos, teorías, culturas y valores, pues sólo ocurre en relación y coexistencia con otros seres, esto es: en convivencia. El verdadero cuidado *humano* humaniza a las personas porque envuelve el más elevado grado de sensibilidad: es a través del cuidado que el ser se humaniza.

Por tanto, en palabras de Leininger: “El ser humano precisa cuidar de otro ser humano a fin de realizar su humanidad para crecer en sentido ético, de la misma manera el ser humano necesita ser cuidado para alcanzar su plenitud, para que pueda superar obstáculos y dificultades de la vida humana” (Leininger: 1991). El cuidado es una forma de vivir plenamente, es un acto, una dimensión ontológica existencial, que se mueve en un proceso de relación, de reciprocidad, de confianza y compromiso afectivo por otro ser humano; a la par.

En su obra *El cuidado humano* (1971), el filósofo norteamericano Milton Mayeroff (1925–1979) afirma que los valores morales están inmersos en el proceso de cuidar y crecer, es por ello que cuando se cuida a otro, se crece. En términos de Jean Watson, quien cuida se autodetermina, al seleccionar los valores e ideales que fundamentan esta experiencia (Watson, 1992).

\*Licenciada en Enfermería (UCC). Diplomada en Gestión de servicios de salud (I.Salud) Magíster en Gestión del Cuidado de Enfermería (Moon International University, EE.UU.) y Doctoranda en Gestión de Enfermería (Moon International University, EE.UU.) Es coordinadora del área sanitaria a nivel central del Ministerio de Salud Pública de San Juan y Presidenta de la Confederación Argentina de Enfermería. Anteriormente ha sido Presidenta de FAE y Directora Regional de Enfermería del Mercosur, y Vicepresidenta primera de la Federación Panamericana de Enfermería (Gestión 2016/2018). Coordinadora Internacional de Convenios de RITEP-MIU.

METAPARADIGMAS

- **Enfermería:** Si bien no dio una definición precisa del concepto, en sus *Notas de Enfermería* se aprecia lo que Nightingale consideraba debía ser la Enfermería: “Se ha limitado a significar un poco más que la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasmas. Pero debería significar el uso apropiado del aire, de la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente”.
- **Persona:** En sus escritos hace referencia a la persona como paciente, que en la mayoría de los casos es un sujeto pasivo. Las enfermeras realizan tareas para y por un paciente y controlan su entorno para favorecer su recuperación. Nightingale hizo hincapié en que la enfermera debía mantener siempre el control y la responsabilidad sobre el entorno del paciente y estaba convencida de la necesidad de que se respetara a las personas sin emitir juicios originados por sus creencias religiosas o por falta de ellas.
- **Salud:** la define como la sensación de bienestar y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona. Veía la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía, debido a una falta de atención. En este sentido, concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social. Diferenció así estos conceptos de Enfermería respecto de aquellos cuidados que se proporcionan a un paciente enfermo para potenciar su recuperación o para que viva dignamente hasta su muerte.
- **Entorno:** aunque nunca utilizó específicamente el término “entorno” en sus escritos, sí definió y describió cinco conceptos que aluden a él: ventilación, iluminación, temperatura, dieta, higiene y ruido, los cuales integran un entorno positivo o saludable. Nightingale instruía a las enfermeras para que los pacientes “pudieran respirar un aire tan puro como el aire del exterior, sin que se resfriaran”.

El concepto de **entorno** comprende todas las condiciones y las fuerzas externas que influyen en la vida y el desarrollo de un organismo. Nightingale describe cinco componentes principales de un entorno positivo o saludable: ventilación adecuada, luz adecuada, calor suficiente, control de los efluvios, control del ruido. El *entorno físico* está constituido por los elementos físicos en los que el paciente es tratado, así como por el *entorno psicológico* –que puede verse afectado negativamente por el estrés– y el *entorno social*. Una comprensión adecuada de ello implica la recogida de datos sobre la enfermedad y los modos de prevención de la misma. Si bien es cierto que Nightingale rechazó la teoría de los gérmenes, el énfasis que puso en una **ventilación adecuada** demuestra la importancia de este elemento del entorno, tanto en la causa de enfermedades como para la recuperación de los enfermos. El concepto de

**iluminación** también es importante: describió la luz solar como una necesidad específica de los pacientes. Para conseguir los efectos de la luz solar, enseñaba a sus enfermeras a mover y colocar a los pacientes de forma que estuvieran en contacto con ella. La **higiene** es otro elemento importante de la teoría del entorno: no sólo se refiere a la del paciente, sino también de la enfermera y del entorno físico, ya que un entorno sucio es una fuente de infecciones por la materia orgánica que contiene. Nightingale era partidaria de bañar a los pacientes todos los días; exigía también que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia. La enfermera también debía evitar el ruido innecesario y valorar la necesidad de mantener un ambiente tranquilo. Nightingale les enseñó a valorar la **ingesta alimenticia**, la importancia del horario de las comidas y su efecto en el paciente.

VALORES DEL MODELO

- Profundo respeto por las preguntas y misterios de la vida.
- Reconocimiento de la dimensión espiritual de la vida, del poder interior de los cuidados humanos y del proceso de curación.
- Respeto de la autonomía humana y la libertad de elección.
- Reconocimiento del mundo subjetivo de la persona, reverencia por la persona y la vida humana.

POSTULADOS DEL MODELO

- **Pensamiento humanista:** cree en los aspectos positivos del ser humano y en cómo éstos permiten a las personas crecer y fomentar sus capacidades de autodesarrollo, de autorrealización y de autorregulación si se tiene la oportunidad de disponer del espacio y el tiempo adecuados.
- **Perspectiva holística:** entiende que las diferentes partes que componen al ser humano conforman un todo que es más, y diferente, que la suma de sus partes.
- **Desarrollo de la psicoterapia humanista:** permite conocer y obtener herramientas para abordar el proceso de cuidados y entenderlo como una ayuda que tiende a facilitar el redescubrimiento y desarrollo de las potencialidades propias y del medio, teniendo en cuenta la creatividad, lo imaginario, la capacidad lúdica y la responsabilidad, tanto de la persona a la que se cuida como de la propia enfermera.
- **Trascendencia:** el ser humano posee un espíritu y es un ser en el mundo. En la experiencia del cuidado esto se pone de manifiesto en la medida en que el cuidado contribuye a la preservación de la humanidad en el individuo y en la sociedad.
- El ser humano aprehende la realidad desde la perspectiva de sus significados: de allí la necesidad de la empatía en el proceso de cuidados para aproximarse a la manera en que la persona ha aprehendido la realidad de su salud y su cuidado.
- El proceso de cuidar es un proceso de enseñanza-aprendizaje de doble sentido: se produce una transacción, o intercambio, de historias de vida entre la persona cuidada y la persona que cuida.

CONCEPTOS METAPARADIGMÁTICOS

- **Salud:** “Es la manifestación de la armonía entre cuerpo, alma y espíritu”. Cuando los distintos componentes de la persona se hallan en unión y armonía la persona tiene salud; cuando esa unión y armonía se pierden, la persona pierde a su vez su salud.
- **Persona:** Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser (mente, cuerpo y espíritu), que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Es un ser integral, con capacidad y poder para participar en la planificación y ejecución de su cuidado, por ello los aspectos socioculturales son preponderantes para el cuidado del paciente.
- **Entorno:** Espacio de la curación. En tanto espacio físico, Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante; remite a la realidad objetiva y externa, es el marco de referencia subjetivo del individuo. En tanto campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).
- **Enfermería:** la práctica cotidiana debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que deben ser cultivados a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad.



## Construcción de saberes

Podemos ver así que el cuidado, en tanto filosofía de vida, es capaz de trascender en el cuidador a partir de su relación con el otro como ser especial en el mundo. Esto es coincidente con la idea de que en el cuidado de Enfermería se cristaliza una esencia trascendente, convertida en una acción holísticamente humana, que hace del diálogo un proceso interno que sobrepasa la interpretación de la persona, convirtién-

dolo en un proceso dialéctico de comprensión y no de aprehensión (Báez et al., 2009).

El cuidado proporciona bienestar, es un acto voluntario y responsable de parte del cuidador producto de su formación y su experiencia, llevado a cabo mediante un acto significativo en tanto búsqueda de condiciones de bienestar. En este sentido, el cuidado implica el crecimiento de todos los actores involucrados y posibilita vivir una vida sana y de mejor calidad, asegurando así la perpetuidad de la existencia humana (Báez et al, 2009).

El cuidado está basado en principios universales que proporcionan una guía para el comportamiento humano (libertad, entrega) y la responsabilidad profesional; por ello la acción de Enfermería debe enfocarse en brindar cuidados de calidad a las personas. El compromiso ético resulta fundamental, como una forma de orientar la praxis, y ha de ser entregado como elemento valioso desde el inicio de la formación de pregrado, continuando en todas las instancias posteriores de formación y actualización, pues sólo el conocimiento permite proceder con cautela y en concordancia con los principios éticos que rigen el ejercicio de cuidado. En este sentido, la ética profesional y los valores se unen para configurar la responsabilidad que Enfermería tiene con la sociedad (García et al, 2012).

## Conclusiones

La aplicación de las teorías tiene su importancia en la profesionalización del campo disciplinario de Enfermería ya que permiten dirigir las acciones de un modo sistemático, con el objetivo de brindar una atención de calidad al paciente. Una concepción holística del cuidado, que tome en cuenta el entorno, a la persona, que entienda la salud como un concepto complejo, es fundamental en la época actual.

Tener una identidad disciplinaria es lo que nos permite implicarnos con nuestra profesión, porque nos lleva a una forma determinada de actuar y proceder, a la aplicación de valores éticos y de estilos propios; asimismo, la reseña ordenada y sistemática de su saberes y competencias nos permite interactuar de manera más sólida y eficiente con otras disciplinas, sin pérdida de autonomía: nuestros conocimientos suman hacia una misma dirección de acuerdo con nuestro perfil profesional específico.

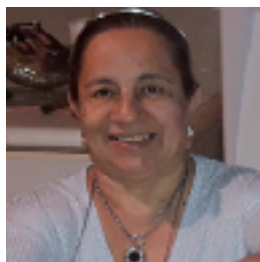
El proceso de desarrollo de la profesión, desde su constitución como disciplina científica, no es algo acabado. La naturaleza y evolución del conocimiento en general, y de la ciencia enfermera en particular, requieren de nuestra parte un compromiso de apertura hacia lo nuevo y de actualización permanente. Esto puede representar una tarea difícil porque no todos los enfermeros y enfermeras tienen la disponibilidad de aceptar cambios. Volver a las fuentes y revisar los modelos fundantes puede ser una manera de alentarlos en ese camino.

