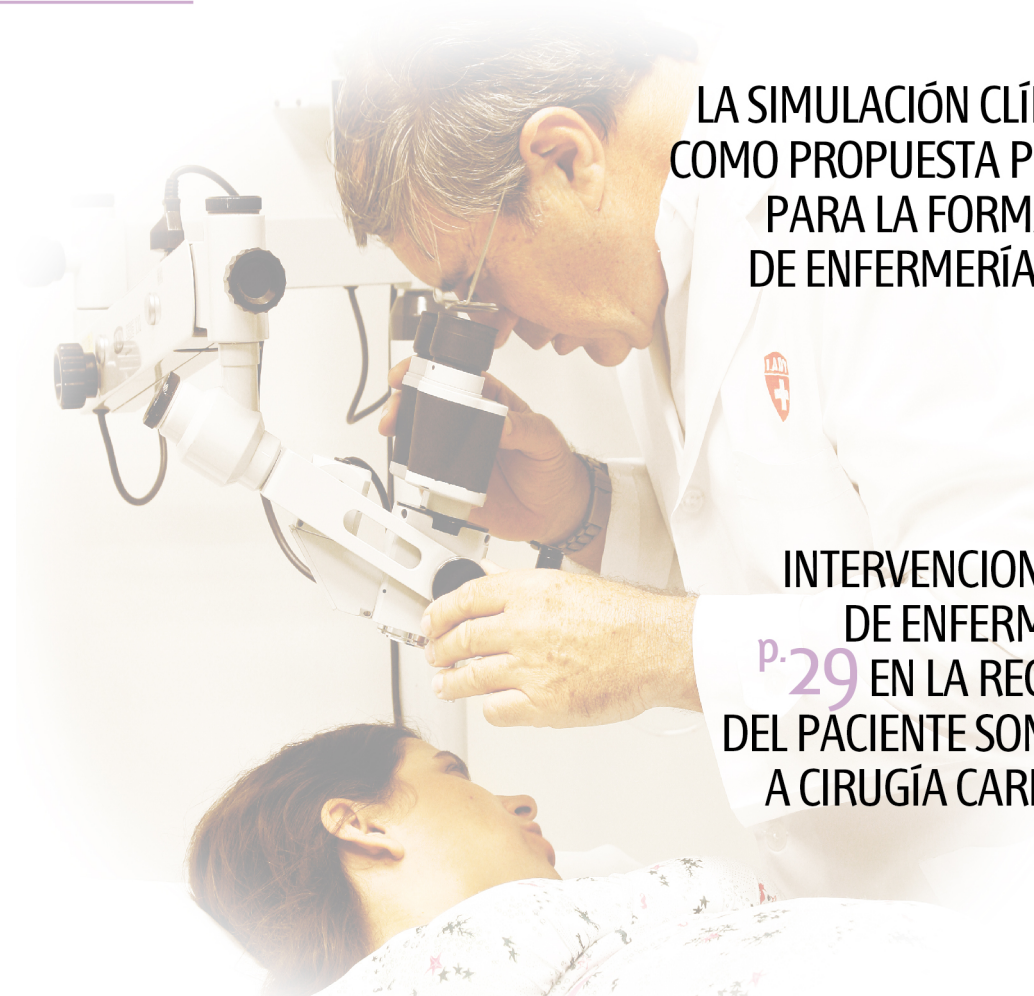


vea VISION DE enfermería ACTUALIZADA

#71

AÑO 19 SEPTIEMBRE 2022



LA SIMULACIÓN CLÍNICA
COMO PROPUESTA PEDAGÓGICA
PARA LA FORMACIÓN
DE ENFERMERÍA **p.15**

INTERVENCIONES
DE ENFERMERÍA
p.29 EN LA RECEPCIÓN
DEL PACIENTE SOMETIDO
A CIRUGÍA CARDÍACA

Argentina aprueba
la ley de **p.7**
cuidados paliativos

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
INFORME 1	pág. 7
Argentina aprueba la ley de cuidados paliativos Ivanna Montserrat	
ENFOQUES	pág. 15
La simulación clínica como propuesta pedagógica para la formación de Enfermería Graciela Alejandra Centeno	
Acuerdos internacionales de Enfermería	pág. 19
SEGURIDAD DEL PACIENTE	pág. 21
Claves de la gestión del cuidado: dotación de Enfermería y cuidados seguros Gabriela Oroño	
Reconocimiento a la Mg. Lidia Blanco en el Senado de la Nación	pág. 28
FICHA 70	pág. 29
Intervenciones de Enfermería en la recepción del paciente sometido a cirugía cardíaca Romina Farfán	
Prestadores de salud privada en Argentina: la paradoja de una industria clave en la cadena productiva que se enfrenta a la inviabilidad económica	pág. 34
INFORME 2	pág. 39
Cuidados de la piel del recién nacido de término (RNT) y del recién nacido pretérmino (RNPT) Rosana Liliana Cardozo	
RINCÓN LITERARIO	pág. 44
Alegoría de aceptación Walter Piceda	
DIÁLOGOS DE ENFERMERÍA	pág. 46
Entrevista a Claudia Moreno	

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)

AÑO 19 | N° 71 | SEPTIEMBRE 2022

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.

Hacia nuevos espacios de crecimiento

En la edición de junio de VEA publicamos la entrevista a la Mg. Lidia Blanco. Con gran alegría y orgullo para la Enfermería, en el mes de agosto recibió un premio a su trayectoria en el Senado de la Nación.

Ciertamente, el testimonio de Blanco como primera rectora de una universidad nacional, unido al reconocimiento de su trayectoria profesional, y la entrevista a otra colega que podrán leer en estas páginas, con una carrera profesional ascendente que la llevó a ocupar puestos en el gobierno en relación a la Salud, son dos ejemplos luminosos para nuestra profesión.

Esfuerzo, capacitación y perseverancia son los ingredientes que llevaron a ambas a ocupar espacios hasta ahora reservados a otras profesiones. No se trata de favores recibidos por amiguismo o por otros medios dudosos. Ambas debieron concursar sus cargos en los distintos ámbitos donde se desempeñan y resultaron elegidas por su calidad profesional.

Aunque todavía resta un largo camino por recorrer, estos ejemplos nos animan a seguir transitando el sendero de la capacitación y el esfuerzo para crecer profesionalmente, animándonos a ocupar espacios de liderazgo y conducción. Seamos conscientes de que

estos logros no sólo repercuten a nivel personal, sino que impactan en toda la Enfermería. A través de quienes alcanzan este tipo de puestos en las diferentes áreas donde Enfermería puede desarrollar su campo de acción, la Enfermería toda es reconocida y valorada. Necesitamos muchos más de estos colegas insignes que honran la profesión y dejan una huella en la historia de la Enfermería argentina. El reconocimiento social, la valoración de la profesión que tanto necesitamos, se nutre de estos logros.

Sabemos de la labor cotidiana de tantos colegas que se entregan cada día con dedicación al cuidado de la salud de nuestra población, muchas veces en situaciones difíciles, precarias, en el silencio y con bajo perfil. Pero en estos tiempos en que la imagen ha adquirido un protagonismo especial en la sociedad, es nuestro deber moral visibilizar ese trabajo, mostrar que la Enfermería es un arte y una ciencia con derecho al ejercicio autónomo. Desde el lugar donde nos desempeñemos, continuemos aportando a la construcción de un perfil de Enfermería en nuestra patria con rostro humanizado y a la vez científico, en óptimas condiciones para ocupar espacios de conducción y liderazgo.

Lic. Hna Mercedes Zamuner

Coordinadora Docente de Enfermería. Sanatorio Mater Dei

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!



Argentina aprueba la ley de cuidados paliativos

Ivanna Montserrat*

ENFERMERA ESPECIALIZADA EN ONCOLOGÍA
HOSPITAL MME. CURIE, CABA

Sancionada por el Poder Ejecutivo en julio de este año, la ley tiene como objetivo garantizar que pacientes en situaciones de máxima vulnerabilidad puedan transitar con la mejor calidad de vida posible las consecuencias del avance o cronicidad de su enfermedad. De este modo, se establece que los pacientes con enfermedades crónicas y aquellos que transitan su última etapa de vida tienen derecho a recibir un cuidado humanizado acorde a sus requerimientos particulares.

Introducción

De acuerdo con la OMS, se define como cuidados paliativos a “una modalidad asistencial que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares, frente a los problemas generados por enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento. Implica la identificación temprana, la evaluación precisa y el tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” (OMS, 2002).

Los cuidados paliativos tienen su origen en Inglaterra, como resultado de la visión e inspiración de la enfermera y médica Cicely Saunders (1918–2005), fundadora en 1967 del Hospicio St. Christopher (Londres), una institución dedicada al cuidado de los enfermos terminales. La Ley 27.678, sancionada el 5 de julio de 2022, define los cuidados paliativos como “un modelo de atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con

enfermedades que amenazan o limitan la vida”. Es decir, aquellas enfermedades donde existe riesgo de muerte o que son “graves, crónicas complejas, progresivas, o avanzadas que afectan significativamente la calidad de vida de quien las padece y la de su familia”. La iniciativa se sustenta en un primer lugar en el respeto por la vida y bienestar de las personas; pero también en la equidad en el acceso oportuno de las prestaciones y en el respeto a la dignidad y autonomía del paciente en las decisiones sobre sus tratamientos y los cuidados que debe recibir a lo largo de su enfermedad. Por otro lado, la norma remarca que las obras sociales y todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados deberán “brindar cobertura en cuidados paliativos a las personas que lo necesiten, incluyendo como mínimo las prestaciones que determina la Autoridad de Aplicación”.

En ese sentido, su abordaje involucra la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Además, quien realice el acompañamiento al paciente, ya sea familiar, amigo o alguien cercano, tiene derecho a recibir información “completa, detallada y con lenguaje accesible” acerca del estado de salud, tratamiento y equipamiento que interviene en el procedimiento médico.

La normativa dispone también promover la conformación de equipos de trabajo interdisciplinario y multidisciplinario para el área de cuidados paliativos en todos los subsectores de salud. A la vez, propicia el acceso a medicamentos esenciales en cuidados paliativos, especialmente a los analgésicos en distintas formulaciones.

Consideraciones generales

Los cuidados paliativos fueron creados para asistir a los enfermos, en cualquier etapa del ciclo vital, con patologías incurables, crónicas, desde el diagnóstico

hasta el estado avanzado o terminal, como ser: cardiopatías, enfermedades respiratorias, hepáticas, renales, infecciosas como el sida, neurológicas degenerativas, con limitación funcional progresiva.

En este sentido, tienen por objetivo:

- Brindar una atención integral y holística del paciente.
- Tratar los síntomas, que incluyen dolor, náuseas, falta de aire, insomnio y otros problemas físicos provocados por el cáncer o su tratamiento.
- Brindar educación al paciente y su entorno sobre los tratamientos que se estén llevando a cabo
- Establecer una buena comunicación y escucha activa.
- Fomentar el trabajo del equipo de salud de manera interdisciplinaria.
- Integrar los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, en el tratamiento del paciente.
- Facilitar que el paciente lleve una vida tan activa como sea posible.



El equipo de cuidados paliativos: roles y responsabilidades

Estará conformado por: médico oncólogo, profesional de Enfermería, nutricionista, kinesiólogo, psicólogo y asesores espirituales.

Médico oncólogo	Es el profesional médico que se especializa en el tratamiento del cáncer. A menudo, el oncólogo se desempeña como el líder del equipo de atención médica. Se encarga de diseñar el plan de tratamiento y de tomar las decisiones relativas a los medicamentos y las dosis. Puede hablar con otros profesionales de atención médica para crear su plan de cuidados paliativos, quienes podrían incluir un médico especialista en medicina paliativa o un especialista en dolor.
Personal de Enfermería	Como parte del equipo, desempeña uno de los roles fundamentales en la educación respecto de los tratamientos y cuidados, así como del control del dolor y otros síntomas. Se desempeña también como principal contacto para el resto del equipo de atención médica, ya que por su saber logra detectar las necesidades de los pacientes y tratarlas según la prioridad correspondiente.
Nutricionista	Puede ayudar a abordar problemas como náuseas o pérdida del apetito; también puede brindar asesoramiento sobre suplementos nutricionales y en la elaboración de planes de alimentación especializados.
Kinesiólogo	Ayuda a conservar la movilidad y mejorar la forma en que una persona se mueve; también puede elaborar un programa de ejercicios para mantener o mejorar la fuerza física durante y después de un tratamiento.
Psicólogo	Su rol es detectar y priorizar las necesidades (físicas, sociales, psicológicas y espirituales) del paciente, como así también sus miedos (a lo desconocido, al proceso de la enfermedad, al dolor físico, al deterioro, a la soledad, al abandono, al rechazo, de autonomía, de autoestima, de control sobre su vida, de rol, de amigos, de futuro, de proyectos, de ganas de vivir).
Asesores espirituales	Están capacitados para escuchar las preocupaciones de los pacientes y los familiares, especialmente en lo que respecta a la muerte y a morir. Los capellanes también están disponibles para analizar otros asuntos espirituales y relativos a la salud.

Proceso de atención de Enfermería en cuidados paliativos

Los cuidados paliativos están centrados en una atención integral, es decir, del paciente y su familia. Esto implica un enfoque que incluye la discusión e intercambio de ideas para la resolución de problemas y exige habilidades, conocimientos y actitudes para cubrir las necesidades del paciente, la familia y su entorno significativo. Por su contacto cercano con el paciente y su conocimiento de primera mano de las necesidades que se encuentran alteradas, Enfermería desempeña un rol fundamental en el equipo, ya que puede comunicar a los diferentes profesionales de salud sobre las necesidades actuales del paciente y de su entorno.

A. COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA

Generales de la profesión	Se manifiestan al poner en práctica, de manera integral, un conjunto articulado y dinámico de conocimientos, habilidades, actitudes y valores relacionados con el cuidado del paciente y su familia en situación de enfermedad crónica avanzada y/o etapa terminal de su enfermedad.
Específicas de cuidados paliativos	Se requieren competencias avanzadas orientadas a responder a las necesidades de las personas con enfermedades que amenazan la vida, las de su familia y entorno significativo y la capacidad de desarrollarlas en un equipo interdisciplinario, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de la unidad de tratamiento.

B. IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE

Físicas	Control de los síntomas que aparecen como consecuencia del avance de la enfermedad o de los tratamientos concomitantes.
Psicoemocionales	Soporte frente a alteraciones psicológicas o del estado de ánimo debidas a los cambios generados por la presencia de una enfermedad incurable, pérdidas o incremento de la dependencia. Apoyo emocional en las diferentes etapas de adaptación a la enfermedad terminal.
Sociales	Resolución de problemas familiares, laborales, económicos y de vivienda relacionados con los recursos económicos y el entorno.
Individuales	Acompañamiento en el deseo de reconciliación y perdón, de hablar de la muerte y la trascendencia. Asistencia frente al sufrimiento existencial y sobre el significado, el propósito de la vida y la realización personal.

Importancia de la comunicación

La comunicación con el paciente y su familia tiene como objetivos:

- Permitir que tengan acceso a la información exacta, veraz, comprensible y adecuada.
- Lograr que sus necesidades de información sean cubiertas de una manera sensible y apropiada en tiempo y forma.
- Garantizar una comunicación fluida entre los distintos sectores del sistema de salud que intervienen en el cuidado de estos pacientes.

Para poder responder de manera integral a las necesidades del paciente es necesario:

- Identificar a través de una comunicación adecuada cuáles son sus ideas, preocupaciones, expectativas y sentimientos sobre los problemas que tiene, así como su necesidad de información.
- Procurar comprender a la persona en el contexto que lo rodea, considerando el grado de soporte familiar con que cuenta y su elección de permanecer en su casa.
- Considerar cuáles son sus deseos, prioridades y objetivos con relación al tratamiento y su participación en la toma de decisiones.

Características de una buena comunicación

La escucha activa:

Implica centrarse en el otro para tratar de entenderlo. Es necesario observar de qué modo el otro transmite el mensaje e identificar sus verdaderas necesidades. Para que la escucha sea atenta es necesario desarrollar la empatía, mostrar preocupación por lo que se está transmitiendo y expresar que el otro no va a ser juzgado y que se le cree lo que dice.

Escuchar más que oír:

Escuchar es una destreza por medio de la cual una persona, de manera consciente y voluntaria, presta su atención a otra, de modo que pueda oír lo que se está diciendo. Escuchar no es un proceso pasivo, requiere máxima concentración y esfuerzo. Para que el proceso de la comunicación sea eficaz, hay que escuchar atentamente cuando una persona habla; de esa manera se descubren sus puntos de vista. Para el proceso de comunicación en enfermería, escuchar es aún más importante que hablar.

Estar atento a lo que no se dice:

No siempre el que habla dice todo lo que realmente quisiera expresar, puede utilizar frases o palabras encubiertas y el interlocutor deberá estar atento para repreguntar, para ayudar al que habla a ser más claro con sus ideas o sentimientos. Las personas transmiten una diversidad de mensajes no verbales y esta variedad puede enmascarar lo que verdaderamente se quiere transmitir. Los pacientes a menudo desean información sobre la enfermedad y titubean para preguntar directamente, muchas veces porque solo quieren una información parcial de su situación, y en ello también está implícito el temor a afrontar la enfermedad.

El uso del silencio:

Es tan importante como el uso de las palabras. Las personas no siempre tienen que expresarse en palabras para desarrollar una buena comunicación. Utilizar el silencio en una conversación ayuda a reunir los pensamientos propios o a esperar las reacciones del receptor (*feedback*). Es aconsejable compartir en silencio un período de espera (el resultado de estudios, biopsias, intervención quirúrgica, etc.), ya que quizás las palabras podrían causar efectos negativos. El silencio bien empleado puede ser tan eficaz y dar tanto respaldo como las palabras, mucho más si es acompañado por gestos a través del tacto.

Intervenciones de Enfermería en el proceso de comunicación

Corresponde al personal de Enfermería:

- Dirigir la conversación hacia el paciente y la familia para detectar sus necesidades.
- Encontrar la manera adecuada de interrogar cuando es indispensable obtener información específica.
- Intentar comprender las percepciones del enfermo acerca de su enfermedad o de su situación.
- Estimular al enfermo a compartir sus sentimientos.
- Considerar edad, sexo, contexto cultural, experiencias vitales, actitudes y preferencias del paciente mientras planea cómo asistirlo.

Manejo de la comunicación: dar malas noticias

A la pregunta “¿qué es una mala noticia?” puede responderse que es cualquier información que alterará en forma drástica y negativa las perspectivas de futuro que tenía el paciente. Dar una mala noticia es un proceso. Esto quiere decir que no se agota en una única entrevista.

¿Cómo dar malas noticias?

- Antes de la entrevista, cuidar que el ambiente físico y el contexto sean adecuados.
- Comenzar con una pregunta abierta, por ejemplo: “¿cómo están las cosas?, ¿qué le molesta?, ¿a qué lo atribuye?, ¿qué es lo que más le preocupa?, ¿le gustaría hablar de eso ahora?, ¿en qué podemos ayudarlo?”
- Averiguar lo que el paciente sabe acerca de su enfermedad.
- Averiguar lo que el paciente quiere saber.
- Averiguar lo que el paciente está en condiciones de saber.
- Dar la información manejándose con la verdad de manera gradual, progresiva y tolerable.
- Utilizar un lenguaje comprensible, evitar los tecnicismos del vocabulario médico.

- Chequear la recepción del mensaje (feedback) y aclarar lo que no sea comprensible.
- Identificar y respetar los sentimientos y silencios del paciente.
- Ser creíble, no prometer lo que no se puede cumplir.
- Elaborar junto con el paciente y la familia un plan de seguimiento futuro.

Principios de la intervención

- Perder el miedo a hablar en profundidad y expresar emociones: detrás del comportamiento del enfermo siempre hay un factor desencadenante: temores, frustraciones, desesperanza, etcétera. Es fundamental indagar acerca de los motivos que subyacen en ese tipo de reacciones.
- El paciente lleva la iniciativa: sólo el paciente puede indicar lo que puede o quiere saber en los distintos momentos evolutivos de la enfermedad. Poder reconocer o aceptar lo que el paciente necesita requiere entrenamiento.
- Respetar los derechos del paciente, tanto a saber la verdad como a no saberla.
- Evitar frases que no consuelan: por ejemplo, decir que no hay motivo de qué preocuparse, cuando el paciente realmente lo está.
- Transmitir siempre esperanza: en los diferentes estadios de evolución de la enfermedad, ayudar a percibir distintos tipos de esperanza, desde la posibilidad del alivio de los síntomas a la reorganización de los objetivos a corto plazo, evitando falsas expectativas.

A modo de conclusión

Los cuidados paliativos no aceleran ni detienen el proceso de morir, tampoco prolongan la vida, solamente intentan aportar los conocimientos especializados de cuidados médicos y psicológicos, así como el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal, en un entorno que incluye el hogar, la familia, a los amigos. Entiende que la atención después del fallecimiento es fundamental para los miembros de la familia.

¿Esto significa que todos los profesionales conocen de la existencia de este tratamiento? ¿Que siempre

se aplican los cuidados paliativos? ¿Por qué todavía se sigue prolongando la vida de personas con enfermedades crónicas mediante la utilización de métodos invasivos? ¿Se conocen los principios éticos de la aplicación de la medicina paliativa? ¿Cuál es la importancia de que se apliquen adecuadamente?

Muchos de estos interrogantes pronto tendrán respuesta. Si bien se trata de una disciplina reciente, es importante saber que hoy, en Argentina, finalmente se ha convertido en ley.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- Acosta Peñaloza J.; Antolínez Portillo A.; Herrera Molina E. y otros (2017) *Modelo de soporte integral y cuidado paliativo al enfermo crónico*. Instituto Nacional de Cancerología ESE Serie documentos técnicos, INC n° 6. Bogotá, Colombia.
- Bátiz Cantera, J. (2021) “Algunas consideraciones para un control adecuado de síntomas en cuidados paliativos.” *Gac Med Bilbao*, 118(1):54–9.
- Campello Vicente C, Chocarro González L. (2018) “Necesidades de cuidados paliativos en enfermos no oncológicos con enfermedad crónica avanzada: una revisión sistemática.” *Med Paliativa*, 25(2):66–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2016.07.002>
- Castillo P., Corbí Pino, B., Fernández Valverde R. y otros (2021) “Cuidados paliativos: Guía para la atención primaria.” *Inst Nac Gestión Sanit*. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/ca/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Cuidados_Paliativos.pdf#page=51
- Cruz, BM, Just MM, Lanchas YC, Baquero MTG (2012) “Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida.” *Elsevier Health Sciences*, pp. 298-299.
- Estrada Estrada MF, Díaz Restrepo N, Sotto Gallego DM y otros (2021) “Implementación de consideraciones bioéticas en Enfermería en cuidados paliativos del adulto mayor: un desafío.” Revisión sistemática.” Disponible en: <https://52.5.142.101/handle/10946/5729#.YjIOmpnjOgE.mendeley>.
- Greer JA, Applebaum AJ, Jacobsen JC, Temel JS, Jackson VA. (2020)

- “Comprender y abordar el papel del afrontamiento en los cuidados paliativos para pacientes con cáncer avanzado.” *Revista de oncología clínica*, 38 (9): 915. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7082158/>
- Kübler-Ross, E. (2010) *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Ed. Debolsillo.
- López Imedio, E. (2007) *Enfermería en Cuidados Paliativos*. Barcelona: Ed. Médica Panamericana.
- Ministerio de Salud de la Nación (2016) *Normas de organización y funcionamiento de los cuidados paliativos*. Resolución 357/2016. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-357-2016-260099>
- Programa Argentino de Medicina Paliativa, Fundación FEMEBA (2004) *Cuidados paliativos: Guías de tratamiento para Enfermería*. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2016/12/manualenfermeria.pdf>
- Reig-Ferrer A, Ferrer-Cascales R, Fernández-Pascual MD y otros (2015) “Evaluación del bienestar espiritual en pacientes en cuidados paliativos.” *Medicina Paliativa*, 27; 22(2):60–8.
- Santacruz Escudero, JG; Martínez Gil, LF. (2021) “Cuidados paliativos: conceptos básicos.” (2021) *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 15; 4(2):14–18.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. Editada por SECPAL Disponible en: https://aecpal.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-

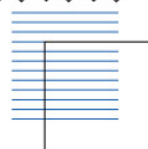


CONGRESO BRISA DE ENFERMERÍA 2022 >>

20 y 21 de octubre | virtual y gratuito | LATAM



Inscripción en BrisaEnfermeros.com/Congreso



con el apoyo académico de



La simulación clínica como propuesta pedagógica para la formación de Enfermería

Graciela Alejandra Centeno*

La sistematización de la simulación clínica, impulsada de manera notable a raíz de la pandemia, ha demostrado ser una forma eficaz de afianzar los conocimientos adquiridos en la teoría. Las mejoras tecnológicas cumplen un importante rol en la formación inicial de los futuros enfermeros antes de la atención directa de los pacientes.

Introducción

A raíz de la pandemia y ante la imposibilidad de concurrir a los centros asistenciales para la práctica, la simulación se ha convertido en un instrumento invaluable para iniciar a los enfermeros en la aplicación de saberes y el desarrollo de habilidades prácticas. En este sentido se puede afirmar que la utilización de la simulación clínica en Enfermería ha llegado para quedarse como un valioso recurso formativo.

Las mejoras tecnológicas y el perfeccionamiento de los recursos utilizados para la simulación permiten generar escenarios muy similares a los de la vida laboral

y profesional, aportando realismo a las situaciones. La simulación proporciona un método de aprendizaje y entrenamiento efectivo, favorece la adquisición de conocimientos, el desarrollo de destrezas y la integración de modos de actuar. Representa la posibilidad de enfrentarse de manera anticipada a una situación, con el fin de prepararse para cuando ésta se desarrolle en la realidad del contexto asistencial.

Al permitir que los participantes puedan practicar aspectos del cuidado en un entorno seguro, esta metodología posibilita la adquisición de las competencias

*Licenciada en Enfermería obstétrica, Especialista en Investigación y Transferencia en la Universidad Pública. Docente. Coordinadora de la Licenciatura en Enfermería de la UNAJ (Universidad Nacional Arturo Jauretche). Docente de simulación en el CENSICE (Centro Nacional de Simulación Clínica para Enfermería) en el programa PRONAFE (Programa Nacional de Formación de Enfermería).

Miembro de la Comisión Directiva de AEUERA (Asociación de Escuelas Universitarias de la República Argentina) a cargo de la Comisión de Simulación. Supervisora de Enfermería del área Materno-infantil del Sanatorio Mater Dei.

profesionales, el desarrollo de las capacidades intelectuales y psicomotoras de los estudiantes, otorgándoles mayor preparación, más confianza y seguridad en sí mismos. Además, tal como señala Durá Ros (2013), el entrenamiento con la simulación favorece la seguridad de los pacientes y evita el error.

Conceptualización de la simulación

Pamela Jeffries (2013), una de las precursoras de la simulación en Enfermería que ha promovido su integración en los currículos del área, la define en estos términos:

“Técnica que usa una situación o ambiente creado para permitir que las personas experimenten la representación de un evento real con el propósito de practicar, aprender, evaluar, probar u obtener la comprensión del actuar de un grupo de personas [...] Un intento de imitar aspectos esenciales de una situación clínica, con el objetivo de comprender y manejar mejor la situación cuando ocurre en la práctica clínica”.

La evidencia recogida en la literatura sobre el tema respalda el hecho de que la exposición a experiencias repetidas a través de programas de simulación aumenta las habilidades de los estudiantes (análisis objetivo, pensamiento crítico) y les permite ser más competitivos, ganar mayor confianza en sí mismos (Al Gharibi, 2020).

El desarrollo del entrenamiento a través de experiencias con simulación puede incluir maniquíes elementales (que corresponden a órganos o partes completas del cuerpo humano), la utilización de maniquíes que, además de la reproducción anatómica, están dotados de un software que reproduce la función de algún órgano; simuladores virtuales, simulaciones en pantalla, y también actividades de *role playing* (juego de rol), en las cuales se recrean consultas de Enfermería, educación para la salud, sesiones clínicas, etcétera.

