

La importancia de la
comunicación y la gestión
de emociones en
las organizaciones
de Enfermería

| **pág. 15**

Rol de Enfermería
en el traslado
de pacientes
en ámbitos
prehospitalarios

| **pág. 7**

El dengue: un desafío
para el equipo de salud

| **pág. 29**

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

Hna. Mercedes Zamuner

■ SEGURIDAD DEL PACIENTE |pág. 7

Rol de Enfermería en el traslado de pacientes en ámbitos prehospitalarios

Martín Espinosa

■ ENFOQUES |pág. 15

La importancia de la comunicación y la gestión de emociones en las organizaciones de Enfermería

Patricia Sanabria

FICHA 73 |pág. 19

Lavado gástrico

■ EN EL MARCO DEL SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE GASTROENTEROLOGÍA ONCOLÓGICA
VIÑA DEL MAR, 20 Y 21 DE ABRIL DE 2023 |pág. 21

X Congreso Latinoamericano

■ de Enfermería Oncológica

■ INVESTIGACIÓN I |pág. 23

Factores estresores en las prácticas profesionalizantes de Enfermería

Gabriela Oroño

■ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA I |pág. 29

El dengue: un desafío para el equipo de salud

Débora Vanesa Gago

■ CAPACITACIONES ADECRA+CEDIM 2023 |pág. 32

■ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA II |pág. 33

Volver al inicio: sobre la termorregulación
en el recién nacido

Guillermina Chattas

■ CABA - 12 de mayo de 2023 |pág. 40

Encuentro Federal de Talento Humano en Salud

Walter Piceda

■ El Ministerio de Salud de la Nación deroga la Resolución 194/95 y aprueba nuevos lineamientos
para la Gestión de Enfermería |pág. 42

■ El Ministerio de Salud de la Nación aprueba el Documento de Buenas Prácticas para Procesos
de enlace de llamadas de Enfermería y Optimización de la comunicación efectiva (*call pass*) |pág. 43

■ RINCÓN LITERARIO |pág. 44

Marchitarse

Lic Walter Piceda

■ INVESTIGACIÓN II |pág. 47

Percepciones maternas sobre violencia obstétrica

Renée Alondra Liotine

COMITÉ EDITORIAL

Mag. Hna. Mercedes Zamuner
Lic. Graciela Rojas
Lic. Walter Piceda
Alejandra Fuente
Lic. Leandro Vargas
Lic. Alberto Sotomayor

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Magdalena Villaverde

DISEÑO GRÁFICO

Susana Prieto

Adecra

Montevideo 451 - Piso 10º (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 Hospitales Privados de la República
Argentina

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

Periodicidad trimestral
(marzo, junio, septiembre y diciembre)

CONSULTORES ESPECIALISTAS

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) • Lic. Isabel Vera -Dra. en Enfermería - Directora Unidad Académica de Enfermería UBA - Facultad de Medicina - Corporación Médica San Martín • Lic. Guillermina Chattas - Licenciada en Enfermería. Subdirectora de la Carrera de Especialización en Enfermería Neonatal, Universidad Austral

CORRESPONSALES EN EL INTERIOR DEL PAÍS: Lic. María del Valle Correa Rojas 0387 4397469 - celular 387 4154461 **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. **PROVINCIA DE BUENOS AIRES (LA PLATA):** Lic. Juana Lucila Ayala Rosa. Tel. (0221) 4220234 (desde las 18:00). **SALTA (CAPITAL):** Lic. María del Valle Correa Rojas. Tel. (0387) 4225426 **CONCORDIA (ENTRE RÍOS):** Lic. Rosana Firpo. Tel. (02966) 15598681/ (02966) 433592. **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. 4833-4834. Nelly Guerrero (Salta) 0387-4341788. Enfermería de Alto Riesgo. **SALTA CAMPO QUIJANO:** Lic. Rosaria Francisca Gerónimo - 387 5025790. **INVESTIGADORA-ESCUELA DE ENFERMERÍA -FAC. C. MÉDICAS-UNR/COORDINADORA NACIONAL DE RED ESAM ARGENTINA/INTEGRANTE DEL GRUPO DE COORDINACIÓN INTERNACIONAL DE RED ESAM/ INTEGRANTE DEL GRUPO COORDINADOR DE RADES:** Cecilia L. Rossi (jubilada)

La promoción de la educación en Enfermería

En fecha reciente se publicó en el Boletín Oficial la Ley nacional 27.712 sobre “Promoción de la Formación y el Desarrollo de la Enfermería”. A lo largo de sus veintiocho artículos, la ley enumera una serie de cuestiones tendientes a mejorar la capacitación de los enfermeros del país y a promover, al mismo tiempo, el aumento de la matrícula de estudiantes que eligen la carrera de Enfermería.

Como ocurre en gran parte del mundo, nuestro país tiene una carencia notable de personal enfermero. De no lograr revertirse, esta situación pondría en riesgo la salud de la población ya que, tal como lo demuestra la evidencia científica, la calidad y cantidad del personal de Enfermería condicionan de manera fundamental los cuidados que se brindan.

Entre los principales ítems que abarca la ley, uno de ellos pone de relieve el reconocimiento y la jerarquización de la Enfermería como trabajo profesional de la salud. Este aspecto es clave no sólo para justificar la inversión en cuanto a la formación sino también a la necesidad de una remuneración acorde a los estándares profesionales. En ese sentido, cualquier política que no incluya mejoras salariales corre el riesgo de quedar sólo en buenas intenciones. Hoy en día, los estudiantes que terminan el secundario y se plantean elegir una profesión no sólo valoran seguir su inclinación vocacional sino que también tienen en cuenta la expectativa de que ésta pueda ser un sostén económico, en forma digna, a través del ejercicio profesional. La mayoría de quienes ejercen la Enfermería se ven en la necesidad de tener dos trabajos para lograr llegar a fin de mes, a causa de la obligación de mantener o colaborar con el sostenimiento de una familia. Esta circunstancia limita la mejor buena voluntad para seguir capacitándose.

La iniciativa del Ministerio de Educación de la Nación para promover la capacitación de Enfermería es bienvenida y representa un paso importante en el crecimiento de la profesión. Pero no alcanza. Es necesaria una política, así como la implementaron otros gobiernos de la región, que incluya la estrategia de una mejora económica para los salarios de Enfermería que incentive el número de ingresantes a la carrera y sus diferentes especialidades.

Confiamos en que pronto esa asimetría entre capacitación y reconocimiento económico se equipare en el nivel profesional, de modo tal que muchos jóvenes se motiven para elegir la Enfermería como servicio a la sociedad y camino de realización personal.

Hna. Mercedes Zamuner
Sanatorio Mater

PARA IR AGENDANDO!



V
**CONGRESO
DE SALUD**
ADECRA+CEDIM 2023

Tiempo de definiciones

Miércoles 23 y jueves 24 de agosto

Hotel Sheraton Pilar

Panamericana km. 49,5 – Pilar – Buenos Aires

23 DE AGOSTO

Jornada **TÉCNICA DE SALUD**
de la República Argentina

Dirigida a quienes trabajan en las áreas de dirección médica,
administración, comunicación, RRHH y enfermería.

24 DE AGOSTO

Jornada **POLÍTICO - EMPRESARIA DE SALUD**
de la República Argentina

ENTRADA LIBRE Y GRATUITA
(con cupos limitados)

INFORMES E INSCRIPCIÓN:

(011) 4374-2526 | info@congresoadeccracedim.com

Rol de Enfermería en el traslado de pacientes en ámbitos prehospitalarios

Martín Espinosa*

Swiss Medical Group

La Enfermería en el ámbito prehospitalario es una práctica vital y esencial que se realiza fuera del entorno hospitalario, en situaciones de emergencia médica y en ambientes hostiles. Su rol en los traslados terrestres y traslados aéreos sanitarios (TAS) es fundamental para la atención y cuidado de los pacientes durante el transporte médico, a fin de garantizar su seguridad y bienestar en todo momento.

INTRODUCCIÓN

El ámbito prehospitalario es un campo de acción de la Enfermería que abarca una amplia gama de servicios que se proporcionan en la atención de emergencia y urgencia, tales como accidentes de tráfico, lesiones deportivas, desastres naturales, entre otros. En tales situaciones, Enfermería cumple un rol fundamental, cuyas principales responsabilidades están ligadas a los diferentes tipos de traslados.

El desempeño de los enfermeros en esta área es de vital importancia debido a que los pacientes que requieren atención médica de emergencia pueden experimentar una variedad de patologías potencialmente mortales. El personal dedicado a esta especialidad es

esencial para proporcionar cuidados de calidad, mejorar las posibilidades de supervivencia y recuperación de los pacientes, así como también para garantizar la seguridad de la dotación, evaluando la situación del lugar del incidente para determinar la necesidad de recursos adicionales.

Muchas veces, esto requiere tomar decisiones de manera rápida y eficaz, no sólo a causa de las condiciones del entorno, sino debido a que éstas someten a estos profesionales a una situación de estrés adicional; por ello la formación es clave para mantener la calma ante la necesidad de evaluar y tratar situaciones que requieren actuar al instante.

*Licenciado en Enfermería. Supervisor de Enfermería de Swiss Medical Group de la gerencia Urgencia y Emergencias. Aeroevacuador Sanitario INMAE. Instructor de reanimación cardiopulmonar y primeros auxilios.

LA IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO PREHOSPITALARIO

La labor de los enfermeros en situaciones caóticas, con múltiples víctimas, en la vía pública, consiste fundamentalmente en proporcionar atención médica de emergencia y salvar vidas. Eventos como los accidentes automovilísticos o los desastres naturales pueden resultar en un gran número de personas heridas o afectadas, lo que requiere una respuesta rápida y coordinada por parte de los profesionales de la salud. En tales situaciones, los enfermeros desempeñan un papel clave en la evaluación y triage de las víctimas para determinar la gravedad de sus lesiones y priorizar la atención médica. Esto implica la identificación de pacientes que requieren atención inmediata debido a lesiones potencialmente mortales y la clasificación de otros pacientes en categorías de prioridad para recibir tratamiento en función de la gravedad de sus heridas.

ROL DE LA ENFERMERÍA EN LOS DIFERENTES TRASLADOS

Cuando la situación exige traslados, Enfermería desempeña una función clave en la evaluación y estabilización de los pacientes antes, durante y después del traslado, con la coordinación del despacho, de pilotos y demás actores involucrados en cada proceso.

En los **traslados sanitarios** esas responsabilidades incluyen:

- Evaluación del estado de salud del paciente antes del traslado: el enfermero debe realizar una valoración exhaustiva del estado de salud del paciente antes del traslado, incluyendo la revisión de su historial médico, sus condiciones actuales, sus necesidades especiales y los riesgos asociados con el traslado.
- Preparación del paciente para el traslado: el enfermero debe preparar al paciente para el traslado, asegurándose de que esté en una condición óptima antes de partir, administrando medicamentos, dispositivos médicos y asegurándose de que tenga todo lo necesario para el viaje. Debe chequear que la electromedicina funcione correctamente

(multiparamétrico, bombas de infusión, oxímetros, ventilador, etcétera).