La sociedad actual demanda una práctica de Enfermería humanizada, que demuestre preocupación e inquietud por el otro y desarrolle un cuidado afectivo enmarcado en un modelo de bienestar integral. Cuidar es un acto humano fundamental que, realizado por Enfermería, va más allá de atender a una persona en la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Báez–Hernández, F.J.; Nava–Navarro, V.; Ramos–Cedeño, L.; Medina–López, O.M. (2009) El significado del cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichán*; 9(2): 127–134. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476>
- Boff, L. (1999) Saber cuidar. Ética do Humano-Compaixão pela Terra. Brasil. Editora Vozes.
- Colliere, M.F. (2009) *Promover la vida*. 2° edición. Interamericana McGraw-Hill. España.
- García, V.; Paredes, P.; Rivas, E. (2012) Aproximaciones a la ética y responsabilidad profesional de enfermería. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.*; 2(4):48-57. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/55/>
- Leal, J. (2012) *La autonomía del sujeto investigador y la Metodología de investigación*. 4° Edición. Valencia (Venezuela): Editorial Signos.
- Leininger, M. (1991). *Cultural Care Diversity and Universality a Theory of Nursing*, National League for Nursing. New York: National League for Nursing Press.
- Mayeroff, M. (1971) *A Arte de Servir ao Próximo Para Servir a si mesmo*. Rio de Janeiro: Editora Record.
- Poblete Troncoso, M. y Valenzuela Suazo, S. (2007) Cuidado humanizado: Un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*; 20(4): 499-503. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
- Ramos, M.G. (2004). Valores y autoestima: Conociéndose a sí mismo, en un mundo con otros. *Rev Educ en Valores*; 1(1). Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/a1n1/1-1-2.pdf>
- Rodríguez Ramos, J. (1998) Acto Humano y Ética. *Boletín Médico de Posgrado*; Vol. XIV, n° 1. UCLA. Decanato de Medicina. Barquisimeto-Venezuela. Disponible en: [http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm\\_ucla/edocs/bm/BM1401/BM140101.pdf](http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm_ucla/edocs/bm/BM1401/BM140101.pdf)
- Rodríguez, L.; Rondón, R.; Varón, R. et al. (2015) Enfoque fenomenológico del cuidado humano en estudiantes de enfermería. *Rev Salus*; 19(2): 05-10. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-71382015000200003&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382015000200003&lng=es)
- Sánchez Escalante, MZ (2018). *Significado de teoría y práctica del cuidado desde la perspectiva del profesional de Enfermería*. Tesis para optar al Título de Doctor en Enfermería de la Universidad de Carabobo. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/4366/msanchez.pdf?sequence=1>
- Sánchez Rodríguez, J.R.; Aguayo Cuevas, C.; Galdames Cabrera, L. (2017) Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica. *Rev Cubana de Enfermería*, 33(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091/296>
- Watson, J. (1992). *Filosofía y Teorías de los cuidados humanos en Enfermería*. Modelos conceptuales de Enfermería. Barcelona: Ediciones Doyma.

Conversamos con Sonia Isabel Gómez, quien ocupó la presidencia de la FAE durante el período 2019–2021 y es hoy una referente de Enfermería en nuestro país. De este modo, VEA expresa su gratitud y reconocimiento por su trabajo y los aportes realizados a la profesión.



Es Licenciada en Enfermería, experta en Enfermería Neonatal y en Banco de Leche Humana, y Magíster en Salud Pública.

Creó la Residencia de Enfermería neonatal, el Centro de Alimentación enteral neonatal y es cofundadora del segundo Banco de Leche Humana del país, en el Servicio de Neonatología del Hospital “Dr. Julio C. Perrando” en Resistencia (Chaco).

Ha ocupado cargos como Vicedirectora de la Dirección de Enfermería provincial del Ministerio

de Salud Pública (Chaco), Directora del Centro de Primer Nivel de Atención C.S. “Santa Inés” en Resistencia (Chaco) y Directora de Zona Sanitaria 1 (Interior), a cargo de Hospitales de Complejidad III y Puestos Sanitarios II en Chaco.

Participó en trabajos de investigación realizados en el Servicio de Neonatología del Hospital “Dr. Julio C. Perrando”.

Es socia del Colegio de Enfermería de Chaco y miembro de la Comisión Argentina de Enfermería, para el Desarrollo de la Ciencia del Cuidado.

Desde 2015 ocupó varios cargos en la Federación Argentina de Enfermería.

A lo largo de sus 34 años de carrera profesional ha recibido varios reconocimientos. Actualmente está jubilada de su actividad laboral, pero no del vínculo con la profesión.

Durante el período en que me tocó ocupar la presidencia de FAE se trazaron varios objetivos:

- Impulsar el fortalecimiento de nuestras organizaciones disciplinares e incorporar nuevos socios.
- Abrir espacios de colaboración e intercambio entre pares, con una gestión abierta, participativa y proactiva.
- Visibilizar a la profesión de Enfermería en los ámbitos nacionales e internacionales en el Año Internacio-

nal de las Enfermeras, con la implementación de la iniciativa *Nursing Now* en las distintas áreas laborales.

- Fortalecer canales de comunicación con socios (Asociaciones y Colegios del país), con comités de expertos de Enfermería de la FAE, instituciones de salud y otras.
- Trabajar en conjunto con la Asociación de Escuelas Universitarias de la República Argentina (AEUERA), entidades formadoras, Ministerios de Educación y de Salud, para elevar la calidad de la educación en Enfermería.

## Objetivos concretados y desafíos pendientes

Gran parte de los objetivos propuestos fueron alcanzados: nos recuperamos de una crisis institucional, además logramos acondicionar y modernizar nuestra sede. Se firmaron Convenios con entidades internacionales, por ejemplo, con el Consejo General de Enfermería (CGE) de España y con el Consejo Federal de Enfermería (COFEN) de Brasil, para ofrecer a los socios espacios de crecimiento y desarrollo profesional, mayor oferta de formación y capacitación. Se establecieron alianzas de cooperación con entidades nacionales e internacionales.

Con nuestros colegas expertos participamos en la elaboración de guías y protocolos en distintas comisiones de Direcciones dependientes del Ministerio de Salud de la Nación. Integramos la Comisión Asesora de COVID-19 junto a la Dirección de Enfermería de Nación, la Comisión Nacional de Inmunizaciones; continúa el trabajo en la Comisión Asesora del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud y, más recientemente, en la Comisión Nacional Asesora Permanente de Enfermería.

Se trabajó y firmó un Convenio con OPS a través de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN); colaboramos con aportes en reunión conjunta entre OMS y Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) para elaborar las Acciones Estratégicas de Enfermería presentadas en la Asamblea Mundial de Salud de OMS. Nuestro Consejo deontológico contribuyó a la actualización del Código Deontológico del CIE, que aprobamos en Consejo de Representantes Nacionales (CRN) del CIE en octubre de 2021. También estuvimos presentes en el Congreso Mundial del CIE, celebrado en forma virtual. Se dio continuidad al trabajo del Consejo Regional de Enfermería del Mercosur (CREM), junto a los países miembros. A nivel formativo, en agosto de 2021 realizamos el XXIV Congreso Argentino de Enfermería, las VII Jornadas Nacionales de Estudiantes de Enfermería y el V Encuentro de Tribunales de Ética junto a la Asociación de Enfermería de Entre Ríos (AEER), todas actividades gratuitas y con modalidad virtual, en las que participaron destacados disertantes nacionales y extranjeros, todas con gran éxito. Estuvimos presentes con disertaciones en eventos de Enfermería e interdisciplinarios a nivel local y en el exterior. Brindamos auspicios y avales a varias instituciones de salud. En la página web se incorporó un aula virtual para cursos de capacitación a colegas.

Se creó la Comisión de Género y continúa nuestra participación como integrantes de la Comisión Directiva del Foro del Sector Social, entidad que nuclea a múltiples organizaciones de la sociedad civil. Sólo por mencionar algunas de las múltiples actividades ejecutadas.

En cuanto a los objetivos pendientes o que no pudieron concretarse está el hecho de que junto al equipo de trabajo habíamos programado una serie de actividades para celebrar el Año Internacional de las Enfermeras y Parteras, declaradas por la OMS y CIE. El inicio de la pandemia en marzo de 2020 nos impidió cumplir con algunas actividades previstas, por lo que tuvimos que innovar y reinventar muchas de ellas. Pero a su vez, la necesidad de implementar una conexión tecnológica virtual dio origen a una interrelación mundial. A nivel institucional, no pudimos cumplir con actualizar, modernizar, el Estatuto Social de FAE, que daría apertura para sumar más afiliaciones. Esto es una tarea pendiente y que requiere pronta resolución. Quedó abierto el cumplimiento y/o seguimiento de varios convenios y alianzas con las organizaciones con las cuales nos comprometimos. También por motivos derivados de la situación de pandemia, no se pudo continuar el trabajo conjunto con AEUERA por los compromisos de su nueva directiva, a causa de la emergencia sanitaria.

## Con el inicio de la pandemia, ¿cómo se vivió desde la FAE este período tan sensible para la Enfermería?

La FAE, por medio de las Organizaciones Miembros, brindó apoyo a la Enfermería argentina desde un primer momento, ya sea a través de webinars de capacitación, declaraciones de posición en defensa del adulto mayor, de los derechos laborales y la seguridad ante la pandemia; se ha expresado contra la violencia laboral y en apoyo con asesor legal ante situaciones especiales que afectaban a colegas de algunas asociaciones. También ha coordinado acciones conjuntas con la Dirección de Enfermería del Ministerio de Salud de la Nación elevado a autoridades nacionales y/o provinciales notas de apoyo a nuestras organizaciones miembros, tanto las elaboradas por FAE como las que recibimos de FEPPEN o CIE. Todas estas acciones se difundieron de manera simultánea a través de las redes sociales y canales institucionales.

## Un mensaje para los enfermeros y enfermeras que hoy siguen en la primera línea de atención

En primer lugar, quiero honrar a todos los colegas fallecidos por causa del COVID-19 y hacer llegar, junto con ese reconocimiento, un fuerte abrazo a sus familiares y compañeros de trabajo.

A los colegas que continúan en la primera línea de atención quiero expresarles mis respeto, admiración y eterno agradecimiento por representar a nuestra profesión con dedicación, calidez, humanismo y alto profesionalismo a pesar de los duros momentos y de las situaciones desafiantes que continúan enfrentando al cabo de estos dos largos años de una pandemia que todavía no ha acabado.

## ¿Qué le dejó su paso por la presidencia de FAE?

Me permitió conocer la realidad de la Enfermería argentina, colaborar con su crecimiento y desarrollo. Estar orgullosa de pertenecer a una institución de tanto prestigio nacional e internacional y de representarla en sus 56 años de antigüedad. Además de concederme la posibilidad de estrechar lazos personales y profesionales con colegas de mi país y del resto del mundo. Deseo terminar esta nota instando al compromiso de las instituciones formadoras de contribuir al conocimiento y a visibilizar a las organizaciones profesio-

nales, difundiendo y participando de sus actividades, desde autoridades, docentes, y también estudiantes. Hago extensivo este deseo a todo el personal de los servicios y a las organizaciones miembros de la FAE, con el propósito de afianzar lo que hemos logrado hasta aquí y de estar presentes ante los nuevos desafíos y oportunidades para Enfermería. Confío en que el nuevo presidente de FAE, Lic. Rubén Alfredo Lastra, junto a su equipo, darán continuidad al crecimiento de nuestra institución a nivel nacional.

# Repensar la calidad y la seguridad: un análisis crítico de cómo trabajamos

(SEGUNDA PARTE)

**Matias Dellachiesa**

Farmacéutico

Jefe de calidad y seguridad del paciente – Hospital Británico

Un evento no es una falla de alguien que trabaja mal, sino algo que por azar todavía no me pasó, pero que podría tranquilamente padecer porque no tengo aún implementadas medidas que lo impidan. Este enfoque nos indica que es preciso darle importancia no sólo al error particular sino también a todas aquellas veces en las que lo que ocurre son aciertos.

## Una invitación a revisar paradigmas

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. Este artículo propone poner a prueba determinados paradigmas que tenemos integrados a nuestra forma de ver el mundo para tratar de repensarlos y de deconstruirlos, incluso algunos conceptos ligados a ellos, a fin de hacer lugar a la clase de pre-

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

La primera parte\* de nuestro análisis estuvo centrada en las razones que dieron lugar a un pensamiento del caso único y la resistencia a cuestionarlo; luego examinamos uno de los dos grandes paradigmas relativos a la seguridad. En esta segunda parte abordaremos el segundo paradigma y, por último, los aprendizajes y conclusiones que podemos extraer de todo ello.

(\*) publicada en VEA 68, diciembre de 2021.

## Paradigma 2: estamos convencidos de que estamos preparados

*Global trigger tools* (GTT) es una metodología de búsqueda proactiva de eventos adversos. Sobre una base de veinte historias clínicas seleccionadas al azar se realiza una lectura profunda de las mismas en busca de situaciones denominadas “disparadores” (del inglés *trigger*) que permitan identificar eventos adversos, utilizando un sistema de revisión a través de auditores primarios y secundarios. El objetivo es comparar la tasa de eventos que encontramos como producto de este análisis con la tasa de reportes de eventos que recibimos en forma mensual. De este modo, podemos estimar el nivel de cultura de seguridad de la organización: cuanto mayor la similitud entre estas tasas, significa que la organización es más transparente, que no hay limitaciones para reportar eventos adversos y que el clima de seguridad es sólido; asimismo, que la capacidad del personal para identificar eventos está validada, ya que los colaboradores sabemos identificar cuándo ocurre un evento.

