

vea VISION DE enfermería ACTUALIZADA

#70

AÑO 19 JUNIO 2022

LOS DERECHOS DE LOS
p.21 ADULTOS MAYORES
EN EL CONTEXTO
DE LA PANDEMIA

EL REPORTE DE INCIDENTES,
HERRAMIENTA CLAVE
DE ENFERMERÍA PARA p.7
LA GESTIÓN DEL RIESGO
EN LA ADMINISTRACIÓN
DE MEDICACIÓN

La donación de órganos:
a propósito de una p.37
discusión pendiente

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
Perfil del enfermero del futuro: ¿hacia dónde vamos?	
INVESTIGACIÓN	pág. 7
El reporte de incidentes, herramienta clave de Enfermería para la gestión del riesgo en la administración de medicación Delia Magdalena Gassmann / Mariana Seisdedos / Mabel Ramírez Mendoza / Delia Ramírez / Cecilia Sonnleintner / Yesica Ledesma / María Maluenda	
ENFOQUES	pág. 15
El impacto de la pandemia en la seguridad del paciente Alicia Bellinvia	
SEGURIDAD DEL PACIENTE	pág. 21
Los derechos de los adultos mayores en el contexto de la pandemia Cecilia Rossi	
DIÁLOGOS DE ENFERMERÍA	pág. 28
Entrevista a Lidia Blanco	
FICHA 69	pág. 31
Aspiración de secreciones por sistema cerrado de aspiración Romina Farfan	
RINCÓN LITERARIO	pág. 35
Vagabundo Walter Piceda	
EXPERIENCIA	pág. 37
La donación de órganos: a propósito de una discusión pendiente Gladys Elizabeth García / Patricia del Valle Montoya	
GESTIÓN	pág. 43
Incidencia de factores externos en la implementación de protocolos de Enfermería Rosana Karina Payer / Leticia Yarzabal	

COMITÉ EDITORIAL

Mag. Hna. Mercedes Zamuner
 Lic. Graciela Rojas
 Lic. Romina Farfan
 Lic. Sandra Coronel
 Lic. Walter Piceda
 Alejandra Fuente

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Prof. Magdalena Villaverde

DISEÑO GRÁFICO

Susana Prieto

Adecra

Montevideo 451 - Piso 10° (C1059ABI)
 C.A.B.A. Argentina
 Tel: (011) 4374-2526 Fax: 4375-2070
www.adecra.org.ar
www.enfermeria.adecra.org.ar
 e-mail: revistavea@adecra.org.ar

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

Autorizada su reproducción mencionando
 la fuente.
 Registro de Propiedad Intelectual N° 399943
 ISSN: 1669-385X
 Base de datos de indexación:
 CUIDEN - Tipo de indexación: EC-E
 EBSCO

Periodicidad trimestral
 (marzo, junio, septiembre y diciembre)

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.

Perfil del enfermero del futuro: ¿hacia dónde vamos?

Mi humilde idea para el presente escrito no es tratar de acercar alguna respuesta de precisión contundente sino más bien, y dado que el título propuesto apela a un interrogante, ofrecer otras preguntas gatilladoras de ejercicios reflexivos acerca de qué cosas, y de qué modo, deberían tenerse en cuenta desde el área de gerenciamiento para acompañar a los equipos de trabajo al momento de reclutar, seleccionar e inducir personal de nuevo ingreso.

La selección de personal para nuevo ingreso, así como la posterior inducción al contexto laboral de esos trabajadores (función que me interpela por mi rol de gestor), nos desafía a aprender y desaprender en forma permanente, a tomar en consideración los cambios que operan coyunturalmente hoy en el mundo del trabajo. Más allá de estos atisbos de moderadas certezas, les propongo establecer algunas incógnitas en relación a este tema.

Por ejemplo: **¿Qué características tendrá el mundo del trabajo en cual va a insertarse este enfermero del futuro?**

Se estima que para 2030 (acá a la vuelta de la esquina en el tiempo) van a desaparecer 85 millones de puestos de trabajo y se van a generar, casi en la misma proporción, otros nuevos (vale decir, diferentes). Los puestos con peor perspectiva de permanencia son aquellos vinculados con lo rutinario y transaccional, es decir, aquellos donde la persona media entre un entorno digital, un producto o servicio y el consumidor final. Claramente, el ámbito de la salud –y en especial Enfermería– no está alcanzado por esta perspectiva de extinción, pero el impacto no va a ser silente. En mi opinión, resulta de interés que desde los ámbitos de gestión pueda formularse una agenda que incluya estrategias de reconversión de habilidades en los miembros del equipo. Desde el inicio de la emergencia sanitaria, en no pocos centros alrededor del mundo y en nuestro país, se han experimentado movimientos de transferencia de competencias, donde aquellos colegas con mayor versatilidad lograron una adaptación mucho más facilitada. La fuerza de la dinámica laboral reclama esta transformación rápida para cubrir la demanda como uno de los

atributos del trabajador del futuro. Esto, además, constituye una oportunidad para concebir un modelo profesional de Enfermería que hoy no resulta tan previsible.

Otro ejemplo: **¿Qué tipo de personas, en términos generacionales, se espera incorporar a la fuerza laboral de Enfermería?**

Éste es otro aspecto que considero destacable para delinear el perfil de los futuros enfermeros en nuestras organizaciones. Se trata de uno que nos invita a comprender que en las proyecciones del mundo del trabajo los rangos por generación van dejando fuera a los baby-boomers, frente al incremento significativo del rango de los millennials y de la generación Z –es decir, quienes se están incorporando ahora–, y el relativo sostenimiento de quienes pertenecen a la generación X.

La inserción laboral de estas nuevas generaciones está cambiando la estructura empresarial. Se trata de un fenómeno que precede al de la pandemia. Entender qué quieren, cómo piensan, qué motiva a estos hoy jóvenes, cómo van a convivir entre ellos pensando que se relacionan de otra manera con el mundo del trabajo, es un auténtico desafío.

Además de los mencionados, surgen muchos otros interrogantes: **¿Qué características distintas a las del presente tendrán los futuros pacientes a quienes asistirán esos enfermeros? ¿Cómo se vincularán con las organizaciones? ¿Estamos alcanzados en salud por el dilema presencialidad-virtualidad o la pretendida mixtura de ambas modalidades? ¿Qué rol juegan los líderes en esta definición del perfil del futuro enfermero? ¿Podrá la creciente corriente de inclusión y aceptación de la diversidad dentro de las organizaciones romper el techo de cristal en nuestra profesión, notable en su composición mayoritariamente femenina? ¿Cuál será el papel que asuman los sindicatos y las asociaciones profesionales?**

Los sucesivos encuentros a través de nuestra publicación se proponen como un espacio compartido que puede acompañar en la indagación de estas dudas –si es que las mismas se han instalado– y aportar a la construcción colectiva de posibles respuestas.

Prof Lic. Walter Piceda

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!



El reporte de incidentes, herramienta clave de Enfermería para la gestión del riesgo en la administración de medicación

Delia Magdalena Gassmann
Mariana Seisdedos
Mabel Ramírez Mendoza
Delia Ramírez
Cecilia Sonnleintner
Yesica Ledesma
María Maluenda

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL Y UNIVERSIDAD AUSTRAL

Una cultura de seguridad del paciente que permita gestionar los riesgos de forma proactiva, a través de un sistema de reporte de incidentes anónimo y voluntario, redunda en beneficio de las instituciones, los profesionales y los destinatarios del cuidado.

Resumen

Enfermería tiene un rol clave en la identificación y prevención de eventos adversos relacionados con la administración de medicación. Como última barrera de prevención, puede también brindar información mediante los sistemas de reporte y contribuir de este modo a sensibilizar a otros profesionales.

Este artículo describe el perfil de los eventos adversos reportados por Enfermería en relación con la administración de medicación durante enero de 2018 y julio de 2021 en un hospital privado de la Provincia de Buenos Aires. En su gran mayoría, los eventos adversos reportados registran la dosis errónea como el incidente más frecuente. Este hallazgo, que coincide con la bibliografía disponible sobre el tema, permite orientar futuras acciones de mejora.

Abstract

Nursing has a key role to play in the identification and prevention of adverse events related to the medication management. As the last prevention barrier, it can also provide information through reporting systems, thereby contributing to sensitize other professionals. This article describes the profile of adverse events reported by Nursing regarding the medication management during January 2018 and July 2021 in a private hospital of the Buenos Aires province. In its great majority, the adverse events reported record the dose erroneous as the most frequent incident. This finding, which coincides with the available literature on the subject, allows guiding future betterment actions.

Palabras clave: seguridad del paciente, error de medicación, reporte de incidentes

Keywords: patient safety, medication error, incident reporting

Introducción

Los eventos adversos (EA) relacionados con la medicación representan un tercio del total de los eventos adversos hospitalarios y afectan a todas las etapas de la medicación. Los profesionales de Enfermería tienen un papel clave y constituyen la última barrera para prevenirlos, en el marco de un proceso complejo, multidisciplinar y multicausal.

Entre los factores que aumentan la probabilidad de aparición de un evento relacionado con la administración de medicación destacan el factor humano (por ejemplo, debido a interrupciones), el entorno (profesionales, pacientes y familiares) y la organización como sistema. La evidencia indica que los EA más frecuentes se refieren a: la dosis errónea, el momento incorrecto, las medicaciones no autorizadas.

No obstante, el mayor desafío para las instituciones de salud sigue siendo la falta de información, o la información incompleta. A raíz de ello, en la actualidad hay un gran interés en los sistemas de información pros-

pectiva, como el reporte de incidentes, que permiten cuantificar mejor los EA evitables y establecer programas de reducción de riesgos.

Por el lugar estratégico que ocupa en el proceso de la atención, el personal de Enfermería es quien puede proveer la mayor información sobre la exposición e incidencia de eventos relacionados con la administración de medicación, quien puede sensibilizar a otros profesionales, contribuyendo así a generar barreras que eviten la reiteración de dichos eventos y a implementar estrategias de mejora y monitoreo más efectivas.

Tanto en la bibliografía disponible sobre el tema como en el presente estudio, la identificación de eventos adversos, reportados en su gran mayoría por Enfermería, señala la dosis errónea como el incidente más frecuente. Este tipo de trabajos, basados en la evidencia, permite orientar futuras acciones de mejora que contribuyan a reducir su ocurrencia y fortalezcan una cultura de la seguridad del paciente.

Presentación del estudio

- Objetivo general: describir el perfil de los eventos adversos relacionados con la administración de medicación reportada.
- Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal, sobre eventos adversos (EA) reportados en relación con la administración de medicación.
- El estudio se llevó a cabo en un hospital privado de la Provincia de Buenos Aires durante el período enero 2018–julio 2021.
- La participación del personal fue en forma voluntaria y anónima.
- Para la categorización de la gravedad de EA se utilizó la clasificación NCCMERP (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention) y se describió el perfil de dichos EA.
- La muestra se compone de 385 reportes de EA relacionados con la administración de medicación, según cálculo para datos categóricos basado en el enfoque sobre el índice de confianza (IC) para la estimación de una proporción.

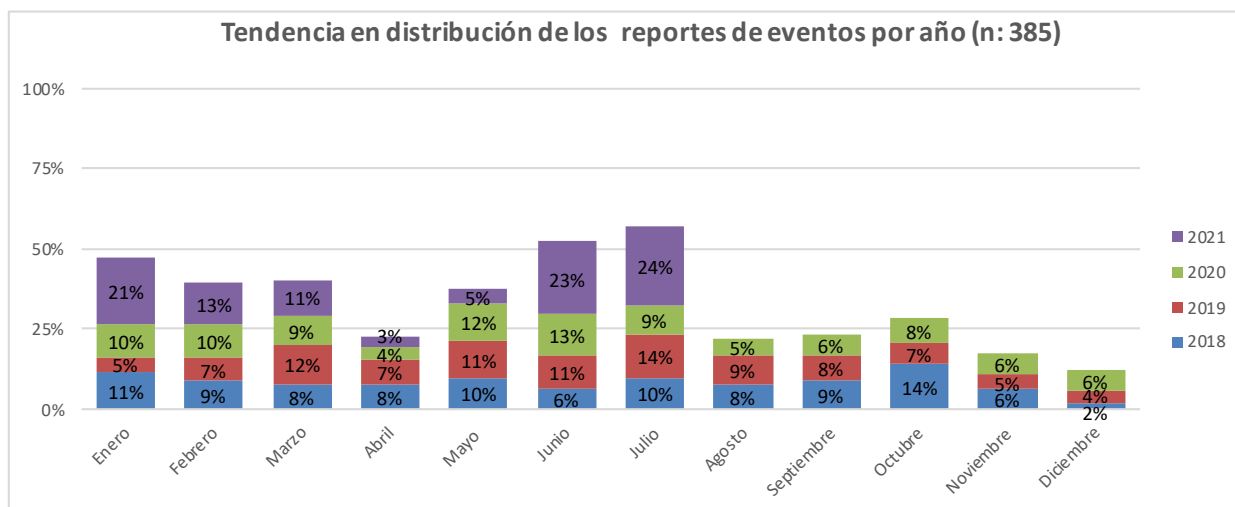
- Los EA fueron reportados de forma anónima y recepcionados por el Departamento de Calidad y Seguridad.
- La muestra se estratificó según año de reporte, durante el período 2018–2021.
- Se consideraron para ello las siguientes variables de interés: mes del reporte, área de ocurrencia, área reportante, puesto reportante, sistema de ingreso/detección, tipo de incidente, clasificación de gravedad según la taxonomía de la OMS y NCCMERP.
- El análisis de los datos fue realizado mediante estadística descriptiva; para los datos categóricos, con la distribución de frecuencias.

Resultados

–De los 385 reportes analizados, el 59% fueron realizados por personal de Enfermería.
 –Del total de eventos, 85% (n= 327) fue categorizado como “evento sin daño”.

–El tipo de evento más reportado fue “dosis errónea” (16%, n= 62), seguido de “velocidad de infusión” (13%, n= 50) y “medicación errónea” (7%, n= 27).

Gráfico 1



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

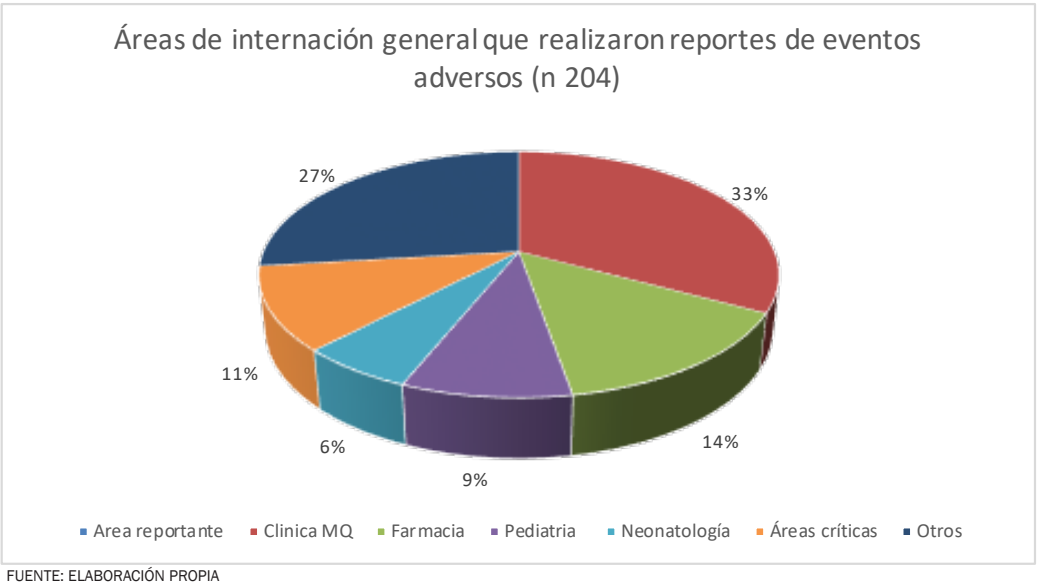
De los 385 reportes analizados, 99% fue recibido a través del reporte voluntario y sólo 1% a través de encuestas y quejas.