Constituye una oportunidad para que los participantes puedan practicar la atención integral de un paciente determinado, incluyendo no solo el entrenamiento en habilidades técnicas sino también en la toma de decisiones, el trabajo en equipo, la división y delegación de tareas, la gestión del cuidado, el desarrollo del

pensamiento crítico, el manejo del estrés y de las emociones que involucran al contexto asistencial, así como los componentes éticos implicados en la atención de pacientes y sus familiares (Botero Ordóñez y López Suárez, 2011).

Metodología y beneficios de la simulación clínica

Los escenarios planteados representan una experiencia de aprendizaje auténtica, donde el participante interactúa en forma activa en la resolución de un caso o situación problema, que le permitirá adquirir y entrenar diferentes destrezas, habilidades, aptitudes, actitudes y competencias. Este entorno simulado ofrece una ventaja notable: la posibilidad de que el participante pueda equivocarse, pero en un medio controlado y seguro, preparándolo así de forma competente para el contacto directo con los pacientes.

La simulación clínica se presenta, entonces, como una herramienta que ofrece la posibilidad de generar situaciones de atención integral, donde se ponen en juego conocimientos, habilidades y factores humanos diversos, de modo que el estudiante se prepara para situaciones clínicas complejas, especialmente





aquellas de baja incidencia y de alto riesgo. Asimismo, como se mencionó antes, permite el trabajo a partir de los errores: es allí donde se detectan las dificultades y se plantean las posibles mejoras en cuanto a la seguridad del paciente, el trabajo colaborativo, el ejercicio de habilidades de comunicación, todo ello en pos de mejorar la práctica clínica. Esta interacción de factores posibilita que los estudiantes también puedan vivir la parte emocional, espiritual y los componentes éticos de la profesión.

Debido a la gran importancia que tiene en la actualidad el desarrollo de nuevas competencias en la educación de Enfermería, se ve lo necesario de implementar nuevas estrategias educativas de alta tecnología que complementan la enseñanza y facilitan el aprendizaje. Por caso, la implementación de diferentes escenarios clínicos, grabación en audio y vídeo de la actuación, con la posterior observación y discusión del caso (*debriefing*), ofrece la posibilidad de alcanzar modos de actuación superiores al momento de enfrentar actividades asistenciales. La simulación es una estrategia que puede ser utilizada para reemplazar o amplificar experiencias reales mediante experiencias guiadas que evocan o replican aspectos sustanciales del mundo real, de una manera totalmente interactiva (Gabba, 2004). Esto no quiere decir que sea un sustituto de las estrategias de enseñanza tradicionales (clases magistrales) y las prácticas hospitalarias del eje de formación

preprofesional; más bien, la simulación clínica implica un espacio novedoso de integración, reflexión y análisis, que complementa la preparación de los futuros profesionales, donde los errores son parte de la experiencia de aprender y una oportunidad de mejora.

Con respecto a esto último, no se juzga la equivocación que puede cometer el estudiante, sino que ésta se convierte en una valiosa fuente de aprendizaje. El alumno tiene un papel central en este proceso y toma un rol activo, siendo protagonista en la construcción de sus propios conocimientos, en contextos muy similares a la realidad, para enfrentar los desafíos que implica el cuidado de los pacientes.

El rol de los docentes será el de guías y referentes: deben brindar instrucciones claras y detalladas del tema, del escenario y otros aspectos de la simulación, y/o enviar con anticipación las actividades preparatorias del trabajo que se desarrollará en dicha simulación. Estos elementos permitirán un desempeño más seguro, favorecerán la confianza y la concentración al momento de realizar la simulación (Urrea Medina et al., 2017). De este modo, los estudiantes lograrán construir el conocimiento a partir de la lectura, de sus experiencias y reflexiones, intercambiando sus puntos de vista con sus pares y sus docentes.

Conclusión

La simulación como herramienta educativa tiene cada vez mayor aceptación entre los estudiantes de las carreras de ciencias de la salud, por muchas razones. Por un lado, la evidencia señala que la simulación resulta valiosa y beneficiosa para el desarrollo del pensamiento crítico (Lasater, 2007), mejora la seguridad de las prácticas de los estudiantes de enfermería (McCaughy; Traynor, 2010), permite aprender en un entorno complejo pero libre de riesgos (Kuznar, 2007), permite al estudiante demostrar lo aprendido, así como experimentar cómo se reaccionaría en el campo laboral; asimismo, facilita la autoevaluación e identificación del nivel de conocimiento que posee (Castillo Arcos; Maas Góngora, 2017), contribuye a mejorar las habilidades comunicativas, sociales y de empatía, brindando la posibilidad de analizar, reflexionar, evaluar contenidos y enfrentar situaciones asociadas con su quehacer profesional mediante la

aproximación a la realidad clínica que enfrentarán en un futuro próximo, logrando un aprendizaje interactivo, retroalimentación inmediata y aprendiendo de sus errores (Valencia Castro et al., 2016).

Por otro lado, la simulación también evita ciertos peligros de los entornos clínicos reales: agujas infectadas, bisturíes y otros instrumentos de riesgo, así como equipos eléctricos, además ofrecen la oportunidad de perfeccionar las habilidades (Abellán Hervás et al., 2012).

La simulación no es la mera utilización de unas técnicas innovadoras sino que se trata de un proceso que incorpora innovaciones metodológicas que otorgan protagonismo al estudiante para contribuir a la formación integral de las competencias del futuro profesional (Vásquez Orjuela y otros, 2021), bajo la guía del docente, para favorecer el desarrollo integral (conocimientos, habilidades y valores).

En tal sentido, como señala Amaya Afanador (2012):

“el aprendizaje significativo se refiere a que el estudiante tiene algún tipo de concepto o

de conocimiento previo (no es un ignorante absoluto), toma los nuevos conceptos, los organiza y los jerarquiza en la mente, a raíz de lo cual produce un nuevo conocimiento (individual) y persistente en el tiempo; ello, a su vez, depende de la experiencia vivida (así sea real o simulada) y es directamente proporcional a ella”.

Al momento de la adquisición de las competencias es fundamental el componente emocional en el aprendizaje significativo. Este punto resulta básico para potenciar los resultados de la experiencia en simulación: la libertad de poder equivocarse y repetir los procesos hasta que el estudiante pueda lograr los dominios dentro de un ambiente seguro de aprendizaje se traduce en un aprendizaje significativo y duradero. Más adelante, esto se manifestará en la realización de una práctica con mayor confianza e idoneidad cuando se enfrenta a la realidad de las necesidades de salud del paciente y de la vida profesional.

BIBLIOGRAFÍA

–Abreu, J. L. (2012) “Hipótesis, Método y Diseño de Investigación.”, *Daena: International Journal of Good Conscience*, 7(2): 187-197. Disponible en:

[http://www.spentamexico.org/v7-n2/7\(2\)187-197.pdf](http://www.spentamexico.org/v7-n2/7(2)187-197.pdf)

–Al Gharibi, M.K. y Arulappan, J.M.P.D. (2020) “Experiencia de simulación repetida sobre la confianza en sí mismo, el pensamiento crítico y la competencia de enfermeras y estudiantes de Enfermería: una revisión integradora.” *Enfermería abierta SAGE*. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2377960820927377>

–Amaya Afanador, A. (2008) “Simulación clínica: ¿pretende la educación médica basada en la simulación reemplazar la formación tradicional en medicina y otras ciencias de la salud en cuanto a la experiencia actual con los pacientes?” *Universitas Medica*, 49(3): 399-405.

Amaya Afanador, A. (2012) “Simulación clínica y aprendizaje emocional.” *Revista Colombiana*, 41(1). Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000500006

–Casal Angulo, M.d.C. (2016) “La simulación como metodología para el aprendizaje de habilidades no técnicas en Enfermería”. Tesis doctoral. Disponible en:

<https://roderic.uv.es/handle/10550/54430>

–Clede, L.; Nazar, C.; Montaña, R. (2012). “Simulación en educación médica y anestesia”. *Rev Chil Anest*, 41: 46-52. Disponible en: <http://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv41n01.09.pdf>

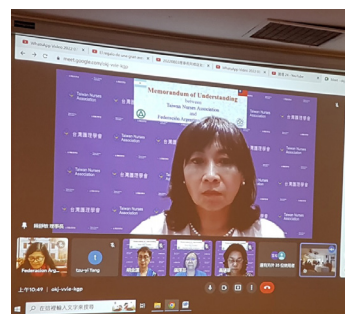
–Dávila-Cervantes, A. (2014) “Simulación en Educación Médica”. *Investigación en educación médica*, 3(10): 100-105. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733229006.pdf>

Acuerdos internacionales de Enfermería



El pasado 3 de agosto en la embajada de Taiwán en Argentina se firmó un convenio de mutua colaboración entre la Federación Argentina de Enfermería (su representante, Lic. Rubén Lastra) y la Asociación de Enfermería de Taiwán. La presidenta de dicha asociación, Lic. Shu Ching Chi, estuvo presente por medio de una comunicación virtual. También participaron del acto colegas tanto de nuestro país como de Taiwán, a través de la plataforma ZOOM.

El Lic. Lastra estuvo acompañado por la secretaria de la FAE, Lic. Alicia Domínguez, el Lic. Christian Acosta (representante del sindicato de Enfermería, SITRE) y un nutrido grupo de colegas invitados al evento. También estuvieron presentes el Dr. Miguel Podestá y el Dr. Jorge Lemus, vicepresidente y secretario respectivamente de la Academia Nacional de Medicina.



Es sabido el buen nivel de la Enfermería en Taiwán. Este evento marca un hito histórico por tratarse de la firma del primer convenio de la Enfermería argentina con una asociación extranjera. En ese sentido, representa un avance auspicioso para estrechar lazos con otras asociaciones de Enfermería y aunar esfuerzos en la promoción de la profesión.

Si en tu institución realizan

EVENTOS ABIERTOS A ENFERMERAS Y ENFERMEROS

externos a la organización, mandanos la información
y te ayudamos a difundirla.

Trabajemos juntos para
potenciar a los
profesionales de enfermería
del país!



Claves de la gestión del cuidado: dotación de Enfermería y cuidados seguros

Gabriela Oroño*

La cantidad adecuada de personal promueve la posibilidad de brindar un cuidado integral y seguro.

Introducción

Satisfacer las necesidades de cuidado de las y los usuarios de los sistemas de salud requiere una adecuada gestión de los recursos humanos y materiales. La gestión del cuidado surge del estudio de la relación entre la demanda (determinada por la cantidad de trabajo, es decir, la cantidad de prestaciones necesarias para satisfacer las necesidades básicas) y la oferta (determinada por la cantidad y calidad de formación del personal para satisfacer esa demanda).

Determinar la carga de trabajo es un elemento fundamental para la previsión de la dotación de Enfermería necesaria, ya que la cantidad adecuada de personal promueve la posibilidad de brindar un cuidado integral y seguro.

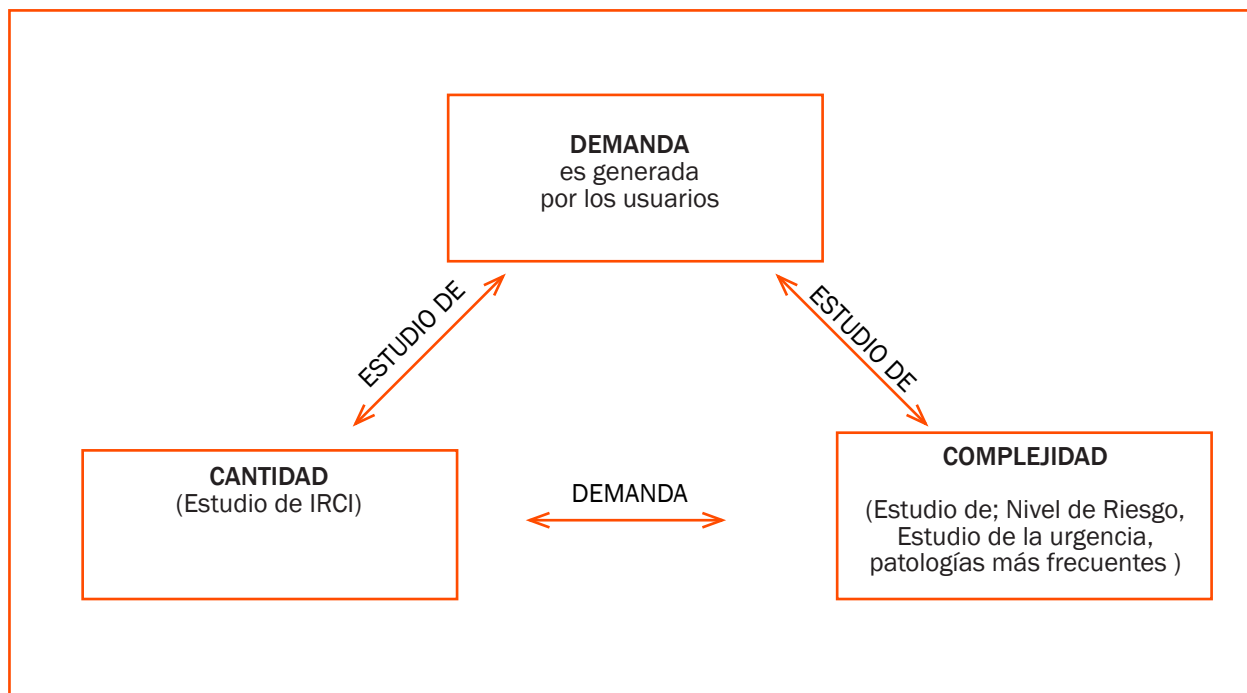
Este artículo presenta los factores a tener en cuenta para el estudio de la relación demanda-oferta de atención en las instituciones de salud.

Primer paso: estudio de la demanda

Este paso consiste en valorar la demanda en términos de cantidad y complejidad.

Teniendo en cuenta que la demanda es generada por la atención de los pacientes, su estudio implica conocer y analizar las necesidades del paciente, tanto cuantitativa (cantidad) como cualitativamente (complejidad). En cuanto a la **cantidad** es necesario estudiar los indicadores de rendimiento de la capacidad instalada (IRCI). Con respecto a la **complejidad**, se debe analizar el nivel de riesgo de los usuarios, las urgencias y las patologías más frecuentes.