Cada evento descubierto por esta metodología es inmediatamente contrastado con el sistema de reporte, a fin de constatar que haya sido notificado. En el caso de no haberlo recibido, reunimos a los involucrados y procedemos a la investigación del mismo modo que lo haríamos para un evento reportado de manera convencional. A partir de allí, los resultados del tratamiento son muy similares. Por muy graves que puedan ser los eventos, en la medida en que son conocidos no generan preocupación. Lo que preocupa es no tener conocimiento de su ocurrencia.

### Somos lo que elegimos ser

Dada nuestra condición humana tenemos una cierta tendencia a entender los eventos como una falla personal. Entonces, “yo soy bueno” significaría que no tengo fallas, o sea que no podría generar o ser partícipe en eventos. El problema no es que haya problemas, sino que los problemas se vean. El fundamento pasa por mí, yo soy el centro. Distinto es que yo entienda que “estoy haciendo un trabajo en el que puedo cometer errores”, que no es una falla de mi persona. De nuevo, el problema no es que haya problemas, sino que no vea los problemas porque en la medida en

que no los vea no voy a poder hacer nada con ellos. El fundamento ya no pasa por mí, el centro es ahora el paciente.

Entre estos dos enfoques se dan disputas a diario. Esa intolerancia a la falta es lo que nos aleja de la posibilidad de un abordaje efectivo de los problemas, haciendo que se multipliquen a causa de no intervenir en ellos. Esta situación no se da porque seamos de una determinada forma. Se da, entre otras cosas, por nuestra formación, en la cual se nos ha enseñado que la autosuficiencia es un valor y en ese campo la falta es una carga muy pesada. El error se presenta como un defecto moral, una carencia, y cuando pensamos moralmente intentamos transformar la realidad en lo que queremos que sea más que en lo que la realidad es en sí misma. Baruch Spinoza (1632–1677), filósofo neerlandés, decía que no queremos las cosas porque son buenas, sino que las cosas son buenas porque las queremos.

Todos los profesionales que confluyamos en un hospital atendiendo pacientes fuimos formados por separado, sin recibir entrenamiento alguno en trabajo en equipo, cuando en la práctica resulta un aspecto fundamental para el éxito de estos procesos complejos. Y valoramos más la respuesta que la pregunta: hoy en día se sigue promoviendo estudiar de memoria, cuando la memoria es uno de los enemigos mejor identificados de la calidad y la seguridad. Si sumamos estos hechos, resulta que no somos simples seres libres que podemos transformar independientemente la realidad en la que vivimos. Cuestiones como el dinero que nos van a pagar, la posibilidad de un ascenso, el miedo a un juicio por mala praxis o la simple mirada de un colega representan un entramado que determina nuestras conductas. En ese sentido, el filósofo francés Michel Foucault (1926–1984) afirma que como sujetos estamos sujetos: a esta red en la cual nos desarrollamos de forma inocente (aparentemente libre), mientras replicamos de manera inconsciente todas estas determinaciones que ya hemos normalizado en nuestro interior. Sin racionalizarlo, extendemos los confines y los alcances del mismo entramado en el que nos encontramos cada día más autodeterminados.

### El carácter de especial

La conclusión que surge de este análisis es que tenemos algo de especial, algo que nos es propio, inma-

nente y que determina los resultados que obtenemos. Si investigamos qué pasa en otras industrias, principalmente en aquellas que lograron ser catalogadas como ultraseguras, podemos encontrar las bases de estas diferencias.

Un ensayo de Andi Pastor acerca de la revolución de la seguridad en las aerolíneas comerciales de Estados Unidos, publicado en 2021 en el Wall Street Journal, podría darnos algunas pistas. Esta industria había pasado por una situación similar a la nuestra un tiempo antes: para 1996 tenían 350 muertes al año producto de accidentes aéreos. Extrapolando el dato, se pronosticaba que a ese ritmo para 2015 iban a sufrir la caída de un avión por semana. De forma análoga a la situación generada por el informe “Errar es humano”, se resolvió de inmediato cambiar el curso de este rumbo, pero utilizando otro camino en lo conceptual. Lo primero que se hizo fue llamar a un acuerdo entre el personal, el gobierno y los empresarios dueños de las líneas aéreas. Así:

- Se determinó que cualquier incidente, por mínimo o grave que fuera, debía ser reportado.
- Que ese reporte no iba a recibir sanción alguna; por el contrario, lo que se penaría es el “no reporte”, es decir, evidenciar un evento no notificado.
- Para cada reporte se analizarían a fondo sus causas y las acciones que surgieran, otra vez, por más pequeñas o costosas que fueran, obligatoriamente se implementarían en todas las aerolíneas.
- Los datos serían transparentes para todos: en lugar de ocultar los defectos había que mostrarlos, para que todos se beneficiaran de las mejoras producidas.

Por supuesto, esto llevó todo un recorrido en el cual existieron diversos tipos de resistencias: sindicatos que decían que iban a condenar a los trabajadores, empresas que no querían mostrar información, opositores que sólo buscaban algún rédito político. Problemas que poco a poco, generando confianza a partir de las acciones, fueron mermando, hasta llegar finalmente a alcanzar la impresionante estadística de una sola muerte entre más de ocho mil millones de personas

transportadas desde 2009 a la fecha del informe. Mientras tanto, en forma paralela, nosotros no hacemos otra cosa que pelear. Si analizamos la relación entre los distintos actores nos encontramos con problemas entre los hospitales y el personal de salud, entre el gobierno y las empresas, entre los trabajadores y los gobernantes. No sólo en Argentina: esto se replica en distintas partes del mundo. Las soluciones que buscamos tienen más que ver con la penalización que con la valorización de la transparencia, lo que genera un círculo vicioso que termina en la triste respuesta de ocultar los problemas para parecer buenos y de este modo seguimos promoviendo la inseguridad.

### Modos de actuar, de decir, de pensar

En lo cotidiano, esto podemos evidenciarlo en las reacciones y actitudes que adoptamos ante la resolución de determinadas situaciones que se nos presentan. Si tenemos un paciente neutropénico que está aislado en una habitación, requiere una interconsulta con un profesional que en ese momento está atendiendo en un consultorio y ese profesional pide que trasladen el paciente al consultorio, ¿qué terminamos haciendo? ¿Llevamos al paciente al consultorio o le decimos al profesional que eso no puede ser de esa forma, que tiene que moverse él? ¿Dónde hay más violencia? ¿En la supuesta paz de no interpelar al profesional o en el conflicto que supone el hecho de decirle que lo que está proponiendo no es lo adecuado? ¿Quién es el centro en uno y otro escenario?

Este efecto no se limita a las acciones concientes, sino que determina patrones que tenemos naturalizados al grado de replicarlos sin siquiera darnos cuenta. Cuando encontramos un paciente con una infección lo que hacemos normalmente es analizar dónde se generó, si vino con el paciente o se trata de una infección intrahospitalaria. Buscamos los focos de infección, investigamos el tipo de microorganismo, analizamos su multirresistencia y realizamos distintos estudios complementarios. Si concluimos que el paciente ingresó al hospital con la infección adquirida previamente decimos que el paciente “se infectó”. Ahora bien, si descubrimos que se trata de una infección adquirida de forma intrahospitalaria también decimos que el paciente “se infectó”. ¿No deberíamos decir que “lo

infectamos”? Si no podemos determinar de dónde proviene el microorganismo, ¿es conveniente concluir que lo trajo el paciente o que lo infectamos en el hospital? ¿En base a cuál de estos dos enfoques conceptuales vamos a generar más y mejores acciones para la prevención de infecciones?

El lenguaje es algo que nos determina: no es que hablamos como somos, sino que somos a partir de cómo hablamos. Ejemplos que vemos a diario en las historias clínicas muestran cómo nos relacionamos con nuestro ego:

“El paciente intercorre con perforación durante el procedimiento endoscópico”, no es que lo perforé, se perforó solo.

“El paciente no responde a las maniobras de resucitación”, quise devolverle la vida, pero no la aceptó.

“El paciente se me suicidó”, me lo hizo a mí, a propósito.

Otra forma de visualizarlo es a partir de cómo concebimos determinadas ideas. Si tenemos un profesional que es excelente en su experticia técnica, pero cada vez que entra al quirófano el ambiente cambia, todos se ponen nerviosos, las personas empiezan a actuar con miedo, ¿podemos decir que es un buen profesional? ¿O el término debería abarcar más que sólo los aspectos técnicos? El gerente de compras no está todo el tiempo generando órdenes de compra, ni el de mantenimiento cambiando lamparitas, incluso la jefa de enfermería tampoco está la mayor parte de su tiempo administrando medicación, sin embargo, un jefe de un servicio quirúrgico está mayormente realizando cirugías. El sistema de salud tal como lo concebimos subestima lo que es la gestión y en esa circunstancia en la que seleccionamos como jefe al mejor operador, al que tiene mejores capacidades técnicas, estamos perdiendo dos ventajas fundamentales: la posibilidad de gestionar y al recurso más hábil técnicamente.

## Cierre: la trans-organización y los factores humanos

Como hemos podido ver hasta aquí, existen distintos niveles de actuación. Partimos de un servicio, de un área, de un proceso, en un nivel micro y en el mejor de los casos trabajamos transversalmente en un nivel medio de la institución. Pero como efectores de calidad y seguridad en salud nos está faltando consensuar medidas macro, que partan de principios abstractos y culturales, como la necesidad de reportar en la aviación. Principios básicos que nos permitan generar estándares internos, consensos trans-organizacionales. Estas intervenciones tienen un efecto muy robusto, pero a largo plazo. Tal como vimos en el ejemplo de las aerolíneas, necesitamos construir confianza a partir de tener disciplina; para ello necesitamos estar realmente convencidos.

Lo que llamamos *competencia* se forma por la suma de conocimientos, habilidades y actitudes. Si revisamos con atención nuestros actos advertiremos que normalmente intervenimos en conocimientos y habilidades –aspectos transitorios– y muy poco nos dedicamos a accionar sobre las actitudes –aspectos permanentes–, muy poco trabajamos en factores humanos. Repensar estos dos paradigmas nos permite observar que las personas son quienes cometen los errores y a la vez quienes realizan ajustes en los procesos. Esto indica que es preciso darle importancia no sólo al error particular sino también a todas aquellas veces en las que lo que ocurre son aciertos. Abordar los problemas como fenómenos, en toda su complejidad, y no limitarse simplemente a procesos aislados.

Sabemos que no estamos preparados. Ahora bien, lo que nos falta es trabajar en factores humanos. La solución no es técnica sino humana: al fin y al cabo, no somos más que personas intentando tratar, atender y sanar a otras personas. A veces, hablar desde el concepto de *paciente* parece referirse siempre a alguien más, alguien que no podríamos ser nunca nosotros.

Lo que presentamos aquí no pretende ser una serie de conclusiones, sino dar cuenta de un síntoma: estamos errando el diagnóstico. El problema no es que no estemos preparados, el problema es que creemos que lo estamos. De allí la necesidad de comprender que tenemos que trabajar en factores humanos. Darles más trascendencia en nuestro accionar, incorporar profesionales de la sociología, la psicología o la filosofía que nos ayuden y nos enseñen a explorar perspectivas más allá de nuestras propias limitaciones. Lo que este artículo ha procurado mostrar es que, lejos de alejar el factor humano y pensarnos como máquinas, lo que debemos hacer, como promotores de calidad y seguridad, es priorizar la condición humana, esa naturaleza que determina nuestro ser.