Del total, 227 (59%) fueron realizados por personal de

Enfermería, 85 (22%) por profesionales médicos y 56 (15%) por farmacéuticos (Gráfico 3).

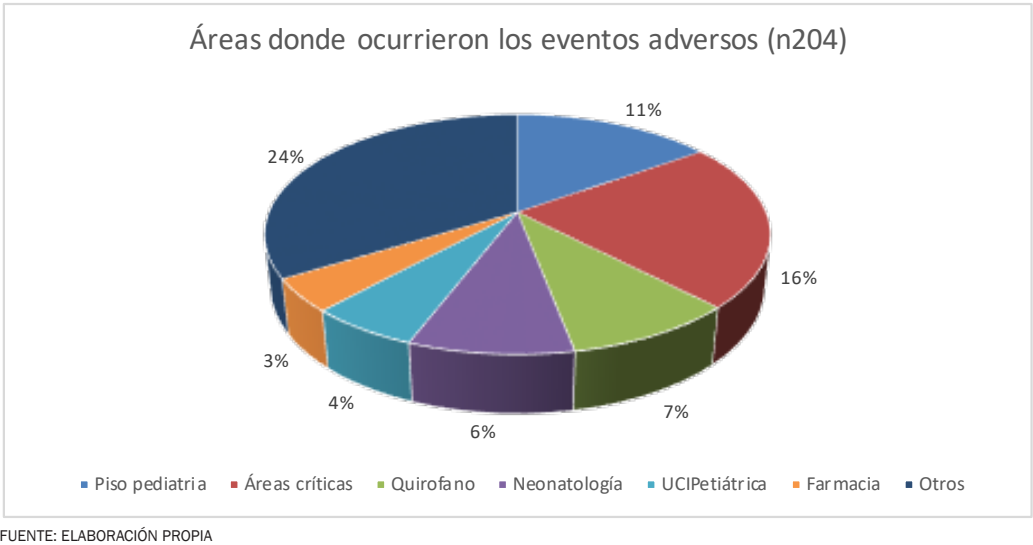
No hay evidencia de un patrón temporal homogéneo en la cantidad de reportes realizados a lo largo del período estudiado.

Gráfico 2



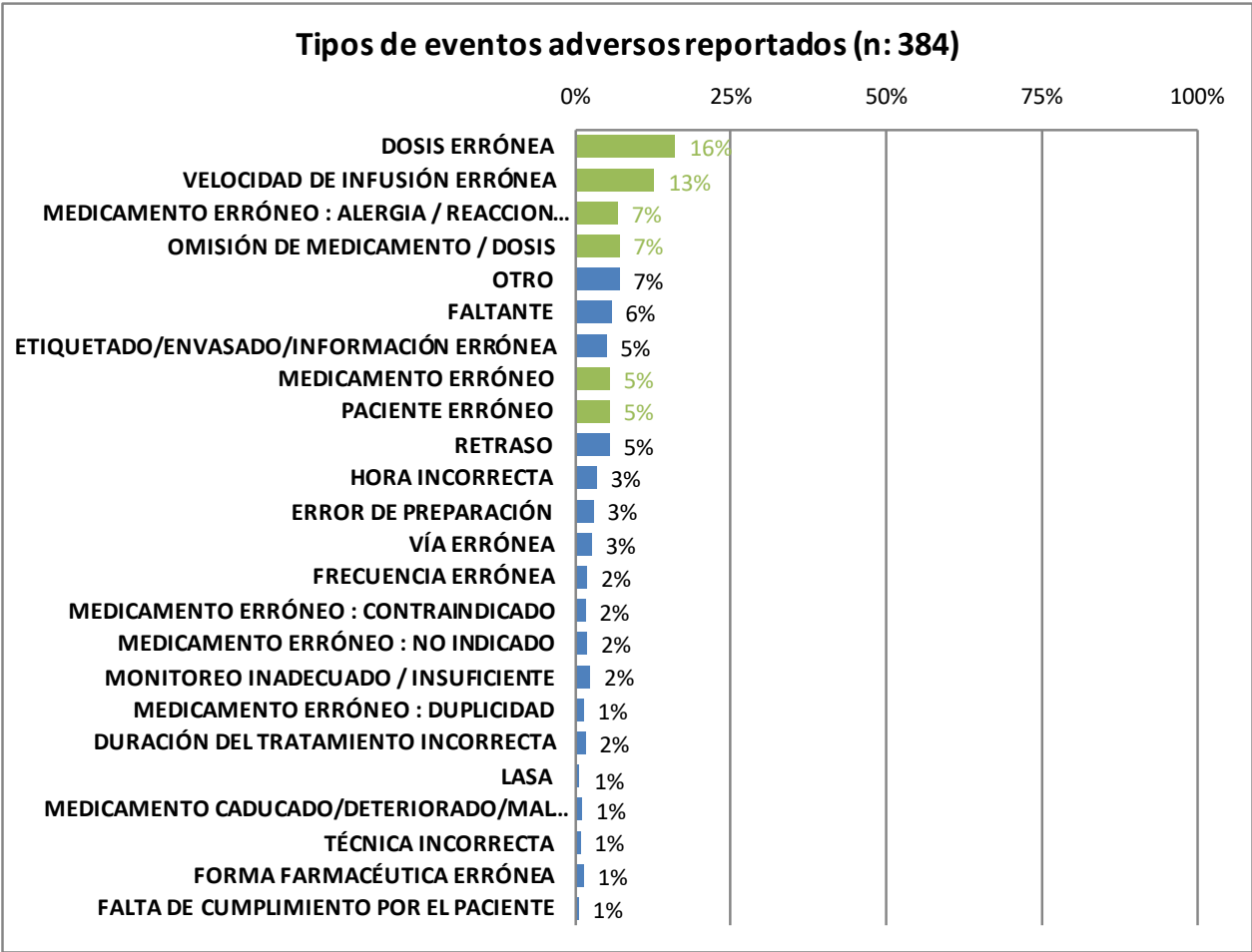
Se observa que la gran mayoría de los reportes analizados (73%) fueron realizados por: el área clínica médica-quirúrgica, 127 (33%); farmacia, 55 (14%); áreas críticas, 44 (11%); pediatría, 34 (9%) y neonatología, 23 (6%).

Gráfico 3



Se observa una modificación parcial del resultado anterior al analizar las áreas donde efectivamente ocurrieron los eventos reportados. El 76% de los reportes corresponde al área clínica médico-quirúrgica, 112 (29%); pediatría, 41 (11%); áreas críticas, 62 (16%); quirófano, 25 (7%); neonatología, 24 (6%); UCI pediátrica, 16 (4%); farmacia, 12 (3%).

Gráfico 4



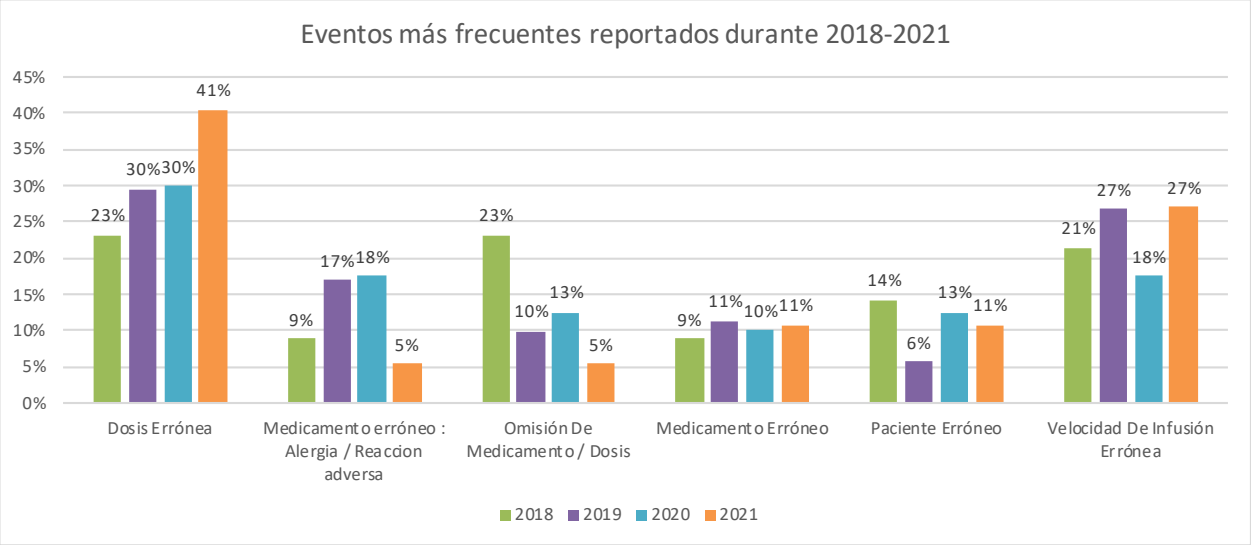
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

En el período estudiado, los seis EA más frecuentes reportados representan el 53% de todos los eventos analizados: dosis errónea, 61 (16%); velocidad de infusión errónea, 48 (13%); medicamento erróneo (alergia

o reacción adversa), 26 (7%); omisión de medicamento, 27 (7%); medicamento erróneo, 21 (5%); paciente erróneo, 21 (5%).

El 47% restante de los EA varía cada año y se trata de eventos con muy bajo porcentaje de ocurrencia.

Gráfico 5



La frecuencia del reporte de cada uno de estos seis eventos varía a lo largo del período: en algunos casos se mantiene la frecuencia del reporte, en otros, disminuye. Una excepción es el reporte de dosis errónea: la tendencia en la frecuencia del reporte tiene un incremento exponencial año a año.

Gráfico 6

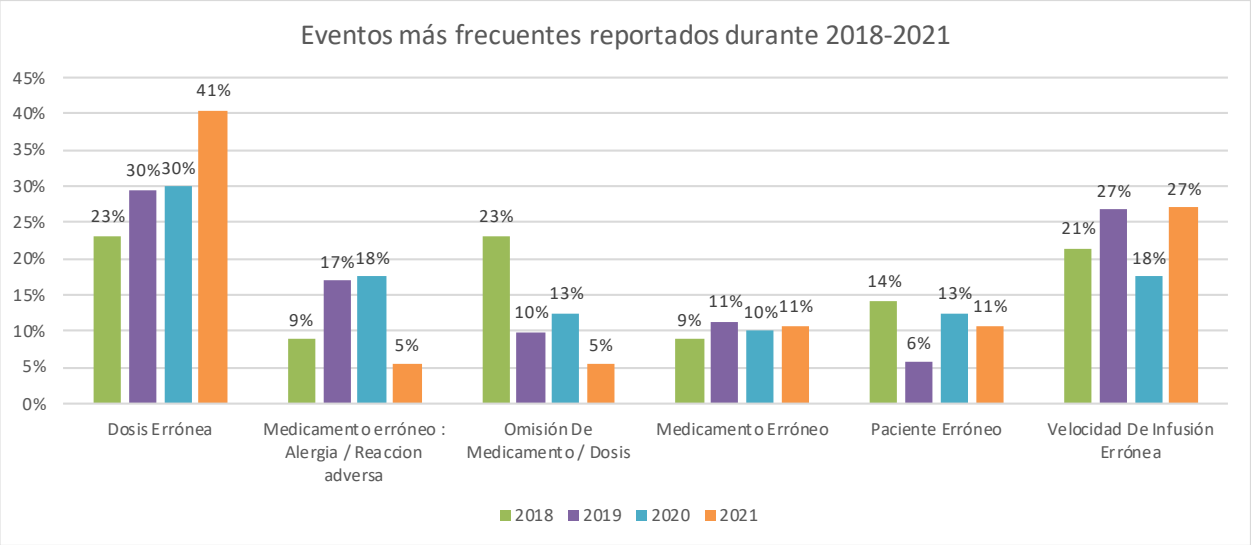
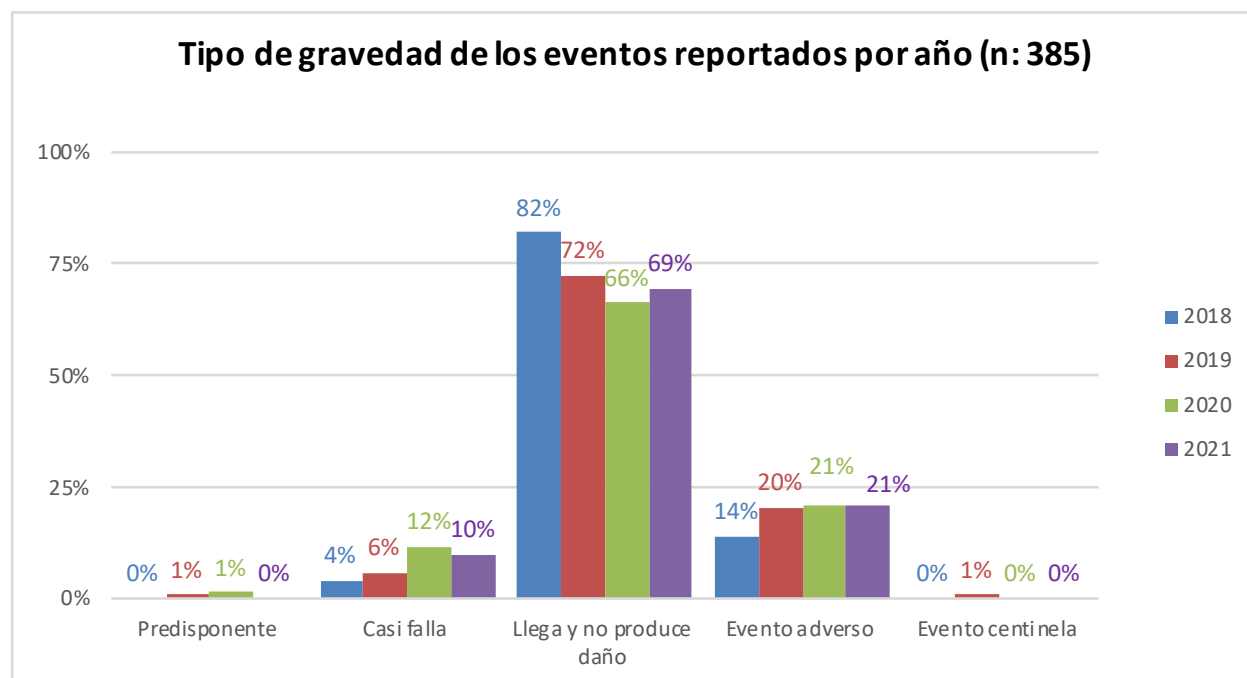