- Monitorización del paciente durante el traslado: el enfermero debe monitorizar al paciente durante todo el traslado, controlando sus signos vitales, nivel de conciencia, plan de hidratación, nutrición y realizando cualquier intervención necesaria para mantener la estabilidad hemodinámica.
- Administración de medicamentos y tratamiento: el enfermero puede administrar medicamentos según las prescripciones médicas y tratamiento en caso de ser necesario, asegurando el cumplimiento de las dosis, horarios y vía de administración adecuadas.
- Manejo de situaciones de emergencia: en caso de situaciones de emergencia durante el traslado, el enfermero debe estar preparado para actuar rápidamente y proporcionar el tratamiento de emergencia adecuado.
- Comunicación con el equipo médico: el enfermero debe mantener una comunicación fluida con el equipo médico de origen y destino, compartiendo información relevante sobre el estado del paciente, sus necesidades y cualquier cambio en su condición durante el traslado.
- Atención a los familiares y cuidadores: el enfermero también debe proporcionar atención y apoyo a los familiares y/o cuidadores del paciente, manteniéndolos informados sobre el estado de salud del paciente, las medidas tomadas y cualquier cambio en el plan de atención.

Los enfermeros dedicados a esta labor deben contar con una capacitación especializada y haber realizado cursos como PHTLS (Prehospital Trauma Life Support), ATLS (Advanced Trauma Life Support), ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support), ya que el manejo del paciente es diferente al del hospital, en razón de las condiciones ambientales y los diferentes escenarios que pueden presentarse.

En el caso de quienes realizan traslados sanitarios aéreos, deben tener completo el curso de evacuación aeromédica, que dicta el Instituto Nacional de Medicina Aeronáutica y Espacial (I.N.M.A.E.), dependiente de la Fuerza Aérea Argentina.

TRASLADOS TERRESTRES

Los hay de dos tipos:

-Traslados de baja complejidad: son aquellos donde se deriva a los pacientes para realizarles estudios de una institución de salud a otra o altas médicas. Por lo general son programados y se los considera también traslados secundarios.

-Traslados de alta complejidad: aquellos en los que se trata de pacientes críticos, donde muchas veces está en juego la vida. Este tipo de traslados se realiza en una Unidad de Terapia Intensiva Móvil (UTIM) que posee recursos materiales avanzados (ventilador, ciclador, bombas de infusión, multiparamétrico, desfibrilador con función de marcapaso externo, DEA, aspirador y electrocardiógrafo).

En esta categoría se puede incluir los traslados ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea, por sus siglas en inglés) ya que se requiere una atención especializada con monitoreo constante de los signos vitales, la saturación de oxígeno, la presión arterial y la perfusión. El personal de Enfermería debe estar atento a cualquier cambio en la condición del paciente

y tomar medidas adecuadas según sea necesario. Deben estar familiarizados con el funcionamiento del circuito ECMO, que incluye el conocimiento de todos los componentes de electromedicina, la monitorización de la presión y el flujo en el circuito, la identificación de posibles complicaciones o alarmas. También se encargará de asegurar que el circuito esté correctamente montado y funcionando de manera adecuada durante el traslado y la administración de medicamentos para mantener la estabilidad hemodinámica del paciente.

Los traslados mencionados suelen ser programados, pero también puede haber traslados críticos de tipo primario, es decir, el transporte inicial de un paciente desde el lugar donde ocurrió una lesión o enfermedad hasta un centro de atención médica adecuado para que reciba tratamiento.

Durante el traslado, los enfermeros son responsables de la gestión del cuidado continuo del paciente y de llevar a cabo una evaluación exhaustiva del estado de salud. También deben estar preparados para tratar con situaciones de emergencia, como la reanimación cardiopulmonar, el manejo de la vía aérea avanzada o la administración de medicamentos de emergencia, en caso de complicaciones durante el transporte.



TRASLADOS AÉREOS SANITARIOS (TAS)

En estos casos, los enfermeros enfrentan desafíos adicionales debido al entorno aéreo. La altitud, la vibración y el ruido del avión pueden tener un impacto en la salud del paciente, lo que requiere una atención y vigilancia especiales por parte de los enfermeros. Deben tener en cuenta las condiciones del entorno, como la temperatura, la humedad y presiones de aire, para asegurar la seguridad del paciente. Además, deben seguir protocolos y procedimientos específicos durante el vuelo, como la gestión del espacio limitado y la preparación para situaciones de emergencia en altura.

Los procedimientos típicos que se siguen en este tipo de traslados son:

Evaluación del paciente: Antes del traslado, se realiza una evaluación exhaustiva del paciente para determinar su condición médica, incluyendo su historial médico, estado actual de salud y cualquier necesidad especial que pueda tener durante el vuelo. Si el paciente no está hemodinámicamente compensado, no se realiza el TAS.

Selección del transporte aéreo: Se selecciona el tipo de transporte aéreo adecuado según la necesidad del paciente, el lugar de origen, destino y las condiciones meteorológicas. Los aviones sanitarios pueden ser utilizados para pacientes con necesidades médicas complejas, que estén a muchos kilómetros de un centro de salud, mientras que los helicópteros pueden ser utilizados para traslados de emergencia y en lugares no tan remotos. La principal diferencia entre un avión y un helicóptero es la forma en que generan sustentación y su capacidad de maniobra en el aire:

–**el avión** tiene alas fijas que generan sustentación y lo mantienen en el aire mientras se desplaza hacia adelante; un motor impulsa las hélices o turbinas, que lo impulsan hacia adelante; los aviones tienen una velocidad de crucero constante y están diseñados para viajes de larga distancia; tienen alas fijas para generar sustentación y cuentan con cabina presurizada.

–**un helicóptero** tiene rotores en la parte superior que generan sustentación y lo mantienen en el aire;



los rotores también permiten al helicóptero moverse hacia arriba, abajo, adelante, atrás y hacia los lados. Además, el rotor principal puede inclinarse hacia adelante o hacia atrás para proporcionar impulso. Los helicópteros tienen capacidad de despegar y aterrizar verticalmente y pueden maniobrar en espacios reducidos, por tal característica son utilizados en situaciones de rescate. Usan rotores para generar sustentación y propulsión; su cabina no es presurizada.

Coordinación de los equipos de transporte aéreo: Se coordina a los equipos médicos que participarán en el traslado, incluyendo médicos, enfermeros, seguridad aeronáutica y pilotos, para garantizar que el paciente reciba la atención médica necesaria durante el vuelo.

Preparación del equipo médico y del paciente: Se prepara el equipo médico y el paciente para el vuelo, incluyendo la estabilización del paciente, el suministro de medicamentos y la provisión de oxígeno si es necesario. Toda la electromedicina debe estar homologada para ser usada en vuelo. Para preparar los equipos médicos en un vuelo sanitario es importante seguir ciertos pasos para garantizar que todo esté en orden y listo para su uso durante el vuelo.

A continuación, se describen los pasos generales que se deben seguir:

1. Inspeccionar el equipo: Antes de comenzar cualquier vuelo sanitario, es esencial inspeccionar cuidadosamente todo el equipo médico para asegurarse de que está en buen estado y listo para su uso. Esto incluye equipos como desfibriladores, ventiladores, monitores, camillas y otros equipos médicos esenciales.

2. Empacar el equipo: Una vez que se ha inspeccionado el equipo, se debe empacar cuidadosamente para evitar daños durante el vuelo. Es importante colocar todo el equipo médico en estuches adecuados y asegurarse de que todo esté bien sujeto y protegido.

3. Organizar el equipo en la aeronave: Después de empacar el equipo, se debe organizar en la aeronave para que sea fácilmente accesible durante el vuelo. Es importante tener en cuenta la ubicación de los enchufes

eléctricos y la disponibilidad de oxígeno y otros suministros médicos.

4. Fijar el equipo: Una vez que se ha organizado el equipo, se debe fijar en su lugar para evitar que se mueva durante el vuelo. Es importante usar correas y otros dispositivos de sujeción para mantenerlo en su lugar y asegurarse de que esté protegido en caso de turbulencias o maniobras bruscas.

5. Verificar el equipo antes del despegue: Antes del despegue, es importante verificar que todo el equipo esté asegurado y listo para su uso en caso de emergencia. También es importante verificar que todos los suministros médicos estén a bordo y en su lugar designado.

Siguiendo estos pasos, se puede preparar adecuadamente el equipo médico para un vuelo sanitario y asegurarse de que esté listo para su uso en caso de emergencia.

Con respecto a la seguridad del paciente, debe estar bien sujeto y con el confort adecuado según la patología. Uno de los recursos para tal fin es el colchón de vacío. El uso del mismo puede ser beneficioso para el paciente en varias situaciones médicas. Un colchón de vacío es un dispositivo médico que se utiliza para inmovilizar y estabilizar la columna vertebral y las extremidades de un paciente en caso de lesiones traumáticas, fracturas o problemas neurológicos.

En un vuelo sanitario, un colchón de vacío puede ayudar a proporcionar una mayor comodidad y estabilidad al paciente durante el transporte aéreo. Además, puede ayudar a reducir el riesgo de complicaciones médicas al mantener al paciente en una posición segura y estable. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el uso de un colchón de vacío debe ser evaluado por un profesional médico capacitado y utilizado sólo en casos apropiados. Además, se deben seguir todas las precauciones de seguridad adecuadas durante el transporte y el uso del dispositivo.

Traslado del paciente: Una vez que el paciente y el equipo médico están preparados, se procede al traslado aéreo. El equipo médico supervisa y cuida del paciente durante todo el vuelo, ya que el cambio permanente de altitud y la expansión de los gases en altura

puede afectar la condición del mismo. Lo más común son los disbarismos, fenómenos fisiopatológicos que pueden afectar al organismo producto de los cambios que sufren los gases en el cuerpo al ser sometidos a variaciones de la presión barométrica.

Recepción del paciente en el destino: Al llegar a su destino, el paciente es recibido por un equipo médico en tierra que se encargará de su traslado al centro médico correspondiente. Siempre tiene que haber una buena coordinación entre el traslado aéreo y el terrestre.

COMPLICACIONES FRECUENTES Y ACTUACIÓN

Durante un vuelo sanitario, es posible que se presenten complicaciones debido a la expansión de los gases en el cuerpo de los pacientes. Estas complicaciones se deben a los cambios en la presión atmosférica que ocurren durante el vuelo.

Uno de los principales riesgos es la expansión de los gases en el tubo digestivo, lo que puede causar dolor abdominal, flatulencia, náuseas y vómitos. Además, también puede haber expansión de los gases en el oído medio, lo que puede causar dolor de oído y pérdida de audición temporal.

En algunos casos, también puede haber complicaciones respiratorias debido a la expansión de los gases en los pulmones. Esto puede ocurrir en pacientes con enfermedades pulmonares preexistentes o en pacientes que han sido sometidos a una cirugía torácica reciente. La expansión de los gases en el pulmón puede causar dificultad para respirar y aumentar el riesgo de neumotórax (colapso del pulmón). Hay que tener especial cuidado en los neumotórax no drenados.

Para minimizar estos riesgos, se pueden tomar medidas para reducir la expansión de los gases en el cuerpo durante el vuelo. Por ejemplo, se puede administrar medicamentos para reducir la producción de gases en el tubo digestivo y se puede utilizar una presión de cabina más baja para reducir la expansión de los gases en los pulmones. Además, es importante que los pacientes sean evaluados cuidadosamente antes del vuelo para identificar posibles riesgos y tomar medidas preventivas adecuadas.