## 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) Benaim, 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](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 úlceras.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>

CAPACITACIONES 2022 **Adecra+Cedim**  
80 AÑOSCURSO DE POSGRADO  
**GESTIÓN DE JEFATURAS  
EN ÁREAS DE ENFERMERÍA****DIRECTORA:**

Profesora Lic. Isabel Vera - Doctora en Enfermería

**DÍAS DE CURSADA:**

Jueves de 8.30 a 10.30 hs - De marzo a diciembre

**COSTO:**

9 cuotas de \$7.000 | Matrícula: \$2.800

**DIRECTORA:**

Profesora Lic. Isabel Vera - Doctora en Enfermería

**DÍAS DE CURSADA:**

Martes de 8.30 a 10.30 hs - De marzo a diciembre

**COSTO:**

9 cuotas de \$5.000 | Matrícula: \$2.800

**DIRECTORES:**Dr. en Psicología Social *Darío Oscar Siani*  
Prof. Lic. en Enfermería *Walter Oscar Picada***DÍAS DE CURSADA:**

Miércoles de 8.30 a 11.30 hs - De abril a noviembre

**COSTO:**

8 cuotas de \$6.200 | Matrícula: \$2.800

Se realizarán descuentos por más de una persona por institución.  
Descuentos a instituciones socios de Adecra+Cedim**INFORMES E INSCRIPCIÓN**

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

# Traslado intrahospitalario de paciente crítico (TIHPC)

Claudia Ruiz

Marisa Server

Mercedes Sosa

**1) Definición:**

Consiste en movilizar al paciente en situación crítica dentro del hospital y entre las distintas áreas del mismo, con la finalidad de realizar pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que no pueden llevarse a cabo dentro de la unidad de terapia intensiva. Es preciso tener en cuenta que esto abarca el traslado de este tipo de pacientes desde y hacia los distintos servicios (por ejemplo, quirúrgicos y unidad de terapia intensiva).

**2) Objetivo:**

Realizar pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que no se pueden llevar a cabo dentro de la unidad de terapia intensiva.

**3) Roles y responsabilidades:**

El personal médico y de enfermería debe estar entrenado para el manejo de los pacientes críticos, así como también ser capaz de detectar y resolver las posibles complicaciones que puedan surgir durante el procedimiento.

**4) Consideraciones generales:**

- Trasladar de manera segura al paciente críticamente enfermo requiere una evaluación particular de cada

caso en base a la relación riesgo-beneficio, que contemple los riesgos potenciales derivados del traslado en cada caso concreto.

**La movilización del paciente crítico fuera del área de cuidados intensivos supone un riesgo que favorece la aparición de efectos adversos, especialmente elevado en los pacientes con inestabilidad hemodinámica y/o ventilación mecánica.**

El paciente crítico debe recibir el mismo grado de monitorización, de soporte fisiológico y terapéutico que en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), **manteniéndose la continuidad asistencial que se ajusta a las necesidades de cada paciente.**

- Para reducir al mínimo la aparición de complicaciones se deberá contar con una adecuada planificación y protocolización que considere los siguientes aspectos:

- estabilización previa del paciente
- valoración de las necesidades individuales y peligros potenciales
- monitorización individualizada
- preparación del material
- vigilancia clínica
- mantenimiento del soporte terapéutico instaurado en la UCI

En base a ello, los pacientes podrán ser clasificados según su estado clínico en tres grupos:

- Grupo I:** pacientes hemodinámicamente estables, que sólo necesitan monitorización básica (TA, FC, SaTO<sub>2</sub>, FR).
  - Grupo II:** pacientes hemodinámicamente inestables que requieren monitorización invasiva y soporte farmacológico cardiovascular.
  - Grupo III:** pacientes que, además de lo anterior, reciben asistencia respiratoria mecánica y presentan cuadro positivo de SARS COVID 2-19.
- El traslado intrahospitalario del paciente crítico puede originarse desde distintas áreas del sanatorio. Ningún aspecto de la movilización se encuentra exento de riesgos y complicaciones; por ello es importante valorar las necesidades requeridas para cada paciente. Existe evidencia sólida de que el traslado debe realizarse no sólo con la presencia del camillero, sino que debe estar acompañado de personal de enfermería, médico y kinesiólogos idóneos que puedan dar una atención inmediata ante una situación de riesgo de vida.
  - El traslado puede dividirse en tres fases:
- Activación:** desde el momento en que se recibe la co-

municación formal de trasladar al paciente hasta que se contacta con el personal receptor. Esta fase tiene como finalidad efectuar el traslado sin interferencias. En el caso del paciente crítico, quien modula debe informar qué clase de requerimiento se precisa según el mantenimiento del soporte terapéutico instaurado en la UCI, si presenta aislamiento que requiera medidas adicionales.

**Preparación:** comprende la revisión de los accesorios necesarios para el traslado (camilla, con oxígeno, respirador portátil, monitoreo, etcétera).

**Traslado:** inicia en el momento en que el paciente sale del área de origen; finaliza al llegar al área de destino. Es fundamental que en las tres fases se tenga en cuenta la proliferación del germen que presenta el paciente (confirmado o sospecha).

5) Equipo y Material

- camilla
- monitor de traslado
- respirador portátil
- equipo de oxigenoterapia (tubo)
- guantes de látex
- camisolín y barbijo
- escafandra (si corresponde)

6) Procedimiento

Desarrollo del procedimiento y preparación

| SECUENCIA DE ETAPAS | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A) Activación       | <p>Inicia con la necesidad de traslado del paciente, cualquiera sea el área. Se solicitará por línea telefónica o por handy.</p> <p>En voz clara solicitará al camillero el traslado del paciente. Consignar: nombre y apellido; área y/o unidad de internación de origen/área y/o unidad de destino; motivo del traslado y requerimiento del mismo. Informar el requerimiento del mismo.</p> <p>Si la comunicación se realiza de manera telefónica, ésta será recepcionada por un intermediario que modulará todos los datos por sistema handy al efector final (el camillero).</p> <p><b>Comunicación por handy</b></p> <p>El modulador: en voz clara pasará la información por lo menos dos veces.</p> <p>El receptor (camillero): repetirá la información recibida a modo de re-chequeo de la misma.</p> |

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B) Preparación a cargo del camillero | <ul style="list-style-type: none"><li>— camilla</li><li>— monitor de traslado</li><li>— respirador portátil</li><li>— equipo de oxigenoterapia (tubo)</li><li>— guantes de látex</li><li>— camisolín y barbijo</li><li>— escafandra (si corresponde)</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| C) Preparación del paciente          | <p>Informar del procedimiento y su utilidad al paciente si está consciente.</p> <p>Contactar a la familia para informar del procedimiento a realizar. Entregarles el consentimiento informado.</p> <p>Confirmar con el servicio receptor horario y disponibilidad para el procedimiento.</p> <p>Identificar adecuadamente al paciente.</p> <p>Tener en cuenta el nivel de sedación, analgesia, relajación necesaria. Determinar el personal que participará en el traslado y sus funciones (enfermera, médico, kinesiólogo, otros).</p> <p>Si hay que mover al paciente desde la camilla de traslado a otro lugar diferente se deberá acondicionar la misma para facilitar su movilización (camillero).</p> <p>Retirar la nutrición enteral y/o parenteral.</p> <p>Controlar la glucemia.</p> <p>Revisar las vías, catéteres, drenajes, tracciones, tubo endotraqueal o de traqueostomía.</p> <p>Pinzar colector de orina para impedir el reflujo. Vaciar bolsa de orina. Pinzar o cerrar otros drenajes que tuviese el paciente.</p> <p>Colocar en las bombas de infusión solamente las medicaciones que se van a utilizar para el traslado.</p> <p>Comprobar el funcionamiento de monitor(es) de traslado, batería, nivel de alarmas; de ser necesario, calibración de los transductores. Comprobar el funcionamiento del desfibrilador.</p> <p>Retirar la monitorización central y conectarla al monitor de transporte y/o desfibrilador.</p> <p>Comprobar el estado de la batería del respirador de transporte, su funcionamiento, como así también la carga del tubo de oxígeno.</p> <p>En pacientes con asistencia respiratoria, aspirar secreciones y luego conectar el respirador de transporte.</p> <p>Comprobar la modalidad ventilatoria, volumen corriente, presión en la vía aérea, frecuencia respiratoria, relación I:E, FiO2, nivel de PEEP, alarmas.</p> <p>Anotar hora de salida, variables fisiológicas y medicación.</p> |



|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D) Etapa de traslado | <p>Si el paciente está consciente se deberá explicar cada paso del procedimiento.</p> <p>Colocar monitor/es y respirador en lugar visible.</p> <p>Vigilancia continua de las distintas variables fisiológicas del paciente y de la medicación por parte del personal encargado del transporte.</p> <p>Vigilancia continua de los monitores y del respirador de transporte.</p> <p>Vigilancia continua del tubo endotraqueal, vías, drenajes, tubuladuras del respirador, etc.</p> <p>Valorar la necesidad de sedación, analgesia, relajación durante el traslado.</p> <p>Valorar necesidad de aspiración de secreciones.</p> <p>Coordinar el paso del paciente desde la camilla de transporte a la camilla donde se le realizará el procedimiento.</p> <p>Valorar la suspensión del procedimiento a realizar en caso de gravedad.</p> <p>Registrar variables fisiológicas y medicación.</p> |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| E) Etapa de regreso y estabilización en la UCI | <p>Recepción del paciente por parte del personal de la UCI.</p> <p>Traslado a la cama de UCI.</p> <p>Revisar vías, tubo endotraqueal, sonda vesical, drenajes, etc.</p> <p>Conexión al monitoreo central y al respirador de la UCI que quedó en modo espera.</p> <p>Conexión de las infusiones que quedaron suspendidas durante el traslado.</p> <p>Reiniciar alimentación enteral y/o parenteral.</p> <p>Anotar hora de ingreso, variables fisiológicas y medicación.</p> <p>Reponer material utilizado para el próximo traslado; acondicionar el respirador de traslado, monitor, resucitador, bolsa, máscara (ambú), etc.</p> <p>Limpiar y luego conectar los equipos utilizados a la red eléctrica central para la carga de la batería.</p> <p>Rellenar el tubo de oxígeno.</p> |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| F) Higiene de manos | Según normativa CCI |
|---------------------|---------------------|

## Situaciones especiales: puntos a tener en cuenta a la hora de realizar un traslado

| SECUENCIA DE ETAPAS                    | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tomografía y resonancia magnética      | <p>El pase de cama a camilla en el servicio de imágenes se realiza entre dos operadores o más utilizando la salea de tela y la tabla de transporte, para disminuir el esfuerzo y la incomodidad que puede generar en el sujeto de atención.</p> <p>El traspaso debe ser seguro para el paciente, acorde a las normativas del comité de calidad y seguridad de los pacientes.</p> <p>Se debe cubrir al paciente para preservar su intimidad con cobertor y <b>adicionar un plástico destinado para tal fin en caso de COVID 19.</b></p> <p>Siempre mantener las barandas elevadas.</p> |
| Casos Covid                            | El uso de tabla de transporte no es recomendado para la movilización del paciente con COVID 19, por la diseminación del virus.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Documentación requerida según traslado | Se debe contar con el pedido por escrito del estudio y la historia clínica del paciente, junto con estudios previos de ser necesario.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estudios diagnósticos | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resonancia magnética: debe evitarse la entrada de metales en la sala (pulseras, anillos, relojes, gafas, etcétera), tanto del paciente como del propio personal; asimismo, se debe tener en cuenta que no sean portadores de marcapasos transcutáneos o válvulas cardíacas metálicas.</li> </ul> <p>En resonancia magnética y tomografía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con ventilación mecánica: debe conectárselos al respirador de transporte; en caso de requerir asistencia manual, contar con resucitador, bolsa, máscara (ambú) con filtro antiviral y bolsa con reservorio.</li> </ul> <p>En caso del paciente COVID-19, sobre el mismo debe colocarse un plástico destinado para tal fin.</p> <p>Si se encuentra en AVM, todo el cuerpo debe permanecer con el plástico, ante el riesgo de desconexión del circuito.</p> <p>Si no se encuentra en AVM, colocarle un barbijo tricapa sobre la interface que se encuentre utilizando, sin tapar el rostro, puesto que el paciente en ese contexto puede llegar a presentar ataque de pánico.</p> <p>Usar medidas de precaución universales, camisolín, guantes de látex, gafas o protector facial, barbijo quirúrgico.</p> <p>Comunicar al servicio de destino del tipo de aislamientos del paciente para que estén preparados con sus EPP.</p> |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



Bloquear un ascensor y utilizarlo únicamente para ese traslado y ese paciente (no podrá ser utilizado por nadie hasta que el paciente regrese a su unidad de origen) y dar aviso al servicio de limpieza para que limpie el ascensor según protocolo.  
Colocar en bolsa desechable (bolsa de arranque transparente) todo elemento relacionado con el paciente.

|                          |                                                               |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Registro de la actividad | Finalizado el procedimiento, registrar en la historia clínica |
| Retiro de EPP            | Según normativa institucional                                 |
| Higiene de manos         | Según CCI                                                     |

## 7) Finalización

### Registro de la actividad

Finalizado el procedimiento se asentará el traslado en la historia clínica. Indicar: fecha, hora de inicio; lugar de origen y lugar de destino, motivo del traslado.