*Magíster en Enfermería. Profesora de nivel secundario y terciario. Docente catedra Seminario de investigación de la carrera de Enfermería. Integrante del equipo de salud de la Dirección de territorios saludables (Ministerio de salud, Provincia de Santa Fe). Doctoranda en Ciencias de la salud (UNL). Presidenta de la fundación Cuidamos.



A. Cantidad de pacientes:

La demanda de atención en una sala es generada por los pacientes internados, de allí que conocer su número es un dato importante. Para determinar la cantidad es necesario el estudio de los **indicadores de rendimiento de la capacidad instalada (IRCI)**, algunos de ellos son:

- **Camas disponibles o útiles:** son las camas habilitadas en los diferentes servicios del establecimiento en condiciones de uso para la atención de los pacientes hospitalizados, se encuentren o no ocupadas. No deben contarse las camas que están fuera de servicio por mantenimiento. El número de camas disponibles, por lo tanto, es igual a la suma del número de camas ocupadas más el número de camas desocupadas (pero preparadas para ser inmediatamente ocupadas por un paciente), número que puede variar en forma diaria.
- **Camas de dotación:** es el número de camas asignadas al establecimiento por la autoridad competente, destinadas a la internación de pacientes que funcionan regularmente en períodos de actividad normal.

- **Porcentaje de ocupación de camas:** Es el porcentaje de camas que en promedio estuvieron ocupadas diariamente en un período; en principio, no debe ser inferior al 75% ni superior al 85% (**normo utilizado**).

–La subocupación de un servicio determina operar en términos antieconómicos y la sobreutilización (es decir, por arriba del 85%) no deja límites aconsejables para la atención de la urgencia, llevando por otra parte al equipo de salud a una situación de presión laboral.

–Este indicador sirve para establecer el grado de utilización de camas en un período determinado. Establece la relación que existe entre pacientes que ingresan y la capacidad real de las camas de un hospital, servicio o sala. La forma más exacta y útil para su obtención, es a través del censo diario.

- **Promedio camas / día de estada:** Este indicador sirve para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del hospital e indirectamente la calidad de los servicios, ya que tiempos excesivos de hospitalización pueden reflejar, entre otras causas, deficiencias técnicas.

–Este promedio establece el promedio de días de asistencia que recibe cada paciente hospitalizado en un período de tiempo.

–Los días de internación varían según las patologías y las especialidades. Mediante este indicador es posible establecer planes para la utilización máxima de las camas del hospital; conocer los servicios donde la utilización de las camas es excesiva o insuficiente; mantener la proporción óptima de ocupación; mejorar la distribución de las camas entre los distintos servicios y adaptar las instalaciones a las necesidades del hospital. En

un hospital de pacientes agudos el promedio de días de estada no debería ser superior a doce (12) días.

- **Giro camas:** es un indicador relacionado con la producción de servicios; mide el número de pacientes que, en promedio, pasan por una cama en un período determinado de tiempo.
- **Egresos:** es la salida del establecimiento de un paciente internado. Puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, defunción, retiro voluntario del paciente, entre otros.

B. Complejidad del paciente

En este apartado es necesario analizar:

1. El nivel de riesgo del paciente (categoría I, categoría II, categoría III)
2. El número y tipo de urgencia
3. Las patologías más frecuentes

Nivel de riesgo	Número y tipo de urgencias	Patologías más frecuentes
• Categoría I • Categoría II • Categoría III	• Intraservicio. • Derivada de otro servicio.	• Dependerá del nivel de especialización de cada servicio.

1. Nivel de riesgo:

La clasificación del paciente depende de las necesidades de atención.

La importancia de identificar el nivel de riesgo o complejidad del paciente radica en su ubicación en la sala (los pacientes de mayor nivel de riesgo deberían estar cerca del office, para permitir la observación constante y la cercanía para atenderlos).

Existen en la bibliografía diversos métodos para clasificar a los pacientes, cada nivel tiene diferentes necesidades de atención, prioridades y tiempo de cuidado. Según el nivel de riesgo pueden clasificarse en:

Categoría I – cuidados mínimos

Categoría II – cuidados moderados o intermedios

Categoría III – cuidados especiales o intensivos

Nivel de Riesgo	Categoría I Cuidados Mínimos	Categoría II Cuidados Moderados o Intermedio	Categoría III Cuidados Especiales o Intensivos
Aspectos			
I.D.A.E.	1 horas	3 horas	9 horas
U.P.E.	20	60	180
Relación Enfer. / Cama	Una enfermera cada 12 o 14 camas.	Una enfermera cada 8 a 10 camas.	Una enfermera cada 4 camas.
Características del cuidado	Paciente colaborador. Control de signos vitales una vez al día Medicación por vía oral Arreglo de la Unidad una vez al día. Riesgos Potenciales: Información al paciente Requiere la presencia de Enfermería entre una prestación y otra, no mayor a 4 horas.	Paciente poco colaborador. Puede comer solo o con ayuda. Ayuda en higiene y movilización. Control de signos vitales una vez por turno. Medicación por distintas vías, cada 8 horas. Puede estar con venoclisis. Arreglo de la Unidad más de una vez al día. Riesgos potenciales: caídas, escaras, infecciones, retenciones urinarias, u otras complicaciones. Curación plana. Puede requerir pruebas especiales. Requiere la presencia de Enfermería entre una prestación y otra no mayor a 2 horas.	Se alimenta con ayuda o alimentación asistida (parenteral o por sonda). Dificultad para moverse por reposo o requerimiento postural. Higiene en cama con cambios frecuentes de ropa. Control de signos vitales dos o más veces por turno. Riesgos potenciales: caídas, infección y requerimiento de oxígeno intermitente o permanente. Apoyo permanente de Enfermería. No controla esfínteres. Requiere la presencia de Enfermería entre una prestación y otra no mayor a una hora.

2. Número y tipo de urgencias

Se define urgencia como toda aquella situación que surge sin programación previa y origina actividades no previstas, aumentando el tiempo de atención que demanda el paciente que presenta la urgencia y produciendo algún grado de desorganización en la secuencia programada de trabajo.

Las urgencias pueden ser:

- intra-servicio: definida como un proceso de descompensación que puede sufrir el paciente internado en el servicio y que demanda atención urgente de Enfermería.
- derivadas de otro servicio: se trata de pacientes derivado del servicio de urgencia, consultorio externo, quirófano, entre otros, cuyo ingreso al servicio no ha sido programado con antelación.

La ocurrencia de urgencias insume mayor tiempo para Enfermería, por lo cual identificar este dato es importante para determinar la distribución de personal (específicamente en relación al número de pacientes), evaluar la necesidad de capacitación continua y proveer de material y otros recursos necesarios.

3. Patologías más frecuentes:

Su estudio permitirá reconocer la complejidad del servicio. Este dato es de gran utilidad para identificar el nivel de capacitación y especialización necesaria del personal, la necesidad de temas de actualización y perfeccionamiento del plantel como así también los recursos necesarios para su atención.

Segundo paso: estudio de la oferta

Los recursos humanos en salud, la dotación de personal y la carga de trabajo conforman un componente de gestión, organización y prestación de los servicios de salud. En este apartado se aborda el análisis de los recursos humanos (oferta) para dar respuesta a las necesidades de los/las pacientes (es decir, la demanda).

A. Dotación de personal

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) la define como un proceso integral para determinar el número y categorías de personal de Enfermería requerido para ofrecer un nivel determinado previamente de calidad de atención a una población específica de usuarios. Para ello es necesario realizar un cálculo orientador respecto de la cantidad de personal necesario para hacer frente a las demandas de atención y de esta manera gestionar adecuadamente el cuidado. Corresponde a la administración de Enfermería gestionar la dotación del personal, así como su distribución. Para ello, algunos indicadores a tener en cuenta son:

- Dotación total actual: cada servicio cuenta con una cantidad fija de personal, asignado habitualmente en la partida presupuestaria de la institución, se encuentren o no desempeñando sus funciones. A esto se denomina dotación total actual.
- Dotación real o diaria actual: es la cantidad promedio de personal en sus distintos niveles que posee el servicio en un período de 24 horas. Permite observar la incidencia del ausentismo, en la reducción de la dotación total del personal, al momento de iniciarse el cálculo.
- Dotación total actual x días reales de trabajo: la cantidad de días reales de trabajo, la cantidad promedio de días del año trabajado, por cada miembro del personal de Enfermería. Resulta de restar a 365 días del año la cantidad de días de ausentismo.

Con respecto al ausentismo, su estudio reviste especial importancia ya que acarrea, inevitablemente, problemas organizativos en la gestión del personal, debido a que las sustituciones requieren realizar horas extraordinarias para compensar la ausencia. Existen dos tipos ausentismo: el previsto y el imprevisto.

En cuanto al ausentismo previsto, cuya ocurrencia puede calcularse con anticipación (de allí su nombre), se compone de tres variables:

- francos semanales: se calcula por persona; el número de días que corresponde por descanso semanal varía de acuerdo a las horas/días de trabajo y los términos de contratación. Si se trata de agentes con ocho (8) horas diarias de trabajo y cuarenta (40) horas semanales de trabajo, corresponden dos (2) días de descanso por semana, que se multiplican por el número de semanas anuales (52), totalizando 104 días por año.

- licencia anual ordinaria (LAO): se calcula de acuerdo a la antigüedad del personal.
- feriados; en cuando a los feriados podrán ser nacionales o provinciales, alcanzando un promedio de 10 días, dependiendo del calendario oficial.

Con respecto al ausentismo imprevisto, como su nombre lo indica, es aquel al cual no es posible anticiparse. Generalmente ocurre por enfermedad del titular o familiar a cargo, por embarazo, casamiento, fallecimiento, capacitación, entre otros motivos. Para identificar el promedio de ausentismo imprevisto debe efectuarse un estudio retrospectivo, computando el total de días por año y calcular un promedio. De ese modo se obtendrá un índice de ausentismo total (surge de la suma del ausentismo previsto más el ausentismo imprevisto) y uno de días reales de trabajo (surge de restar a los 365 días del año el ausentismo total).

B. Cálculo de dotación de personal

Para determinar la dotación de personal de Enfermería en internación se utiliza la siguiente fórmula (Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, RA/1981):

$$\text{días-cama anual} \times \text{índice promedio de atención} = \text{n}^\circ \text{ de personal necesario}$$

En cuanto a las horas anuales de trabajo por agente, los datos necesarios para su determinación son:

$$\begin{aligned} \text{días / cama anual} &= \text{n}^\circ \text{ de camas} \times 365 \text{ días} \\ \text{índice promedio de atención de Enfermería por paciente y por día} & \end{aligned}$$

La recomendación del Ministerio de Salud (2005) es:

- promedio general: 3 horas
- autocuidado: 1 hasta 1,30 horas
- cuidado intermedio: 2 hasta 3 horas
- cuidado intensivo: 6 hasta 9,30 horas

C. Cálculo de horas anuales de trabajo

Se realiza a partir de los siguientes criterios:

horas diarias de trabajo por agente x n° días reales de trabajo

$$= \text{horas anuales de trabajo por agente}$$

$$\begin{aligned} \text{cálculo de días reales de trabajo} - \text{ausentismo real} \\ = \text{días de trabajo} \end{aligned}$$

En su libro *Dirección de hospitales* (2003: 162–63), el doctor Manuel Barquín Calderón propone la siguiente fórmula:

$$\begin{aligned} \text{n}^\circ \text{ de camas} \times \text{índice de atención} \\ \text{n}^\circ \text{ de horas que trabaja la enfermera diariamente} \end{aligned}$$

Aplicando dicha fórmula se hace un ajuste del séptimo día, agregando una (1) persona cada seis (6), o una (1) persona cada nueve (9), o una (1) persona cada quince (15). Una persona cada seis es para cubrir el descanso semanal; una cada nueve o cada quince para cubrir vacaciones: una cada nueve cuando la enfermera disfruta quince (15) días hábiles dos veces al año; una cada quince cuando tiene solamente diez (10) días en dos períodos anuales.

Tercer paso: estudio de los recursos materiales

Para brindar una atención de calidad es necesario también estudiar la necesidad de recursos materiales y la adecuación de la planta física. Algunos de los factores a tener en cuenta que influyen en la solicitud de material pueden ser:

- cuantificación y cualificación de los pacientes- número y tipo de procedimientos a realizar
- vida útil de los artículos
- número de estudiantes
- técnicas específicas según el servicio

A modo de conclusión

Tanto la OMS como el CIE advierten, desde hace algún tiempo, acerca de la escasez de recurso humano enfermero para dar respuesta a la creciente demanda mundial. En los centros de salud, sean públicos o privados, el personal de Enfermería constituye la mayor fuerza de trabajo, siendo además el recurso más importante porque de él depende en forma directa el cuidado de los pacientes.

Se trata de una situación cuya solución requiere esfuerzos sostenidos y a largo plazo. Mientras tanto, el análisis oportuno y una adecuada planificación que tomen en consideración los pasos y factores aquí presentados pueden contribuir de manera significativa a optimizar la gestión de dichos recursos.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- Arzani, E. (1996) “Calidad total en las instituciones de salud”. Revista TEA, n° 10, Buenos Aires.
- Bueno, M. y col. (1981) Procedimientos terapéuticos en Pediatría. Barcelona: Espaxs SA.
- Consejo Internacional de Enfermeras (2009) Directrices para la planificación de recursos humanos de enfermería. Ginebra: CIE.
- Dal Poz, M. y Galin, P. (2000) “Relaciones laborales en el sector salud. Fuentes de información y métodos de análisis.” Quito: OPS/OMS
- Dirección de estadísticas e información de Salud (2005) Guía para la elaboración de indicadores seleccionados. Serie 1, n° 19. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, República Argentina.
- OMS (2005) Dotación de recursos humanos en salud: Nuevas perspectivas de análisis. Washington DC.
- OMS (1988) “The Challenge of Implementation: District Health Systems for Primary Health Care”. (Documento WHO/SHS/DH/88.1/Rev. 1), Ginebra.
- OPS (2011) “Regulación de la Enfermería en América Latina”. Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud. Unidad de Recursos Humanos para la Salud. Serie Recursos Humanos para la Salud, n° 56. Washington DC.
- OPS (2004) Dotación de personal para los servicios de enfermería en hospitales de distrito para la atención primaria de salud. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud, n° 32.
- Secretaría de Salud (2003) Guía técnica para la dotación de recursos humanos en Enfermería. México.
- Wayne Mondy, R. (2000) Administración de recursos humanos. México: Ed. ECASA.
- Chiavenato, I. (2000) Administración de los recursos humanos. 5ta edición. Bogotá: McGraw-Hill.