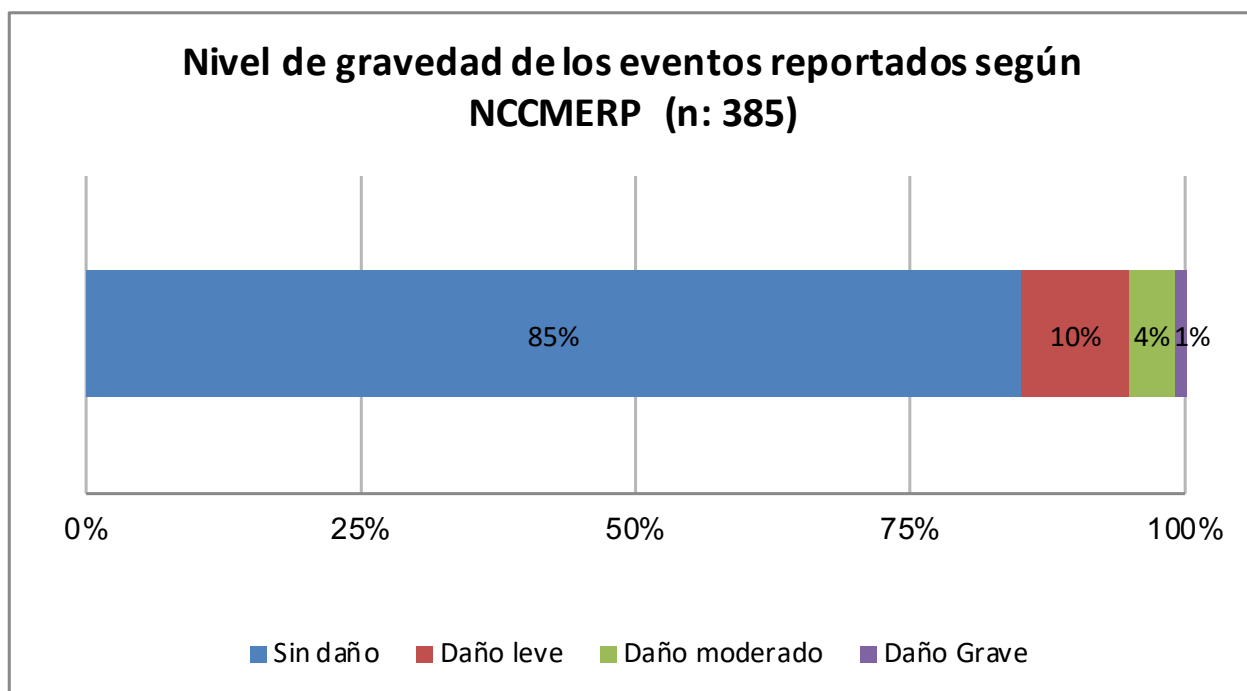
Gráfico 7



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Cabe destacar aquí que la tendencia a lo largo del período descende levemente en el reporte de “llega y no produce daño”, mientras que se observa un leve aumento de los reportes en la categoría “evento adverso”.

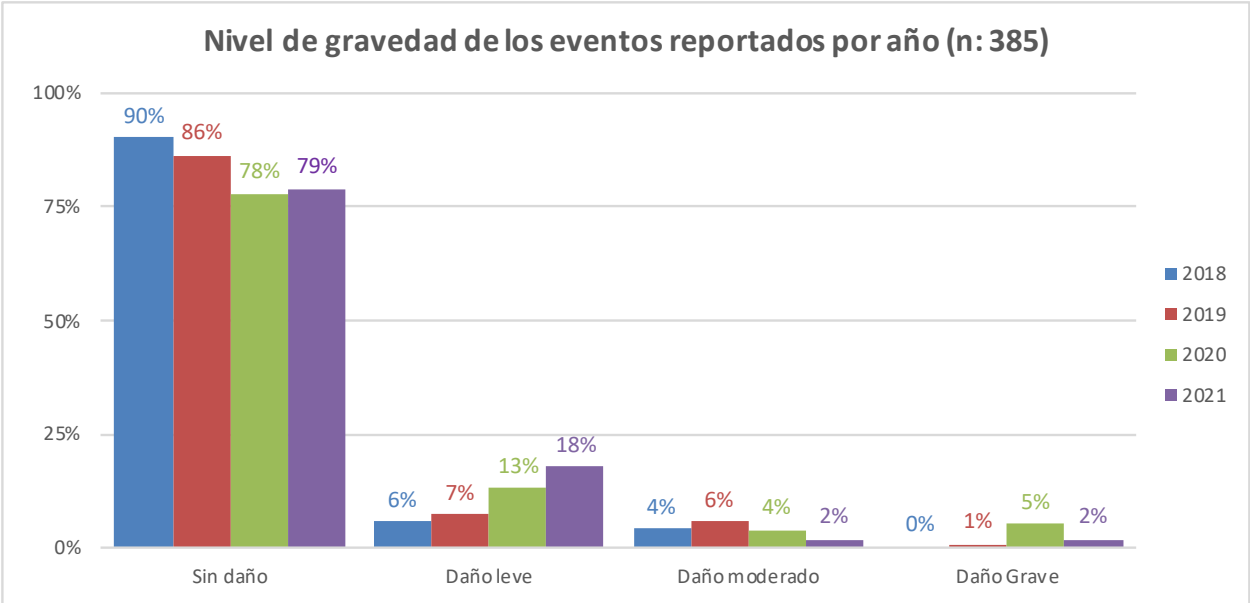
Gráfico 8



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Al considerar la clasificación de EA propuesta por NCCMERP, se observa que la gran mayoría (85%, n =327) corresponde a la categoría “sin daño”, en coincidencia con la clasificación de la OMS.

Gráfico 9



La gravedad de los EA reportados en relación con la administración de medicación fue analizada según la clasificación de la OMS (gráficos 6 y 7) y la de NCC-MERP (gráficos 8 y 9). Ambos arrojan datos y propor-

ciones similares. Lo mismo ocurre con el análisis de la tendencia según el nivel de daño durante el período estudiado.

Discusión y conclusiones

El personal de Enfermería es quien reporta con mayor frecuencia los eventos adversos relacionados con la medicación. Este dato coincide con lo publicado en la literatura y refleja una cultura de seguridad del paciente que permite gestionar los riesgos de forma proactiva, a través de un sistema de reporte de incidentes anónimo y voluntario.

El sistema de reporte de incidentes analiza únicamente los eventos que se reportan en la institución, por lo que podría subestimar aquellos eventos que sucedieron pero no fueron reportados. Por otro lado, aunque un alto porcentaje de los eventos reportados se refieren a la dosis, la velocidad de infusión, la administración de medicación errónea, en su mayoría no produjeron daño al paciente.

Si bien los datos analizados forman parte de una base de datos secundaria, no se detectó faltante de datos ni tampoco incoherencias en ella; cabe mencionar que la

base es anónima y confidencial, y que la clasificación de la gravedad de los incidentes notificados se realiza de acuerdo a escalas con gran consenso como la NCC-MERP y la OMS.

Es destacable que los resultados obtenidos en este estudio son consistentes con la literatura sobre el tema. Asimismo, que el reporte proactivo de incidentes es una herramienta capaz de recoger información sobre los riesgos detectados y reportados en forma voluntaria por los profesionales en una institución de salud. Para que esto suceda es necesario que la cultura de seguridad de la institución promueva el reporte de incidentes, y, sobre esa base, la mejora de la calidad.

Comprender los eventos reportados en una institución es vital para poder monitorear y mejorar los procesos de atención. La participación de Enfermería en los sistemas de reporte de incidentes es un punto clave para lograr ese objetivo.

BIBLIOGRAFÍA

En español:

- Cárcamo AMP, Tourinho FSV, Alves TF. (2019) Factores de riesgo en errores de medicación en un hospital público chileno de alta complejidad. *Texto Contexto Enferm*; 29. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0241>
- Cerianis Cernadas MJ, Bogado L, RolónEspíndola F, Galletti FM. (2019) Reporte voluntario y anónimo de errores de medicación en pacientes hospitalizados en un departamento de pediatría. *Arch. Argent. Peditr.*; 117(6): 592-597. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2019/v117n6a13.pdf>
- Jiménez Muñoz AB, Martínez Mondéjar B, MuiñoMiguez A, Romero Ayuso D, Saiz Ladera Gema M, Criado Álvarez JJ. (2019) Errores de prescripción, transcripción y administración según grupo farmacológico en el ámbito hospitalario. *Rev. Esp. Salud Pública*; 93:e201901004. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100073&lng=es
- Michalek C, Carson Stacy L. (2019) La implementación de la administración de medicamentos con código de barras y las bombas de infusión inteligentes es sólo el comienzo del camino seguro para prevenir los errores de administración. *Farm.Hosp.*; 44(3): 114-121. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432020000300008&lng=es&nrm=iso&tng=es
- Siman Guerra A, Tabares Boas Vilas Drumond TA, De Carvalho AC, De Olivera Fani Amaro M. (2019) Error de medicación: concepciones y conducta del equipo de Enfermería. *Rev.Fund.Care.Online*; 13, pp. 109-116. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/349019371_Medication_error_conceptions_and_behaviors_of_the_nursing_team_members
- Chaves Magna Pessoa, C; Elisângela Teixeira, LF; Fernandes Carvalho, AM; Oliveira, ME; Araújo Rebouças, P. (2018) Evaluación de la preparación y administración de medicamentos orales a niños institucionalizados. *Rev.Bras. Enferm.*; 71(3): 1388-1394. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901388&lng=en
- Bessa Mieiro D, Camargo de Oliveira BE, Pagotti da Fonseca RE, et al. (2017) Estrategias para minimizar los errores de medicación en las unidades de urgencias: una revisión integradora. *Rev. Bras. Enferm.*; 72 (supl.1): 307-314. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30942377/>
- Ocaña V, Domenech Sánchez G, Sánchez C. (2017) Errores en el proceso de medicación de pacientes internados en el hospital público materno infantil de Salta. *Rev. Argent. Salud Pública*; 8(31): 19-26. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-883102>
- Barbagelata Eu, I. (2016) Implementación de estrategias de prevención de errores en el proceso de administración de medicamentos: Un enfoque para Enfermería en cuidados Intensivos. *Rev. Med. Clin. Condes*; 27(5): 594-604. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-implementacion-de-estrategias-de-prevencion-S0716864016300852>
- Da Silva Eveline F, de Faveri F, Lorenzini L. (2014) Errores de medicación en el ejercicio de la Enfermería: una revisión integrativa. *Enferm. Glob.*; 13(34): 330-337. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200016

- Anglès R, Montserrat L, Alerany, C, Garcia, MV. (2013) Sistema de notificación genérico y gestión de incidentes: Implantación y acciones de mejora derivadas para la seguridad del paciente. *Med Clin (Barc)*; 140(7):320-324. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sistema-notificacion-generico-gestion-incidentes-S0025775312008615>
- De Bortoli Cassiani, SH; Monzani, S.; Bauer De Camargo Silva, AE, et al. (2010) Identificación y análisis de los errores de medicación en seis hospitales brasileños. *Cienc. Enferm.*; 16(1): 85-95. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100010

En inglés:

- Farzi K, Toulabi T, Heidarizadeh K, Heydari F. (2019) The Effect of Blended Learning on the Rate of Medication Administration Errors of Nurses in Medical Wards. *Iran. J. Nurs. Midwifery. Res.*; 25(6): 527-532. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33747843/>
- Furini ACA, Nunes AA, Dallora MELV. (2019) Notifications of adverse events: characterization of the events that occurred in a hospital complex. *Rev Gaúcha Enferm.*; 40(esp):e20180317. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ghp6h3SKJMjjwbY96ydy3Yz/?lang=pt>
- Machen S, Jani Y, Turner S, Marshall M, Fulop JN. (2019) The role of organizational and professional cultures in medication safety: a scoping review of the literatura. *Int. J. Qual. Health. Care*; 31(10): 146-157. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31822887/>
- Mekonen EG, Gebrie MH, Jemberie SM. (2019) Magnitude and associated factors of medication administration error among nurses working in Amhara Region Referral Hospitals, Northwest Ethiopia. *Journal of drug assessment*; 9(1):151–158. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/21556660.2020.1841495>
- Waaseth M, Ademi A, FredheimM, Antonsen AM, Brox NMB, Lehnboem EC. (2019) Medication Errors and Safety Culture in a Norwegian Hospital. *Stud Health Technol Inform*; 265: 107-122. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31431585/>
- Bucknall T, Fossum M, Hutchinson MA, Botti M, Considine J, Dunning T, Hughes L, et al. (2017) Nurses' decision-making, practices and perceptions of patient involvement in medication administration in an acute hospital setting. *J. Adv. Nurs.*; 75(6):1316-1327. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30697809/>
- Raban MZ, Westbrook IJ. (2014) Are interventions to reduce interruptions and errors during medication administration effective?: a systematic review. *BMJ Qual.Saf.*; 23(5):414-421. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23980188/>
- Keers RN, Williams SD, Cooke, J, Ashcroft, DM. (2013) Causes of Medication Administration Errors in Hospitals: a Systematic Review of Quantitative and Qualitative Evidence. *Sistemacyc Review*; 36: 1045-1067. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40264-013-0090-2>
- World Health Organization (2009) Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Versión 1.1.
- Bohomol E, Ramos Laís H. (2006) Perceptions About Medication Errors: Analysis of Answers by the Nursing Team. *Rev. LatinoAm Enfermagem*; 14(6): 887-892. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/es_v14n6a09.pdf

¡PUBLICÁ TU ARTÍCULO EN

vea

VISIÓN DE **enfermería** ACTUALIZADA



TU TRABAJO PUEDE SER UN
GRAN APOORTE
PARA OTROS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

LEE LAS BASES Y CONDICIONES
Y ENVÍALO A
ALEJANDRAFUENTE@ADECRA.ORG.AR.

El impacto de la pandemia en la seguridad del paciente

Alicia Bellinvia

ANALISTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
SANATORIO MATER DEI

Necesitamos modelos que piensen
en personas cuidando personas.

Una crisis que impulsa la necesidad de un cambio de paradigma

La irrupción de la pandemia por la infección del virus SARS-COV-2 (COVID-19) supuso un desafío inesperado para muchos sistemas de salud. Desde ese momento, la necesidad de cambiar el paradigma de interacción entre la asistencia sanitaria, la actividad económica y la vida social se ha instalado como un tema prioritario a nivel mundial.

Con el fin de hacer frente a la crisis, los sistemas han tenido que reorganizarse con rapidez y pasar a la ac-

ción de inmediato, lo cual a menudo deja poco tiempo para reflexionar sobre los modos y sobre aquellos aspectos clave, ya no sólo para atender la urgencia, sino para pensar transformaciones significativas que mejoren la calidad de atención y la seguridad del paciente. En lo que respecta a esto último, la pandemia ha generado diversos tipos de incidentes de seguridad, derivados de las distintas situaciones que se presentan en la atención sanitaria. Entre ellos (1):

–**Efectos directos:** aquellos directamente relacionados con la infección por el coronavirus y la asistencia para su tratamiento.