### Glosario

- AVM: asistencia ventilatoria mecánica
- UTI: Unidad de terapia intensiva
- UCO: Unidad coronaria
- Modulador: es quien solicita el pedido de traslado.
- CCI: Comité de Control de Infecciones.

### Referencias

—Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Snyder, S. (2008) *Fundamentos de Enfermería*. 8° edición. Madrid: Editorial Pearson.  
—Ortega Vargas, MC; Leija Hernández, C.; Monserrat, L. (2014) *Manual de evaluación de la calidad del servicio de Enfermería*. 3° edición. Editorial médica panamericana.

# Diálogos de Enfermería II

VEA entrevistó al Lic. Rubén Alfredo Lastra, nuevo Presidente de FAE para el período 2022-2024:

“Me gusta participar activamente en los diferentes espacios de nuestras asociaciones profesionales porque creo que el involucramiento es el camino.”



Licenciado en Enfermería, egresado de la Escuela de Enfermería (EUE) de la Universidad de Buenos Aires. Fue Ayudante de Cátedra con dedicación semiexclusiva en las cátedras Deontología I y II, y el Seminario de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina (UBA).  
En su etapa de estudiante lideró espacios como Presidente del Centro de Estudiantes Universitarios de Enfermería y fue fundador, junto a otros pares, del Frente Universitario de Enfermería (FREUEN); como integrante del Consejo Directivo, apoyó la jerarquización de la Carrera de Enfermería y la orientación hacia el trabajo en red e interdisciplinario, a través de proyectos como el cambio de denominación de “Facultad de Medicina” a “Facultad de Ciencias Médicas” y como el proyecto de Voluntariado APriSa de Atención Primaria de la Salud.  
Se desempeñó como Coordinador General del Puesto sanitario de dicha Facultad, con énfasis en la vacunación y otras estrategias de prevención y promoción de la salud.  
Fue miembro del Comité Asesor Interdisciplinario de la Oficina “Libre humo de tabaco” de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y de la Comisión Tabaco o Salud de la Facultad de Medicina (UBA).  
Actualmente integra el Comité de Expertos de Enfermería en Ética y Legislación de FAE y de la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaiN), representando a FAE, dirige el Curso PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) en AECAF y se desempeña en la Dirección Nacional de Habilitación, Fiscalización y Sanidad de Fronteras del Ministerio de Salud de la Nación.

## ¿Qué expectativas le genera esta designación al frente de la FAE?

Creo que esta designación como Presidente de la FAE es un paso más en un largo camino de participación en diferentes posiciones dentro de nuestras organizaciones. Me gusta participar activamente en los diferentes espacios de nuestras asociaciones profesionales porque creo que el involucramiento es el camino. Esa trayectoria incluye el paso el paso por AECAF, como

miembro de la Comisión de Elecciones (2009-2010), Vocal 1° (2010-2011), Secretario de Asuntos Legales y Profesionales (2011-2013) y miembro suplente de la Subcomisión de elecciones (2018/2019); luego, ya en FAE, miembro de la Comisión Fiscalizadora (períodos 2012-2014 y 2014-2016) y Secretario General (2018/2021).

Ese recorrido de más de diez años hoy me encuentra aquí. Asimismo, como ayudante de Cátedra de la Licenciada Elena Perich, tuve el honor de formarme en la impronta de la jerarquización, el empoderamiento y el compromiso de visibilizar el rol de la profesión y el trabajo de nuestros colegas.

Por todo ello, la expectativa es continuar y profundizar las excelentes tareas realizadas durante la presidencia de la Mg. Sonia Gómez, en un marco de gestión colaborativa y trabajo en equipo para la unidad de la Enfermería argentina. Deseo recalcar la gran colaboración de los colegas de la Comisión Fiscalizadora, el Consejo Deontológico, los comités de expertos, y de las y los presidentes de todas nuestras Asociaciones y Colegios. En ese sentido, nos hemos propuesto cuatro ejes de gestión:

- Fortalecer el liderazgo de FAE y dentro de FAE en todos los ámbitos de la Enfermería argentina
- Aumentar el número de las organizaciones miembro
- Gestionar con organización y transparencia, en un modelo de gobierno abierto
- Adherir a las directrices de las organizaciones profesionales internacionales.

### ¿Qué horizonte vislumbra para la Enfermería en la era post-COVID?

Un horizonte en el que se avizoran grandes desafíos y también oportunidades. En la medida en que sepamos posicionarnos desde un pensamiento estratégico y unidos podremos enfrentar adecuadamente esos desafíos y también aprovechar con sabiduría toda una variedad de oportunidades que se presentan.

En este marco global de escenarios de complejidad creciente, el déficit mundial en el número de profesionales de Enfermería, y en muchos casos la nula participación en la definición de políticas de salud, las realidades latinoamericanas y nacionales nos convocan a trabajar para que la era post-Covid nos encuentre unidos como colectivo en proyectos y ejes comunes. Desde un sentido de unidad en la diversidad, tenemos que entender que si estamos desunidos y atomizados estas oportunidades y desafíos que se nos presentan se convertirán en retrocesos y debilidades.

### ¿Cuáles serán los temas de agenda para este año?

La agenda para este año se enmarca en el inicio de la cristalización de los ejes de trabajo que mencionábamos antes. Trabajar para la unidad de la Enfermería argentina allí donde FAE esté presente y donde sea convocada, profundizando las relaciones con nuestras y nuestros colegas de Latinoamérica y con el CIE.

Está prevista la participación de un equipo en las próximas reuniones del Consejo Regional de Enfermería del Mercosur (a realizarse el próximo mes de abril en la Ciudad de Buenos Aires) y también en la implementación del Convenio de Colaboración con el Consejo General de España. Por supuesto, la conmemoración del Día Internacional de la Enfermería, distintas estrategias para visibilizar la importancia de la profesión y profundizar las actividades de nuestros comités de expertos. A nivel de difusión, actualizar los contenidos de la página web.

Se trata de desafíos que con gusto estamos dispuestos a llevar a cabo, para lo cual contamos con un excelente equipo de trabajo, cuyos integrantes brillan por sí mismos y a quienes me gustaría mencionar: en la Secretaría General, la Lic. Claudia Moreno (AEER, Asociación de Enfermería de Entre Ríos); en Secretaría de Hacienda, la Mg. Elisabeth Franco (AEER); en Secretaría de Ciencia y Técnica, la Lic. Gloria Longoni (AEC, Asociación de Enfermería de Córdoba); en Secretaría de Relaciones públicas, prensa y difusión y Asuntos internacionales, la Lic. Alicia Domínguez (AECAF, Asociación de Enfermería de Capital Federal); los miembros de la Comisión fiscalizadora: Mg. Beatriz Pereyra (AECAF), Lic. Marta Álvarez (AEPSe, Asociación de Enfermería de Santa Fe) y del Consejo Deontológico: Lic. Elena Perich (AECAF), Lic. Néilda Gallardo (AECAF), Lic. Zulma Silva (AECAF), Lic. Amalia Alcorta (AEC) y el Lic. Leandro Pusch (AEER).

En síntesis, retornar a la mística de nuestros orígenes, al fuego que marcó a las colegas del grupo fundacional y a aquellas líderes que supieron llevar en alto esas banderas en medio de circunstancias adversas.

Por eso, también, agradezco mucho la oportunidad de comunicarme con los colegas de todo el país a través de este importante medio que es la revista VEA, para estar actualizados en temas de importancia profesional para la Enfermería argentina.

## ¡TU TRABAJO PUEDE SER PARTE DE NUESTRA REVISTA!



Envíanos tus trabajos de investigación o artículos de enfermería para que sean publicados.

Solicita las bases a  
[alejandrafuente@adecra.org.ar](mailto:alejandrafuente@adecra.org.ar)

# Bases para la publicación de artículos

## FORMATO DE PRESENTACIÓN

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

## INFORMACIÓN DEL AUTOR

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

## BIBLIOGRAFÍA: FORMATO DE CITA

### LIBROS

- Apellido, inicial del nombre del autor o autores.
- Año de publicación (entre paréntesis).
- Título del libro en cursiva, seguido de punto.
- N° de edición, seguido de punto.
- Editorial, seguido de dos puntos.
- Lugar de edición, seguido de punto.

## RECIBIMOS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS RELACIONADAS CON LA DISCIPLINA ENFERMERA

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

## SOBRE EL ARTÍCULO

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

### EJEMPLO:

Ackley, B. J. y Ladwing, G. B. (2007) Manual de diagnósticos de Enfermería: Guía para la planificación de los cuidados. Elsevier Mosby: Madrid.

Los números de páginas de referencia se indicarán en NOTA AL PIE, de la siguiente manera: Ackley y Ladwing (2007: 234-250).

## REVISTAS

- Apellido, inicial del nombre del autor o autores.
- Año de publicación (entre paréntesis)
- “Título del artículo entre comillas, seguido de coma”,
- Nombre de la revista en cursiva
- Número de volumen, serie, número, etc., seguido de punto y coma;
- Números de páginas de referencia, seguido de punto.

### EJEMPLO:

Altman, E., Clancy, C. y Blendon, R. (2004) “Improving patient safety-five years after the IOM Report”, N. Engl. J. Med. 351: 2041-2043.

Los números de páginas de referencia se indicarán en NOTA AL PIE, de la siguiente manera: Altman, Clancy y Blendon (2004: 2042).

## GRÁFICOS Y FOTOS

- Enviar por separado y con buena resolución de imagen

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

### CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS TRABAJOS:

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

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

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

# Intervenciones de Enfermería en un procedimiento endovascular

Vanesa Yanina Ferreyra\*  
Mauricio Martín\*\*  
Hospital Universitario Austral

Dadas las características particulares del ámbito de la hemodinamia es imperativo fortalecer a los equipos de trabajo mediante la educación en servicio y la capacitación continua que enfatizan la importancia de no tecnificar el cuidado de Enfermería y de mantener las bases humanísticas de la profesión.

## Introducción

Tal como señalan el CIE y la OMS, Enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a personas en todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas y sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas (1). Sobre esta base, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) implica la aplicación del método científico en dicha práctica asistencial con el fin de brindar cuidados individualizados, de manera sistemática y organizada,

para cumplir con los objetivos propuestos en base a la valoración de Enfermería y los requerimientos de cada paciente, teniendo en cuenta los cuidados autónomos y en colaboración. Establecer los lineamientos a seguir en torno al trabajo en salas de hemodinamia y terapéutica por cateterismo que es imprescindible para fortalecer el desarrollo profesional desde una perspectiva que fomente la esencia de la profesión: el cuidado. Por medio de un plan de cuidados estandarizado es posible lograr una organización y gestión del trabajo enfermero en condiciones óptimas,

así como ofrecer seguridad y calidad de atención al paciente. Un factor importante a considerar para este fin es que dicho plan debe ser flexible para poder adaptarlo de acuerdo a las necesidades de cada caso. La TVP (trombosis venosa profunda) ocurre por la formación de un coágulo de sangre que bloquea el flujo sanguíneo en las venas profundas. La tasa de incidencia de TVP es aproximadamente 1 cada 1000 personas y es la tercera causa de muerte cardiovascular (2). Este artículo presenta la implementación del plan de cuidados de Enfermería desarrollado para la atención de una paciente de la tercera edad con diagnóstico médico de trombosis venosa profunda de vena cava inferior y bi-iliaca, que acudió al servicio de hemodinamia y terapéutica por cateterismo del Hospital Universitario Austral para realizarse un procedimiento mínimamente invasivo (trombectomía fármaco mecánica). Entendiendo que cada persona es un ser único e individual, la valoración de Enfermería realizada se basó en las 14 necesidades definidas por Virginia Henderson, resaltando aquellas que se encontraban alteradas, a fin de poder implementar estrategias e intervenciones tendientes a satisfacerlas.