Los disbarismos son trastornos producidos por cambios bruscos de presión atmosférica y pueden ocurrir

durante un vuelo sanitario, especialmente en aquellos vuelos que se realizan a gran altitud. Pueden ser de varios tipos, dependiendo del área del cuerpo afectada por los cambios de presión:

- **Barotrauma de oído:** Es un tipo de disbarismo que afecta al oído medio y se produce cuando no se equilibran las presiones entre el oído medio y el ambiente exterior. Puede causar dolor de oído, zumbidos, mareo y pérdida auditiva temporal o permanente en caso de que se vea afectada severamente la membrana timpánica.
- **Bends:** Se forman burbujas de nitrógeno que se manifiestan con dolor intenso en las articulaciones o en los huesos; la localización puede ser única o múltiple, en las grandes articulaciones es habitual que se vean afectadas las rodillas, hombros, muñeca y tobillo.
- **Barotrauma de senos paranasales:** Se produce cuando los senos paranasales no pueden drenar el aire adecuadamente, lo que causa dolor y presión en la cabeza y en la cara.
- **Barotrauma pulmonar:** Ocurre cuando se produce una sobrepresión en los pulmones debido a cambios en la presión atmosférica. Puede causar dolor torácico, dificultad respiratoria y en casos graves, edema pulmonar.
- **Enfermedad descompresiva (EDC):** Es un tipo de disbarismo que ocurre cuando se liberan burbujas de gas en los tejidos del cuerpo debido a una disminución rápida de la presión atmosférica. Puede causar dolor, debilidad muscular, náuseas, vómitos, mareo y pérdida de conciencia.
- **Presión intraocular:** puede ser relevante durante un vuelo sanitario, especialmente en pacientes con antecedentes de glaucoma u otros trastornos oculares que aumentan el riesgo de aumento de la presión intraocular. Este aumento de la presión intraocular puede causar dolor de cabeza, dolor en los ojos, visión borrosa y otros síntomas oculares.
- **Aumento de la presión intracraneal (PIC):** Durante un vuelo, la presión atmosférica en la cabina se reduce, lo que puede aumentar la PIC en algunos pacientes. Este aumento de la PIC puede causar

dolor de cabeza, náuseas, vómitos, confusión, somnolencia, convulsiones y otros síntomas neurológicos. Para minimizar el riesgo de aumento de la PIC durante un vuelo sanitario, es importante que los pacientes con antecedentes de traumatismo craneal o enfermedades neurológicas sean evaluados antes del vuelo para identificar posibles riesgos. En algunos casos, se pueden administrar medicamentos para reducir la PIC antes del vuelo.

Es fundamental que tanto el personal médico como de vuelo estén capacitados para identificar y tratar los dis-

barismos en caso de que ocurran. El uso de una cabina presurizada y el monitoreo de la presión atmosférica durante el vuelo también pueden ayudar a reducir el riesgo de su ocurrencia.

Los TAS son operaciones complejas y costosas, generalmente se llevan a cabo en situaciones médicas de emergencia o especializadas. La decisión de realizar un traslado aéreo sanitario se basa en la evaluación del equipo médico y de los profesionales de la salud involucrados, teniendo en cuenta la condición del paciente, la disponibilidad de recursos y la necesidad de atención médica especializada.

CONCLUSIÓN

En todos los ámbitos de atención el rol de Enfermería ocupa un lugar central. Decisivo, además, cuando se trata de traslados terrestres y traslados aéreos sanitarios, donde la pericia del profesional es clave para garantizar la atención segura y de calidad de los pacientes, favoreciendo un traslado exitoso.

Se destaca la importancia y lo imprescindible del trabajo colaborativo entre enfermeros del hospital y del ambiente prehospitalario. Se requiere una comunicación asertiva, establecer protocolos y procedimientos en conjunto, capacitación y entrenamiento, trabajo en equipo y una evaluación regular con retroalimentación.

El autor agradece y hace llegar su reconocimiento a todos los enfermeros y enfermeras por su labor incansable, su compromiso y su entrega en la atención a los pacientes. Además de una labor fundamental para el cuidado de la salud y la promoción del bienestar de la comunidad, es digna de admiración la pasión y el compromiso que ponen cada día en su trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Almitrani, E. (2012) Manual de medicina aeronáutica. I.M.A.E, Fuerza Aérea Argentina.
- Field, T. y Horner, J. (2016) PHTLS Soporte Vital de Trauma Prehospitalario. 8° edición. Jones & Bartlett Learning. EUA.
- Salomone JP, Mc Swain NE, Chapleau, W. (2011) PHTLS Edición Militar. Elsevier. EUA.

SAVE THE DATE

29 Y 30 DE SEPTIEMBRE

1° Jornadas Latinoamericanas sobre Duelo

2° Jornadas Argentinas



Ciudad de
Buenos Aires,
Argentina



Modalidad
presencial
y virtual



Organiza



Acompaña



La importancia de la comunicación y la gestión de emociones en las organizaciones de Enfermería

Patricia Sanabria

Para una mejor gestión de la organización se han de tener en cuenta la comunicación y la gestión de las emociones. Ambos aspectos permiten alcanzar metas más altas y conseguir los resultados deseables de la organización de Enfermería: brindar cuidados seguros y de calidad.

INTRODUCCIÓN

La comunicación y la gestión de las emociones son aspectos clave a la hora de planificar estrategias de acción en los equipos de trabajo. Particularmente en el caso de Enfermería, teniendo en cuenta la importancia del rol comunicacional para quienes deben brindar cuidados humanizados, que trascienden el mundo interno e interactúan con los diferentes procesos que atraviesan las personas en calidad de pacientes.

Un aspecto fundamental para comunicarnos de manera más efectiva con los demás es saber manejar nuestras emociones. Si conseguimos reconocer, regular y expresar las emociones que experimentamos, será más

fácil lograr una buena comunicación. Esto nos permitirá tener relaciones más equilibradas con los demás y fomentar un buen ambiente de trabajo y en los diferentes ámbitos de interacción con otros.

ASPECTOS GENERALES

La comunicación efectiva es una de las habilidades más valoradas en el ámbito del trabajo, ya que una mejor comprensión de sí y de los demás permite construir relaciones positivas, agilizar procesos en las tareas y lograr el cumplimiento de los objetivos previamente

*Licenciada y Profesora universitaria en Enfermería. Actualmente cursa la Maestría en Dirección y Gestión de RRHH (Universidad Blas Pascal). Es Supervisora de APS en el Hospital San Martín de Paraná, Entre Ríos; Secretaria académica del Instituto de Educación Superior D-74 de la Cruz Roja (filial Paraná) y miembro de la Comisión directiva en la Subsecretaría de Capacitación de UPCN (Entre Ríos).

establecidos, a través de los distintos canales (cara a cara, escritos, gráficos, digitales u otros). Esto, que parece algo muy claro, es muy complejo de aplicar en las

organizaciones porque requiere el desarrollo de habilidades individuales y colectivas, para lo cual las personas deben estar dispuestas y comprometidas a hacerlo.

- La integración entre organización y comunicación permite la formulación de objetivos, la toma de decisiones y el establecimiento de estrategias de acción.
- La comunicación organizacional promueve la interacción entre pares y entre sectores de la organización, favorece la gestión a través de la generación de estrategias y canales de comunicación efectivos.
- Esto propicia, a su vez, una mayor calidad, productividad, integración del colectivo y mejores resultados.
- La buena comunicación genera confianza entre las personas, mejora la interrelación entre los diferentes grupos de interés y potencia el trabajo en equipo.
- La comunicación organizacional de las instituciones de salud y de las diferentes áreas contribuye a su imagen, forma parte de la cultura y el clima laboral, aspectos esenciales en nuestro ámbito de trabajo.

Haber transcurrido los tiempos tan difíciles de la pandemia nos ha permitido observar con claridad la importancia que tiene la organización de la comunicación dentro y entre las instituciones de salud: esto nos permitió abordar con mayor rapidez y efectividad situaciones a la vez complejas e inéditas, mejorar la seguridad en el trabajo, aplicar las medidas adecuadas para brindar un cuidado seguro.

La comunicación en las organizaciones de salud se centra no sólo en las relaciones públicas, en la atención a las personas, sino también en la comunicación interna y el clima organizacional. En la actualidad, acompañada por la inclusión de las nuevas tecnologías. Esta transformación digital que estamos viviendo y que sigue en marcha, suma mayor adaptabilidad, inmediatez y cercanía con los usuarios, lo que favorece la retroalimentación, un proceso que actúa como constructor de calidad.

Podemos decir, por todo ello, que la comunicación organizacional es un factor que facilita la gestión, permite llevarla a cabo con éxito, y que el buen manejo de ésta la transforma en una organización sustentable.





LA IMPORTANCIA DE CAPACITARSE

Todos los integrantes de los equipos de salud debemos capacitarnos en forma permanente, no sólo para actualizar nuestro saber disciplinar sino también para adquirir herramientas que mejoren nuestras habilidades de comunicación con los usuarios del sistema de salud y también dentro de la estructura organizacional, entre nosotros mismos, a fin de crear ambientes más saludables.

La comunicación entre las personas se encuentra atravesada siempre por las emociones.

Muchas veces se habla de las emociones como si se tratase de elementos psicológicos ajenos a nuestro control, sucesos que nos influyen unilateralmente, pero que no pueden verse afectados por nuestras decisiones. Esto lleva a asumir que las emociones son algo similar a los “fenómenos meteorológicos”. Leí alguna vez que los “fenómenos” están ahí y que no podríamos concebir la vida sin ellos, pero, a la vez, ante su existencia sólo podemos adoptar un rol pasivo.

Sin embargo, esto es un error. Si bien es cierto que no podemos manejar a nuestra voluntad todo aque-

llo que percibimos, los sucesos o emociones, y que tampoco somos capaces de suprimirlos totalmente como si nunca hubiesen sucedido, sí tenemos un significativo margen de maniobra tanto en lo que respecta a su manera de aparecer en nuestras mentes, como también en lo relativo a aquello que nos llevan a obrar y a sentir. Por ello es importante tomar conciencia de hasta qué punto desarrollar y perfeccionar las habilidades de gestión emocional puede hacer la diferencia.

La comunicación y la gestión de las emociones cobran especial importancia a la hora de proyectar planes y estrategias de acción en los equipos de Enfermería:

- nos ayudan a evitar conflictos innecesarios
- nos predisponen a no desviarnos de nuestros proyectos
- permiten que las relaciones sean más fluidas
- nos ayudan a comprender a los demás
- hacen posible la automotivación
- permiten desarrollar talentos de liderazgo

No debemos perder de vista que el rol comunicacional es esencial en una profesión que brinda cuidados diarios, a toda hora y en todo momento. Unido a ello, de manera inseparable, va la gestión de las emociones, que trascienden nuestro mundo interno e interactúan

con los diferentes procesos que se dan en el transcurso de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, e involucran a las personas y sus familias, inmersas en diversos contextos, y a las que debemos brindar cuidados profesionales.

CONCLUSIÓN

En nuestra praxis diaria, saber que podemos decir lo mismo, pero de otra manera, y que eso puede cambiar el rumbo de las situaciones nos da la medida de hasta qué punto es preciso tener en cuenta el valor de las palabras expresadas u omitidas. Saber gestionarnos comunicacionalmente a nosotros mismos para poder gestionar a otros es un aspecto clave para la vida en sociedad, dada la complejidad de la realidad que vivimos, en permanente cambio.

Esto es aún más necesario para los profesionales. La capacitación permanente, la voluntad de poner en práctica lo aprendido para mejorar nuestro trabajo y llevarlo a cabo con el mayor grado de profesionalismo, son requisitos fundamentales para brindar cuidados humanizados, centrados en las personas a las que cuidamos y como personas que debemos cuidarnos.

El personal de Enfermería, en particular, desempeña un rol clave en el sistema de salud ya que conoce a la comunidad en la que trabaja. Un programa que tenga como objetivo el empoderamiento en ese rol debe incluir necesariamente la capacitación para gestionar las emociones al comunicarnos, así como el desarrollo de herramientas y diversas estrategias que permitan abordar la creciente complejidad de las situaciones que afrontamos en los ámbitos de trabajo y de atención de la salud.