–**Efectos directo–indirectos:** aquellos relacionados con los retrasos o errores diagnósticos de la infección por SARS-CoV-2 (pacientes que inicialmente fueron diagnosticados de otro tipo de infección o enfermedad y recibieron tratamientos bajo dicho error diagnóstico).

–**Efectos indirectos:** aquellos incidentes que alcanzan a quienes, sin estar infectados por coronavirus, han sufrido las consecuencias del colapso sanitario al no poder ser atendidos por otros problemas de salud (infartos de miocardio, ictus, tratamientos oncológicos, cirugías programadas, etcétera).

–**Efectos tardíos:** todos aquellos riesgos y consecuencias derivadas de los tratamientos y acciones asistenciales realizadas durante la pandemia y que, hoy por hoy, son una incógnita pero que van apareciendo poco a poco (eventos tromboembólicos y vasculares, cardiológicos, dermatológicos, neumopatías, neurológicos, etcétera).

Si, en palabras de la OMS, *calidad* es “asegurar que el paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción del paciente” (2), es claro que desde el inicio de la pandemia y hasta nuestros días Argentina cuenta con un sistema de salud con mucho para mejorar. Lo cual, lejos de una meta imposible, debe ser asumido con el máximo compromiso, conociendo la fortaleza que implican la calidad humana y técnica de los profesionales que integran este mismo sistema.

Desafíos pendientes y consecuencias de los errores

Una elevada tasa de errores en la industria de la salud no sólo desprestigia a la institución donde se produce, sino que pone de manifiesto una gravedad social y moral con un efecto desgastante a nivel emocional y físico para todos los actores del sistema, con un importante incremento en los costos, ya sea por prolongación de internaciones, litigios, indemnizaciones y tratamientos adicionales. Es importante hacer notar que, tanto como los costos, la erosión de la confianza en los sistemas es un factor de enorme importancia: el deterioro respecto de la seguridad, en la satisfacción del paciente, son aspectos sumamente difíciles de recuperar (3). Los sistemas de salud además de complejos son inseguros, porque errar es humano. Para garantizar una atención segura es necesario mejorar los métodos operativos, comunicar los procesos, asegurar su correcta interpretación y comprensión, adecuando la infraestructura (equipamiento, insumos, personal adecuado) a las necesidades detectadas para evitar fallas del sistema.

De allí que, entre los factores organizacionales, resulte fundamental contar con la definición de políticas, criterios de gestión y de control o supervisión. La falta de una planificación general adecuada, particularmente en materia de seguridad, redundará en la proliferación

de prestadores con servicios deficientes y el consiguiente incremento de los costos globales.

Por todo ello, se necesitan gestores de la salud profesionales que mejoren la agilidad, eficacia y la eficiencia simplemente haciendo que las cosas sucedan.

Las falencias expuestas por la pandemia deben impulsarnos a avanzar con un mayor sentido de urgencia hacia una cultura generadora, en la cual la seguridad forme parte de la cultura institucional de todas las personas que trabajan en ellas, del primero al último puesto de la jerarquía, compartiendo estrategias transversales comunes, cuyo objetivo debe estar centralizado en algo tan simple y tan sencillo como es el **no hacer daño**.

Los programas de cultura de la seguridad no deben buscar cambiar lo que la organización es, sino que deben ayudar a determinar qué más quiere ser, la manera de diferenciarse y cómo encolumnarse detrás de este nuevo y ambicioso objetivo.

El conjunto de habilidades del personal que debe garantizar la seguridad del paciente y la mejora de la calidad son esenciales para la implementación exitosa de los cambios necesarios para lograr los resultados deseados: la comprensión de la teoría y la complejidad de los sistemas de salud, así como de los factores humanos, la evaluación de fiabilidad y las metodologías de cambio son piezas clave para el éxito de cualquier programa de transformación (4).

Aprendizajes

La pandemia nos dejó un sistema de salud fortalecido, más integrado, lo cual es fundamental para lograr la máxima eficiencia en la atención de los pacientes y la seguridad de cada uno de ellos, con la certeza de que nada es posible sin el trabajo coordinado, en equipo y multidisciplinario (5).

Resulta indispensable que todos los profesionales acompañemos con esfuerzo y compromiso nuestra participación en el cuidado de la salud. Es necesario llevar al plano consciente en la práctica diaria el gravísimo problema que ocasionan los errores en la atención de los pacientes, desde la lesión más sencilla hasta, en ocasiones, la muerte.

Todos y cada uno, desde nuestros respectivos lugares y funciones, debemos aportar nuestra parte para generar un cambio de cultura, motivado desde adentro. De este modo, también, contribuiremos a que las instituciones médicas comprendan que mucho de lo que ocurre es perfectamente evitable: solo es cuestión de hacer foco en generar sistemas más seguros para la prevención de errores.

Esto significa construir un camino infinito hacia el mejoramiento continuo y de manera sostenible en el tiempo. Como todo camino, por largo que sea, comienza por dar un primer pequeño paso.

REFERENCIAS

(1) Fundación FIDISP; SHAM (2020) *Proyecto SEGCOVID*. Barcelona. Disponible en:

<https://fidisp.org/wp-content/uploads/2020/10/PROYECTO-SEG-COVID-DEFINITIVO.pdf>

(2) OMS (1985)

(3) Bustamante Galarza, K.; Castro, M.; Cívico, E.; Méndez, E. (2016) *La seguridad del paciente: una visión global*. Curso Anual de Auditoría Médica del Hospital Alemán. Disponible en:

<https://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/La%20Seguridad%20del%20Paciente,%20una%20visi%C3%B3n%20global%202016.pdf>

(4) VÍTOLO, F. (2021) "Seguridad del paciente: ocho requisitos para avanzar". Biblioteca Virtual NOBLE. Disponible en:

<http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/September2021/Q7hSqZylJ8v58mUlbaNR.pdf>

(5) AAVV (2021) *El futuro después del COVID-19*. Argentina futura, publicación de la Jefatura de Gabinete, dossier coordinado por Alejandro Grimson. Disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_futuro_despues_del_covid-19.pdf



Área do Congressista



**II CONGRESSO
INTERNACIONAL
DA Red ESAM**

HÍBRIDO



II CONGRESSO INTERNACIONAL DA Red ESAM

HÍBRIDO

18 A 20 / AGOSTO / 2022

Campus USP Ribeirão Preto - São Paulo – Brasil

Los derechos de los adultos mayores en el contexto de la pandemia

Cecilia Rossi*

“A veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota en el mar, pero el mar sería menos si le faltara una gota”.
Madre Teresa de Calcuta

Resumen

La pandemia de COVID-19 ha presentado múltiples desafíos para los sistemas de salud a nivel mundial. El carácter excepcional de esta situación ha motivado también medidas excepcionales, que a menudo han tenido efectos negativos sobre la salud de los adultos mayores. En este sentido, la pandemia visibilizó prejuicios todavía vigentes sobre la vejez, que relacionan esta etapa de la vida con la enfermedad, la vulnerabilidad, la fragilidad y el deterioro. Este artículo describe las implicancias negativas del ´edadismo´ y destaca la urgencia de implementar un nuevo paradigma que prevenga la vulneración de los derechos humanos de los adultos mayores.

Palabras clave: adulto mayor, edadismo, derechos humanos, pandemia

Abstract

The COVID-19 pandemic has presented multiple challenges for health systems worldwide. The exceptional nature of this situation has also motivated exceptional measures, which have often had negative effects on the health of older adults. In this sense, the pandemic made visible prejudices still in force about the old age, which relate this stage of life with disease, vulnerability, fragility and deterioration. This article describes the negative implications of ´ageism´ and distinguishes the urgency of implementing a new paradigm that prevents the infringement of the human rights of older adults.

Keywords: older adult, ageism, human rights, pandemic

(*) Licenciada en Enfermería. Investigadora Categ.-III a nivel nacional. Cofundadora RED ESAM INTERNACIONAL. Integrante del GRUPO DE COORDINACION INTERNACIONAL RED ESAM. Coordinadora Nacional RED ESAM ARGENTINA. Integrante del GRUPO COORDINADOR DE RADES. Prof. Senior de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas, UNR.



Introducción

Existen diversos paradigmas para comprender la vejez y el envejecimiento ya que ambos procesos aluden a una realidad multifacética caracterizada no sólo por el paso del tiempo, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales. Aquí nos interesa señalar que es preciso diferenciar los aspectos cronológicos de la definición de vejez de lo que es su construcción social. Ante todo debemos primero preguntarnos a cuál vejez se hace referencia, pues la diversidad que se aprecia en la vejez no es cuestión de azar: en gran medida se debe a diversos determinantes, porque si algo caracteriza a esta condición de la vida a la que llamamos *vejez* es la heterogeneidad.

En 1968, Robert Butler acuñó el término ‘edadismo’, traducido por el médico gerontólogo Leopoldo Salvarazza como ‘viejismo’, para caracterizar el “proceso de elaboración de estereotipos y discriminación sistemática contra las personas mayores”. De manera similar, Carl Honoré (Escocia, 1967) afirma que “vivimos en un mundo marinado del culto a la juventud, en un mundo donde envejecer es una maldición, es ser excluido; debemos dejar de aceptar esto porque nos hace daño a todos: mentimos sobre nuestra edad y hasta a nosotros mismos, y esto nos divide, sobre todo en estos momentos en que necesitamos estar juntos”(1).

Un informe a cargo del Comité Editorial de la OMS se-

ñala que abordar el edadismo es esencial para crear un mundo más igualitario, en el cual se respeten y se protejan la dignidad y los derechos de cada ser humano. Este es uno de los pilares de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el plan detallado acordado a nivel mundial para alcanzar un futuro de paz y prosperidad para todos en un planeta saludable (2). El informe señala, además, que la edad es una de las primeras cosas que observamos en otras personas. El edadismo surge cuando la edad se utiliza para categorizar y dividir a las personas por atributos que ocasionan daño, desventaja o injusticia, y menoscaban la solidaridad intergeneracional.



El edadismo adopta diferentes formas a lo largo del curso de la vida y tiene consecuencias graves, de gran alcance para la salud, el bienestar y los derechos humanos. En el caso de las personas mayores, se asocia con una menor esperanza de vida, una salud física y mental deficiente, una recuperación más lenta de la discapacidad y un mayor deterioro cognitivo. El edadismo reduce su calidad de vida, aumenta su aislamiento social y su soledad (ambos asociados a graves problemas de salud), restringe su capacidad de expresar su sexualidad y puede aumentar el riesgo de sufrir violencia y maltrato (2).

¿Cuál es la imagen del envejecimiento? Los estudios indican que se lo asocia con el deterioro, la pasividad, con una carga social. Esto responde, entre sus causas, al hecho de que la construcción cultural de la vejez la ha enfatizado como una etapa de pérdidas de todo tipo. Esta representación en términos de deterioro se articula con la configuración imaginaria colectiva que cada cultura da al paso del tiempo y a sus efectos en la corporalidad. Entonces se generan ideas, prejuicios y conocimientos de las personas mayores en que los cambios de orden físico y biológico se construyen como pérdidas en la vida social.





¿Qué es ser adulto mayor? El enfoque de DDHH

Definir cómo se es una persona adulta mayor requiere hacerlo desde una visión integral. Nos interesa aquí recuperar el enfoque de los derechos humanos, cuyo objetivo es “fomentar una cultura de la vejez y el envejecimiento, en la cual las personas adultas mayores se consideren y sean consideradas sujetos socialmente activos y en la que el envejecimiento sea vivido como un proceso normal, como parte del ciclo vital” (3).

Para participar activamente en la construcción de esta cultura de la vejez y el envejecimiento es necesario plantear de manera clara cuáles son los conceptos básicos a partir de los cuales se planifica y se actúa. El enfoque de derechos humanos conlleva un cambio paradigmático en este sentido, puesto que promueve el empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad. Esto implica que las personas mayores son sujetos de derecho, no solamente beneficiarios, y que, por lo tanto, disfrutan de ciertas garantías y tienen determinadas responsabilidades respecto de sí mismos, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones.

Este enfoque de la salud ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios (3). Apunta a que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de lograr una mejora progresiva en el acceso y el goce del derecho a la salud por parte de todas las personas.

Principios y normas guía del enfoque basado en los derechos humanos

- **No discriminación:** este principio procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.
- **Disponibilidad:** se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- **Accesibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
- **Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.
- **Calidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.
- **Rendición de cuentas:** los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.
- **Universalidad:** los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos.



Identificar estas relaciones favorece la emancipación de las personas a fin de que puedan reivindicar sus derechos; a su vez, alienta a las instancias normativas y a los prestadores de servicios a que cumplan sus obligaciones en lo concerniente a la creación de sistemas de salud más receptivos.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (aprobada el 15 de junio de 2015 por los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos en el marco de la Asamblea General de la institución) subraya que “la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas” y que estos derechos “incluido el de no verse sometida a discriminación fundada en la edad ni a ningún tipo de violencia, dimanante de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano” (4). Es importante destacar que esta es una de las definiciones más holísticas, pues contempla casi todos los

aspectos de la vida de las personas mayores. De este modo, sirve como mecanismo integrador de los principios y derechos señalados en la serie de instrumentos sobre la materia que se han promulgado a nivel interamericano e internacional.

¿Qué ha ocurrido en la pandemia?

A pesar de que las personas están viviendo más tiempo, esto no significa que lo estén haciendo con salud o tengan sus necesidades satisfechas.

En 2015 la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró al período 2021-2030 la Década del Envejecimiento Saludable, una estrategia para lograr y apoyar las acciones destinadas a construir una sociedad para todas las edades. Esto como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas. Ahora bien, la pandemia de COVID-19 ha afectado de manera desproporcionada a la población de adultos mayores (5):





- ha resaltado las necesidades y las vulnerabilidades que tienen las personas mayores con respecto a su derecho a la salud;
- ha evidenciado las tasas de mortalidad más altas en personas mayores con comorbilidades y con deterioro funcional;
- ha expuesto la fragilidad de los sistemas de salud para apoyar a los adultos mayores y considerar sus necesidades únicas, entre otras.

Según la CEPAL (Comisión Económica para América Latina), la pandemia de COVID-19 ha evidenciado la prevalencia del edadismo en la sociedad en el debate sobre quiénes debían ser examinados y tratados. En ciertas situaciones, a algunas personas se les ha negado o limitado el acceso a los servicios según su edad cronológica. Los límites establecidos, que no toman en cuenta la amplia diversidad de capacidades, condiciones crónicas de salud y circunstancias de las personas mayores, pueden resultar en una violación de los derechos (6).

António Guterres, Secretario General de la ONU, fue muy enfático al manifestar que “Nuestra respuesta al COVID-19 debe respetar los derechos y la dignidad de las personas de edad [...] Como persona de edad que soy, estoy profundamente preocupado por la pandemia a nivel personal, y por sus efectos sobre nuestras comunidades y sociedades” [...] las personas mayores contribuyen de manera inconmensurable a sus familias y comunidades, sacrificando comúnmente su propio bienestar para cuidar a los demás, incluida la ayuda a hijos y nietos” (7).