## Presentación del caso

Paciente de sexo femenino, 72 años, con diagnóstico médico de TVP en región de la vena cava inferior y bi-iliaca. Requiere una trombectomía fármaco mecánica, procedimiento a realizarse en sala de hemodinamia, que consiste en la combinación de dos técnicas de tratamiento: por un lado, la administración de trombolítico directamente en la región donde se observa la presencia de coágulos, con el fin de disolverlos mediante un catéter y control radioscópico (trombólisis fármaco-mecánica); por otro lado, la inserción de un catéter en la vena y la eliminación del coágulo directamente por aspiración (trombectomía mecánica) (3,4). El plan de cuidados de Enfermería se llevó a cabo en tres etapas: la primera desde el momento de la programación del procedimiento en sala de hemodinamia hasta el ingreso de la paciente; la segunda abarca el período en el que la paciente es ingresada a sala de cateterismo hasta la finalización del procedimiento; la tercera y última etapa abarca su recuperación y cuidados posteriores a la trombectomía. (Tabla 1)

Tabla 1: Plan de cuidados de Enfermería

| DIAGNÓSTICO                                                                                   | OBJETIVO                                                                                          | INTERVENCIONES                                                                                                                                                                                                                                                                      | RESULTADOS                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ansiedad/ temor relacionado con cambios en el estado de salud y el procedimiento a realizarse | Disminuir la ansiedad                                                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Implementar estrategias de relajación</li><li>• Mejorar la respiración</li><li>• Brindar seguridad a la paciente</li></ul>                                                                                                                  | La paciente refirió sentirse segura y sin temor al procedimiento de hemodinamia.                                      |
| Conocimientos deficientes con respecto al proceso de enfermedad y procedimiento endovascular  | Lograr que la paciente comprenda su estado de salud y los riesgos y beneficios del procedimiento. | <ul style="list-style-type: none"><li>• Impartir educación para la salud.</li><li>• Determinar conocimientos deficientes para poder trabajar sobre ellos.</li><li>• Educar sobre todos los aspectos a realizarse.</li></ul>                                                         | La paciente manifestó una adecuada comprensión sobre el tratamiento programado.                                       |
| Conflicto de decisiones con respecto al procedimiento endovascular                            | Brindar apoyo para que la paciente logre tomar una adecuada decisión.                             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Educar a la paciente con terminología adecuada a su nivel de estudio para que pueda comprender el procedimiento que se le va a realizar.</li><li>• Despejar todas las dudas que manifiesta sobre el tratamiento que va a recibir.</li></ul> | La paciente logró expresar su conformidad con la realización del procedimiento a través del consentimiento informado. |

\*Profesora y Licenciada en Enfermería. Hospital Universitario Austral, servicio de Hemodinamia y Terapéutica por cateterismo. Codirectora del curso de Hemodinamia en ACETIA (Asociación civil de enfermeros y técnicos intervencionistas de Argentina).  
\*\*Licenciado en Enfermería. Hospital Universitario Austral, servicio de Hemodinamia y Terapéutica por cateterismo.

|                                                                                                     |                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dolor relacionado con punción vascular y posición en la camilla del angiógrafo                      | Eliminar la presencia de dolor                             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Fomentar que la paciente adopte una posición antiálgica.</li><li>• Impartir educación en todas etapas del procedimiento.</li><li>• Administrar analgesia según prescripción médica.</li><li>• Realizar escala del dolor para valorar la eficacia de las intervenciones realizadas.</li></ul>                           | La paciente presentó una disminución del dolor                                                                                     |
| Deterioro de la movilidad física relacionada con la limitación del movimiento                       | Fomentar la movilidad                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Estimular la actividad física y ejercicio en la medida de lo posible.</li><li>• Realizar ejercicios de dorsiflexión de ambos pies.</li><li>• Colocar botas de compresión neumáticas.</li></ul>                                                                                                                         | Se observó una adecuada circulación venosa pos-procedimiento, en una angiografía de control final, con eliminación de colaterales. |
| Perfusión tisular periférica ineficaz relacionada con edema y enrojecimiento de miembros inferiores | Fortalecer la circulación sanguínea periférica             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Colocar medias de compresión neumática.</li><li>• Ejercer el rol de enfermería asistencial en el procedimiento a realizarse (trombectomía) para asegurar el éxito y lograr fortalecer la circulación sanguínea.</li><li>• Realizar masajes en miembros inferiores.</li><li>• Fomentar la movilidad temprana.</li></ul> | La paciente presentó disminución del edema                                                                                         |
| Déficit de autocuidado: baño, higiene                                                               | Asistir a la paciente en sus necesidades de baño e higiene | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ayudar a la paciente en sus necesidades de baño/higiene.</li><li>• Proporcionar los objetos personales, y dejarle al alcance de la mano.</li><li>• Estimular en la realización de aseo.</li></ul>                                                                                                                      | Durante el procedimiento se cubrieron las necesidades de autocuidado.                                                              |
| Riesgo de shock relacionado con el procedimiento endovascular                                       | Disminuir el riesgo de shock                               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Manejar la hemodinamia.</li><li>• Realizar monitoreo continuo para detectar anomalías en los signos vitales y proceder en consecuencia.</li><li>• Realizar monitoreo neurológico.</li><li>• Regular el manejo de líquidos.</li><li>• Controlar la diuresis.</li></ul>                                                  | La paciente no presentó signos de shock.                                                                                           |
| Riesgo de sangrado                                                                                  | Controlar los factores predisponentes                      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Vigilar de forma continua para detectar signos y síntomas de sangrado.</li><li>• Proporcionar educación a la paciente sobre precauciones y signos de alarma sobre el sangrado.</li><li>• Controlar los vendajes en sitio de punción.</li><li>• Verificar estudios de coagulación.</li></ul>                            | No hubo presencia de sangrado.                                                                                                     |
| Riesgo de LPP                                                                                       | Evitar la aparición de lesiones por presión                | <ul style="list-style-type: none"><li>• Colocar colchón y cabezal con hidrogel.</li><li>• Mantener las sábanas de la camilla sin arrugas.</li><li>• Cambiar los puntos de apoyo.</li><li>• Realizar valoración de la piel.</li></ul>                                                                                                                           | La paciente no presentó lesiones por presión.                                                                                      |

|                                                                                                                |                                  |                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Riesgo de reacciones adversas relacionadas con la utilización de medio de contraste y medicamentos específicos | Control del riesgo               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Indagar sobre antecedentes de alergias.</li><li>• Observar signos y síntomas de reacciones adversas.</li><li>• Monitorear signos vitales.</li><li>• Mantener conducta expectante.</li></ul> | La paciente no presentó reacciones adversas. |
| Riesgo de infección                                                                                            | Disminuir el riesgo de infección | <ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener un ambiente aséptico durante todo el procedimiento.</li><li>• Garantizar una manipulación aséptica de los accesos vasculares y el material endovascular.</li></ul>                 | No hubo signos ni síntomas de infección.     |

ETAPA 1

La estrategia convenida consistió en reunir al equipo de trabajo (médico intervencionista, enfermero, técnico radiólogo) y planificar el procedimiento con todos sus aspectos relevantes. Luego de revisar el estudio previo se determinó el procedimiento a realizar, los materiales necesarios, el tipo de accesos vasculares, la posición de la paciente, los requerimientos de ecografía y anestesia, la medicación a utilizar, el equipamiento y aspectos específicos a tener en cuenta el día del procedimiento. (Figura 1)

Una vez relevado esto, Enfermería se encargó de reunir todos los materiales, estudiar el caso y dar aviso de alguna variante o faltante al médico a cargo, para luego dejar todo preparado para el inicio del procedimiento. Por el tipo de acceso vascular que requiere el procedimiento (“punción poplítea”) es fundamental proteger los decúbitos. Para ello se colocó en la camilla del angiógrafo un colchón y cabezal de gel de polímero, material flexible, libre de látex y antibacterial. (Figura 2).

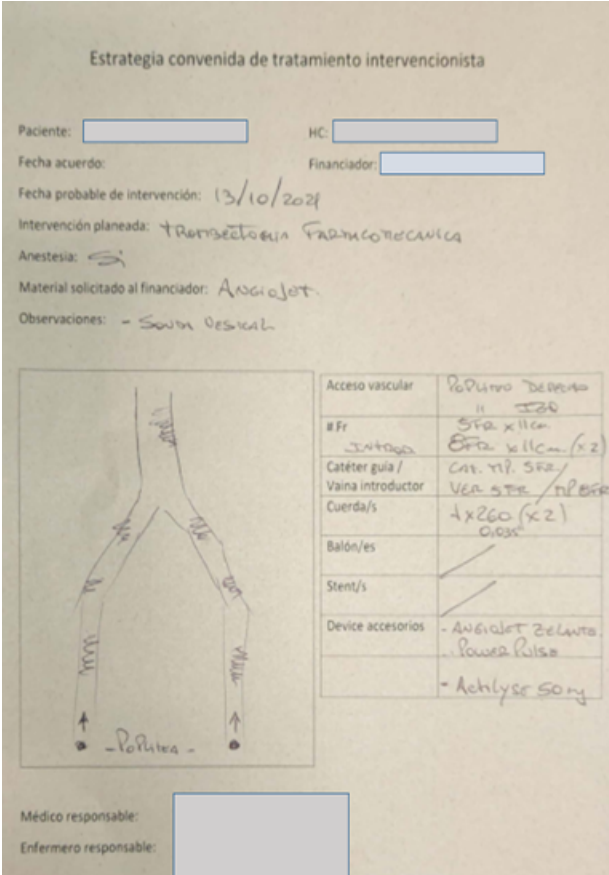


Figura 1: Estrategia convenida para procedimiento programado de Trombectomía Fármaco-Mecánica



Figura 2: Colchón y Cabezal de gel de polímetro ubicado en la camilla del angiógrafo

Para mejorar la seguridad en las intervenciones se realiza el *check list*, lo que refuerza la práctica segura y contribuye a reducir eventos adversos. Este instrumento hace parte del proceso en tres momentos, teniendo una fase de entrada en la que Enfermería: corrobora antes de iniciar el procedimiento datos relevantes del

paciente (identidad, alergias conocidas, ayuno, consentimiento informado, diagnóstico y procedimiento), constata la seguridad del equipo de anestesia, la medicación suspendida y la probabilidad de requerimientos de transfusión (5). (Figura 3)



NOMBRE Y APELLIDO:

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:

FECHA:

Lista de verificación – Hemodinamia

| FASE DE ENTRADA<br>(Previo al procedimiento)<br>Líder Enfermería, Anestesiólogo y Operador.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PAUSA ANTES DEL PROCEDIMIENTO<br>(Previo al acceso vascular)<br>Líder Enfermería y Operador.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | FASE DE SALIDA<br>(Previo al egreso del paciente)<br>Líder Enfermería y Operador.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div><div><input type="checkbox"/> Se ha confirmado:</div><div><input type="checkbox"/> Identidad.</div><div><input type="checkbox"/> Diagnóstico y procedimiento.</div><div><input type="checkbox"/> Marcación de sitio de acceso.</div><div><input type="checkbox"/> Alergias conocidas.</div><div><input type="checkbox"/> Consentimiento informado.</div><div><input type="checkbox"/> Ayuno.</div><div><input type="checkbox"/> Verificación seguridad del equipo de anestesia.</div><div><input type="checkbox"/> Dificultad de vía aérea.</div><div><input type="checkbox"/> Anticoagulación suspendida.</div><div><input type="checkbox"/> Antibióticos dentro de la última hora.</div><div><input type="checkbox"/> Probabilidad de requerimiento de transfusión.</div><div><input type="checkbox"/> Se toma muestra para grupo y factor.</div></div> <div>HORA:</div> | <div><div><u>Pausa 1:</u></div><div><input type="checkbox"/> Presentación del equipo.</div><div><input type="checkbox"/> Todos los miembros del equipo cuentan con adecuada protección radiológica.</div><div><input type="checkbox"/> Todos los miembros del equipo cuentan con dosímetros de radiación.</div><div><input type="checkbox"/> Nombre del paciente.</div><div><input type="checkbox"/> Diagnóstico y procedimiento.</div><div><input type="checkbox"/> Sitio de acceso.</div><div><input type="checkbox"/> Repaso de pasos críticos.</div><div><input type="checkbox"/> Correcto funcionamiento de los equipos.</div><div><input type="checkbox"/> Materiales protésicos.</div><div><input type="checkbox"/> Esterilidad de los dispositivos.</div><div><input type="checkbox"/> Imágenes previas.</div><div><div><u>Pausa 2:</u></div><div><input type="checkbox"/> Continúa a tratamiento terapéutico.</div><div><input type="checkbox"/> Descripción del plan terapéutico.</div><div><input type="checkbox"/> Refuerzo de heparina.</div></div><div>HORA:</div></div> | <div><div><input type="checkbox"/> Procedimiento realizado.</div><div><input type="checkbox"/> Descarte de cortopunzantes.</div><div><input type="checkbox"/> Descarte de medicación.</div><div><input type="checkbox"/> Solicitudes y etiquetado de las muestras de patología.</div><div><input type="checkbox"/> Problemas en la intervención.</div><div><input type="checkbox"/> Necesidades particulares en post-procedimiento.</div><div><input type="checkbox"/> Administración de antiagregante plaquetario.</div><div><input type="checkbox"/> Condición clínica.</div><div><input type="checkbox"/> Electrocardiograma.</div><div><input type="checkbox"/> Observaciones.</div></div> <div>HORA:</div> |

FIRMA Y ACLARACIÓN DE ENFERMERA/O:

FIRMA Y ACLARACIÓN DE MÉDICO/O:

Lista de verificación – Hemodinamia

PR-DME-IPSG-SEG-NOQUIR-007, Anexo 1, Revisión 3

Figura 3: Lista de verificación, Check List en el servicio de Hemodinamia, Hospital Universitario Austral

ETAPA 2

En esta instancia Enfermería toma contacto con la paciente. Realiza una entrevista y valoración cefalocaudal, con el fin de recabar la información necesaria para identificar las necesidades alteradas y aquellas que presenten potencial riesgo, para trabajar en ellas con la consiguiente confección de los diagnósticos según taxonomía NANDA. (Tabla 2)

En este encuentro se establece el vínculo enfermero-paciente. Por medio de la entrevista inicial se evalúan los conocimientos de la paciente acerca del tratamiento que está por recibir y se despejan todas las dudas que ésta manifiesta; además, se asegura que se cumplan las condiciones básicas para dar comienzo

al procedimiento (consentimiento informado firmado, completo y comprendido, ayuno de ocho horas, medidas antropométricas, vestimenta adecuada, retiro de prótesis dental removable).

Una vez ingresada a sala de procedimientos, la paciente recibe anestesia general, con una clasificación ASA III. Se corrobora la adaptación a la sedación y se procede a la colocación de sonda vesical de forma estéril, según protocolo de la institución. Luego, con ayuda de los miembros del equipo de trabajo, se posiciona a la paciente en la camilla del angiógrafo en decúbito prono, poniendo énfasis en la prevención de lesiones por presión (6,7). (Figura 4)

Tabla 2: Necesidades (Virginia Henderson)

| NECESIDAD                        | ALTERADA | NO ALTERADA |
|----------------------------------|----------|-------------|
| Respiración                      |          | X           |
| Comida y bebida                  | X        |             |
| Eliminación                      |          | X           |
| Movimiento                       | X        |             |
| Dormir y descansar               | X        |             |
| Vestimenta                       | X        |             |
| Temperatura corporal             |          | X           |
| Higiene y protección de la piel  | X        |             |
| Evitar peligros                  | X        |             |
| Comunicación                     | X        |             |
| Creencias y valores              |          | X           |
| Trabajar y realizarse            | X        |             |
| Realizar actividades recreativas | X        |             |
| Aprendizaje                      | X        |             |



Figura 4: Posición prono de la paciente para realización de procedimiento endovascular por punción poplitea.

Enfermería se encarga de realizar la apertura de la mesa de trabajo con los materiales previamente chequeados en la estrategia convenida, cuidando la asepsia de los campos. (Figura 5)

Continuando con el segundo momento de la lista de verificación, que consta de una pausa antes del procedimiento, se corrobora de forma verbal la presentación de los miembros del equipo, la protección radiológica,



Figura 5: Mesa de trabajo con materiales estándares

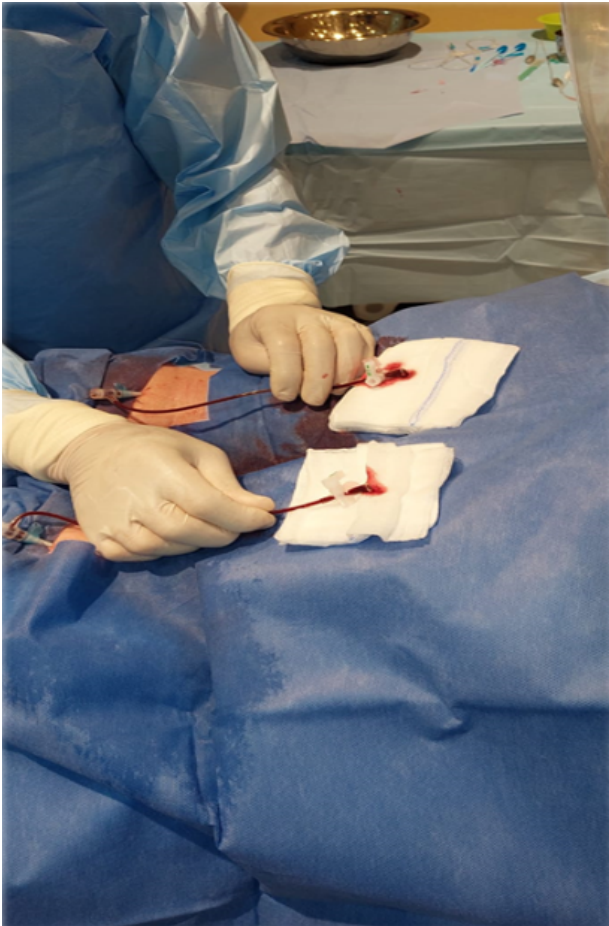


Figura 6: Punción vascular en ambas poplíteas.

los datos de la paciente, el procedimiento a realizar, el sitio de acceso, se repasan los pasos críticos y materiales a utilizar. (Figura 3)

Finalizada la segunda parte del *check list*, se inicia la punción vascular guiada por ecografía, en ambas poplíteas. (Figura 6)

Se da comienzo al procedimiento endovascular propiamente dicho, en el cual Enfermería cumple dos roles bien marcados: por un lado, brindar asistencia al paciente; por el otro, asistir al médico operador. (Tabla 3)

Logrado el acceso vascular, se realiza cavografía de control, donde se evidencia el FVC (filtro de vena cava) implantado. Seguidamente, se procede a una angiografía bilateral diagnóstica, en la que se evidencia la presencia de trombos en un paneo general desde las venas poplíteas, pasando por la región femoral y continuando por el segmento ilíaco y de la vena cava. (Figuras 7, 8, 9, 10,11)

El personal de Enfermería procede a la preparación del medicamento a utilizar para dar comienzo a la trombólisis. En este caso se utilizó Alteplasa, 20 mg en total, con una dosificación de 10 mg en cada pierna. Este medicamento requiere que sea reconstituido para luego poder ser administrado de forma intravenosa directa,

Tabla 3: Rol de Enfermería en la Etapa 2 del plan de cuidados

| ASISTENCIA AL PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ASISTENCIA AL MÉDICO OPERADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitoreo continuo de signos vitales</li><li>• Monitoreo del estado de conciencia</li><li>• Control de acceso venoso periférico</li><li>• Protección de los decúbitos</li><li>• Toma de muestras de laboratorio</li><li>• Control de diuresis</li><li>• Prevención de caídas</li><li>• Conducta expectante ante la presencia de complicaciones</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado de la asepsia de los campos</li><li>• Proveer de ropa estéril a los médicos intervencionistas</li><li>• Disponer de materiales necesarios: Catéteres, cuerdas, balones, medicación, otros.</li><li>• Conducta expectante en cuanto a los requerimientos del médico intervencionista</li><li>• Manejar el equipamiento: AngioJet</li><li>• Preparar el trombolítico: Alteplasa</li></ul> |

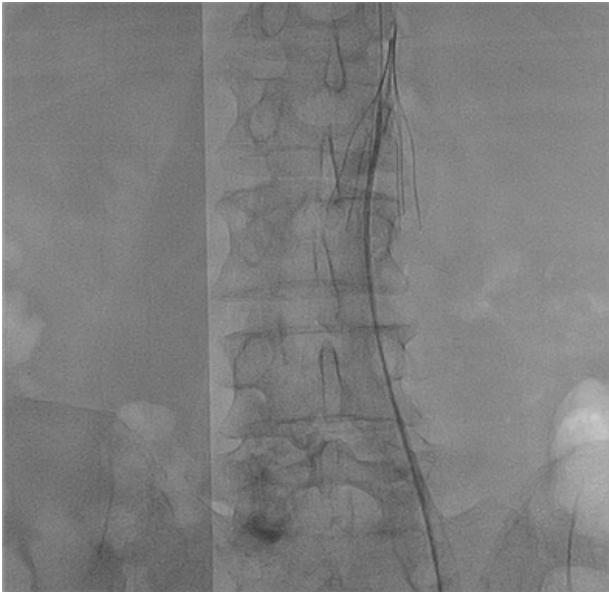


Figura 7: Cavografía de control



Figura 8: Angiografía Bilateral



Figura 9: Paneo general. Venas Poplíteas



Figura 10: Paneo general. Venas femorales



Figura 11: Paneo general. Región Íleo-Cava

lo que implica contar con capacitación en farmacología por parte de Enfermería (8).

Alteplasa pertenece al grupo de trombolíticos (activadores recombinantes del plasminógeno tisular humano), es una glucoproteína que activa directamente el plasminógeno a plasmina. Cuando se administra por vía intravenosa, Alteplasa se conjuga con la fibrina y es activada, induciendo la conversión del plasminógeno a plasmina, lo cual produce la disolución de los coágulos de fibrina que se han formado en los vasos sanguíneos. Este medicamento presenta un alto riesgo de sangrado,

por lo que se aconseja contar con un antitrombolítico (como es el ácido tranexámico) a disposición para ser utilizado en caso de ocurrir el evento no deseado. Asimismo, se debe prestar especial atención y realizar un monitoreo estricto y vigilancia para detectar de forma precoz la presencia de reacciones adversas graves (hemorragias internas, hematomas, arritmias, hipotensión arterial y edema laríngeo). Tiene una vida media bifásica, una de cinco a seis minutos y otra de sesenta y cuatro (64) minutos, siendo el hígado el principal órgano de eliminación.

Teniendo en cuenta esto, el tiempo de espera para que el medicamento haga su efecto antitrombótico fue de treinta minutos, para luego proceder a la trombectomía isovolumétrica por medio de la utilización del sistema AngioJet (Figura 12). Este dispositivo genera una infusión de suero salino a alta presión, resultando en una trombectomía reolítica, con aspiración fragmentada de trombo blando. El tiempo de *power pulse*, de

253 segundos, se mantuvo por debajo de los 300 segundos, según recomendación del fabricante, lo que disminuye el riesgo de hemólisis (9,10).