RECONOCIMIENTO A LA

Mg. Lidia Blanco

EN EL SENADO DE LA NACIÓN

En su 19° edición, la Distinción a la trayectoria “Governador Enrique Tomás Cresto” fue otorgada a la Mg. Lidia Blanco, primera enfermera profesional elegida rectora de una universidad nacional, la Universidad de la Patagonia Austral San Juan Bosco.

La ceremonia tuvo lugar el día viernes 12 de agosto en el Salón Azul del honorable Senado de la Nación. Contó con la presencia de autoridades de Salud de la Nación, senadores nacionales, autoridades representantes de distintos países y representantes de la Federación Argentina de Enfermería.

Este reconocimiento, declarado de interés parlamentario, se entrega a líderes para el desarrollo de Latinoamérica. Bajo el lema “Fortalecimiento del vínculo entre la educación y el trabajo a través de la educa-

ción técnica profesional”, distingue a personas e instituciones latinoamericanas que trabajan en beneficio de sus comunidades y del progreso de su sociedad.

Luego de recibir la distinción, Blanco expresó su reconocimiento a las colegas de Enfermería de todo el país, su destacable actuación durante los dos años de la pandemia, quienes hicieron cuanto estaba a su alcance para atender a la población afectada, evidenciando así el compromiso de la profesión con la vida. Asimismo, manifestó su deseo de que haya más espacios como este, que permitan visibilizar el trabajo de Enfermería.

Dedicó esta distinción a todas las colegas y agradeció también al senador nacional Carlos Alberto Linares, quien la propuso para este reconocimiento.

UN ORGULLO PARA LA ENFERMERÍA ARGENTINA.

¡FELICITACIONES, MG. LIDIA BLANCO!



Intervenciones de Enfermería en la recepción del paciente sometido a cirugía cardíaca

Romina Farfán

DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
CLÍNICA ADVENTISTA BELGRANO

Definición

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en nuestro país. La cirugía coronaria puede corregir problemas cardíacos que otros tratamientos no pueden. A los riesgos y complicaciones que se pueden producir en el posoperatorio inmediato en la unidad de cuidados intensivos se suman las necesidades de cada paciente en función de las características de su evolución y su situación particular.

El manejo posquirúrgico del paciente sometido a una operación cardiovascular es un desafío permanente y complejo; las condiciones biológicas anteriores a la intervención, los desequilibrios producidos por el acto quirúrgico y los efectos secundarios ocasionados por la circulación extracorpórea (CEC) hacen que cada paciente tenga una evolución particular.

El manejo posoperatorio requiere del conocimiento de la afección cardiovascular y los mecanismos compensatorios que interactúan para establecer la homeostasia, las técnicas quirúrgicas y anestésicas llevadas a cabo en el quirófano, así como de los efectos sistémicos y locales de la circulación extracorpórea y sus mecanismos lesivos.

La intervención oportuna en el tratamiento posoperatorio incide en el control de la morbilidad de

estos pacientes. Es necesaria una completa vigilancia de diversos parámetros fisiológicos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIC) y un control muy dinámico de las medidas de apoyo hemodinámico y respiratorio conforme cambia el estado clínico del paciente.

El cuidado de Enfermería va dirigido a la prevención de complicaciones en el posoperatorio de la cirugía. Para ello se debe realizar una valoración integral, que tenga en cuenta aspectos como la anamnesis, valoración física, resultados de laboratorio y la evolución clínica. El análisis conjunto de estos aspectos y la integración adecuada de los datos obtenidos permitirán cumplir con la meta de Enfermería.

Consideraciones generales

El personal de Enfermería desempeña un papel importantísimo en el proceso que involucra una cirugía cardíaca, desde que el paciente ingresa al hospital hasta que se va de alta a su domicilio.

Dada la complejidad de su condición, los pacientes operados de cirugía cardíaca necesitan la atención de personal altamente cualificado que vele por ellos; se requiere, asimismo, movilizar recursos materiales considerables.

Para la adecuada recepción es preciso contar con un protocolo pormenorizado de las acciones que lleva a cabo cada integrante del personal asignado; además, es deseable contar con una recepción guiada por objetivos para optimizar el trabajo del personal en la UCIC.

Toda intervención debe estar protocolizada, sabiendo priorizar en los momentos de urgencia vital aquellas intervenciones necesarias para mejorar el estado del paciente.

Intervenciones de enfermería para paciente postoperado inmediato de cirugía cardiovascular



Intervenciones de Enfermería para cuidado del paciente posterior a la cirugía cardiovascular.
Fuente: imagen extraída de UASLP-FAC-ENF-EECA (2017). Repositorio institucional.

Este tipo de valoración, en el marco del PAE, favorece una atención de forma sistemática y rápida, lo que permite establecer un vínculo entre la atención y la calidad de los cuidados brindados. Es indispensable que el personal de Enfermera cuente con los conocimientos y el juicio clínico suficientes para detectar factores de riesgo, de modo tal que sepa recurrir a los cuidados específicos para minimizar las complicaciones que pudieran presentarse durante el posoperatorio inmediato.

Roles y responsabilidades

El ingreso de estos pacientes a la UCIC involucra un gran despliegue de recursos materiales y humanos con

una definición clara de las actividades que deben realizar los distintos profesionales implicados. Los cuidados posoperatorios comienzan antes de la llegada del paciente a la unidad. En esta etapa, la preparación de la habitación donde se recibirá al paciente está a cargo del supervisor de Enfermería, el enfermero a cargo y el médico intensivista.

Procedimiento

1. PREPARACIÓN DE LA UNIDAD PARA LA RECEPCIÓN

Cuando el paciente haya sido trasladado al quirófano para su intervención, el box debe ser preparado de una forma especial para su reingreso. Para ello se necesitan los siguientes materiales:

- Monitor multiparamétrico: será necesario tener cable de ECG, saturación, cables de presión invasiva (al menos 2, para monitorizar presión arterial y presión venosa central) y cable para control de temperatura.
- Tener el carro de paro revisado y listo en caso de ser necesaria su utilización.
- Bolsa de ventilación
- Manta térmica
- Ventilación mecánica: es necesario comprobar el funcionamiento del ventilador, dejando los parámetros pautados fijos y en funcionamiento con una bolsa (pulmón artificial) para su ciclado.
- Cinta para fijar el tubo endotraqueal
- Fuente de oxígeno: es necesario tener 2 fuentes de oxígeno, una para tener conectado el ventilador mecánico y otra para la posterior extubación del paciente con mascarilla de oxígeno y cánula nasal.
- Comprobar funcionamiento de la máscara con reservorio.
- Tomas de vacío: se precisa una de bajo vacío y otra de alto vacío.
- Bajo vacío: será conectada a los drenajes torácicos, en caso de no contar con bomba eléctrica de aspiración continua.
- Alto vacío: para la aspiración de secreciones
- Vaselina líquida
- Dos clamps o pinzas hemostáticas
- Guantes de examinación
- Sondas de aspiración
- Marcapasos (previa revisión de batería) con cable externo.
- Glucómetro
- Bolsa para conectar a la sonda nasogástrica y dejar a débito.
- Estetoscopio
- Sueroterapia: suero salino y glucosado, purgados y conectados a la bomba de perfusión.
- Coloides en caso de ser necesario para expandir volumen.
- Medicación tipo sedantes y analgesia (según protocolos) para mantener al paciente confortable y adaptado.
- Marcapasos cardíaco bicameral: normalmente ingresa desde quirófano conectado.
- Electrocardiógrafo

2. TRASLADO DESDE QUIRÓFANO

La recepción del paciente exige la transmisión de la información clínica por parte de cirujano y anestesiólogo al equipo médico y de Enfermería que atiende al paciente en la UCIC. Deben mantenerse las medidas terapéuticas instituidas en el quirófano mientras se activan los sistemas de vigilancia y se analiza la situación del paciente.

Es aconsejable que el cambio de la mesa de quirófano a la cama de traslado se efectúe directamente a la cama de la UCIC, de manera tal que se eviten las movilizaciones adicionales peligrosas. Asimismo, es recomendable que no existan cambios de bomba de infusión y que sean las mismas del quirófano las que se utilicen en la UCIC, ya que la suspensión incluso temporal y rápida de los fármacos puede representar un gran riesgo.

3. RECEPCIÓN DEL PACIENTE Y CUIDADOS POSOPERATORIOS

Que la recepción del paciente tras ser intervenido sea adecuada es de suma importancia para la buena evolución del mismo. Esto requiere coordinación y que cada profesional sepa en cada momento qué tiene que hacer, a fin de minimizar los riesgos y priorizar las intervenciones.

El equipo deberá contar con los siguientes profesionales:

- 1 enfermera a cargo
- 2 enfermeros de apoyo
- 1 kinesiólogo
- 1 médico

El paciente será ingresado a cama, la misma que ocupaba previamente.

La enfermera responsable del paciente se encargará de los diferentes accesos venosos y de la medicación que pasa por cada uno de ellos. Esto es fundamental ya que, en caso de urgencia inmediata, será posible saber con certeza por cuál vía administrar la medicación. Un enfermero de apoyo monitorizará al paciente comprobando el ritmo, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, presión arterial, temperatura, presión venosa central, diuresis.

El otro enfermero de apoyo conectará los drenajes torácicos a la toma de vacío, anotando el débito con el que

ha llegado el paciente. Asimismo, reforzará la conexión de los drenajes y colocará la manta térmica.

El kinesiólogo conectará al paciente a ventilación mecánica, valorando su función pulmonar.

El médico evaluará la condición del paciente y el abordaje según las necesidades del paciente.

4. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Calibrar los transductores de presión arterial y venosa.
- Controlar diuresis horaria (cada 15 minutos durante la primera hora).
- Realizar la extracción de muestra de sangre venosa o arterial para laboratorio según prescripción.
- Conectar el cable de marcapasos al cable bipolar situado junto a la estereotomía y comprobar el umbral de excitación cardíaca. Posteriormente se colocará al doble de intensidad y se dejará en posición de sincrónico, es decir “a demanda”, para que intervenga si es necesario (generalmente, intervención médica).
- Valorar e identificar cambios electrocardiográficos.
- Comprobar la sonda nasogástrica, fijarla y dejarla “a bolsa”.
- Fijar correctamente los distintos accesos venosos y el tubo endotraqueal.
- Colocar llave de tres vías proximal en la vía central principal para asegurar la pronta administración de bolos sin arrastre de la medicación vasoactiva.
- Controlar posible sangrado a través de las distintas heridas quirúrgicas y valorar el débito de los drenajes mediastínico y/o plural.
- Acomodar la cabecera de la cama incorporado a 30 grados.
- Monitorear constantes vitales cada 15 minutos durante las primeras 2 horas. Luego con frecuencia horaria.
- Realizar ECG de ingreso y ante cualquier evento.
- Comprobar la permeabilidad de los drenajes torácicos. Si fuera necesario se “ordeñarán” con vaselina líquida para evitar su obstrucción. Se considera normal:
 - inferior a 300cc. en la primera hora
 - inferior a 200cc. en la segunda hora
 - inferior a 100cc. el resto de las horas
- Permanente alerta para detectar cualquier complicación propia del posoperatorio cardíaco: arritmias, hipotensión severa, oligoanuria.

- Control de la temperatura: hacer calentamiento progresivo.
- Control horario de glucemia en las primeras 3 horas, si se mantiene los valores deseables pasar el control cada dos horas.
- Control de los parámetros del ventilador y valoración de la correcta adaptación del paciente.
- Control de temperatura horaria en las primeras 4 horas luego cada 2 si no existiera variación. Medición horaria por 24 horas.
- Valorar grado de sedación.
- Valoración del dolor.
- Aspiración endotraqueal según necesidad.
- Administrar soporte inotrópico y/o vasopresor según indicación médica, valorando su respuesta según presión arterial y frecuencia cardíaca.
- Administrar medicamentos de urgencia (antiarrítmicos) apropiados según el ritmo cardiaco del paciente, valorar los efectos de la administración de la medicación y su adecuación a las necesidades del paciente.
- Administrar la antibioticoterapia y resto de medicación pautada.
- Realizar balance hídrico horario: control estricto de débito de drenajes, drenado de apósitos en herida quirúrgica, detección de otro sitio de posible sangrado. Registro horario y observación en forma continua.
- Valoración respiratoria y acompañamiento en el proceso de destete de AVLM.
- Valoración neurológica y física continuamente.
- Registro de valoración, intervenciones y respuesta del paciente en la historia clínica.

Proceso de atención Enfermería

En el marco de la metodología científica enfermera (PAE), esta ficha técnica incluye las siguientes **intervenciones (NIC)**:

- Cuidados cardíacos (4040)
- Cuidados cardíacos: agudos (4044)
- Regulación hemodinámica (4150)
- Monitorización hemodinámica invasiva (4210)
- Manejo de electrolitos (2000)
- Manejo de la ventilación mecánica: invasiva (3300)

- Destete de la ventilación mecánica (3310)
- Cuidados del drenaje torácico (1872)
- Cuidados de las heridas (3660)
-

En cuanto al **diagnóstico real de Enfermería** (según taxonomía NANDA):

- Riesgo de disminución del gasto cardíaco F/R alteración en la contractilidad (00240).
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Retención de secreciones y vía aérea artificial M/P tos inefectiva, excesiva cantidad de esputo,

ausencia de tos, sonidos respiratorios adventicios (00031).

- Deterioro del intercambio de gases R/C cambios en la membrana alvéolo capilar M/P disnea, gasometría arterial anormal, patrón respiratorio anormal (00030).
- Deterioro del intercambio de gases R/C desequilibrio de la ventilación - perfusión M/P hipoxia, gasometría arterial anormal, color anormal en la piel (00030).
- Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca F/R cirugía cardiovascular (00200).

REFERENCIAS:

Arreiciado Maraón A, Estorach Querol MJ, Ferrer Francés S. (2011) "La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner." *Enferm Intensiva*; 22(3):112-6.