La Secretaría de Capacitación de UPCN en Entre Ríos viene impulsando acciones de promoción dirigidas al sector, brindando herramientas para desarrollar estas estrategias en forma eficaz. La puesta en marcha del Programa de Capacitación para Enfermeros y Enfermeras de toda la provincia incluye temáticas vinculadas a la comunicación efectiva y terapéutica, así como estrategias innovadoras de gestión para la creación de espacios y entornos saludables.

BIBLIOGRAFÍA

–Asociación Argentina de Mediación Interdisciplinaria (2022) *Comunicaciones interpersonales efectivas. Manual para el principiante*. CABA.
–Covey, S. (2005) *El octavo hábito: de la efectividad a la grandeza*. Madrid: Paidós.
–Echeverría, R. (2003) *Ontología del lenguaje*. Santiago de Chile: Lom Ediciones SA.

–Rosetti, D. (2022) *Estrés, sufrimiento y felicidad*. 1ra edición. CABA: Editorial Planeta.
–Stamateas, B. (2021) *Liderazgo exitoso*. 1ra edición. CABA: Editorial Vergara.
–Watzlawick, P. (1985) *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Editorial Herder.

Lavado gástrico

DEFINICIÓN:

Consiste en el lavado del estómago con líquido a través de una sonda nasogástrica con el fin remover sustancias y/o contener una hemorragia en curso.

OBJETIVOS:

- Extraer sustancias ingeridas inapropiadamente.
- Evitar la digestión de sustancias tóxicas nocivas para el organismo.
- Contener la hemorragia esofágica o estomacal.

CONSIDERACIONES GENERALES:

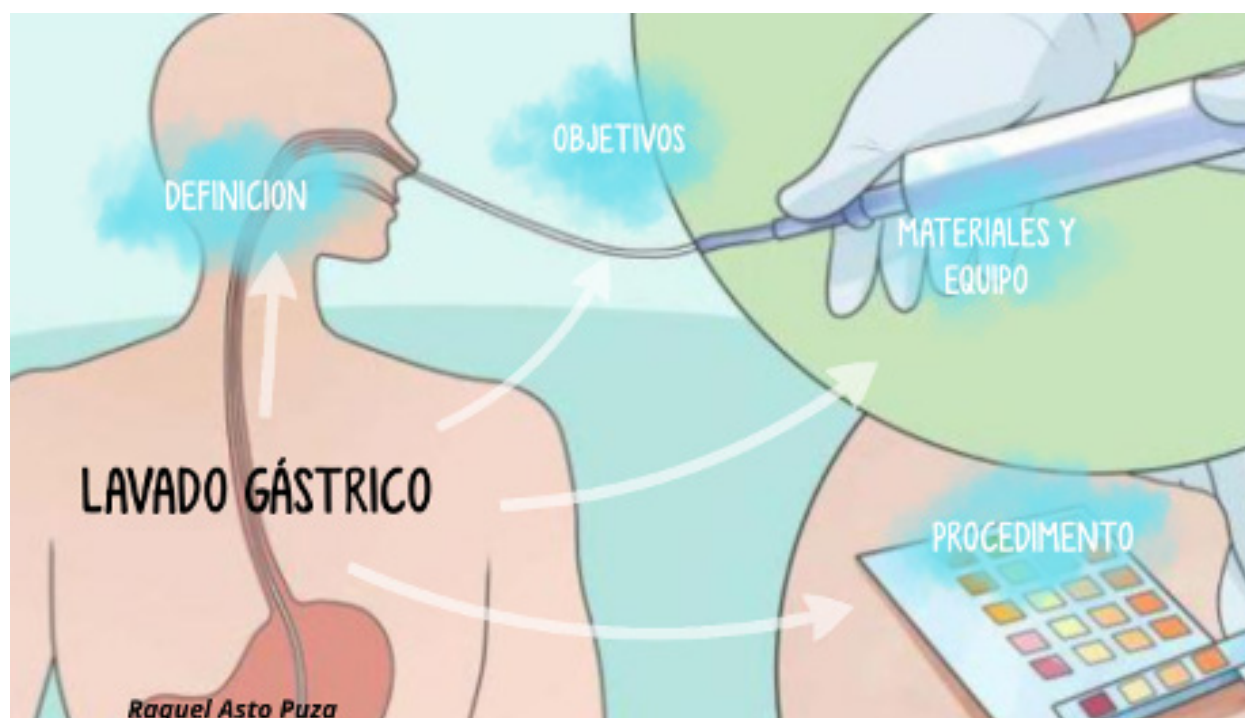
- Se realiza a través de una sonda nasogástrica (SNG).
- Las causas más habituales para su realización son

intoxicación o sobredosis de fármacos. Principalmente en pacientes con depresión del SNG o que presenten inadecuado reflejo nauseoso.

- La solución utilizada para el lavado dependerá de la causa, pero lo habitual es agua, solución salina isotónica tibia o helada.
- Nunca dejar solo al paciente durante el lavado gástrico. Observar constantemente si hay cambios en el conocimiento y vigilar con frecuencia los signos vitales, porque la respuesta vagal a la intubación puede deprimir la frecuencia cardíaca.

EQUIPO Y MATERIALES:

- recipientes grandes graduados para el drenaje
- conector en Y
- 2 o 3 litros de agua o solución salina



PRINCIPALES ELEMENTOS PARA EL LAVADO GÁSTRICO



- 2 o 3 prolongadores de caucho o plástico siliconado
- recipiente con hielo (según necesidad)
- lubricante hidrosoluble o pomada anestésica
- estetoscopio
- jeringa de 50 cc o jeringa Toomy (con pera de goma)
- compresa grande fenestrada o toalla
- equipo de aspiración (incluirá sonda de aspiración nasotraqueal)
- guantes
- gasas (3 paquetes)

PROCEDIMIENTO:

A) PREPARACIÓN DEL EQUIPO

- Verificar el correcto funcionamiento del aparato de aspiración.
- Verificar el calibre adecuado de SNG.
- Ubicar todo el material de forma tal que facilite la realización del procedimiento, en una mesa con ruedas.

B) PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Explicar el procedimiento al paciente, proporcionándole privacidad.
- Ubicar al paciente en posición de Trendelenburg.

C) PROCEDIMIENTO:

- Colocarse los guantes.
- Colocar la compresa fenestrada o la toalla sobre el tórax del paciente, cubriendo desde el cuello hasta el abdomen.
- Colocar la SNG según técnica. Verificar la colocación auscultando al paciente o introduciendo el extremo distal de la sonda en un vaso con agua.
- Como el paciente puede presentar vómitos durante el procedimiento, es necesario estar preparado para aspirar la boca y la vía respiratoria.

- Asegurar la SNG. Conectar el tubo en Y: en un extremo del mismo se le conectará el prolongador de goma o de plástico que terminará en el frasco graduado de drenaje. Por la otra rama del tubo en Y se conectará a la solución lavadora.

- Permitir que el contenido del estómago se vacíe en el frasco de drenaje antes de instilar solución de lavado. Si se utiliza equipo con jeringa, aspirar el contenido estomacal antes de realizar el lavado.

- Una vez corroborada la colocación de la sonda, comenzar el lavado instilando aproximadamente 250cc de solución para lavado. Valorar la tolerancia del paciente y prevenir el vómito. Si se utiliza jeringa, instilar de 50cc por vez, hasta que se haya administrado entre 250 y 500cc.

- Pinzar la sonda de entrada y despinzar la salida para dejar que drene el líquido de lavado. Si se utiliza equipo para lavado con jeringa, aspirar el líquido con ésta, vaciándolo en un envase graduado.

- Medir la cantidad de líquido drenado para verificar que sea al menos la misma cantidad que el líquido instilado. Si la cantidad es mucho menor, modificar la posición de la sonda, hasta que fluya suficiente cantidad de solución. Pueden aplicarse masajes en el abdomen para promover el flujo de salida (opcional).

- Repetir el procedimiento, el ciclo de entrada y salida, hasta que el líquido que se obtenga sea transparente.

- Valorar los signos vitales, la diuresis y el balance de líquidos y el nivel de conciencia. Informar sobre cambios.

FINALIZACIÓN:

- Fijar correctamente la SNG para eliminar adecuadamente el contenido gástrico.
- Ubicar y fijar el prolongador al recipiente de drenaje.
- Controlar de manera permanente al paciente.
- Acondicionar al paciente de forma tal que el procedimiento resulte con el mínimo de inconvenientes y molestias.
- Registrar:
 - la fecha, hora y observaciones del procedimiento
 - las características del drenaje, cantidad, calidad y frecuencia
 - los cambios que evidencie el paciente y, en caso de permanecer colocada, luego del procedimiento inicial, colocar la fecha en la SNG.

X Congreso Latinoamericano de Enfermería Oncológica



Realizado en Chile, el evento convocó a expositores de distintos lugares. En representación de Argentina, miembros del equipo de gestión del Departamento de Enfermería del Instituto Alexander Fleming.

El jefe del Departamento, Lic. Héctor Raúl Ureta, disertó sobre el nuevo paradigma de la atención del paciente oncológico, en relación a la administración de medicamentos a domicilio. Por su parte, el Mg. Lic. Molina Ricardo, supervisor del área de Docencia e Investigación de Enfermería, se refirió a la importancia de la capacitación como factor fundamental en la mejora de la idoneidad profesional; finalmente, la Esp. Lic. Ibarra Sandra, enfermera jefa del área de Docencia e Investigación, expuso sobre el abordaje de pacientes con radioterapia.



Durante este evento, de gran importancia para los profesionales de Enfermería, se llevó a cabo la firma de los documentos para la creación de la Sociedad Latinoamericana de Enfermería Oncológica y se nombró oficialmente como vicepresidente al Lic. Raul Ureta, cuyo equipo de profesionales estará al frente de la organización del Congreso del próximo año, que tendrá como sede Buenos Aires.

Destacamos los logros obtenidos en la búsqueda de mayor desarrollo de la profesión y la actualización científica continuas, particularmente en la práctica de los cuidados de enfermería oncológica.

Felicitamos a los representantes del Instituto Alexander Fleming por tan importante representación ante los principales referentes de Latinoamérica.

Factores estresores en las prácticas profesionalizantes de Enfermería

Gabriela Oroño

Identificar los factores estresores, tal como son percibidos por los estudiantes en sus prácticas profesionalizantes, puede brindar al equipo docente herramientas para un mejor acompañamiento de quienes se están formando.

INTRODUCCIÓN

El estrés experimentado por los estudiantes en el contexto académico constituye un tema de creciente interés en los últimos años, debido a sus implicaciones sobre el aprendizaje, el rendimiento, la salud y el bienestar de los estudiantes. En carreras como Enfermería, las prácticas son una etapa crucial en la formación de futuros profesionales pero el contacto con el sufrimiento y la muerte suponen momentos de mucho estrés para los estudiantes.

Dichas prácticas profesionalizantes (PP) son un componente esencial de la formación y están incluidas en el currículo desde el primer año de la carrera, dado que se trata de un área fundamental que permite la integración de conocimientos teórico-prácticos. Las PP ayudan al desarrollo de una actitud crítica y huma-

nista, rasgos necesarios para el posterior desempeño profesional.

Diversos estudios han descrito las principales fuentes de estrés que afectan a los estudiantes de Enfermería, asociadas con el área clínica y también con la académica, sin olvidar otras áreas relevantes, como la social e interpersonal (Sánchez, 1992).

Hasta 2003, sin embargo, no existía ningún cuestionario para medir las fuentes de estrés directamente relacionadas con las prácticas. A partir de ese año, Zupiría y colaboradores construyeron un instrumento y más tarde validaron el cuestionario KEZKAK, que ha sido utilizado en diferentes escuelas de Enfermería, tanto en Europa como en América Latina (Cuenca et al, 2009).