En efecto, nuestra respuesta al Covid-19 debe ser consciente de todos estos asuntos y debe respetar los derechos y la dignidad de las personas mayores. Ninguna persona, joven o vieja, es prescindible. Aquí es

preciso preguntarnos con total sinceridad: ¿hubo miradas contradictorias y discriminación hacia los adultos mayores en el contexto de la pandemia? Frente a un aumento general de la longevidad, la pandemia vino a amenazar esa posibilidad, a ponerla en riesgo, dado que la mayor cantidad de muertes se registró en ese grupo etario de la población, y en distintos lugares se presentó una disyuntiva acerca de qué hacer con las personas mayores, visibilizando los prejuicios y la discriminación.

Otro elemento a considerar es que, si bien se estableció la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) y se trabaja para un envejecimiento activo y saludable, en tiempos de crisis quedan en evidencia los prejuicios negativos, todavía vigentes, que habían sido calificados en la gerontología por Rober Battler como actitudes “viejistas”.

Si bien uno de los derechos de los adultos mayores es el derecho a la independencia y a la autonomía (reconociendo el derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a desarrollar una vida autónoma e independiente, a elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir) también se evidenció la lucha entre el respeto por la autonomía de las personas mayores, la esfera de libertad para tomar decisiones sobre su vida, su propio cuerpo, su patrimonio versus las decisiones intervencionistas no sólo de parte del Estado sino también en la práctica cotidiana y en los vínculos familiares (8).

En palabras de una estimada colega, Isolina Dabove: “Como sabemos, en la actualidad ser viejo significa formar parte de un segmento humano vulnerable, al que el Derecho califica como ‘sujeto frágil’. Lamentablemente, Argentina no escapa a esta tradición, razón por la cual cabe decir que, en el derecho occidental, ser viejo todavía implica vivir sujeto a una triple situación de debilidad: fáctica, normativa y valorativa” (9).

El rol de Enfermería

De las varias transformaciones que se produjeron en nuestras vidas a raíz de la pandemia, la convivencia fue y es una de las más afectadas. En esto los adultos mayores, que tienen un poco más de experiencia, tuvieron que transitarla y padecerla, el impacto que tuvo en los vínculos, en las percepciones del otro y de sí mismos. El más perjudicado fue el vínculo afectivo,

Enfermería, como profesión centrada en el cuidado humanizado, debe promover y garantizar la protección de los derechos:

- A la igualdad y la no discriminación por razones de edad.
- A la vida y a la dignidad en la vejez.
- A la independencia y a la autonomía.
- A la participación e integración comunitaria.
- A la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia.
- A no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- A la accesibilidad y a la movilidad personal.
- A la salud.
- A dar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud.
- A recibir servicios de cuidado a largo plazo.

para el cual el contacto físico, el beso, el abrazo y la caricia están muy presentes y son responsables de la calidad del mismo.

Cuidar a personas mayores en tiempos de pandemia es un verdadero reto. Y es en este complejo contexto donde los determinantes sociales en salud (DSS) se han manifestado con especial fuerza, configurados por el sistema de salud, de modo que el cuidado debe realizarse de forma creativa, científica, humanizada, ética. La fuerza laboral de Enfermería tiene una larga historia de responder a las necesidades cambiantes de la sociedad. Hemos desarrollado nuestra práctica para abordar los retos de salud pública y garantizar la prestación de cuidados de alta calidad, lo cual ha quedado visibilizado en esta época vivida a nivel mundial.

En la actualidad, se reconoce en todo el mundo que, independientemente de la naturaleza de los retos, seguir centrándose en garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades es fundamental para el desarrollo sostenible.

Enfermería, como disciplina profesional, está cada vez mejor formada y tiene mayor capacidad para conectar con los ciudadanos, con las comunidades, con quienes formulan las políticas y también entre sus miembros. Pero se requiere una nueva generación de innovación y liderazgo. Debemos contar con líderes confiados en sí mismos, bien informados y que comprendan su papel en el desarrollo de una fuerza laboral capaz de superar nuevos retos.

Conclusiones

Los adultos mayores han sufrido discriminación en varios aspectos desde el inicio de la crisis del COVID-19. Como en otros casos, la pandemia visibilizó algo que ya estaba latente: puso de manifiesto las desigualdades estructurales que constituyen las condiciones de vida de una persona mayor, presentes tanto en relación a lo económico (y al empobrecimiento en el que los sistemas previsionales del mundo, no sólo en Argentina, colocan a la persona mayor) como aquellas desigualdades que empobrecen las condiciones de vida general (vinculadas a la falta de acceso a programas, por ejemplo, de alfabetización digital), situaciones de las cuales claramente la mayoría de los adultos mayores han quedado excluidos por razones ajenas a su voluntad en algunos países.

Quedaron en evidencia tanto la necesidad como la falta de políticas públicas de inclusión sostenidas, destinadas a las personas mayores, a lo largo del mundo. En palabras de Carissa Etienne, Directora de la OPS: “La pandemia de la COVID-19 ha enfatizado las necesidades y vulnerabilidades que tienen las personas mayores en lo que respecta a su derecho a la salud [...] Con demasiada frecuencia no escuchamos sus voces y perspectivas cuando se trata de su atención. Las personas mayores tienen el mismo derecho a recibir cuidados que cualquier otra persona. Ninguna vida es más valiosa que otra” (10).

Las transformaciones demográficas y epidemiológicas actuales en la región requieren que cambiemos la forma en que tratamos y respondemos a las necesidades de nuestras personas mayores, especialmente en situación de emergencia. El desafío que implica la pandemia es también la ocasión de plantear un abordaje diferente e intervenciones adecuadas a los adultos mayores, que considere la diversidad de estados funcionales y características de salud de esta población. Este momento puede transformarse en una oportunidad única para asegurar que se apliquen los cambios necesarios para que nuestra sociedad e instituciones

ofrezcan a nuestras poblaciones envejecidas la transformación necesaria en su cuidado a fin de mantener y optimizar una vida más larga y saludable.

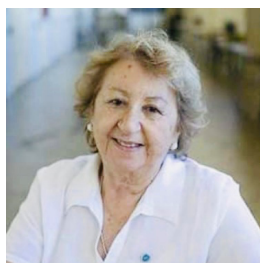
Porque el bienestar de las personas mayores depende del bienestar de sus cuidadores, es preciso movilizar de forma positiva sentimientos y valores como la ternura, la esperanza, la solidaridad, el amor sin recompensa y el amar por amar. No sólo para transitar esta pandemia, sino para comprometernos de una vez con ese cambio de paradigma que nos reclama con urgencia un modo diferente de vincularnos y de habitar el mundo.

REFERENCIAS

- (1) Honore, C. (2021) "Reflections on Ageing and Ageism". Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=L1G1PZEJOLE>
- (2) OPS/ OMS (2021) *Informe mundial sobre el edadismo*. Texto completo en español, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55871>
- (3) OMS (2017) *Salud y derechos humanos*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- (4) OEA (2015) Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Texto completo disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_inter-americanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- (5) OPS (2021) "La COVID-19 y adultos mayores" Disponible en: <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable/covid-19-adultos-mayores>
- (6) CEPAL (2021) "El decenio del envejecimiento saludable (2020-2030) en el contexto de la pandemia de COVID-19: Las pandemias deberán cambiar la manera de ver la edad y el envejecimiento." Disponible en: <https://www.cep.al.org/es/enfoques/decenio-envejecimiento-saludable-2020-2030-contexto-la-pandemia-covid-19-pandemias-deberan>
- (7) Guterres, A. (2020) "Nuestra respuesta al COVID-19 debe respetar los derechos y la dignidad de las personas de edad." Disponible en: <https://www.un.org/es/coronavirus/articulos/respuesta-covid-19-debe-respetar-derechos-dignidad-personas-mayores>
- (8) UBA (2020) "La discriminación y los prejuicios sobre la vejez en el contexto de la pandemia". Disponible en: <https://www.uba.ar/noticia/19941>
- (9) Dabove, M.I. (2008) "La problemática de la vejez en el derecho argentino: razones para la construcción del derecho de la ancianidad." *Estudios Interdisciplinarios sobre el Envejecimiento*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Núcleo de Estudos Interdisciplinares da Terceira Idade, 13(1): 7-26. Disponible en: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/La%20problematica%20de%20la%20Ancianidad.pdf>
- (10) OPS (2020) "Las personas mayores de 60 años han sido las más afectadas por la COVID-19 en las Américas". Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas>

Diálogos de Enfermería

VEA conversó con Lidia Blanco, una colega cuya trayectoria ha sido punta de lanza para orientar el desarrollo futuro de la Enfermería argentina. Hoy es la flamante rectora de la prestigiosa Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco (UNPSJB).



Su trayectoria profesional tiene dos aspectos, uno vinculado a la parte asistencial y otra a la parte formativa.

En cuanto a lo asistencial, se desempeñó como enfermera de terapia intensiva y luego como supervisora en el Hospital Escuela General San Martín, de la ciudad de Corrientes. A principios de los '80, ya en Comodoro Rivadavia, trabajó en los servicios de Cirugía y Terapia Intensiva en el Hospital Regional de esa ciudad y en el Hospital Militar de Comodoro Rivadavia (1982 a 1987).

El vínculo con la formación inicia en el año 1985, invitada por la entonces directora de la Carrera, quien le propone ser auxiliar docente para poder acompañar a los estudiantes en las prácticas hospitalarias.

Con el incremento de la dedicación horaria y de categoría, tomó la decisión de renunciar a la tarea asistencial y dedicarse enteramente a la formación.

Esta situación fue el impulso para buscar propuestas de formación para acceder a un título de grado. Fue así que, gracias a una propuesta curricular que combinaba presencialidad y actividades a distancia, se graduó como Licenciada en Enfermería, en la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE). Durante esta etapa de tuvo la oportunidad de dirigir un proyecto de desarrollo de la Enfermería en la Región Patagónica, en forma conjunta con colegas de la Provincias de Chubut y Río Negro, con financiamiento externo (Fundación WK, KELLOG). Este programa le permitió interactuar con enfermeros de la región patagónica y con líderes de enfermería de Latinoamérica, y del Centro Internacional de Educación a Distancia de la Universidad de Dominguez Hills (Carson, Los Ángeles). Producto de esta interacción fue propuesta como becaria para la formación de posgrado en la Universidad Nacional de Colombia, con sede en Bogotá. Allí finalizó la Maestría en Enfermería con énfasis en cuidados al paciente crónico.

Su carrera como docente universitaria comenzó de auxiliar docente; luego fue jefe de trabajos prácticos; profesora adjunta asociada, y finalmente profesora titular por concurso.

VEA: ¿Qué unidades integran la UNPSJB?

La UNPSJB está integrada por cinco facultades: Ciencias Económicas, Ingeniería, Ciencias Jurídicas, Humanidades y Ciencias Sociales, y la Facultad de Ciencias Naturales y Ciencias de la Salud.

La Universidad cuenta con 4 sedes. La central, que está Comodoro Rivadavia, y las Sedes, en Trelew, Puerto Madryn y Esquel. También cuenta con un Colegio Universitario.

VEA: ¿Imaginé alguna vez que llegaría a ocupar el puesto máximo de la UNPSJB?

En primer término, nunca imaginé ni pensé que podía ejercer la docencia en una universidad, ya que me formé para ser enfermera, para cuidar, sea en hospital o en comunidad, pero no pasó nunca por mi cabeza llegar a ser docente. Es más, cuando me ofrecieron por primera vez venir a la universidad lo pensé una y mil veces, pedí consejos. Recuerdo que el jefe de terapia intensiva

me aconsejó que asumiera ese desafío de ser docente porque tenía cualidades. Fue así que acepté. Durante varios años fui responsable de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Naturales, luego Decana, para después fui electa Vicerrectora, Decana por segundo mandato y ahora cerrando mi carrera, Rectora.

VEA: ¿Cuál fue el procedimiento institucional por el cual fue electa para este cargo?

La elección se realizó en Asamblea Universitaria donde participan con su voto los asambleístas (70 en total) representantes de los claustros docentes, estudiantes, graduados y no docentes, quienes a su vez forman parte de los Consejos Directivos de las distintas unidades académicas.

VEA: ¿Cómo recibieron la noticia sus colegas de enfermería de la universidad?

Sentí que lo tomaron como un logro para la profesión, recibí mucho afecto y acompañamiento de enfermeras y enfermeros argentinos y de Latinoamérica.

VEA: ¿Y cuál fue la reacción del claustro de docentes de la universidad?

En mi Facultad no hubo resistencia, ya que fue esta misma casa quien me estaba apoyando para aceptar la candidatura. Por supuesto, algunas resistencias también había, no expresadas pero percibidas. Es el juego de la democracia: quien cumpliera con los requisitos establecidos en el Estatuto tenía derecho a presentarse.

VEA: Con esta designación, por primera vez en Argentina la rectora de una universidad nacional es de profesión enfermera. ¿Qué reflexión le merece?

Es una responsabilidad muy grande. Además de ser un orgullo profesional y personal, siento que estoy en la vidriera de muchos,

tanto de quienes creyeron en mí siempre –ayudando, conteniendo– y quienes fueron o son más escépticos respecto de cómo se desempeñará uno. Como quien está a prueba permanente, todo cuesta un poquito más, pero no me desanima, todo lo contrario. Sorprende que una enfermera esté en estos espacios, a lo que se le suma el hecho de ser mujer.

VEA: ¿Cuál es su visión sobre la formación de estudiantes universitarios en general y en particular de los aspirantes a la carrera de licenciatura Enfermería en estos tiempos?

Quien elige la carrera de licenciatura en Enfermería lo hace sabiendo que es una profesión netamente humanitaria, donde hay valores y principios irrenunciables que hay que ejercitar porque del otro lado está la vida de un ser humano. Que es una profesión donde la empatía no puede estar ausente nunca; también, que el salario percibido no se ajusta a la complejidad implicada en “cuidar la vida del otro”.

Saben que el reconocimiento social no es el de otras profesiones. Siempre hay que estar recalcando que somos profesionales, y por lo tanto merecemos ser reconocidos como cualquier otra profesión. Pero también saben de la existencia de un componente espiritual que llena el alma al saber que con una mirada, con una sonrisa, con un momento de escucha activa es posible hacer mucho por el otro. Y ese “gracias”, del otro lado no tiene precio: es lo que nos hace sentir que crecemos con el cuidado. Ese crecimiento espiritual nos llena de felicidad a pesar del cansancio que generan tantas horas de trabajo.

VEA: ¿Nos puede comentar algunos de sus objetivos como rectora?

Son varios, pero todos apuntan a garantizar la igualdad educativa a través de la democratización del conocimiento. Es decir, trabajar para garantizar la educación como un derecho, para que sea realmente accesible, y que

Cuando Enfermería se capacita, tiene una firme convicción de su rol profesional y aplica estrategias de gestión cosecha los frutos de su esfuerzo de modo exitoso.

la igualdad de oportunidades sea para todos y todas. Esto implica, por caso, que quienes ingresan permanezcan dentro del sistema y se gradúen. Asimismo, que la igualdad de género permita igualdad de derechos, igualdad de responsabilidades y de oportunidades; para ello es preciso transversalizar las políticas de género y el respeto por los DDHH, de modo de promover el derecho a la diversidad. También, que el desarrollo de la ciencia y la tecnología contribuya a resolver problemáticas locales, regionales y nacionales, y que sumen a las políticas públicas.