Carmona Simarro JV, Barberá Soriano C. (2000) *Cirugía cardíaca y Enfermería en la UVI del Hospital de la Ribera. Actuación y proceso*. Valencia, España.

Carmona Simarro, JV (2002) "Cirugía cardíaca: cuidados iniciales de enfermería en el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos", *Rev Cubana Enfermer*; 18(1).

Ariza, C. (2013) "Cuidado de Enfermería al paciente en postoperatorio temprano de revascularización miocárdica." *Rev. Colomb. Cardiol*; 20(6): 372-380.

Heredía P, Musante C, Martín R. (2014) "Primeras horas del posoperatorio en cirugía cardíaca no complicada". En: SATI (Sociedad Argentina de Terapia Intensiva), Kenar RM, Flores LA, Bono J.: *Cardiología crítica. Enfoque de la patología cardiovascular en el paciente grave*. Capítulo 16. 1° edición. Editorial Médica Panamericana.

Martínez, A.T. y otros (2014) "Cuidados de enfermería poscirugía cardíaca en personas de edad avanzada: reflexiones desde la complejidad de la práctica del cuidado". *Enfermería en Cardiología*; 21(63): 49-54.

Ortega, VMC. (2001) Valoración de enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*; 9 (1-4):18-23.

Sociedad Argentina de Cardiología (2014) "Posoperatorio en las primeras horas. Consenso de recuperación cardiovascular." *Revista argentina de cardiología*, 82(2).

Vargas Parra, M. (1995) *Planes de Enfermería para pacientes en postoperatorio de cirugía cardíaca*. 1° edición. Bogotá: McGraw-Hill.

Prestadores de salud privada en Argentina: la paradoja de una industria clave en la cadena productiva que se enfrenta a la inviabilidad económica

Adecra+Cedim realizó en Pilar el IV Congreso de Salud, con un auditorio de más de 750 personas y más de 2500 siguiendo por streaming. Referentes del management en salud coincidieron en la crisis de financiamiento, la fragmentación del sector la necesidad de una “agenda urgente”. Los funcionarios Fernán Quirós, Pablo Yedlin, Luciano Laspina y Leandro Santoro analizaron la coyuntura nacional y los desafíos políticos, sanitarios y macroeconómicos.

“¿La salud en Argentina es sustentable?” fue el lema que guió el IV Congreso de Salud de Adecra+Cedim.

A lo largo de dos días, 24 y 25 de agosto, más de 30 especialistas, empresarios médicos, autoridades políticas y otros analistas del área, debatieron sobre dirección médica, recursos humanos y la política económica del sector en el contexto nacional, para tratar de encontrar respuestas a este interrogante, con los aprendizajes en pandemia como escenario.

“Los prestadores estamos atrás en los aranceles. Considerando salarios, insumos médicos y no médicos, honorarios y cargas sociales, entre otras variables, el costo total es del 134%”, señaló el presidente de Cedim, Marcelo Kaufman, en el panel que compartió con el vicepresidente de Adecra, Carlos Pesa, el presidente de la Federación Argentina de Prestadores de Salud (FAPS), José Sánchez, y el integrante de la Unión Argentina de Salud (UAS) Luis Degrossi, con la moderación del economista Jorge Colina, durante la Jornada Político-Empresaria que se realizó el segundo día del evento.



“En el acumulado de enero a agosto, la inflación salud de los prestadores está 20 puntos por encima del costo IPC para el mismo periodo. Además, de cada 100 pesos que facturamos recibimos 91 pesos, teniendo en cuenta que cobramos a 90 días. ¿Ustedes creen que podemos ser sustentables con esta inflación?”, interpelló Kaufman al auditorio.

Como parte de la crisis estructural que enfrenta el sector, se trató el aumento de costos, la desactualiza-

ción arancelaria y el desacople financiero, los problemas de precios de medicamentos y altas tecnologías, los desequilibrios en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y en la costo-efectividad de las prestaciones, entre otros temas. A esto se sumó el panorama coyuntural: 19% de aumento en los salarios de agosto, inflación de 7,4% en julio y la inminente caída, hasta ese momento, de la vigencia del Decreto 300 el 31 de agosto de 2022.

“La salud como bien público, que es lo que debería estar en la agenda del Estado y de la sociedad, el federalismo, el financiamiento digno, la calidad y eficiencia y nuestros recursos humanos son los cinco pilares que debe sostener nuestra actividad”, afirmó Carlos Pesa, quien es también presidente del Directorio del Sanatorio 9 de Julio, de Tucumán, y en este sentido propuso “consensos para una reforma del sistema y avanzar en la provincialización o regionalización para dejar atrás la fragmentación”, entre otros puntos. “Nosotros tenemos que hacer el cambio: salgamos de la queja a la propuesta”, recalcó.

Al cierre del Congreso de Salud, **el presidente de Adecra, Jorge Cherro**, puntualizó algunas de las medidas necesarias para el sector: “Actualización de los subsidios y beneficios hasta que se recompongan los aranceles congelados durante 2020, tratamiento legislativo para poder utilizar el saldo técnico del IVA Crédito Fiscal y una moratoria impositiva amplia”. **“Necesitamos que se nos dé el lugar que nos corresponde por lo que somos: uno de los motores fundamentales en la cadena productiva del país”, resumió.**



“¿Existe real voluntad política de avanzar en una reforma integral del sistema de salud en la Argentina?”

La pregunta la deslizó **Pablo Paltrinieri**, miembro de la Comisión Directiva de Adecra y director Comercial del Hospital Privado de Córdoba, para dar pie a la disertación de los funcionarios públicos, que articularon un amplio debate político-económico y sanitario, con la coordinación del periodista Daniel Fernández Canedo.

“Necesitamos que nos ayuden a tratar de ubicarnos como en un GPS, “Usted está aquí”, porque tenemos pocas certezas y necesitamos perspectivas”, pidió Paltrinieri a las autoridades políticas y conceptualizó: **“El sector de la salud genera más de 800 mil puestos de trabajo, que es casi el 7% del empleo registrado en Argentina, y las instituciones de salud privada representamos más de la mitad de esa fuerza laboral, pero estamos en emergencia sanitaria desde hace más de dos décadas”.**

En este panel, el presidente de la Comisión de Salud del Senado de la Nación, **Pablo Yedlin**, expresó que “además del fraccionamiento, la salud tiene severas inequidades”, y se refirió, entre otros indicadores, a la “alta tasa y dispersión” de la mortalidad infantil y a enfermedades como VIH y sífilis.

“La regulación de precios, las patentes y los medicamentos de alto costo son temas que deben ser abordados. Hay que avanzar en medicamentos tutelados”, afirmó el senador y destacó la importancia del proyecto de ley para profesionalizar la Enfermería en el país. **“La Argentina tuvo muchos intentos de reforma sanitaria en su historia, pero el desafío es poder entender las problemáticas del sector”.**



En línea con Yedlin, el ministro de Salud porteño, **Fernán Quirós**, declaró: **“Tenemos un sistema de salud que con cada día que pasa está un poco peor y va explotando en pequeñas partes”**. Mencionó las dificultades en los “marcos legales, las coberturas mal reguladas del PMO, las estrategias que se requieren en el cuidado del recurso humano para promover satisfacción, y en la formación del personal, que es extensa”.

En el plano de la macroeconomía, el diputado nacional de Juntos por el Cambio Luciano Laspina reflexionó: “Argentina tiene que crear mecanismos de mayor competencia para la salud y para todo el sistema. Si hace diez años tenemos problemas en cuanto a la pobreza, el gasto público y la presión impositiva, ya es hora de replantear las normas” y agregó que “los debates políticos y regulatorios deben tener un equilibrio entre la sensibilidad y la racionalidad”.

Por su parte, el diputado nacional por el Frente de Todos **Leandro Santoro** se enfocó en el análisis político: “debemos organizarnos en base a la ética y el diálogo”. **“Estamos ante el desafío de combinar instrumentos ortodoxos y heterodoxos para ecualizar la macroeconomía.** Si se *tuiteriza* la política, no vamos a poder llegar al modelo de desarrollo que aún no hemos definido en la Argentina”, declaró.

De la también participaron referentes del sector farmacéutico y biotecnológico. Daniel Londero, miembro de la Comisión Directiva de CAEME (Cámara Argentina de Especialidades Medicinales), quien habló sobre innovación e investigación clínica en la Argentina, señaló que “los medicamentos son responsables del 40% del aumento de la esperanza de vida”. Asimismo,

Luiz Reis, director de Crecimiento de Operaciones Internacionales de Bionexo Latam, hizo su aporte sobre “Transparencia, *compliance* y madurez digital”, desde el área de *healthtech*.

Los desafíos de la telemedicina, la eficiencia del “hospital sin camas”, la crisis de la fuerza laboral y la gestión del talento y liderazgo

En lo que fue el primer día del Congreso de Salud, Adecre+Cedim llevó adelante la Jornada de Directores Médicos y la Jornada de Recursos Humanos en Salud y Enfermería para tratar los temas técnico-asistenciales de la agenda prestacional del sector salud.

“Con la vuelta a la normalidad, nuestras instituciones están desbordadas por falta de acceso del paciente a consultas ambulatorias y se saturan las salas de emergencia”, explicó Tomás Amuchástegui, jefe del Programa de Gestión Médica e Informática en Salud del Hospital Privado de Córdoba.

En este sentido, Oscar Mandó, presidente de la Asociación Civil de Telemedicina de la República Argentina (ACTRA), destacó que “para evitar la llegada a la emergencia es fundamental que los equipos de atención primaria brinden un buen servicio por teleconsulta”. “El logro de la telemedicina se lo debemos, en gran parte, a la pandemia”, resumió. Por su parte, Fabián Vítolo, director de Relaciones Institucionales y Servicios Médicos en Noble Compañía de Seguros, trató el aspecto judicial del tema: “Debemos mejorar la experiencia del paciente, avanzando hacia una atención con pacientes conocedores y participativos” y recaló la importancia de las “buenas prácticas” en telemedicina.

En cuanto a la tendencia del “hospital sin camas”, Fernando Cura, jefe del Servicio de Cardiología Intervencionista y Terapéuticas Endovasculares del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, resaltó la importancia de “eficientizar los recursos para adecuarlos a la necesidad de la práctica”, dando el ejemplo de la angioplastia coronaria y del tratamiento de las arritmias, que “hoy por hoy, mayormente, no requieren internación”.

Por otra parte, en la Jornada conjunta de Directores Médicos y Recursos Humanos en Salud y Enfermería, Daniela Mora Simoes, directora de Personas de Grupo

OMINT, fue parte del debate sobre “Crisis de la fuerza laboral, gestión del talento y aprendizajes en pandemia”, coordinado por Azucena Gorbarán, fundadora y presidente de AMG Consulting. **“De la pandemia aprendimos que si nos desconectamos del ser, va a ser muy difícil salir de la crisis laboral; también comprendimos el sentido de lo colaborativo, alineado a nuestros propósitos, como una nueva manera de conectar con el mundo del trabajo”, reflexionó Mora Simoes.**

En otro de los paneles, “Modelos de liderazgo”, Cecilia Giordano, presidente y CEO de Mercer Argentina, Uruguay y Paraguay, invitó al público a reflexionar sobre el rol de la empatía: “Si no somos capaces de saber cómo estamos, ¿cómo vamos a ser compasivos con un otro?”.



“A la valiosa labor durante la pandemia por Covid-19”: Adecre+Cedim entregó placas de reconocimiento a referentes del sector

El miércoles 24 de agosto Adecre+Cedim organizó una cena de camaradería de la que participaron los directivos y el staff de la cámara, directivos de las instituciones asociadas, periodistas y otros representantes del ámbito.

En ese marco, los presidentes y vicepresidentes de Adecre y de Cedim, Jorge Cherro, Marcelo Kaufman, Carlos Pesa y Eva Montequín, respectivamente, convocaron al escenario a Gerardo Bozovich, quien estuvo al frente de la Comisión de Directores Médicos de la Asociación hasta fines de 2021; Guillermo Lorenzo, ex vicepresidente de Adecre (también en función en el cargo hasta finales de año pasado); José Sánchez, presidente de la Federación Argentina de Prestadores de Salud (FAPS); Mario Lugones, miembro de la FAPS; y Walter Picada, presidente de la Comisión de Enfermeros de Gestión de la cámara, quien recibió el premio en representación de Isabel Vera, titular de esta Comisión durante los años de pandemia.

“Queremos homenajearlos y agradecerles por la inmensa tarea que cada uno de ustedes llevó adelante durante la pandemia”, señaló Kaufman y agregó: “Todo hubiera sido mucho más difícil sin su compromiso y su sólido trabajo”.

El jueves 25, durante la Jornada Político-Empresaria, al cierre del panel en el que participaron los funcionarios de Gobierno, se entregó también una placa al Ministro de Salud porteño, Fernán Quirós. “Los prestadores de salud privada hemos articulado importantes esfuerzos con los prestadores públicos para poder hacer frente a la pandemia y eso es sumamente valioso. La política del Ministerio a su cargo ha sido clave en este sentido”, afirmó Cherro.

¡PUBLICÁ TU ARTÍCULO EN

vea

VISIÓN DE **enfermería** ACTUALIZADA



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

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

Cuidados de la piel del recién nacido de término (RNT) y del recién nacido pretérmino (RNPT)

Rosana Liliana Cardozo*

Resumen

El cuidado de la piel del recién nacido a término o prematuro requiere una valoración atenta del nivel de hidratación, la presencia de irritación o de lesiones, así como los recaudos apropiados en la higiene, con el fin de garantizar una adecuada adaptación al medio exterior.

Comprender las características y funciones por las que atraviesa la piel en la vida extrauterina colaborará para que los profesionales puedan brindar cuidados de calidad que fomenten las buenas prácticas y la evolución favorable de los pacientes.

Palabras clave

Neonatología, Enfermería neonatal, cuidados de la piel RN, intervenciones de Enfermería

Abstract

Caring for the skin of the term or premature newborn requires a careful assessment of the level of hydration, the presence of irritation or lesions, as well as the appropriate precautions in hygiene, in order to assure appropriate adaptation to the external environment.