CASO DE ESTUDIO

La presente investigación, de tipo cuantitativo con enfoque descriptivo, se llevó a cabo durante el ciclo académico 2019 con el objetivo de determinar, por un lado, cuáles son los factores del entorno hospitalario percibidos como más estresantes por los estudiantes que realizan sus prácticas profesionalizantes; por otro lado, identificar los principales factores estresores académicos vinculados a ellas.

La muestra estuvo conformada por sesenta (60) estudiantes del tercer año de la carrera de Enfermería. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario KEZKAK (Zupiría y col.), un instrumento que consta de 41 ítems que reflejan distintas situaciones potencialmente estresantes a las que pueden enfrentarse en el transcurso de las PP.

Las preguntas fueron planteadas utilizando una escala de respuestas posibles, en las cuales el alumno podía graduar su respuesta en una escala tipo Likert: nada (0), algo (1), bastante (2) y mucho (3). La información obtenida fue analizada mediante estadística descriptiva (frecuencia).

Atendiendo a los recaudos éticos, se solicitó en primer lugar autorización a las autoridades de la institución y se aplicó un consentimiento informado; a fin de resguardar el anonimato de las respuestas, se asignó un código alfanumérico a las encuestas obtenidas para su posterior análisis.

PRINCIPALES ESTRESORES DEL ENTORNO HOSPITALARIO

- El enfermo busca una relación íntima (ítem 40)

El principal factor identificado fue el temor a que toquen alguna parte de su cuerpo. Esto puede estar relacionado con el hecho de que los estudiantes no saben todavía cómo actuar ante diferentes situaciones en las que el paciente se insinúa.

- Falta de competencia (ítems 15, 16)

El temor a pincharse con una aguja contaminada o a confundir la medicación remiten a la dimensión de las competencias profesionales, entendidas como la integración de conocimientos, destrezas y actitudes que permiten un desempeño profesional de calidad.

Estas circunstancias –la idea de resultar dañado, de que va a dañar o que no puede ayudar al paciente– indican que el estudiante considera no estar preparado para afrontar esa situación, debido a la falta o déficit de los conocimientos suficientes.

- Contacto con el sufrimiento (ítems 9, 14, 27)

Comunicar malas noticias, que la condición de un paciente que estaba mejorando empeore, tener que permanecer con la familia de un paciente que está por morir, son situaciones vinculadas a la dimensión del contacto con el sufrimiento, ya sea por las necesidades insatisfechas del paciente y el impacto en su familia, como por lo que implica enfrentarse a la muerte del paciente.

- Implicación (ítem 22)

La relación que establece el estudiante de Enfermería con el paciente es terapéutica; esto puede generar sufrimiento emocional por el involucramiento en las situaciones negativas que afectan al paciente, de modo que, aunado al propio sufrimiento emocional del practicante, pueden afectar su aprendizaje y causarle mayor estrés.

- Impotencia e incertidumbre (ítem 36)

El malestar y desconcierto frente al hecho de recibir órdenes contradictorias se vincula, en muchas oportunidades, con el déficit de experiencia necesaria, la falta de criterio profesional y de preparación. Con respecto al nivel de estrés que involucran las diferentes situaciones, Lazarus y Folkman (1986) afirman que la incertidumbre es sin duda una de las circunstancias más estresantes, ya que mantiene al sujeto en una evaluación cognitiva constante.

PRINCIPALES ESTRESORES ACADÉMICOS

El hecho de que los estudiantes identificaran como principal estresor la relación vivida con el docente o tutor de la práctica puede estar relacionado a que no existe una relación de armonía pedagógica, lo que provoca emociones negativas.

En segundo lugar, la relación con los compañeros es valorada como una variable generadora de estrés. Eso es un aspecto de importancia ya que lo esperable sería que la relación con los pares, tanto en el ámbito de

las PP como en el futuro desempeño profesional, actuara como apoyo social en el ámbito de las prácticas, donde los compañeros funcionarían como moderadores psicosociales, una vía para no sentirse tan solos ante las diferentes situaciones que depara la práctica hospitalaria.

Respecto de la tercera variable, la diferencia entre lo que se aprende en clase y lo que se ve en la práctica cotidiana es una causa de estrés que requiere, de parte del docente, una intervención pedagógica que contribuya a vincular lo más posible aquello que se enseña en el aula con la realidad asistencial.

		0 Nada	1 Algo	2 Bastante	3 Mucho
1	No sentirme integrado/-a al equipo de salud	10	8	3	3
2	Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente	5	11	5	4
3	Sentir que no puedo ayudar al paciente	12	5	6	3
4	Causar daño psicológico al paciente	14	9	0	3
5	No saber cómo responder a las expectativas del paciente	7	9	7	2
6	Causar daño físico al paciente	10	14		2
7	No saber cómo responder al paciente	8	10	3	2
8	Que me afecten las emociones del paciente	3	8	5	3
9	Tener que dar malas noticias	3	8	5	8
10	Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento	9	11	4	2
11	Que el paciente me trate mal	9	4	10	2
12	La relación con el resto del personal	8	8	5	2
13	Contagiarme a través del paciente	9	4	4	7
14	Que un paciente que estaba mejorando comience a empeorar	5	7	6	8
15	Pincharme con una aguja infectada	1	7	8	9
16	Confundir la medicación	3	5	8	8
17	Cometer un error de importancia	-	9	10	6
18	Ver morir al paciente	6	3	5	7
19 académico	La relación con el profesor responsable de la práctica de la escuela	9	2	7	6
20 académico	No saber qué hacer frente a una situación	2	12	7	4
21	Implicarme demasiado con el paciente	10	9	6	-

22	Que mi responsabilidad en el cuidado del paciente sea importante	4	8	3	8
23	No poder llegar a todos los pacientes	2	11	8	4
24	Que el paciente no me respete	7	6	6	5
25 académico	La relación con el tutor de la práctica	8	4	6	9
26	La denuncia de un paciente	5	6	6	7
27	Tener que permanecer con la familia de un paciente que está por morir	8	4	4	8
28 académico	La relación con los compañeros/-as estudiantes de enfermería	8	8	2	7
29	Encontrarme con una situación de urgencia	5	7	9	3
30	Tener que acompañar a un paciente con el cual es difícil comunicarse	5	13	6	1
31	Tener que acompañar a un paciente al que se le ha ocultado una mala noticia	6	10	5	3
32	Tener que realizar procedimientos que producen dolor al paciente	5	10	6	5
33	No saber cómo “cortar” al paciente	7	10	5	2
34	Tener que trabajar con pacientes agresivos	4	3	11	6
35 academico	La sobrecarga de tareas	4	7	9	4
36	Recibir órdenes contradictorias	2	4	9	8
37	Insinuaciones de parte del paciente	10	6	3	5
38 académico	No encontrar al médico o a mi tutor/a cuando la situación lo requiera	3	10	5	6
39	Tener que estar con un paciente terminal	6	9	5	5
40	Que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo	4	3	7	10
41 académico	La diferencia entre los que aprendemos en clase y lo que vemos en la práctica	3	7	9	7



CONCLUSIONES

Los hallazgos aquí presentados son consistentes con los reportados por otras investigaciones, como la de García & Labajos (2010) y las investigaciones realizadas por Zupiría y col. (2002), en la Escuela Universitaria de Enfermería de Donostia-San Sebastián, así como los resultados de la investigación de López, Orbañanos y Cibanal (2013).

Los procesos de investigación cumplen el papel fundamental de leer, interpretar y decodificar la realidad, lo que abre la posibilidad de construir condiciones distintas que rompan y fracturen lo existente. En este caso, identificar las principales fuentes de estrés que afectan a los estudiantes en formación permite desarrollar intervenciones que contribuyan a eliminarlas o minimizarlas, con el fin de superar los déficits del modelo tradicional a través de un trabajo sistemático de acompañamiento y reflexión que tenga como meta la excelencia en la educación.

BIBLIOGRAFÍA

Antolin R., Puialto MJ. y Moure Fernandez, ML (2007) "Situaciones de las prácticas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de enfermería", *Enfermería Global*; 10:1-1.

Basso Musso L. et al. (2008) "Factores derivados de los laboratorios intrahospitalarios que provocan estrés en los estudiantes de enfermería", *Rev.Latino-Am. Enfermagem*; 16(5):805-81.

Chesser Smyth PA. y Long T. (2013) "Understanding the influences on self-confidence among first-year undergraduate nursing students in Ireland", *J Adv Nurs*.69(1):145-57.

Ferrer Pascual, M., Rojo Pascual, MC., Ruiz Gómez, MC., Fernández, AM., San Millán, MG et al. (2002) "Análisis situacional de las prácticas clínicas en la Escuela de Enfermería de Soria", *Metas Enferm.*; 5 (44): 18-22.

García, J., Labajos, M., Fernández, F. (2014) "Características personales de los estudiantes de enfermería que les hacen vulnerables al estrés", *Revista Enfermería Docente*; 102:20-26.

Jonsén, E. y Melender, HL (2013) "Finnish and Swedish nursing students' experiences of their first clinical practice placement—a qualitative study", *Nurse Educ Today*;33(3):297-302.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

López Medina, I. y Sánchez Criado, V. (2005) "Percepción de estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas". *Enferm Clin*;15(6):307-13.

Moya, N. et al. (2013) "Percepción del estrés en los estudiantes de enfermería ante sus prácticas clínicas". *Enferm. glob*. 12(3): 232-53.

Timmis, F. y Kaliszer, M. (2002) "Aspects of nurse education programs that frequently cause stress to nursing students", *Nurse Educ. Today*; 22:203-11.

Zupiría X., Uranga MJ., Alberti MJ., Barandiaran MT., Hutizi X. y Sanz X. (2006) "Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería. Evolución a lo largo de la Diplomatura", *Enferm. Clin*. 16(5):231-7.

Zupiría X., Uranga MJ., Alberdi MJ. y Barandiaran M. (2003) "KEZKAK. Cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas", *Gac Sanit*; 17:37-51.

Zryewskij, T. y Davis, L. (1987) "Sources of stress in third year baccalaureate nursing students", *AARN-New-Lett*. 43: 24-5.



LIDERLATAM
NEW HORIZONS FOR HEALTH LEADERS

PROGRAMA INTERNACIONAL PARA LÍDERES
Y PROFESIONALES DE SALUD



ALUMNI SILS

16 AL 19 DE OCTUBRE DE 2023

III JORNADAS ACADÉMICAS EN SANTIAGO DE CHILE “GESTIÓN DE CALIDAD Y LIDERAZGO ORGANIZACIONAL”

Directores: Prof. Maria Adela Contreras, Dr. Enrique Mario Schiavon.

El arancel incluye:

- Clases teóricas de docentes universitarios y directivos de las Instituciones visitadas
- Visitas y clases teóricas en centros de excelencia
- Materiales del Curso online
- Certificados de Asistencia al Curso
- Membrecía gratuita en la Red de Alumni SILS
- Actividades culturales optativas en Santiago de Chile

NO INCLUYE: Participación optativa en el Foro que organiza la Clínica Alemana con el Hospital Albert Einstein de San Pablo y el Institute for Health Improvement (Boston, USA).

Traducción simultánea al castellano. COSTO DE INSCRIPCIÓN AL FORO US\$100

Para solicitar beca completar una Solicitud de Admisión en www.liderlatam.com. Utilice el código de descuento DOCMRL23

Mas información

Para mayor información sobre este curso visite nuestra web:

www.liderlatam.com o contacto a los Coordinadores Lics. López María Rosa (docenciamrl@gmail.com) y Anibal Ávila (avila.1961@gmail.com).