VEA: ¿Cuál considera hoy que es el mayor desafío?

Uno de los mayores desafíos es la educación de calidad, pero no definida solo por los contenidos disciplinares sino por una formación ciudadana de los futuros graduados: necesitamos profesionales comprometidos y solidarios con los más vulnerables, con un fuerte compromiso social.

VEA: ¿Cree que este nombramiento puede tener repercusión en el futuro para el acceso de enfermeros a otros cargos similares?

Este nombramiento deja la puerta abierta para que los profesionales de Enfermería consideren que la profesión elegida tiene muchos campos de acción, que son oportunidades que hay que capitalizar y trabajar para que muchos más puedan estar en cargos de conducción, no solo en la universidad sino en otros espacios, porque son profesionales con una formación integral.

VEA: Desde la posición en que se encuentra, ¿ve posible contribuir a la iniciativa que promueve la formación del Colegio de Enfermería en la República Argentina?

En Argentina tenemos la Federación Argentina de Enfermería (FAE) y la Asociación de Escuelas Universitarias de la República Argentina (AEUERA). Desde mi lugar siempre estoy a disposición para sumarme al trabajo colectivo que se proponga.

Actualmente formo parte de la Comisión Asesora de Enfermería del Ministerio de Salud de la Nación.

VEA: ¿Considera que ha habido una reconversión del rol de Enfermería a raíz de la pandemia?

La pandemia, que ha sido una experiencia traumática para todo el mundo, fue un hecho que le otorgó a Enfermería una visibilidad que hace mucho tiempo reclama. Es muy pronto decir que esto ya se ve reflejado en los planes de estudios porque nuestro currículo es integral y abarca la promoción y prevención, el diagnóstico temprano, la cura o el cuidado y la rehabilitación, o sea que está preparada para actuar en cualquiera de los ámbitos. Lo que esperamos es que, a partir de esta pandemia y de los aplausos que recibieron los colegas, la sociedad y sus gobernantes no se olviden que hay una deuda pendiente para con los enfermeros y las enfermeras de todo el país, en relación a las condiciones laborales, a las posibilidades de mayor formación, a una mejor retribución y a contar con planes de cuidado para quienes cuidan

VEA: ¿Qué mensaje desearía transmitir a los estudiantes de Enfermería?

Que fortalezcan sus competencias y su formación, para poder alcanzar las metas propuestas y los mayores logros profesionales. Para ello es necesario trabajar con responsabilidad, asumir desafíos, creer en uno mismo y sus potencialidades, conocer y reconocer sus debilidades y sus límites. Saber pedir ayuda y saber trabajar en equipo. Estar actualizados, sí, que es tan importante como ser solidarios y ser coherentes con sus principios. Que defiendan esta profesión, siempre, marcando su esencia, que es el CUIDADO.

Aspiración de secreciones por sistema cerrado de aspiración

Romina Farfan

JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICA ADVENTISTA BELGRANO

Definición

Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) que precisan ventilación mecánica invasiva (VMI) aumentan la producción de secreciones bronquiales porque pierden la capacidad de toser, con lo cual las secreciones tienden a acumularse y obstruir la vía aérea; esto conlleva el riesgo de provocar atelectasias y neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVMI). La aspiración endotraqueal es un procedimiento invasivo para eliminarla, que mejora la permeabilidad y oxigenación.

Existen dos métodos: el sistema de aspiración abierto (SAA), que precisa desconectar del ventilador, y el sistema de aspiración cerrado (SAC), sin desconexión. La evidencia científica demuestra que los SAC producen una mejoría en el llenado capilar, mantienen permeable la vía aérea y conservan estable el volumen pulmonar. Como consecuencia, el colapso alveolar es menor que con los sistemas abiertos, ya que permiten una inflación pulmonar espontánea y el flujo continuo de oxígeno, manteniendo así una adecuada saturación de oxígeno.

No obstante, esta práctica debe evitarse en situaciones de hipertensión arterial sistémica severa, arritmias cardíacas por hipoxemia, hipertensión intracraneana.

Valoración clínica de la necesidad de aspiración

Debe basarse en la evaluación de los signos clínicos del paciente y no en el cumplimiento de una norma. Dado que no está exenta de ciertos riesgos, no debe aspirarse al paciente cuando esto sea innecesario. Para determinar la necesidad de realizar este procedimiento, en forma previa se debe hacer una valoración en busca de los siguientes indicadores:

- Curvas gráficas con patrón de diente de sierra.
- Aumento de la presión inspiratoria máxima durante la VM controlada por volumen o disminución de volumen de ventilación pulmonar si es controlada por presión.
- Deterioro de la saturación de oxígeno y/o valores de gases sanguíneos arteriales.
- Secreciones visibles en el TET.
- Sonidos respiratorios tubulares, gorgoteantes, crepitantes a la auscultación.
- Aumento de presión pico.
- Caída del volumen minuto.
- Agitación o inquietud del paciente
- La necesidad de obtener una muestra de esputo.

Objetivos

- Mantener la permeabilidad de la vía aérea.
- Facilitar la eliminación de secreciones.
- Prevenir la atelectasia.
- Prevenir infección respiratoria.

Roles y responsabilidades

La valoración del paciente ventilado y la determinación de la necesidad de realizar aspiración de secreciones son responsabilidades de todo el equipo de salud (enfermeros, médicos y kinesiólogos).

Consideraciones generales

En el caso de los pacientes infectados con COVID-19 debe tenerse en cuenta que el virus se transmite por gotas procedentes de la vía respiratoria. Por ello, se debe reducir al máximo la generación de aerosoles. Si el paciente se encuentra en tratamiento con ventilación mecánica, es recomendable que la aspiración de secreciones se haga con sistemas cerrados ya que así se reduce la exposición de los profesionales y disminuye la posibilidad de contagio.

Equipo y materiales

- Aspirador de secreciones (por panel de gases o motor portátil)
- Recipiente para la recolección de secreciones
- Ventilador mecánico conectado al paciente con las tubuladuras con sistema de aspiración cerrado colocado
- Tubo conector
- Estetoscopio
- Resucitador manual con reservorio
- Tubo de mayo
- Guantes no estériles
- Gasas estériles
- Solución de lavado: agua estéril o suero fisiológico estéril
- Jeringa de 20 cc
- Antiparras (sólo por el riesgo de desconexión de la VM)
- Barbijo (sólo por el riesgo de desconexión de la VM)

Procedimiento

El sistema de circuito cerrado consta de un dispositivo en “Y” que reemplaza al adaptador del tubo endotraqueal. Éste se conecta por una de las entradas al circuito del respirador y por la otra en paralelo, se inserta un dispositivo con una sonda de aspiración que permanece estéril dentro de una cobertura plástica flexible. En la parte distal del catéter hay una ventana por donde se visualizan las secreciones aspiradas y una válvula de control de aspiración que se conecta a la presión negativa. Este formato permite la aspiración de secreciones del paciente sin la necesidad de desconectar el tubo endotraqueal (TET) del respirador.

1. Realizar lavado de manos con solución jabonosa y luego colocarse alcohol en gel.
2. Preparar el material.
3. Preservar la intimidad del paciente.
4. Informar al paciente del procedimiento a realizar (así como de las sensaciones que va a tener durante el mismo), en el caso de que no esté con sedación y analgesia.
5. Solicitar la colaboración del paciente. Si en ese momento la familia se encuentra en la UCI, explicarle el procedimiento a realizar y pedirle que se retire de la habitación.
6. Verificar el funcionamiento del manómetro de aspiración del panel de gases o del motor del aspirador portátil. Comprobar su correcto funcionamiento. Debe tener un reservorio.
7. Antes de realizar la aspiración de secreciones bronquiales es preferible realizar una aspiración del lago faríngeo con una sonda K32.
8. Encender el motor del aspirador portátil o abrir la perilla del aspirador del panel de gases.
9. Colocar al paciente en la posición semi-fowler.
10. Pre-oxigenar al paciente aumentando la FIO₂ al 100% o, si el ventilador dispone de la misma, poner en modalidad aspiración de secreciones antes de comenzar el procedimiento. Una vez finalizado y verificada la saturación, restaurar los valores de FIO₂ a los previos a realizar el procedimiento.
11. Colocarse barbijo, guantes no estériles y antiparras si cree que hay riesgos de salpicaduras.
12. En caso de secreciones secas y tapones mucosos, instilar suero fisiológico 0,9% a través del puerto que

tiene el sistema cerrado de aspiración para tal fin.

13. El catéter está numerado y marcado con distintos colores que facilitan la medición. Antes de introducirlo en el TET se debe introducir la sonda sin aspiración a través de la camisa, unos 35 cm para pacientes con TET y 10 cm para traqueostomías.
14. Retirar aspirando. Esta maniobra no debe exceder los diez (10) segundos.
15. Limpiar la sonda fuera del paciente, inyectando agua o suero fisiológico estéril por el puerto proximal y aspirando al mismo tiempo, para que el líquido vaya al reservorio del aspirador.
16. Repetir las aspiraciones las veces que sea necesario.
17. Desechar descartables si se utilizaron.
18. Dejar descansar al paciente entre aspiración y aspiración.
19. Animar al paciente para que respire profundamente y realice el procedimiento de tos asistida.
20. Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada.
21. Recoger el material.
22. Retirarse equipo de protección.
23. Realizar lavado de manos y colocarse alcohol en gel.
24. Registrar el procedimiento: motivo, hora, incidencias, características de las secreciones y la respuesta del paciente.

Intervención de Enfermería

Enfermería se caracteriza por la observación minuciosa de sus pacientes para poder valorar respuestas humanas y actuar en función a ellas. De allí que el cuidado profesional sea el punto de partida de la ciencia del cuidado.

La enfermera debe saber qué hace, por qué lo hace, para qué lo hace, cómo lo hace y cuándo lo hace; esto es lo que caracteriza un cuidado profesional, ya que el mismo se basa en el conocimiento científico, técnico y disciplinar, a fin de lograr un cuidado de calidad.

La enfermera debe saber realizar la técnica invasiva, cómo disminuir los efectos adversos que se producen –acentuados por la situación basal del paciente– y cómo prevenir posibles complicaciones.

Recomendaciones

- Aspirar sólo en los casos en que sea estrictamente necesario.
- Procurar que el procedimiento dure el mínimo tiempo posible; menos de diez (10) segundos.
- La pre-oxigenación debe ser considerada si el paciente tiene una reducción clínicamente importante en la saturación de oxígeno con la aspiración.
- Tras la aspiración se puede hiperoxigenar de igual forma durante al menos un (1) minuto, especialmente en pacientes que presentan hipoxemia antes y/o durante la aspiración, no en forma rutinaria.
- Mantener el aspirador con la mínima presión efectiva.
- Dejar transcurrir al menos un (1) minuto entre cada aspiración para permitir la ventilación y oxigenación.
- Evitar realizar esta técnica después de las comidas del paciente; en el caso de tener alimentación enteral continua suspender la alimentación durante el procedimiento.
- Valorar al paciente para determinar la necesidad de una nueva aspiración o la aparición de complicaciones.
- Dejar la unidad en condiciones.



Finalización

- Una vez retirada la sonda, acoplar la jeringa de 20ml, cargada con solución salina estéril, al orificio de irrigación y aspirar presionando la válvula de aspiración para su limpieza.
- Verificar que el paciente ya no tenga secreciones, respire mejor y que la saturación de oxígeno esté dentro de parámetros aceptables (94-100%).
- Completada la totalidad del procedimiento, se debe desechar los guantes y realizar lavado de manos.
- No olvidar desechar los residuos que quedan en el frasco recolector después del procedimiento.
- Colocar la etiqueta identificativa para señalar cuándo se debe cambiar el sistema. Dicho sistema tiene una duración de 24 horas luego de su conexión.

Proceso de atención de Enfermería (PAE)

En el marco de la metodología científica enfermera, esta técnica corresponde a:

- Tipo de intervención: ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AEREAS (3160)
- Objetivos del cuidado: ESTADO RESPIRATORIO: PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS (410) y CONTROL DE LA ASPIRACIÓN (1918)
- Diagnóstico Real de Enfermería (taxonomía NANDA): LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AEREAS (00031) RELACIONADO CON VÍA AEREA ARTIFICIAL MANIFESTADO POR AUSENCIA O INEFECTIVIDAD DE LA TOS.

BIBLIOGRAFÍA

- Ganto Yarasca, R. (2017) "Eficacia de un sistema de aspiración cerrado comparado con el sistema de aspiración abierto en los cambios hemodinámicos de pacientes con ventilación mecánica trabajo académico". Lima: Universidad Nóbort Wiener. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1288>
- Grasa Pequerul, E. (2020) "Manejo de sistemas de aspiración cerrada en pacientes COVID-19 ingresados en unidades de Cuidados Intensivos." *Revista Ocronos*, 3(2).
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J.M., et al. (2007) "Interrelaciones NANDA, NOC y NIC". En: *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2° edición. Madrid: Elsevier.
- Valderas Castilla, D. et al. (2004) "Repercusión sobre parámetros respiratorios y hemodinámicos con un sistema cerrado de aspiración de secreciones." *Enfermería Intensiva* 15(1):3-10.

Vagabundo

Walter Piceda

JEFE DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA SANTA ISABEL



Detener algún punto en el Universo...

¿El asombro en ese viaje al paisaje rocoso que se traduce en espasmódico recuerdo de las majestuosas cumbres que bordean el camino serpenteante? ¿O la primera vez que escuchó *Baby, please don't go*, la voz ronca del ya por entonces legendario Muddy Waters emerger de esa vieja rocola del localcito de encuentros juveniles? Quizás, no lo sabe. Aunque sí está seguro de ciertas cosas: que nunca le atrajo visitar soleadas playas, ni grandes ciudades; de que le gusta el blues, pues aprecia esa música que hace gala de una rara mezcla de masoquismo y nostalgia.



La misteriosa dinámica mental conjuga y corporaliza esa travesía de los años de juventud, de responsabilidad marcada sólo por la búsqueda de diversión y de una curiosa mirada sobre la vida.

Momentos en los que pretendió, bajo esa ilusión urdida en una versión vernácula y desteñida del setentoso *flower power* norteamericano, que llegaría el día en que en el mundo ya no hubiera banderas, ni fronteras, donde sólo habría luz, armonía, compasión. Anhelaba para sí un don: darle la mano a todo aquel que se cayera, hacer feliz a alguien... Él lo sería con sólo poder lograrlo. Imaginaba un futuro brillante, fructífero, lleno de vibraciones para sí.

Pero la adicción y la miseria no saben andar de buenas cuando se juntan. Desde este peldaño derrapan a diario sus sueños.

Ya es de noche. La calle se puebla de diálogos, algunos menos inteligibles que otros, en diferentes acentos latinoamericanos. Floresta es la Babel hispana. Allí, el cielo es el techo de su cuarto.

El tiempo lo había obsesionado desde siempre. Le fascinaba poder descubrir cómo era posible que se pudieran pensar años enteros de vivencias en apenas unos minutos.