Understanding the characteristics and functions that the skin goes through in extrauterine life will help professionals to provide quality care that promotes good practices and the favorable evolution of patients.

Palabras clave

Neonatal nursing, NB skin care, Nursing Interventions

Introducción

La piel es un órgano que cumple diversas funciones y que en el caso de los RN tiene particularidades especiales con respecto a la de un adulto. Es por ello que deben tenerse en cuenta ciertas consideraciones al

tomar decisiones en procedimientos de cuidado, antisepsia e higiene, las cuales serán variables incluso dependiendo de las semanas de gestación.

*Licenciada en Enfermería, Enfermera Operativa en UTI Neonatal del Hospital San Antonio de Padua, Río Cuarto. Docente de la Carrera de Enfermería (Instituto Berroterán Nivel Superior). Maestranda en Cicatrización Avanzada de Heridas (UAI). Fue coordinadora de la Comisión de Enfermería de AIACH (Asociación Interdisciplinaria Argentina de Cicatrización de Heridas) en el período 2021.

De manera general, las principales funciones de la piel pueden describirse de la siguiente manera:

- Mantiene un balance de líquidos y electrolitos, impide la penetración de agentes tóxicos, radiaciones ultravioletas y microorganismos, es decir **función barrera**.
- **Termorregulación:** a través de la dilatación o constricción de los vasos sanguíneos, la grasa hipodérmica y la evaporación del sudor.
- Participa en la síntesis de vitamina D.
- Es un órgano de **percepción** múltiple, a través de millones de terminaciones nerviosas distribuidas en toda su superficie.
- Participa en la **vigilancia inmunológica** dado que sus células sintetizan numerosas sustancias inmunológicamente activas.
- Producción de melanina, la cual da pigmentación a la piel y cumple **función fotoprotectora**.
- **Reparación** de heridas a través de los procesos de cicatrización.
- **Identificación personal** a través de la huella dactilar.

Los RNT tienen la capacidad de restaurar la piel y mantener una función de barrera. Los mecanismos reguladores controlan el desarrollo epidérmico y dérmico, la sudoración ecrina, la secreción de sebo, la acidez superficial de la piel, la capacidad de pérdida transepidérmica de agua y los factores hidratantes naturales que se desarrollan durante el proceso de maduración fisiológica.

El desarrollo de la barrera cutánea aumenta con la edad gestacional y la maduración epidérmica se com-

pleta a las 34 semanas de edad, siendo la piel de los recién nacidos prematuros comparable a la de los recién nacidos a término a las 2 o 3 semanas.

La piel del RNPT se caracteriza por tener las funcionalidades disminuidas debido a la inmadurez, lo que supone un mayor riesgo de sufrir lesiones.

A continuación se describen las principales instancias de cuidado y las intervenciones de Enfermería correspondientes.

1. Valoración de la piel

La primera instancia del proceso de cuidado es realizar una adecuada valoración. Para llevarla a cabo es necesario utilizar una herramienta que haya sido validada como adecuada para la población neonatal.

Por caso, la Neonatal Skin Condicion Scale (NSCS) ha sido diseñada específicamente como instrumento de valoración de la piel del recién nacido y permite dimensionar el riesgo que presenta el neonato de sufrir alteraciones en la piel. La validez de esta escala quedó demostrada mediante la confirmación de la relación entre las puntuaciones de la condición de la piel con el peso al nacer, el número de observaciones y la prevalencia de infecciones.

Esta escala se basa en la valoración de tres variables:

- hidratación
- eritema
- lesiones

El resultado surge de la suma de estos ítems y varía de una puntuación de tres (mejor condición) a una puntuación de nueve (peor condición).



Escala de valoración de la condición del recién nacido

(NSCS: Neonatal Skin Condition Scale)

HIDRATACIÓN DE LA PIEL	ERITEMA	LESIÓN
1. Normal no presenta signos de deshidratación	1. no hay presencia de eritemas	1. ninguna
2. Seca visiblemente irritada	2. eritemas visibles menos del 50% de la superficie corporal	2. áreas pequeñas localizadas
3. Muy seca grietas y fisuras visibles	3. eritemas visibles más del 50% de la superficie corporal	3. áreas extensas

2 Baño e higiene de la piel

• El **baño inicial inmediatamente posterior al nacimiento** se realiza como una práctica arraigada en las instituciones de salud. Sin embargo, la OMS sugiere postergarlo hasta 24 horas después del nacimiento, o esperar al menos seis horas si no es posible dejar pasar un día completo por motivos culturales. Como excepción, en casos de HIV donde se desconoce la carga viral materna puede ser necesario realizarlo en forma inmediata.

El fundamento que se sostiene es mantener la termorregulación, favorecer el vínculo madre e hijo estimulando la lactancia materna; además, al utilizar agua y jabón se removerá el vernix caseoso, cuya función es brindar protección a la piel ya que posee propiedades nutritivas, cicatrizantes y de protección contra infecciones, disminuye el PH superficial de la piel, ejerce un efecto hidratante y proporciona lípidos necesarios para promover una integridad tegumentaria adecuada.

• Diversos autores recomiendan realizar en la sala de recepción el **secado con toalla suave o compresa seca**, evitando el frotado, para favorecer la estabilización térmica y prevenir hipoglucemias.

• Comparado con el baño por partes con esponja, **el baño por inmersión** modifica menos la temperatura

corporal, disminuye el llanto, favorece el neurodesarrollo y no aumenta el riesgo de infección, inclusive en aquellos neonatos en los que no se ha caído el cordón umbilical. Se tomará siempre en forma previa la temperatura axilar; si es inferior a 36,5°C no se lo bañará hasta alcanzar dicha temperatura.

• Se lo puede contener con una toalla para no perjudicar el neurodesarrollo, manteniendo al RN en una posición flexionada en línea media, evitando movimientos motores de extensión. La secuencia para realizar la higiene es desde las partes limpias a las partes sucias: en primer lugar la cara y cuello, por último la zona perianal.

- Durante todo el procedimiento de aseo debe evitarse el frotado o restregado para la eliminación del vernix caseoso, ya que esto podría lesionar la epidermis.
- Durante el baño los ojos no precisan ningún cuidado especial.
- Debe evitarse sumergir la cabeza del RN, ya que puede provocar infecciones en el oído.
- Para secarlo, se envolverá rápidamente en una toalla, se secará con toques suaves sin frotar, secando bien el muñón umbilical y se procederá a vestirlo rápidamente o colocarlo piel con piel con la madre.

- Los beneficios del baño diario no están bien documentados y se requiere mayor investigación al respecto. La frecuencia del baño en el período neonatal debe basarse en las necesidades individuales de cada RN, teniendo en cuenta los valores y creencias de la familia.

- El uso de **antisépticos** tales como la clorhexidina jabonosa de rutina diaria está desaconsejado, ya que, si bien reducen la colonización, su acción es corta y producen irritación y resecaimiento cutáneo, además no se cuenta con suficiente evidencia que respalde esta práctica. Distintos autores recomiendan la utilización de jabones líquidos que tengan un PH neutro. Se puede alternar baños con agua tibia solamente, con baños con jabón.

- Por otra parte, el uso de paños impregnados con clorhexidina, jabón u otros agregados que deben humedecerse previo a ser utilizados y no requieren enjuague final está desaconsejado, ya que no hay estudios que avalen el uso de los mismos en la población neonatal, además favorece el contacto de la piel con restos de jabón y aumenta el riesgo de hipotermias parciales.
- Al respecto, está desaconsejado su uso por la falta de evidencia y por no conocer en su mayoría la formulación del paño, además de provocar hipotermia parcial. Sin embargo, a pesar de la evidencia, en muchas instituciones privadas de salud se utilizan los llamados paño baño fácil sin haber constatado daños en la piel de RN.

- En cuanto a RNPT menores de 32 semanas se utilizará solo agua tibia durante la primera semana de vida, y en aquellos pacientes que tengan la piel lesionada se utilizará agua estéril para este procedimiento. Se sugiere utilizar baño de inmersión con la contención antes descrita en los neonatos que se encuentren estables, que no tengan catéteres umbilicales y que tengan puesto el clamp de cordón. Se evaluará la tolerancia al procedimiento, observando en el RN alteraciones en la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y cambios en la saturación, antes, durante y posterior al baño. Tampoco hay demasiada evidencia que justifique el baño de rutina o el uso de antisépticos en el mismo.

- Respecto al **baño prequirúrgico**, la recomendación de diversos autores ante la falta de evidencias en el RN, es realizar un solo baño previo al acto quirúrgico con clorhexidina al 4%. Esto se refiere al baño por inmersión prequirúrgico con clorhexidina jabonosa ya que la presentación por lo general es al 4%. Si bien no hay mucha evidencia al respecto, suele usarse 1cm de clorhexidina en un litro de agua, para los procedimientos. Si se usa la clorhexidina al 2% base acuosa, siempre enjuagar luego de dejar actuar, ya que la misma favorece una disminución significativa de la flora bacteriana y una actividad residual más prolongada respecto a otros productos, con escasa toxicidad ante la eventual absorción.

3. Cuidados de la zona perineal

Es muy frecuente observar, en el período neonatal y en los primeros meses, las dermatitis de contacto irritativa, también conocida como *dermatitis del pañal*. Puede aparecer como consecuencia de la sobrehidratación, la oclusión de la piel y la fricción en la zona del pañal, que conducen a cambios de PH, e involucra la capa superior de la epidermis y el estrato córneo.

Identificación:

La dermatitis irritativa del pañal comienza característicamente con eritema en los sitios de mayor contacto o apoyo (zona convexa perianal y nalgas), tomando una disposición característica de W, no comprometiendo a los pliegues. Puede ser leve y progresar a estadios más severos.

Intervenciones:

- Ante los primeros síntomas se sugiere reforzar la adecuada higiene y el cambio frecuente de pañal. Lavar la zona con agua, no es necesario jabón. Luego secar sin fricción y colocar alguna crema barrera.
- En caso de aumento de los síntomas, pueden utilizarse pomadas con óxido de zinc y, bajo prescripción médica, en caso de infección secundaria asociada y reacción exacerbada de la piel, se aconseja el uso de medicación antifúngica y corticoides.

MARSI (Medical Adhesive-Related Skin Injuries)

Se refiere al daño de la piel relacionado con adhesivos de uso sanitario. Incluye lesiones de la piel causadas por la aplicación inapropiada o la retirada de los adhesivos, o bien por el uso inadecuado de algún dispositivo biomédico. En seguridad del paciente es considerado un evento adverso, por lo que su ocurrencia debe ser reportada y fundamentalmente prevenida.

Identificación:

Se presenta como eritema y/u otra manifestación de anormalidad cutánea (incluyendo vesículas, ampollas, erosión) que persiste 30 minutos o más después de retirar el adhesivo. Compromete la integridad de la piel, aumenta el riesgo de infecciones y produce dolor y discomfort al RN.

Intervenciones:

- Para disminuir la presentación de estas lesiones se recomienda, antes de aplicar un adhesivo, preparar la piel en forma adecuada, cuidando que esté limpia y seca.
- Colocar en lo posible una película protectora de silicona, cuidando que la misma no sea volátil (tipo spray o aerosol) sino en presentación de toallita o hisopo, fundamentalmente si la zona a proteger está en el rostro.
- Utilizar la menor cantidad de cinta hipoalergénica necesaria para lograr el resultado esperado, con previa colocación de una protección con hidrocoloide como segunda piel.

- Es importante evitar colocar las cintas sobre áreas de piel con lesiones.
- Respecto a retirar el vello, no es necesario hacerlo por rasurado ni mediante corte; debe evitarse el uso rutinario de promotores de adhesión.

Conclusiones

El cuidado de la piel del recién nacido (RN), independientemente de su edad gestacional, va más allá de mantener una hidratación y limpieza adecuadas, o detectar lesiones. Realizar el cuidado oportuno es fundamental porque de ello dependen la estabilidad hidroelectrolítica, la termorregulación y la protección ante infecciones o agresiones del medio externo.

El cuidado de la integridad cutánea constituye un capítulo especial en la atención del recién nacido pretérmino ya que el sistema tegumentario es parte fundamental en la atención holística de este grupo etario. Todas las medidas tendientes a proteger la integridad cutánea repercutirán no sólo en el confort del RN sino también en la hemodinamia, el neurodesarrollo y la respuesta adaptativa al nuevo entorno.

Po todo esto, los cuidados de Enfermería deben pensarse desde un abordaje individualizado —que reconozca la particularidad de cada caso—, centrado en el paciente y en la familia.

BIBLIOGRAFÍA

–Castro, M. y otros (2007) “Experiencia clínica en la utilización de bolsa de polietileno para disminuir la hipotermia en el recién nacido menor de 1.000 gramos.” *Arch Pediatr Urug*, 78(2): 110-114.

–Chattás G. (2010) “Cuidados de la piel del recién nacido pretérmino.” *Revista Enfermería Neonatal. Fundasamin*; 10(10).

–Chattás, G. (2018) *Guía de práctica clínica para el cuidado de la piel del recién nacido. Fundasamin*. Disponible en: <https://www.fundasamin.org.ar/web/guia-de-practica-clinica-para-el-cuidado-de-la-piel-del-recien-nacido/>

–Chattás, G. y otros (2020) “Atención y cuidado del recién nacido prematuro: manejo hidroelectrolítico, termorregulación, cuidado de la piel. Pautas y lineamientos prácticos”. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en:

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-09/he-piel-rematuros.pdf>

–García-Fernández F. y otros (2011) “Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en la infancia.” *Gerokomos*, 22(1).

–Lund CH, Osborne JW. (2004) “Validity and reliability of the neonatal skin condition score.” *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, May-Jun 33(3): 320-7.

–Lund, C. y otros (2007) “Neonatal Skin Care: evidence-based clinical practice guideline”, *Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses AWHONN*. Disponible en: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)33872-7/fulltext](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)33872-7/fulltext)

Alegoría de aceptación

Walter Piceda

JEFE DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA SANTA ISABEL

Una mañana calurosa de diciembre, una voz amiga al teléfono, con la que me mantenía una banal plática, inicia a través del artefacto un soliloquio muy particular, en el que, entre un sinfín de otras cosas, me dice:

–Amigo, ¿cuánto tiempo puede una persona embelesarse con su propia vitalidad y energía?