+54 9 11 3180-1015



Actividad
arancelada



III VISITA ACADEMICA A SANTIAGO DE CHILE

El dengue: un desafío para el equipo de salud

El aumento exponencial de los casos de dengue en nuestro país es un llamado a considerar la importancia de la capacitación del equipo de salud para brindar cuidados pertinentes a los pacientes, desde el *triage* hasta el seguimiento y tratamiento.

Débora Vanesa Gago*

INTRODUCCIÓN

Durante el mes de marzo del 2023 se ha observado un incremento exponencial de casos de dengue dentro del país. Según registros publicados en el Boletín Epidemiológico Nacional que emite el Ministerio de Salud, a fines de ese mes se habían registrado 4.828 casos positivos en todo el país. A esta cifra habría que agregarle aquellos casos que por diversos motivos quedaron fuera de este registro.

Este hecho debe ser un llamado a las autoridades sanitarias así como a los profesionales para desarrollar instancias de capacitación y reflexión sobre los cuidados más relevantes que requieren estos pacientes desde su ingreso.

El trabajo conjunto del equipo de salud debe iniciarse desde el triage realizado en el servicio de guardia por el personal de Enfermería, e incluir las instancias posteriores de atención médica en guardia, estudios complementarios e interpretación de los mismos para considerar su tratamiento.

En el caso de pacientes que no requieran internación, el personal debe estar capacitado para brindar información precisa para seguimiento, es decir controles y laboratorios cada 24 o 48 horas e identificación de signos de alarma. Por otro lado, debe saber explicar claramente qué medicamentos puede o no utilizar y ante qué síntomas.

*Licenciada y Profesora universitaria en Enfermería. Magister en Gerenciamiento Integral de los Servicios de Enfermería. Coordinadora Docente C.S.I.

CONSIDERACIONES GENERALES

El dengue es una enfermedad viral transmitida por la picadura de mosquito *aedes aegypti*. El mismo debe primero picar a una persona infectada y luego picar a otra para transmitir la enfermedad. El contagio no se produce de persona a persona, ni por objetos, ni por leche materna.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico presuntivo se realiza ante una persona de cualquier edad que presenta fiebre sin afección de vías aéreas superiores ni otra etiología definida.

Si la persona presenta dos o más de los siguientes signos o síntomas, deberá confirmarse por laboratorio si es positivo para dengue: cefalea, dolor retroocular, malestar general, mioartralgias, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, erupciones cutáneas, petequias, leucopenia, trombocitopenia.

Por otra parte, se deben buscar signos de alarma que definirán la necesidad de internación (o no) del paciente: dolor abdominal intenso y continuo, vómitos persistentes, sangrado, somnolencia, hepatomegalia, valores de laboratorio no acorde a los valores de referencia esperados (incremento del hematocrito, disminución del recuento de plaquetas, hipoalbuminemia).

PREVENCIÓN

La prevención debe comenzar por la educación a la población ya que la fumigación no es suficiente para eliminar el mosquito. Este tipo de actuación sólo produce la muerte del mosquito adulto, no así de las larvas que crecen y se reproducen en ambientes húmedos.

Entre las acciones con la comunidad, debe recordarse vaciar recipientes que pudieran contener agua, utilizar mosquiteros en las ventanas o cerrar las mismas, mantener los ambientes frescos, utilizar ropas claras, usar repelentes siguiendo las indicaciones del fabricante para la reposición del mismo, utilizar insecticidas eléctricos acorde a las instrucciones de uso, pueden utilizarse tules sobre camas y/o cunas.

Las autoridades sanitarias deben acompañar acciones de control y eliminación de recipientes y/o espacios que acumulen agua en áreas públicas.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 13 años de edad que ingresa a la guardia en compañía de sus padres, habiendo presentado registros febriles de 38°C durante la madrugada, intolerancia a dieta, incluyendo líquidos, deposiciones diarreicas, malestar general, mialgia, artralgia, cefalea.

Al examen abdominal presenta ruidos hidroaéreos positivos, abdomen blando, depresible, indoloro. El equipo médico indica ecografía abdominal, sin hallazgos patológicos.

Se toma muestra para PCR, Real Time, para virus de dengue ARN, con resultado (+).

En la descripción del caso se observa presencia de más de dos signos, por lo que se considera su seguimiento dentro de una institución de salud.

Se decide su internación ya que a la clínica del paciente se suma la presencia de leucopenia con un recuento de leucocitos de 1.5 mil/mm³ y plaquetopenia con un valor en el recuento de plaquetas de 74 mil/mm³.

PLAN TERAPÉUTICO

Se indica hidratación continua por acceso venoso periférico, medicación antiemética (Metoclopramida) endovenosa si presentara vómitos, antitérmico (Paracetamol) endovenoso si presentara temperatura mayor a 38°C. Expansión con solución fisiológica CNa 0.9% (10 ml/kg/hora).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Valoración integral del paciente.
- Control de signos vitales realizando seguimiento de curva térmica y valores compatibles con signos de shock hipovolémico.
- Balance de ingresos y egresos, registros específicos de vómitos, deposiciones, diuresis e ingesta vía oral y parenteral.
- Tolerancia y progresión de dieta.
- Valoración de dolor con escalas acorde a la edad.
- Educación en relación a los signos de alarma y controles en la ingesta y egresos.
- Higiene del paciente autoválido.
- Aislamiento de mosquitos, utilizando dispositivos electrónicos, repelentes corporales, ventanas cerradas.

Es importante tomar en cuenta que si el paciente no presenta signos de alarma pero padece patologías o condiciones que puedan incrementar el riesgo de modificación desfavorable de su cuadro de salud, deberá considerarse la necesidad de internación. Entre esas condiciones coexistentes pueden mencionarse: que la persona esté cursando embarazo, que se trate de adultos mayores; obesidad, diabetes, cardiopatías;

riesgos sociales tales como difícil acceso al sistema sanitario, pobreza extrema.

Asimismo, debe considerarse si el paciente puede realizar el tratamiento en su domicilio concurriendo a controles ambulatorios, dejando las unidades de internación para quienes lo necesiten. Al respecto, se recomienda ver la posibilidad de replicar el flujograma del Ministerio sobre diagnóstico y manejo de casos de dengue.

A MODO DE CONCLUSIÓN: MIRANDO AL FUTURO

El equipo de salud debe trabajar en forma conjunta para brindar una atención centrada en el paciente y su grupo de pertenencia, ya que el dengue no sólo afecta al paciente infectado y con signo-sintomatología. Esto implica tomar parte en políticas de control comunitario ya que la fumigación de espacios públicos no es suficiente, por lo cual es imprescindible la educación a la población.

Un dato alentador: el pasado 26 de abril se publicó en la página web del Ministerio de Salud de la Nación un artículo sobre la aprobación, por parte de la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica), del uso de la vacuna del laboratorio Tekeda contra el dengue, en personas mayores de cuatro años, hayan o no contraído la enfermedad.

Queda aguardar la producción por parte del laboratorio y, de estar en condiciones, el envío del primer lote al país.

REFERENCIAS:

–Sitio informativo de la OPS:

www.paho.org/es/temas/dengue

–Sitio informativo de la OMS:

www.who.int/publications-detail/dengue-guidelines-for-diagnosis-treatment-prevention-and-control-new-edition

–Ministerio de Salud de la Nación:

www.argentina.gob.ar/salud/enfermedades-transmitidas-por-vec-tores/plan-nacional-de-control-de-enfermedades-transmitidas-por-vec-tores

–Ministerio de Salud de México:

<https://www.gob.mx/salud/documentos/guia-de-atencion-para-el-manejo-de-dengue>

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/599688/GUIA_VIGILANCIA_DENGUE2022.pdf

Fundación iO:

<https://fundacionio.com/situacion-del-dengue-en-argentina-3/>

Capacitaciones ADECRA+CEDIM 2023

El pasado mes de marzo comenzaron a dictarse los cursos organizados por la Comisión de Enfermeros de Gestión de la Cámara.

Las propuestas formativas actualmente en curso son:

- **GESTIÓN EN JEFATURAS EN ÁREAS DE ENFERMERÍA**
- **ESTADÍSTICA APLICADA A LA ENFERMERÍA**
- **FORMACIÓN DE LIDERAZGO Y GESTIÓN EN ENFERMERÍA CON BASE EN COACHING ORGANIZACIONAL**

Las mismas se desarrollan de manera virtual.

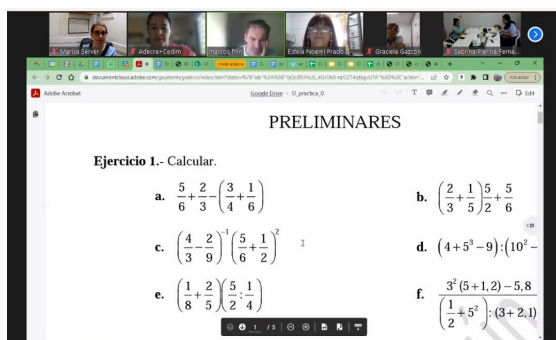
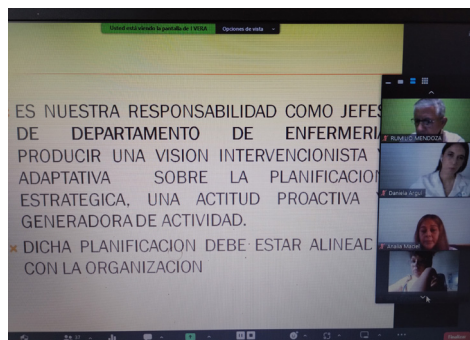
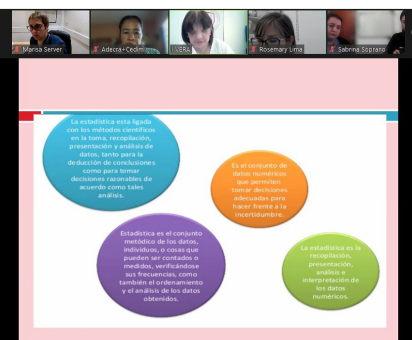
Gracias al compromiso asumido desde la Comisión de Enfermeros de Gestión de Adecra+Cedim, cada año aumenta el número de profesionales que elige estas opciones de capacitación y se fortalece la federalización de los cursos, ya que contamos con profesionales no sólo de CABA y la Provincia de Buenos Aires sino también de varias otras regiones del país.

Cabe destacar que en 2022 el Posgrado de Estadística Aplicada a la Enfermería, curso que brinda herramientas de aplicación a la gestión de nuestra profesión, fue declarado de Interés Académico por la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Se suma así al antecedente del posgrado de Gestión de Jefaturas para Áreas de Enfermería, declarado de Interés Académico, con reconocimiento de la Facultad de Ciencias Médicas de la misma casa de estudios.

Los objetivos de las organizaciones se basan en índices medibles y se compite por la evaluación del desempeño y del rendimiento del recurso humano. Ahora bien, no cabe duda de que quien logra llevar adelante la gestión y el cumplimiento de las metas y los objetivos establecidos es el recurso humano y que ello lo convierte en un factor estratégico de las organizaciones (Ortiz et al., 2012).

En ese sentido, la capacitación tiene un fuerte poder de motivación: agrega valor a las organizaciones y las sitúa en una posición competitiva de mercado, ya que brinda al personal las competencias necesarias para alcanzar y potenciar el desarrollo y el compromiso con la mejora continua.

Por esto y por muchas otras razones, ¡los invitamos a seguir trabajando en equipo!