Otra vez, la mente y sus enigmas maravillosos.

Los años que siguieron fueron más acogedores con él que la actualidad. Después de todo, dormía bajo un mismo techo todos los días y le alcanzaban comida.

Hoy, en cambio, el temor certero de no encontrar bocado cuando se comienza a sentir la necesidad de comer, o de una cama verdadera cuando hay sueño, lo devuelven con violencia al presente.

Su incredulidad, obstinada y omnímoda, ha encarcelado todo vestigio de esperanza, privándolo de la posibilidad de emerger. Sin nada que poseer, nada en qué creer; hay un callejón sin salida asomando en este punto de inflexión.

Rememora una historia que conoció en años más venturosos: la de esos dos grandes campeones de box que, teniendo una relación de amistad que casi los hermanaba, se enfrentaron a tal punto que uno se fue a la tumba odiando al otro. Parangona su propia historia y se reprocha haber bajado la guardia. De todos

modos —apelando nuevamente al símil—, siente que el destino lo ha golpeado bajo la línea del cinturón.

No supo pensar en algo que no arruinara su vida en ese momento.

Todo hubiera sido muy distinto de no haberse quedado en esa esquina. Pero no podía decirle que no a su amigo, su casi hermano. Todo hubiera sido muy distinto si el hombre que esperaba por su amigo no le hubiera comentado aquello sobre la mujer que amaba. Después de todo, ¿para qué le había dicho lo que le dijo? Tal vez para que pasara lo que pasó: que él no midiera la emoción que lo habitaba y la ceguera que lo empujaba a la desgracia...

Al retornar por fin la conciencia, dándose de bruces con la realidad, comprende que el hombre que está caído frente a él no se va a levantar.

Aprendió entonces que hasta las personas más brillantes pueden ser pésimos timoneles de su destino cuando las aguas de la estupidez lo hacen irse a pique al son de impulsos indomables.

“Hazlo por mí”, había escuchado decir al amigo, olvidando que también habían acordado que “las acciones siempre tienen consecuencias”.

“Hazlo porque me lo debes”, resonó en sus oídos y en su corazón, al punto de hacerlo sentir obligado. Apeló a esa amistad, que casi los había hermanado, para acceder a ese favor. Se descuidó y creyó que así le estaba agradando a alguien, sin que existieran otras intenciones.

“No te queda opción”, se dijo entonces. “Siempre hay opciones”, se dice ahora

Quizá los libros de esa estantería construida para él por su padre hubieran sido testigos de febriles horas de preparación de evaluaciones en la universidad, en lugar de acabar como donación a la biblioteca barrial cuando la inmensa tristeza inicial de sus progenitores se vio trocada en decepción..

Pero todavía conserva la costumbre leer. Los transeúntes del barrio ya lo conocen y le llevan alguna lectura para que se entretenga. Lo hacen con gusto. Él responde siempre con gentil agradecimiento (modales complacientes, cuando saluda a cada peatón que pasa por la vereda en la que apoya ese colchón que le regaló el portero del edificio de la cuadra del garaje).

El tiempo en cautiverio no ha limado sus ademanes de distinción y respeto por los demás. Después de todo, siempre soñó con vivir en una humanidad sin barreras. “No temas lo que estás por sufrir. Sé fiel hasta la muerte y yo te daré la corona de la vida”, lee en esa desgredada Biblia que le acercó el párroco. Piensa en que ya dejó de temer por el sufrimiento que se torna constante: ha incorporado a su sendero diario el padecimiento.

Quizás la corona de la vida no forma parte de lo que cree que merece. Piensa en ello y vuelve a chocar con ese escepticismo que le bloquea alivios, aunque sea pasajeros. Este dolor forma parte de sus aprecio: después de todo, será su más fiel compañero por el resto de su existencia.

La donación de órganos: a propósito de una discusión pendiente

Gladys Elizabeth García*
Patricia del Valle Montoya**



El 30 de mayo
es el día nacional
de la donación
de órganos

Introducción: ¿qué sabemos sobre la donación de órganos?

La donación de órganos es un acto social individual, se realiza desde la intimidad del individuo y se expresa por y mediante la colectividad. En tanto social, vincula a sujetos abstractos y ejerce un compromiso moral que obliga a la reciprocidad (1).

El trasplante, definido por la OMS como la operación de sustituir un órgano o tejido enfermo por otro que funcione adecuadamente, constituye hoy en día una técnica médica muy desarrollada que logra magníficos resultados para los receptores. No obstante, necesita obligatoriamente la existencia de donantes.

Según datos oficiales (2), en lo que va del año¹, en Argentina

- 7366 personas necesitan un trasplante para salvar su vida
- 304 personas donaron sus órganos
- se realizaron 674 de trasplantes
- la cantidad de donantes es de 6.58 por cada millón de habitantes

Desde el inicio de la pandemia, se realizaron 1028 trasplantes a pacientes que se encontraban en lista de espera y 598 recibieron un trasplante de córnea.

¹ Año 2022, al momento de publicarse el presente artículo.

* Licenciada en Enfermería; ha realizado un posgrado en Gestión de Jefaturas en áreas de Enfermería. Actualmente cursa el segundo año de la Maestría en cicatrización de heridas de la UAI. Es miembro de la comisión de Enfermería de la AIACH y Supervisora de Enfermería Clínica Santa Isabel (grupo Omint).

** Licenciada en Enfermería. Ha cursado un posgrado en Gestión de Jefatura en áreas de Enfermería. Se desempeña como enfermera asistencial en Internación General, UTI / UCO.

La realización de estos trasplantes fue posible gracias a 593 procesos de donación de órganos y tejidos concretados en todo el país.

Como sociedad, todavía tenemos mucho de qué hablar y que aprender acerca del desapego, de abrirnos a una forma pensar que considera que donar es permitir que parte de nuestro ser querido pueda dar vida a otras personas. Es una delgada línea, todavía, la que separa lo que “está bien” y lo que “está mal” de la donación de órganos. Dicho de otro modo, entre el respeto a la voluntad manifestada en vida de la persona y la de los familiares cuando son quienes tienen que tomar la decisión de donar o no los órganos de un ser querido.

De allí la necesidad, como profesionales y como miembros de la sociedad, de que seamos capaces de asumir la responsabilidad de informarnos e informar, de

concientizar acerca de una acción que no es sino otra forma de dar vida, después de la muerte, aunque todavía nos cueste mirar de frente esta verdad.

Marco legal para la donación. Rol del INCUCAI

Existen en nuestro país leyes nacionales que regulan las condiciones y tipos de trasplante, así como la protección integral de las personas trasplantadas. Se trata de la ley 26.928 (3) y la ley 27447 (4), también conocida como “Ley Justina”. Ésta última establece que toda persona capaz mayor de 18 años es posible donante de órganos salvo que haya dejado constancia expresa de lo contrario. Es por ello que, antes de realizar la ablación, los médicos deben corroborar si el donante dejó en vida constancia de su negativa a hacerlo.

Los lugares habilitados para manifestar la voluntad negativa o afirmativa de donar órganos y tejidos son:

- el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)
- el Registro Nacional de las Personas (RENAPER).
- los Registros del Estado Civil y Capacidad de las Personas.
- las autoridades sanitarias jurisdiccionales, a través de los organismos provinciales y de los establecimientos asistenciales públicos, privados, o de la seguridad social habilitados a tal fin
- el Correo Oficial de la República Argentina Sociedad Anónima.
- el perfil digital del ciudadano (“Mi Argentina” o), o aquel que en un futuro lo modifique o reemplace
- los canales y servicios definidos en la Plataforma Digital del Sector Público Nacional (5)

El procedimiento institucional consiste en comunicar al INCUCAI que hay un posible donante. Corresponde a este organismo:

- constatar el fallecimiento de la persona a través de criterios neurológicos
- certificar el fallecimiento
- mantener la oxigenación de los órganos
- realizar exámenes de laboratorio para determinar qué órganos son viables
- constatar que se trata de un mayor de edad y que ha manifestado su voluntad de donar

- en el caso de menores de 18 años, la conformidad debe ser efectuada por ambos progenitores
- la búsqueda de receptores
- la asignación y ablación
- el traslado de órganos y tejidos

Los prerequisites para ablación son:

- Aceptable estado hemodinámico: tensión arterial sistólica de 90 mmHg o mayor; tensión arterial media de 60 mmHg o mayor
- Idealmente, temperatura corporal igual o mayor a 36.5°C

- Monitorización electro cardiográfica
- Monitorización de saturación de oxígeno
- Disponibilidad para medir gases en sangre (con vía arterial accesible)
- Gases basales:
 - PaO_2 : 100 mmHg o más; o superior a 200 mmHg luego de la fase de pre-oxigenación
 - PaCO_2 : 40 mmHg o más; esto se obtiene en general, luego de la fase de pre-oxigenación, con reducción del volumen minuto respiratorio previo del paciente, o bien utilizando para esta etapa de pre-oxigenación una mezcla de 95% de O_2 con 5% de CO_2

Prácticas de trasplante reconocidas por el INCUCAI:

- trasplante de corazón, vasos, estructuras valvulares y otros tejidos cardiacos
- trasplante de pulmón
- trasplante de hígado
- trasplante de páncreas
- trasplante de intestino
- trasplante de riñón y uréter
- trasplante de tejido del sistema osteoarticular y musculoesquelético
- trasplante de piel
- trasplante de córneas y esclera
- trasplante de tejidos del sistema nervioso periférico
- trasplante de membrana amniótica
- trasplante de células progenitoras hematopoyética

Órganos y tejidos que se pueden donar en vida:

- riñón, uréter
- piel
- elementos del sistema osteoarticular
- córnea (en caso de enucleación del tumor y otra causa, si la córnea está en condiciones de ser injertada a otra persona)
- células progenitoras hematopoyéticas
- pulmón
- hígado
- válvulas cardíacas de explante de corazón a receptores de trasplante cardíaco (6)

En el marco normativo de la mencionada Ley Nacional 27.447, se ha establecido un **Protocolo nacional para la determinación del cese irreversible de las funciones encefálicas** (7), el cual especifica los procedimientos y requisitos que deben cumplirse en el caso de pacientes con funciones cardiorrespiratorias sostenidas por vías artificiales para certificar el fallecimiento tras

la confirmación del cese irreversible de las funciones encefálicas (muerte encefálica, ME).

El protocolo establece que “En todos los casos se deberá comenzar la evaluación una vez que el paciente se encuentre estable y se hayan completado las medidas terapéuticas”.

A continuación presentamos una síntesis de las condiciones a cumplimentar:

1) Que la lesión que produce el coma sea conocida y esté debidamente documentada, ya sea por evidencia clínica o por imagen, y que a juicio médico tenga magnitud suficiente para producir el daño encefálico total e irreversible. En los casos en que la causa de muerte no quede clara o no esté debidamente documentada, se deberá proceder de acuerdo a lo establecido** en “Situaciones especiales”.

2) Que haya transcurrido un tiempo de evolución adecuado desde el inicio del coma apneico que permita el cumplimiento de los requisitos indicados en los ítems siguientes, a fin de asegurar que los signos encontrados en la evaluación (coma, ausencia de reflejos de tronco y requerimiento de asistencia respiratoria mecánica) no sean mediados por causas reversibles.

a. En el caso de lesiones estructurales primarias la duración del tiempo de espera mínimo no requiere ser especificado.

b. En caso de daño secundario encefálico difuso, se requieren los siguientes tiempos de espera antes de iniciar los procedimientos para diagnóstico de ME:

- en neonatos de 37 (treinta y siete) semanas de gestación y niños hasta cumplir 2 (dos) años: 24 (veinticuatro) horas.
- a partir de los 2 (dos) años de edad: 12 (doce) horas.

3) Verificar la ausencia del efecto de drogas bloqueantes neuromusculares y/o del efecto de drogas depresoras del sistema nervioso central en niveles tóxicos. Véase al respecto el apartado “Situaciones Especiales: Paciente bajo efecto de drogas depresoras del sistema nervioso central” de este protocolo.

4) Que la temperatura corporal central a partir de los 2 (dos) años de edad sea igual o superior a los 32°C y en niños de hasta 24 (veinticuatro) meses, igual o superior a 35°C. No obstante, con el fin de mantener la estabilidad clínica durante la exploración, se recomienda una temperatura corporal igual o superior a 35°C en todos los casos.

5) Descartar la presencia de severos disturbios metabólicos o endócrinos. En el caso de que estos trastornos hubieren sido los causantes del coma, para certificar la muerte se procederá acorde al punto V.6 de este protocolo (véase “Situaciones especiales”).

6) Se requiere una tensión arterial sistólica igual o superior a 90 (noventa) mmHg, o una tensión arterial media igual o superior a 60 (sesenta) mmHg en adultos, así como valores equivalentes, de acuerdo a los percentilos correspondientes en edad pediátrica.

El **test de apnea** constituye una importante prueba para evaluar la función del tronco encefálico, cuyo objetivo es asegurar la presencia de apnea irreversible. Es por ello que, salvo que estuviera contraindicada, dicha prueba debe ser realizada obligatoriamente para realizar el diagnóstico de ME. Cuando ello no sea posible, deberá procederse según lo descrito en la sección “Situaciones especiales: Imposibilidad de realizar el test de apnea”.

El protocolo establece que debe constatar la ausencia de movimientos respiratorios en pacientes no intoxicados, ni bajo el efecto de drogas bloqueantes neuromusculares, cuando el nivel de PaCO₂ alcance o supere el umbral de estimulación del centro respiratorio bulbar. Esto se consigue con seguridad cuando la PaCO₂ alcanza o supera los 60 mmHg y cuando supera los 20 mmHg de diferencia en relación al valor basal.

Caso clínico

El 17 de febrero de 2022, un sujeto masculino de 21 años de edad, víctima de accidente de tránsito, ingresa a una institución privada derivado de un hospital público.

GLASGOW 7/15

Sedación

Vasopresores

ARM

TAC

El diagnóstico es TEC grave, Marshal III:

- fracturas maxilofaciales
- contusión pulmonar bilateral

** Remitirse al documento original, citado en la bibliografía.

- hemorragia cerebral, sangre en ambos ventrículos
- hemorragia en tronco encefálico.
- intubación orotraqueal con asistencia ventilatoria mecánica
- sedo analgesia
-

–El paciente presenta aparente ME irreversible, lo cual es compatible con las condiciones para ser donante de órganos.

–Luego de realizar estudios pertinentes para declarar al paciente con ME (7) se detecta actividad cerebral y unos registros febriles. Se comunica con el organismo de control del INCUCAI, el cual desestima la ablación.

–Actualmente el paciente se encuentra en una unidad de cuidados continuos con daño cerebral grave, registros febriles a repetición, traqueostomizado, con asistencia ventilatoria mecánica, botón gástrico con alimentación enteral y sonda vesical. Los cuidados de Enfermería abarcan:

- control de temperatura ($> 35^{\circ}\text{C}$)
- control de TAM ($> 60\text{ mmHg}$)
- cuidados de la piel
- oclusión ocular
- cuidados relacionados con la prevención de infecciones asociadas a dispositivos
- empatizar con el entorno
- cuidados según creencias religiosas

Además, cuenta con asistencia kinesiológica motora y respiratoria; está acompañado por sus padres en todo momento.