En última instancia, se realizó aspiración manual con jeringa de 50 cc Luer lock conectada a catéter multipropósito para despejar los trombos presentes en la angiografía de control (Figura 13). Se trata de una jeringa especial que contiene en el cono una rosca gi-



Figura 12: Sistema de trombo aspiración Angio Jet.



Figura 13: Aspiración manual de trombos.

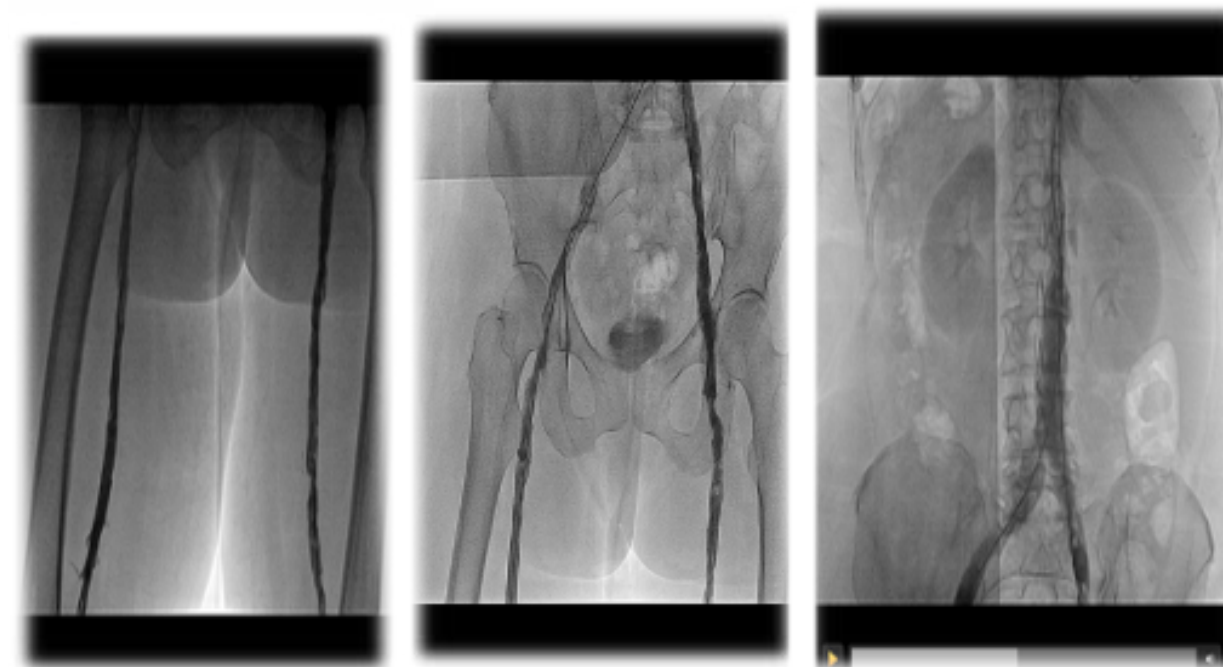


Figura 14: Angiografía de control final. Paneo general.

ratoria que permite la conexión con el catéter por medio de una rotación, lo que facilita la fijación y evita la filtración de partículas de aire.

Luego del procedimiento pudo observarse la re-permeabilización del eje venoso y la desaparición de la circulación colateral (Figura 14). Por consiguiente, se retiran las guías y catéteres colocados, para finalizar con un vendaje circular en ambos sitios de punción. Con esto se da comienzo a la tercera y última etapa del plan de cuidados.

Enfermería lleva a cabo el tercer momento de la lista de verificación junto con los médicos operadores y anestesista: se constata el procedimiento realizado, el correcto descarte de cortopunzantes y medicación sobrante, además de chequear la existencia de algún problema durante la intervención (en este caso no hubo dificultades), y se refuerzan las necesidades de la paciente con posterioridad al procedimiento.

### ETAPA 3

Se procede a la instancia en la cual Enfermería interviene en el proceso del retiro de la anestesia, cuidando el despertar de la paciente e implementando estrate-

gias para disminuir el riesgo de caídas. Participa en el cuidado y control de accesos vasculares, monitoreo continuo de signos vitales, estado de conciencia, control de diuresis y toma injerencia en brindar recomendaciones a los colegas que se encargan de la recuperación respecto de los cuidados necesarios que requiere la paciente durante las primeras 24 horas una vez que se retira de la sala de hemodinamia y es trasladada a internación de cardiología crítica.

Entre las recomendaciones de cuidados, se reforzó la colocación de botas neumáticas antitrombóticas, lo que aumenta el flujo sanguíneo venoso, disminuye la estasis y congestión venosa (11,12,13).

### Reflexión final

Dado el carácter altamente técnico del ámbito de la hemodinamia es imperativo fortalecer a los equipos de trabajo mediante la educación en servicio y la capacitación continua de Enfermería.

El plan de cuidados aquí presentado busca protocolizar el ejercicio de la profesión en los procedimientos de trombectomía fármaco-mecánica, así como en los cuidados estándares que se brindan para promover,

mantener y recuperar la salud de los pacientes que ingresan a salas de hemodinamia. Cabe aclarar que dicho plan de cuidados estandarizado es flexible, de modo tal que se orienta según las necesidades particulares de cada paciente; no obstante ello, resulta de gran ayuda para unificar criterios de atención entre el personal de las salas de hemodinámica.

Igual de importante es no tecnificar el cuidado de Enfermería. Los procedimientos en los servicios de hemodinamia son cada vez más complejos y requieren de la utilización de equipamiento biomédico, en constante actualización e incorporación de nuevas técnicas

de estudio y tratamiento. Por ello, mantener la esencia de la profesión con bases humanísticas requiere que los profesionales adopten habilidades técnicas y competencias específicas para desempeñarse en salas de hemodinamia manteniendo altos estándares de calidad de atención. Esto exige un entrenamiento en varios aspectos, los cuales incluyen el manejo de medicación específica, el conocimiento del material endovascular, del equipamiento de tecnología avanzada y de recuperación del paciente, siempre desde la perspectiva del cuidado..

## Bibliografía

- American Society of Anesthesiologists (2020) Sistema de clasificación del estado físico de la ASA.
- ANMAT. Vademecum. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/anmat>
- Arias, L.; García, U.; González, C.; Burgos, A. (2018) “Trombectomía Fármaco-Mecánica en pacientes con TVP aguda”, *Intervencionismo*, 18(3): 83-88.
- Carvajal, R. y Pedrajas, G. (2018) “Trombectomía reolítica: una herramienta efectiva, versátil y segura” *Angiología. Elsevier*, 70(2): 91-93.
- CIE. *Política de Enfermería. Definiciones*. En: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
- Crespo, L., Acín, I., Campagna, R., Jiménez, M., Molero, R., Moros, Tania. (2021) “Caso clínico trombosis venosa profunda, vena poplítea”, *Revista sanitaria de investigación*, 2(6), junio 2021.
- Doyle DJ, Goyal A, Bansal P, et al. (2021) “Clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos”, StatPearls. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441940/>
- Flores, LA; Ubaldini, J; Kenar, MR; Bilbao, J; Bonorino, J. et al. (2019) Guías de manejo y tratamiento de la enfermedad tromboembólica aguda. *Rev Arg de Ter Int*, 36(2). Disponible en: <http://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/642>
- Herdman, H. Kamitsuru, S. y Lopes, C. (2021) *NANDA Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. 12° edición. Elsevier: EEUU.
- OMS (2008) *Alianza mundial para la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente*. Ed OMS: Francia.
- Robertson, L; McBride, O; Burdess, A. (2016) Pharmacomechanical thrombectomy for iliofemoral deep vein thrombosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(11): CD011536.
- Rodríguez, D.; Pudlfer, M.; Cervera, J.; González, L.; Boyra, M. (2017) “Trombólisis fármaco-mecánica: una técnica a considerar en el tratamiento de la trombosis venosa profunda iliofemoral aguda”, Elsevier – *Angiología*, 69(1): 60-62.
- Vallejo, J. y Cobo, J. (2010) *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. Primera edición. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén, pp.17-33.
- Vázquez, F. (2011) “Utilidad del dímero D en el algoritmo diagnóstico de la enfermedad tromboembólica venosa. Revisión de la evidencia”. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 31(2): 55-59.
- Vázquez, F., Korin, J., Baldessari, E. et al. (2020) “Recomendaciones actualizadas para profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en Argentina”, *Medicina Buenos Aires*, 80(1): 69-80.

## Notas:

- (1) CIE 2002
- (2) Vázquez et al (69-80)
- (3) Robertson et al (2016)
- (4) Rodríguez et al (2017)
- (5) OMS (2008: 14-17)
- (6) ASA (2020)
- (7) Doyle (2021)
- (8) Vademecum nacional de medicamentos (2022)
- (9) Carvajal y Pedrajas (2018: 91-93)
- (10) Carvajal y Pedrajas (2018: 91-93)
- (11) Vázquez (2011: 55-59)
- (12) Crespo et al (2021)
- (13) Flores et al (2019)

# Volver por un instante

**Sara Ruiz Diaz**

UNIVERSIDAD ISALUD, SEDE VENEZUELA (ESTUDIANTE)

Por un instante el mundo se paralizó y se hizo eco el dolor de muchos.

Se hizo eterna la espera por volver al mundo exterior.

¿Cuándo volvería esa vida anterior a estos sucesos excepcionales?

Nunca más sería igual, todo sería diferente a como había sido antes.

Volver no fue fácil: todo se había vuelto extraño, las personas que antes fueran cercanas ya no lo eran tanto.

Por un instante, el miedo, la duda y el dolor nos invadieron. Fue volver a empezar, volver y continuar sin aquellos que un día lo dieron todo.

No fue fácil. Empezar sin ver a quienes una vez fueron parte de nuestras vidas, a diario. De repente estábamos en un mundo totalmente diferente.

Pero, a la vez, un mundo ya conocido que nuestra memoria ha guardado.

Volver nos hizo pensar en el otro como parte de nosotros aun sin haberlos conocido.

Volver a ocupar las aulas, las plazas, los pasillos y los lugares comunes fue doloroso al no encontrar allí rostros de quienes alguna vez fueron parte de nuestro mundo.

Desde entonces, volver no ha sido fácil. La pandemia que vino a impedir abrazarnos, continuar charlas pendientes, temas que se resuelven mirándonos a los ojos, ha hecho también que fuera extraño volver a entablar relaciones con personas que antes veíamos cotidianamente.

Hoy el universo nos presenta nuevos desafíos, nuevas metas, donde la lección aprendida al sobrevivir y en la experiencia de cuidar al otro es que la empatía debe ser el fundamento de un estilo de vida, uno que nos mantendrá unidos para enfrentar cualquier otra pandemia.

Hemos aprendido que la vida es una sola y que debemos apreciarla en todas sus facetas; que respetarnos y tolerarnos es primordial para enfrentar esos desafíos.

Nada será igual. Y ya nada nos será indiferente: hemos aprendido el valor de la compañía de nuestros hijos, de nuestros padres, de nuestros amigos, de todas esas personas a quienes hoy ya no podremos abrazar.

Que volver sea un reto frente al cual nuestro compromiso sea genuino, único, y que el cuidarnos y cuidar al otro sea el principio de prevención ante cualquier padecimiento que comprometa la vida misma, para que así evitemos que sea devastada.



LaboratoriosRIVERO

# Rivero Junto a la enfermería especializada

## MATERIALES BIOMEDICOS ORIGINALES RIVERO

**Estériles, atóxicos, libres de pirógenos y látex natural**

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

 **LaboratoriosRIVERO**

Avenida Boyacá 419 - C1406BHG - CABA

Director Técnico: Dr. Pedro Luis Rivero

Bioquímico y Farmacéutico

Tel.: 4633.8666 Líneas Rotativas | Fax 4631.5634 4633.4754

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

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

Consultas - sugerencias 0800.222.7291

### **PLANTA MODELO JUNIN**

Habilitada por ANMAT Legajo N° 0022

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

Autorizados por ANMAT PM 0022