Volver al inicio: sobre la termorregulación en el recién nacido

Guillermina Chattas*

RESUMEN

La termorregulación es la capacidad que tiene un ser vivo de regular su temperatura y es una de las funciones básicas del organismo. Consiste en activar mecanismos centrales y periféricos para mantener la homeostasis corporal y las funciones vitales. El control de la temperatura es un cuidado que tiene un impacto directo sobre otros sistemas. La temperatura corporal tiene estrecha relación con la estabilidad cardiovascular, respiratoria, renal, metabólica, nerviosa y muscular del recién nacido (RN).

Es de vital importancia que los profesionales de enfermería que trabajan en áreas de cuidado materno-infantil conozcan la fisiología de la termorregulación en neonatos y sepan actuar en consecuencia, ante la aparición de hipotermia en la práctica profesional.

PALABRAS CLAVE

Recién nacidos, recién nacidos pretérmino, piel, temperatura corporal

ABSTRACT

Thermoregulation is the ability of a living being to regulate its own body temperature and is one of the basic functions of the organism. It consists of activating central and peripheral mechanisms to maintain body homeostasis and vital functions. Temperature control is a critical function that has a direct impact on other systems. Body temperature is closely related to cardiovascular, respiratory, renal, metabolic, nervous and muscular stability of the newborn (NB).

It is of vital importance that nursing professionals working in maternal and infant care areas are aware of the physiology of thermoregulation in neonates and know how to act accordingly in the event of hypothermia in their practice.

KEY WORDS

Neonate, infant preterm, skin, body temperature

INTRODUCCIÓN

La influencia del ambiente térmico en el que se cuida a un recién nacido constituye una de las principales preocupaciones de quienes fueron los iniciadores de la Neonatología y continúa siendo uno de los mayores desafíos que tiene el equipo de salud neonatal en el cuidado de los mismos.

Durante el embarazo, la regulación térmica del feto es dependiente de la temperatura corporal materna. En la etapa extrauterina, el recién nacido debe asumir la producción y mantenimiento de este parámetro. La mayor limitación para lograr esa termorregulación es el rango estrecho de control que presenta el RN, que lo hace vulnerable a los cambios de temperatura ambiente.

Dado que el ambiente en que se encuentra puede modificar su temperatura corporal, principalmente en el período inmediato al nacimiento, es clave una adecuada comprensión de los mecanismos de producción de calor del RN. Esto implica asumir la práctica clínica desde una perspectiva basada en el cuidado humanizado y de calidad, que resguarde al binomio materno-infantil y sepa considerar las particularidades de cada caso.

LA PRODUCCIÓN DE CALOR EN EL RECIÉN NACIDO

Los recién nacidos son homeotermos. Tienen la capacidad de regular su temperatura corporal con independencia de la temperatura ambiental, mediante diversos mecanismos que activan su sistema nervioso y que suponen un gasto energético importante. En el recién nacido la producción de calor es el resultado de procesos metabólicos oxidativos de glucosa, grasas y proteínas, del metabolismo basal, de la actividad y la llamada acción térmica de los alimentos.

La capacidad de incrementar la producción de calor de los neonatos es la tercera parte de la que posee un adulto; varía con el estado, la condición de salud y la temperatura del ambiente. Se trata de la llamada termogénesis no termorreguladora.

Cuando la pérdida de calor supera esta forma de producción de calor, el organismo responde con mecanismos limitados que disminuyen las pérdidas: postura y vasoconstricción, y principalmente con una forma de producción de calor que es una respuesta específica a los ambientes fríos. Se activan los mecanismos físicos

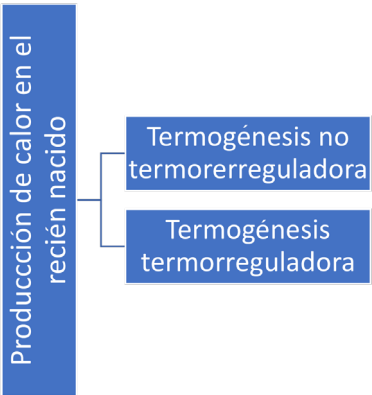
y químicos de producción de calor. Este tipo de producción de calor se denomina termogénesis termorreguladora o termogénesis química.

El recién nacido tiene una forma especial y muy eficiente de termogénesis termorreguladora que es realizada por el metabolismo de la llamada grasa parda. Este es un tejido graso especial muy vascularizado y con rica inervación simpática, que tiene una alta capacidad para producir calor a través de reacciones químicas exotérmicas. La grasa parda se encuentra distribuida principalmente en la región interescapular, alrededor de los vasos y músculos del cuello, en la axila, en el mediastino entre el esófago y la tráquea, y alrededor de los riñones.

La capacidad termogénica del RN es baja en las primeras horas de vida. La respuesta metabólica al frío mejora en el curso de las horas y días, llegando en el recién nacido de término a cifras semejantes a las del adulto. En los primeros días, los RN se comportan como seres poiquilotermos, es decir, que el ambiente tiene mucha influencia en el mantenimiento de la temperatura.

Ése el principal mecanismo en el neonato para producir calor por encima de las necesidades basales. En el adulto, este mecanismo aumenta la producción de calor del 10 a 15%, mientras que en el recién nacido corresponde al 100% de la producción extra de calor. Otra diferencia es que esta producción de calor está mediada por la epinefrina en el adulto y por la norepinefrina en el neonato. La termogénesis termorreguladora está influida por diversos factores, debiendo existir además una función tiroidea normal.

Cuadro 1. Producción de calor en el recién nacido.

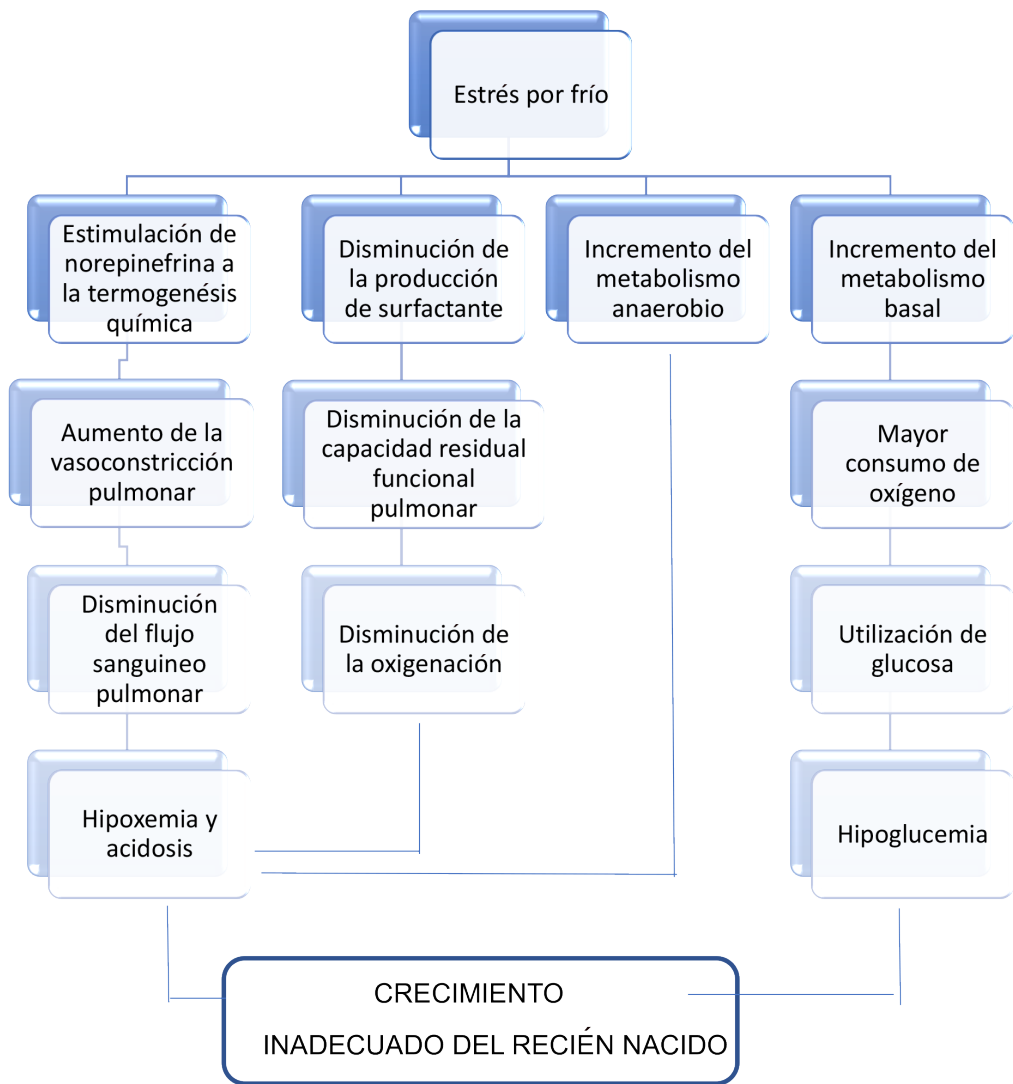


Fuente: Elaboración propia

Cuando se pone en funcionamiento este mecanismo de producción de calor aumenta su metabolismo, pero trae consecuencias clínicas sobre todo en el recién nacido pretérmino (RNPT). La norepinefrina estimula la vasoconstricción pulmonar, lo que ocasiona disminución del flujo de oxígeno e impacta sobre la oxigenación, produciendo acidosis. También se ve afectada la producción de surfactante. Fundamentalmente, produce un aumento de la demanda de oxígeno y glucosa, con acidosis láctica de metabolismo anaerobio y agotamiento de las reservas de grasa, si las tuviese.

Es, por ello, un mecanismo que se debe evitar. El impacto del consumo de oxígeno y glucosa se ve manifestado en el crecimiento inadecuado de peso del neonato. Algunos autores refieren que la hipotermia puede ser un factor asociado al aumento de la dificultad respiratoria, aumento de las hemorragias intraventriculares, disminución en la contractilidad cardiaca, enterocolitis necrotizante en recién nacidos prematuros, entre otras entidades.

Cuadro 2. Efecto del estrés por frío en el recién nacido.



Fuente: elaboración propia.

MECANISMOS DE REGULACIÓN TÉRMICA

El organismo se aísla del frío ambiental por medio de la vasoconstricción cutánea. El sistema vasomotor del recién nacido (es decir la producción de vasoconstricción en ambientes fríos y la vasodilatación en ambientes calientes) está limitado en los menores de 1000gr y en todos los neonatos de término en las primeras horas de vida. Este mecanismo está bien desarrollado en los RNT a los pocos días de vida, es decir que el período de transición a la vida extrauterina es un período de máxima vulnerabilidad térmica.

La sudoración tampoco es un mecanismo desarrollado en el recién nacido. Hay presencia de glándulas sudoríparas en la misma proporción que los adultos, pero son glándulas inmaduras no secretoras. Este es un sistema que no le permite defenderse de ambientes calientes.

Las conductas voluntarias e involuntarias también tienden a guardar o a producir calor. La postura es un mecanismo de defensa frente al frío. Es la tendencia a disminuir el radio corporal, de manera de disminuir la exposición de la superficie corporal al medio ambiente. La postura que adopta el recién nacido depende de la edad gestacional y de la posibilidad que ha tenido de madurar su tono flexor (habitualmente esto ocurre en el tercer trimestre del embarazo, en el útero materno). Los recién nacidos pretérmino presentan una postura de deflexión, mientras que los recién nacidos de término presentan una postura de flexión, pero no es una conducta que puedan modificar voluntariamente para disminuir las pérdidas de calor. Este es también un factor que limita su defensa frente a ambientes fríos. La mayor limitación en la termorregulación es el rango estrecho de control que presenta el RN, que lo hace vulnerable a los cambios de temperatura del ambiente. El ambiente en el que se encuentra puede modificar su temperatura corporal, sobre todo en el período inmediatamente posterior al nacimiento. El ambiente térmico neutro (ATN) es el rango de temperatura ambiental en el cual el gasto metabólico se mantiene en el mínimo y la regulación de la temperatura se efectúa por mecanismos físicos no evaporativos, manteniéndose la temperatura corporal profunda en rangos normales.