“Me encuentro tomando conciencia de mi lenta pero inexorable degradación física. Siento que mis brazos y mis piernas no logran ya proezas tan nimias como levantar un bulto de relativo peso o patear una pelota con la fuerza requerida para que llegue hasta una posición medianamente alejada. Estas certezas van de la mano con pensamientos que confirman esta situación descorazonada, patente para mis sentidos y para mis sentimientos.

“¿Sabés? Quedo muchas veces sumergido en profundas cavilaciones, en remembranzas de tiempos pasados, y observo con sana envidia el elenco de jóvenes que circunstancialmente me rodean. Son pensamientos que atesoro en mi interior y comparto sólo con personas muy especiales y confiables (nadie ve con buenos ojos un viejo quejumbroso por lo que ya fue y no volverá).

“Quizá la ciencia avance lo suficiente para poder desarrollar esa partícula que, sin arrebatarnos el recuerdo fijado de lo vivido, me permita tener la fuerza requerida para reconstruir ese mismo hecho. ¡Hay tantas cosas inútiles que se inventan! ¡Imagínate! ¡Tener la fuerza de la juventud con la sabiduría de la experiencia! Si esto no es una innovación revolucionaria para la humanidad, no sé qué pueda serlo.

Quien así me habla es un viejo conocido, que ha viajado mucho por el mundo, so pretexto de su asombrosa destreza para deleitar con bellísimas sinfonías desde la campana de su saxo, lo cual fue siempre su pasaporte de invitación a distintos conciertos y lujosas fiestas en rincones impensados. Supo ser animador de cumpleaños tanto de futuras reinas de minúsculos países donde la monarquía está instalada en la piel de la sociedad, como de elegantes esposas de diplomáticos e hijas de fastuosos personajes dedicados a transacciones de los más diversos objetos, de curso legal en el mejor de los casos. Nunca se detuvo a preguntar por estas circunstancias.

La inquietud en el lenguaje de mi amigo despierta la propia movilización interna. ¿Qué fantasmas están dando vueltas en la mente de este ser, acostumbrado a solo estar parado del lado contemplativo y feliz de la vida? ¿Qué extraño rayo de conciencia lo puso en un presente que no admite para sí? ¿La soledad y el miedo a la finitud lo han sumido en ese trance insalvable hacia la disconformidad, empujándolo a un deambular solitario, apartado de toda compañía? ¿Acaso es la señal del descenso a ese auténtico valle de pesares que es la vida cuando se contempla la inminencia de la muerte?

Solo fui capaz de responder con una metáfora basada en sus propias vivencias, que le pueda permitir echar mano de ese salvavidas:

–Suponte que un día te levantas y encuentras en el living de tu casa un bonito piano de cola, que un desconocido te ha regalado de forma inesperada y ha

querido que lo recibieras así, en un estado de éxtasis apalancado por el asombro. Vos estás maravillado ante la magnificencia de este instrumento. Lo mirás y decís, ¡Qué bárbaro! ¡Qué bien! ¡Qué bonito es! Te quedás un largo rato absorto por la belleza de este objeto. Se trata de un Steinway CD 318, uno de los más excepcionales instrumentos de cola para concierto que esta fábrica ha producido. Lo observás detenidamente y caés en cuenta de que cuanto más lo examinás, más convencido quedás de que está hecho a tu medida. La bruma de tus sentidos le otorga potencial de convertirse en una auténtica obsesión objetal, tal como le sucede al protagonista de aquel cuento que supiste hacerme llegar, me refiero a “El Piano Blanco” de Cepeda Samudio.

“Te sentás a tocar y es estremecedora la suavidad con la que desliza tu pie el pedal, para configurar la tonalidad, que se traslada a la caja de resonancia, logrando inundar la sala de dulces sonidos, cuando tus dedos presionan cada una de las teclas, con la precisión de un neurocirujano.

“Sin embargo, tu vínculo amoroso con la música se trasunta a través de tu querido YAS 875EX, y no estás dispuesto a que esto cambie. Él es un fiel compañero de estos años, tanto de cortos, como de largos viajes y no hay disponibilidad en tu ser para que no siga siendo de esta forma. Claramente, luego de la contemplación de tan particular obsequio, durante varios días, y pasada ya la euforia inicial, empezás a caer en cuenta del valioso espacio que está ocupando este artefacto en tu sala de estar.

A fin de cuentas, los avances que consigas en el desarrollo de tu virtuosismo musical con el piano nunca van a acercarse a los pases de magia que bien conocés al momento de soplar la boquilla del saxo.

“Ya, en este punto, el piano te molesta. Empieza a tornarse aparatoso. Desmedidamente grande, al punto de configurar una imagen que remite a la torpeza, a lo descomedido. Finalmente, no deja de ser un mueble que, pese a tus seguros rezongos, va a permitir que cualquiera que se le acerque se vea tentado de obligarlo a tomar servicio de sostén de lo que sea. Se va a convertir en un auténtico apoya todo que va a afeear el lugar.

“Aparece en tus pensamientos, además, la convicción de lo que va a costar mantener esa estructura tan lustrosa, en esfuerzo y dinero. Una madera tan quisquillosa que ni te permite variar la humedad del ambiente

en demasía sin riesgos de agrietamientos y daños. Ni hablar de los costos de afinación, entonación y regulación de los macillos y otras piezas.

En este punto, ya te sorprenderías pensando: ¡Un verdadero lastre este regalo que me ha caído no sé por qué infortunio!

“Amigo, te invito a que puedas atemperar la representación de tu edad actual en la primera ideación que tuviste del piano, y que puedas tolerar la certeza de que las etapas de la vida, a semejanza de este imaginado instrumento, también son tal como son en cada momento, y para cada ocasión, con sus valores y desestimaciones, afectos y desaffectos perennes, fútiles, porque así deben ser y porque de esta forma nos resulta posible, al cabo, admitirlas.

“El universo nos pone en condición de aceptar este regalo, que es el de tener de que jurar y abjurar por nuestro destino, renovando su oferta todos los días. Lo terrible está en no contar con nada. Como dijo el filósofo, no hay hechos, hay interpretaciones. Está en nuestra esencia conducir a éstas por el sendero de la aceptación.

–Lo voy a pensar, amigo –me dice– Pero ya es tiempo de mi diaria práctica de saxo. Sigamos en otro momento. Aunque, por las dudas, te aviso: jamás te aceptaré un piano de regalo.

Diálogos de Enfermería

VEA conversó con Claudia Moreno, actual Secretaria General de FAE y Jefa del Departamento de Enfermería del Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos.



“Enfermería es una profesión que elegí, pero fue al comenzar a transitarla que me di cuenta de que los pacientes eran más que ese recorte en su enfermedad. Quería conocerlos, escucharlos, acompañarlos.”

Sus inicios en la profesión se dieron con posterioridad a la formación como instrumentadora quirúrgica. De esa etapa previa destaca el valor de lo aprendido en lo pertinente al cuidado, a través del apoyo de sus compañeros “que desarrollaban su actividad y compartían sus experiencias”. Inició la carrera de Enfermería en la Escuela Provincial de Enfermería de Entre Ríos. Era una carrera de tres años. Durante ese periodo continuó trabajando como instrumentadora quirúrgica. Se desempeñó como enfermera de unidad, subjefa de unidad, jefa de unidad y supervisora.

¿Quiénes fueron sus referentes de Enfermería a lo largo de su carrera profesional?

En mis comienzos fueron la Lic. Guadalupe Vergara, hoy jubilada, quien se desempeñó en el área de docencia en la Universidad de Entre Ríos y como gestora en el Hospital de Concepción del Uruguay; el Lic. Edgardo Olivo, Jefe de Terapia Intensiva del Hospital

San Martín de Paraná, quien luego ocupó cargos de gestión en supervisión y actualmente es director de un hospital en la ciudad de Seguí, aquí en Entre Ríos.

No puedo dejar de mencionar a mi primera jefa de Enfermería, Lila Sotelo, por su dedicación, excelencia y rectitud en el trabajo. A lo largo de 33 años de trabajo, cada uno de los colegas me ha dejado algo positivo, su experiencia, su amistad, su empatía, y el conocimiento científico.

¿Cómo se dio el ingreso a la gestión en el Ministerio de Salud?

Es algo que se dio de manera inesperada, en una etapa de cambios personales. Comencé en el Departamento de Enfermería del Ministerio de Salud, con actividades de gestión y administrativas, luego pasé a ocupar un cargo como Jefa de Departamento de Hospitales, teniendo a mi cargo la organización control y gestión de los 65 hospitales.

Siempre desempeñé este trabajo de manera colaborativa con el Jefe de Departamento, los jefes de división de Centros de salud y los de Capacitación y docencia. También en ese tiempo cursé una maestría en administración y gestión hospitalaria, desempeñé cargos como presidente de la Asociación Entrerriana de Enfermería y como Secretaria de Asuntos Laborales y Socioeconómicos de la FAE.

¿Qué tareas desempeña en ese puesto y qué es lo más difícil que le ha tocado enfrentar?

En el año 2017, luego de la jubilación del jefe Provincial de Enfermería, hubo una convocatoria a presentar carpetas de antecedentes. Presenté un plan estratégico de auditorías, control y evaluación de las instituciones hospitalarias (65) y de los Centros de Salud y CRR (223) para obtener un análisis FODA y en segunda etapa comenzar con un plan de reingeniería en las instituciones. Así fue que accedí al cargo de Jefa Provincial de Enfermería.

Más allá de la tarea planificada, enfrentamos a diario diferentes problemáticas relacionadas a múltiples factores que influyen en el cuidado enfermero: desempeño laboral, satisfacción personal, cambios de tramos, asesoramiento en leyes y normativas vigentes, capacitaciones.

Estando abocada a pleno a cumplir con el plan presentado, comenzó la pandemia de Covid-19. Fue un antes y un después. La pandemia afectó a cada una de las instituciones de salud, nos vimos ante la tarea de organizar en forma rápida capacitaciones de protección para el personal de salud, reorganizar salas de consultorios externos, terapias intensivas, aislamientos, vacunación, logística de elementos de protección.

En ese momento el Ministerio de Salud centralizó la compra y distribución de insumos de protección y

demás recursos materiales. Hasta la fecha, el Departamento de Enfermería está a cargo del control preparación y distribución de estos elementos.

Se instaló un vacunatorio a cargo de este Departamento, con capacidad para recibir 500 personas por día, con la posterior carga al sistema. Es importante destacar que eso se llevó adelante con el trabajo del Departamento de Enfermería, en el que somos cinco enfermeros.

¿Qué pasos ha dado la Enfermería en Entre Ríos para crecer en su profesionalidad?

En el ámbito público, la provincia cuenta con 3974 enfermeros, de los cuales sólo 230 son auxiliares; además, estos agentes ya están próximos a jubilarse. Esto demuestra el trabajo constante que se dio en la provincia para que el recurso humano se capacite y mejore la calidad de atención.

Se comenzó con la reconversión de empíricos, la profesionalización de auxiliares, y hoy, mediante un convenio con ATSA e ISalud, los auxiliares restantes están realizando la carrera de Enfermería.

Se presentó un proyecto de Ley de Carrera de Enfermería, el cual se aprobó y esta ley fue promulgada en noviembre de 2021. Se trata de la Ley 10.930; ahora estamos trabajando en su reglamentación.

Los puntos más relevantes se refieren a los tramos de formación que se reconocen en esta ley (el de Licenciado, Magister y Doctor en Enfermería) y que no permite el ingreso a la carrera a auxiliares de Enfermería. Ambos aspectos apuntan a jerarquizar la formación profesional y así fortalecer la calidad y seguridad del cuidado que se brinda.

En 2021, por iniciativa del Departamento de Enfermería, a través de una resolución del Ministerio de Salud de la Provincia, se incorporó la matriculación de especialistas y doctores en Enfermería. Se trabajó también en una Comisión Asesora de la Ley 24.004, donde se analizan y aprueban, a través de resoluciones autónomas, diferentes cuidados que no están comprendidos en esa Ley pero que se realizan en la actualidad, acordes al crecimiento de la profesión.

En cuanto a los cargos jerárquicos, se cubren según la ley, por concurso. Este Departamento de Enfermería

realiza la capacitación en concurso para funciones jerarquizadas. Esto se exige a través de una resolución autónoma, hay una serie de requisitos a cumplimentar, entre ellos la presentación de un trabajo de gestión y reorganización administrativa.

Por último, mencionar que se aprobó por resolución un cuadernillo de normas y protocolos organizado por este Departamento. También se gestionan y realizan capacitaciones a todos los enfermeros, de manera gratuita, sobre temas relevantes.

¿En qué puede contribuir Enfermería dentro de la gestión pública?

En relación al cuidado enfermero, la gestión pública nos da la posibilidad de seguir trabajando para la persona sana o enferma. La preparación académica es necesaria pero nunca debemos olvidar la dimensión humanística del cuidado que brinda Enfermería.

Es necesario identificar los problemas de salud del entorno e incidir a través de medidas y soluciones que favorezcan el bienestar individual, familiar y comunitario. En ese sentido, la gestión y la administración tienen un componente muy importante, que nos da la posibilidad de auditar nuestro cuidado, de evaluar las acciones y así poder brindarlas con mayor seguridad.

¿Cuál es su opinión sobre la participación de Enfermería en las asociaciones profesionales?

La participación en las organizaciones profesionales es muy importante y necesaria: para escucharnos, para visibilizar y mejorar la profesión. Es por eso que participo en forma activa; actualmente, como Secretaria General de la FAE.

¿Cómo ve a la Enfermería argentina de cara al futuro?

La carrera de Enfermería crece a pasos agigantados y es necesario acompañar ese crecimiento en todas las áreas: la atención, administración, gestión, educación e investigación.

Nuestra Enfermería es reconocida en todo el mundo. Por eso mi mensaje es que sigamos trabajando para la mejora continua de la profesión.

Por último, quiero agradecer a colegas que laboran a diario en el Departamento de Enfermería: Adrián Huber, Dora Gómez, Nadia Ciarroca, Alejandro Herrera y Walter Gómez; a los administrativos, Verónica, Franco y Exequiel.

También a mis padres, que me dieron las alas para volar; a mi esposo Gustavo y a mis hijos, Ivana y Franco, sin ellos mis sueños no serían posibles.

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