Conclusión

La falta de información y de difusión suficiente tanto en las instituciones de salud como para el público general con respecto a la donación de órganos nos llevó a presentar este tema y el caso clínico, pues nos dimos cuenta de que existen muchos aspectos a considerar –desde el marco legal, el plano ético, los protocolos específicos– que en la práctica diaria no solemos tener en cuenta, ya sea por esa falta de información o

porque en la propia dinámica de nuestro quehacer cotidiano, habitual, no constituye un aspecto a considerar. Hasta que se presenta un caso clínico que nos plantea interrogantes, dudas desde lo profesional, e incluso desde la empatía con el individuo o con la familia, porque si bien hay pautas, requisitos, obligaciones con respecto a la donación, también hay criterios previos para manifestar y dejar constar la voluntad personal de hacerlo o no.

En Argentina se considera donante a toda persona mayor de 18 años que haya manifestado su voluntad afirmativa o que no haya dejado constancia expresa de su oposición. Como profesionales de la salud, tenemos la obligación de hablar sobre este tema, de aportar información oportuna y confiable para concientizar sobre el hecho de que donar órganos es salvar vidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Vélez Vélez, E. (2007) "Donación de órganos, una perspectiva antropológica." *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*; 10(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752007000300004
- (2) Portal del Ministerio de Salud de la Nación, INCUCAI. <https://www.argentina.gob.ar/salud/donarorganos>
- (3) Ley 26.928 de Protección Integral para Personas Trasplantadas. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/proteccion-integral-para-personas-trasplantadas>
- (4) Ley 27447 de Trasplante de órganos, tejidos y células. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/310000-314999/312715/norma.htm>
- (5) Ley 27447 de Trasplante de órganos, tejidos y células.
- (6) Ley 27447 de Trasplante de órganos, tejidos y células.
- (7) Resolución 716/2019. Anexo I: Protocolo nacional para la determinación del cese irreversible de las funciones encefálicas. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/resolucion_716_2019_anexo_i.pdf

CUPOS LIMITADOS!



IV CONGRESO DE SALUD ADECRA+CEDIM 2022

Aprendizajes en pandemia, problemáticas y desafíos.
¿La salud en Argentina es sustentable?

Miércoles 24 y jueves 25 de agosto
Hotel Sheraton Pilar

Panamericana km. 49,5 – Pilar – Buenos Aires

24 DE AGOSTO
(en simultáneo)

VIII Jornada de **DIRECTORES MÉDICOS**
de la República Argentina

VI Jornada de **RECURSOS HUMANOS EN SALUD**
de la República Argentina

25 DE AGOSTO

Jornada **POLÍTICO – EMPRESARIA**
de la República Argentina

ENTRADA SIN COSTO. INSCRIPCIÓN OBLIGATORIA.

INFORMES E INSCRIPCIÓN:

(011) 4374-2526 | info@congresoadeccracedim2022.com
www.congresoadeccracedim2022.com

Incidencia de factores externos en la implementación de protocolos de Enfermería

Rosana Karina Payer
Leticia Yarzabal
Instituto Universitario CEMIC, CABA

Conocer qué factores afectan o influyen en la implementación de los protocolos de Enfermería en las instituciones de salud es fundamental para determinar si se trata de cuestiones inherentes a los protocolos en sí o si derivan de aspectos propios de la organización. Con esta información es posible diseñar políticas de gestión que mejoren su implementación.

Introducción

Las infecciones asociadas a los cuidados de la salud (IACS) de las unidades de cuidados críticos, especialmente las vinculadas a dispositivos invasivos, aumentan los riesgos de morbilidad y mortalidad, ocasionan daños a nivel psicosociales y económicos de los pacientes e incrementan los costos sanitarios ya que aumentan el tiempo de internación y el uso de los recursos sanitarios (1). La incidencia de IACS puede ser controlada mediante la implementación de protocolos de

Enfermería en cuidados de la vía central, la sonda vesical y la asistencia ventilatoria mecánica, aunque en ocasiones esto se ve impedido por la intervención de factores externos que la dificultan. Determinar cuáles son esos factores externos permite establecer estrategias que aseguren una adecuada implementación de los protocolos de Enfermería y contribuyan a disminuir la incidencia de las IACS (2,5). En términos de Field y Lohr (1992), la implementación se define como “las

actividades e intervenciones concretas emprendidas para convertir las políticas en los resultados deseados” (3). Por su parte, las barreras y facilitadores se refieren a aquellos factores que impiden o facilitan total o parcialmente la implementación; en el caso de los protocolos, esto se manifiesta en términos de adherencia o no adherencia a las recomendaciones (4).

Este artículo presenta la síntesis de una investigación llevada a cabo en una terapia intensiva de adultos en una institución privada de CABA. Recuperando los criterios de Field y Lohr, podemos afirmar que los resultados muestran que los principales factores que inciden en la implementación de los protocolos son externos y están relacionados con aspectos de la propia organización.

Presentación del estudio

Se llevó a cabo en una terapia intensiva de adultos de una institución privada de CABA, durante el mes de octubre de 2021.

OBJETIVOS:

- Determinar cuáles son los factores que influyen en la implementación de los protocolos de Enfermería.
 - Identificar cuáles factores externos se relacionan con aspectos del contexto organizativo e institucional.
 - Identificar cuáles factores externos se relacionan con aspectos propios de los protocolos de Enfermería que intervienen en la implementación.
 - Determinar cuáles son los principales factores externos que intervienen en la implementación de dichos protocolos según el turno laboral, el rango de edad, la antigüedad laboral y la formación educativa del personal.
-

MATERIAL Y MÉTODO

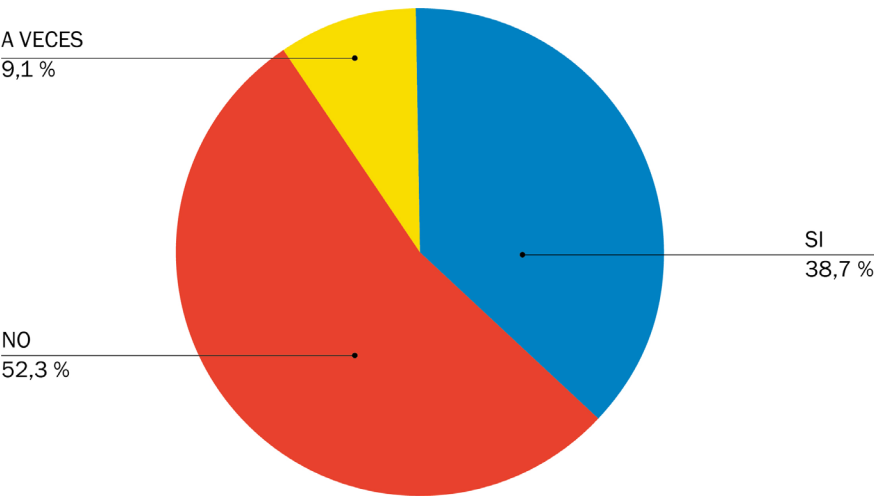
- Estudio descriptivo, de corte transversal y enfoque cuantitativo.
 - La muestra está conformada por enfermeros y enfermeras de la unidad de terapia intensiva de adultos (42 en total).
 - Los datos fueron obtenidos de fuentes primarias, mediante realización de una encuesta de 20 preguntas cerradas.
 - El dispositivo utilizado fue un formulario on line (Google forms), que incluyó aspectos relacionados con la organización y los protocolos de Enfermería, específicamente aquellos sobre sonda vesical, asistencia ventilatoria mecánica y acceso venoso central.
-

Resultados

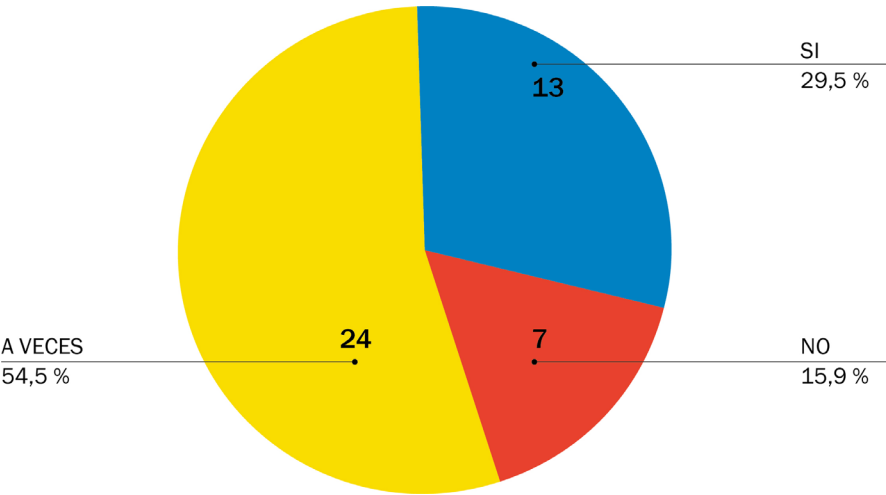
Del total de encuestas realizadas (n42) el 52,4% del personal refiere no haber recibido ninguna capacitación sobre los protocolos de Enfermería durante el último año. En la mayor parte de las respuestas, esto se vincula con el déficit de los medios de comunicación adecuados sobre cambios y/o nuevos protocolos.

Con respecto a la variación por turnos, los principales factores externos son la falta de tiempo (diurno y vespertino) y el déficit de comunicación respecto de cambios o novedades sobre los protocolos (turnos noche y fin de semana).

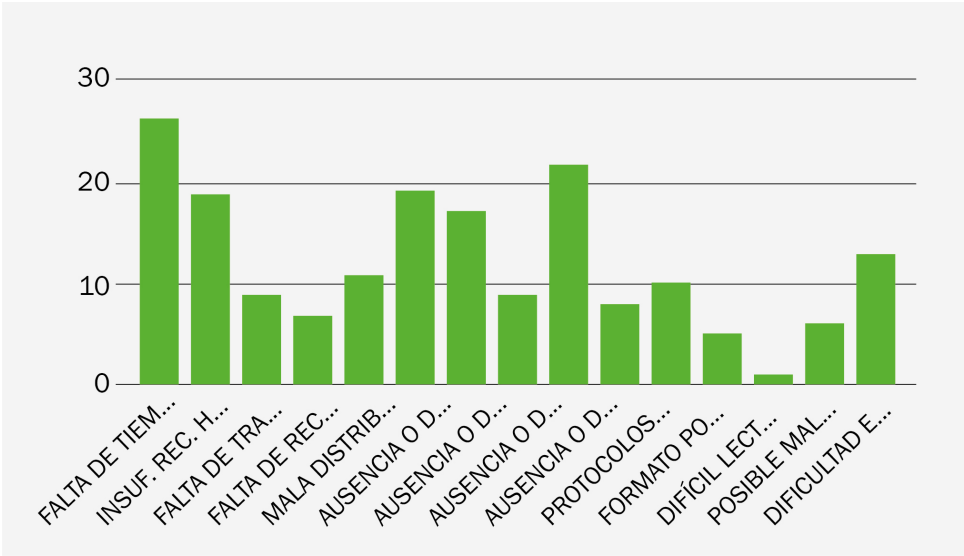
¿Recibió capacitación a cerca de los protocolos de Enfermería en el último año?

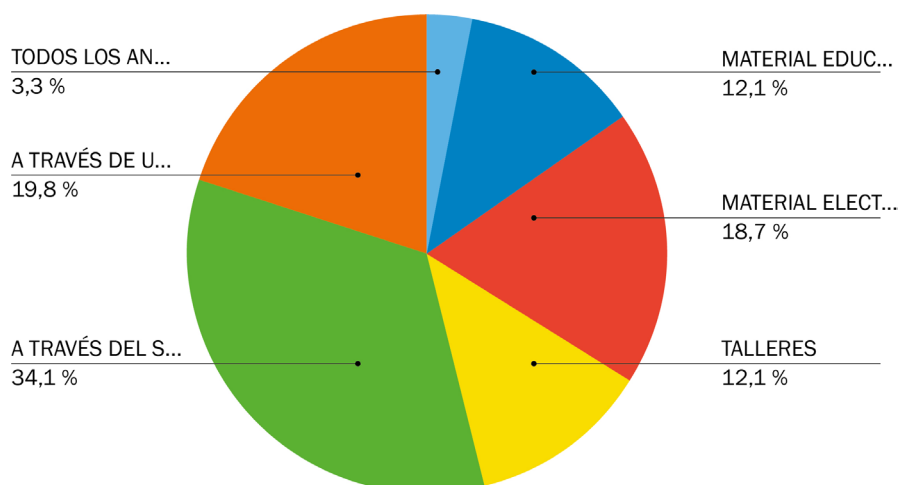


Tiempo de implementación de los protocolos



Factores que tienen mayor intervención negativa en la implementación de los protocolos de AVM, AVC y SV





Conclusión

En este estudio quedan de manifiesto dos aspectos principales: por un lado, que los protocolos no representaron barreras significativas a la hora de su implementación por parte de Enfermería. Por otro lado, que los factores externos más relevantes señalados por el personal (la falta de tiempo, la insuficiente dotación de los recursos humanos, la ausencia o déficit de formación y de los canales de comunicación) tienen que ver con aspectos de la organización.

Esto apunta a que el relevamiento de datos y el análisis de información sobre el funcionamiento de las distintas instancias del proceso de atención constituyen un insumo clave a la hora de planificar e implementar estrategias de mejora. El personal de salud, y en particular de Enfermería, puede contribuir a ello de manera significativa.

Referencias

- (1) Ministerio de Salud de la Nación; Instituto Nacional de Epidemiología (2014) *Manual de vigilancia de infecciones hospitalarias. Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias (VIHDA)*. Texto completo disponible en: <http://codeinep.org/wp-content/uploads/2017/11/Manual-de-VIGILANCIA-VIHDA-2015.pdf>
- (2, 5) Contreras Camarena, C.W. (2009) Factores que limitan el uso de guías de práctica clínica. *Rev Soc Peru Med Interna*; 22(3): 96-102. Disponible en: http://medicinainterna.net.pe/revista/revista_22_3_2009/a03v22n3.pdf
- (3, 4) Field, MJ; Lohr, KN (1992) *Directrices para la práctica clínica: desde el desarrollo hasta el uso*. Comité de Directrices de Práctica Clínica del Instituto de Medicina (EEUU). Washington DC: National Academies Press. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK234504/>

TE AYUDAMOS
A
DIFUNDIR
TU EVENTO

vea
VISIÓN DE **enfermería** ACTUALIZADA





LaboratoriosRIVERO

Rivero Junto a la enfermería especializada

MATERIALES BIOMEDICOS ORIGINALES RIVERO

Estériles, atóxicos, libres de pirógenos y látex natural

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

 **LaboratoriosRIVERO**

Avenida Boyacá 419 - C1406BHG - CABA

Director Técnico: Dr. Pedro Luis Rivero

Bioquímico y Farmacéutico

Tel.: 4633.8666 Líneas Rotativas | Fax 4631.5634 4633.4754

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

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

Consultas - sugerencias 0800.222.7291

PLANTA MODELO JUNIN

Habilitada por ANMAT Legajo N° 0022

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

Autorizados por ANMAT PM 0022