TEMPERATURA NORMAL DEL RN

No hay evidencia ni consenso respecto a cuál es la temperatura normal para un recién nacido. Hay variación entre los valores de temperatura axilar y temperatura cutánea. La temperatura cutánea o periférica es considerada la temperatura abdominal; según la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP), su valor normal es de 36 a 36,5 °C, aunque los distintos autores difieren en esto.

La temperatura central en el RN corresponde a la temperatura axilar y a la temperatura rectal. No hay acuerdo entre los distintos autores sobre cuál es la temperatura central normal en el recién nacido, pero el rango varía entre 36,5 a 37,5 °C. Por consenso de expertos, se considera hipotermia en RN a la temperatura corporal por debajo de 36,3 °C e hipertermia a valores superiores a 37,5 °C.

La diferencia entre la temperatura central y la temperatura periférica se denomina temperatura delta T. Cuando el valor diferencial es mayor a 2 °C, es un signo predictor de estrés térmico.

En este punto es importante señalar que no es aconsejable el control de la temperatura rectal en el recién nacido, ya que a distintas profundidades de introducción del termómetro en el recto las temperaturas varían, la presencia de meconio también modifica la determinación, y en el recién nacido es una zona vagal, que puede producir bradicardias y otros efectos.

TÉCNICAS DE CONTROL DE LA TEMPERATURA

Para realizar una correcta medición de la temperatura axilar en un RN es importante tener en cuenta:

- Observar la axila del paciente, la integridad de la piel y la ausencia de secreciones o unto sebáceo. Si hubiera unto, retirarlo para evitar que interfiera en la correcta medición.
- La piel debe estar seca en la zona axilar para no alterar el resultado de la toma.
- Accionar el termómetro, esperar la señal de encendido y colocar el termómetro digital.
- Movilizar suavemente el brazo del paciente sobre el termómetro.

- Esperar la señal de registro.
- Evitar la utilización de termómetros de mercurio por sus riesgos y su grado de contaminación. Se recomienda retirarlos del uso en consultorios, centros de salud y el hogar. Si utiliza un termómetro de mercurio, dejarlo más de 3 minutos.
- Registrar el dato obtenido en la hoja de control.
- En caso de encontrarse en incubadora o servocuna, se debe consignar la temperatura corporal axilar y la temperatura de aire que necesita en ese momento para mantener la temperatura corporal.
- Estos datos son útiles para evaluar el requerimiento térmico del recién nacido, principalmente si la incubadora se programa en modo piel, ya que logra la normotermia del paciente modificando la temperatura ambiente en forma automática.
- En registro de ambos datos ofrece a lo largo del día una evaluación de la capacidad para termorregular del RN según la variación de la temperatura ofrecida por la incubadora.

Figura 1. Servocuna neonatal.



Fuente: imagen de dominio público.

ABORDAJE DE LA HIPOTERMIA

CUADRO CLÍNICO

La presentación clínica de la hipotermia es inespecífica y los signos son variados en los distintos sistemas.

La hipotermia es en sí misma un signo precoz de sepsis neonatal. El cuadro 3 los resume:

Sistema	Signos de hipotermia
GASTROINTESTINAL	Distensión abdominal, vómitos, residuo.
RESPIRATORIO	Respiración irregular, quejido espiratorio, acidosis, hipoxia. Bradicardia, taquipnea, respiraciones irregulares, apnea.
METABÓLICO	Hipoglucemia. Acidosis metabólica.
NEUROLÓGICO	Intranquilidad, depresión del SNC.

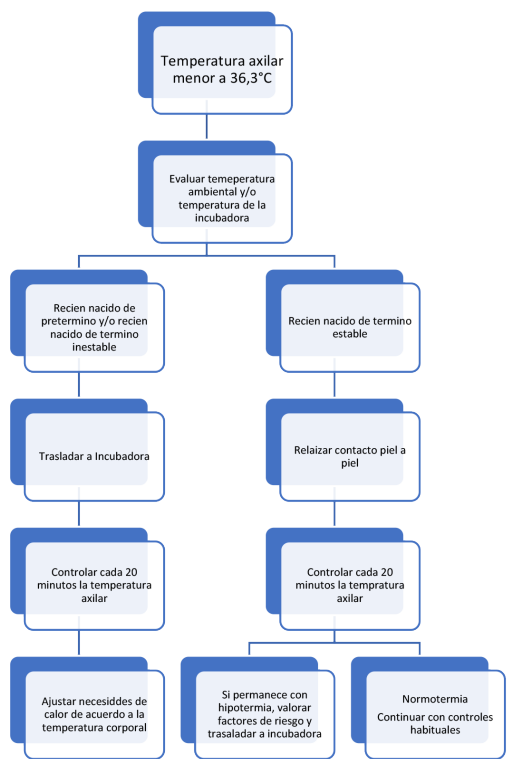
Fuente: elaboración propia.

ALGORITMO DE RECUPERACIÓN

Cuando un RN presenta hipotermia es importante evaluar, en primer lugar, el ambiente donde se encuentra, la temperatura de la incubadora y el modo de uso, si se estuviera utilizando este equipamiento. Las condiciones que determinarán los pasos a seguir están fuertemente influenciadas por la edad gestacional del RN y por el hecho de si sólo presenta hipotermia como signo aislado o bien se presenta con inestabilidad cardiorrespiratoria u otro signo asociado.

Ante un RN de término sin alteraciones en los signos vitales, que presenta solo hipotermia, el contacto piel a piel con su madre será el primer método de calentamiento. Es necesario evaluar el proceso, controlando la temperatura cada 20-30 minutos. Se debe priorizar el cuidado conjunto, evitando separar al binomio. El siguiente cuadro resume el accionar ante un RN con hipotermia:

Cuadro 4. Algoritmo de recuperación de la hipotermia.



Fuente: Elaboración propia.

REPERCUSIÓN DEL BAÑO EN LA ESTABILIDAD TÉRMICA

El baño inicial se realizará cuando la temperatura del bebé se ha mantenido dentro del rango normal durante 2 a 4 horas. Durante el baño, todos los recién nacidos tienen un marcado descenso de la temperatura corporal, tanto central como periférica. Estos cambios térmicos tienen

lugar aun siguiendo protocolos de aseo estandarizados dirigidos a evitar o aminorar la potencial repercusión de éste en la temperatura del recién nacido, por lo tanto, la frecuencia del baño en el periodo neonatal se debe basar en las necesidades individuales de cada caso en particular.

CONCLUSIÓN

Todos los recién nacidos tienen riesgo de presentar inestabilidad térmica por sus características fisiológicas y anatómicas. Esto determina que cada profesional que trabaja en un área materno-infantil tenga como prioridad en su plan de cuidados la valoración de la termorregulación.

Comprender los mecanismos de producción de calor para cuidar correctamente la termorregulación en un RN implica también una serie de cambios en la práctica clínica.

Por un lado, los métodos de recuperación de la hipotermia deben ser utilizados con criterio, aplicando el pensamiento crítico, priorizando mantener juntos a la madre y al recién nacido de bajo riesgo; en caso de requerir cuidados especiales, hacerlos partícipes del mismo.

Por otro lado, los registros de Enfermería deben siempre ser entendidos como parte del cuidado de los recién nacidos. Una vez que el RN ha recuperado la temperatura es importante dejar evidencia escrita del lugar de control de temperatura, los eventos en la regulación térmica —sea hipotermia o hipertermia—, la frecuencia del control, el sitio donde se encuentra el RN —si en cuna o en incubadora—, la temperatura ambiental que requiere en la incubadora o servocuna, si fue necesario utilizar microclima o humedad en la incubadora y cuáles son los métodos de recuperación que se utilizaron para la estabilidad térmica.

Todo ello forma parte de una práctica basada en el cuidado humanizado y de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Bensouda B, Mandel R, Mejri A, Lachapelle J, St-Hilaire M, Ali N. (2018) Temperature probe placement during preterm infant resuscitation: a randomised trial. *Neonatology*; 113(1):27-32.
- Bi SY, Yu YH, Li C, Xu P, Xu HY, Li JH, Liu QY, Li M, Liu XJ, Wang H. (2022) A standardized implementation of multicenter quality improvement program of very low birth weight newborns could significantly reduce admission hypothermia and improve outcomes. *BMC Pediatr*; 22(1):281.
- Budin P, Maloney WJ (1997) The nursing, The feeding and hygiene of premature and full term infant, London, Caxton Publishing Co.
- Cone, TE (1983) "Perspectives in neonatology." In: Sith GF, Vidyasagar D (eds). *Historical Review and Recent Advances in Neonatal and Perinatal Medicine*. Mead Johnson Nutritional Division; 9-33 2.
- Degorre C, Décima P, Dégrugilliers L, et al. (2015) A mean body temperature of 37 °C for incubated preterm infants is associated with lower energy costs in the first 11 days of life. *Acta Paediatr*; 104(6):581-588.
- Dollberg S, Xi Y, Donnelly MM. (1993) "A noninvasive transcutaneous alternative to rectal thermometry for continuous measurement of core temperature in the piglet." *Pediatr Rev*; 34:512-7.
- Glass L, Silverman WA, Sinclair JC. (1968) Effect of the thermal environment on cold resistance and growth of small infants after the first week of life. *Pediatrics*; 41(6):1033-46.
- Gray PH, Flenady V. (2011) Cot-nursing versus incubator care for preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*; (8): CD003062.
- Hazan J, Maag U, Chessex P. (1991) Association between hypothermia and mortality rate of premature infants – revisited. *Am J Obstet Gynecol*; 164:111-112.
- Karlsson H, Hänel S-E, Nilsson K, Olegård R. (1995) Measurement of skin temperature and heat flow from skin in term new-born babies. *Acta Paediatr*; 84:605-12.
- Knobel RB, Holditch-Davis D, Schwartz TA. (2010) Optimal body temperature in transitional extremely low birth weight infants using heart rate and temperature as indicators. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*; 39(1):3-14.
- Lyon AJ, Pikaar M, McIntosh N, Badger P. (1995) "Skin temperature monitoring as a measure of thermal stress in extremely low birthweight infants." *Fetal and Neonatal Physiological Measurement*; Keele University, UK
- Lyon AJ, Pikaar M. Temperature regulation in preterm infants – effects of birthweight and gestation. In Okken A, Koch J (eds). (1995) *Thermoregulation of sick and low birth weight neonates*, Springer-Verlag, Berlin.
- Lyon AJ, Pikaar ME, Badger P, McIntosh N. (1997) Temperature control in very low birthweight infants during first five days of life." *Arch Dis Child Fetal Neonatal*; 76:47-50.
- McCall EM, Alderdice FA, Halliday HL et al. (2005) Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birthweight babies. *The Cochrane Database of Systematic Review*.
- New K, Flint A, Bogossian F, East C, Davies MW. (2012) Transferring preterm infants from incubators to open cots at 1600 g: a multicentre randomised controlled trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*; 97(2): 88-92.
- Nimbalkar SM, Patel VK, Patel DV, Nimbalkar AS, Sethi A, Phatak A. (2014) Effect of early skin-to-skin contact following normal delivery on incidence of hypothermia in neonates more than 1800 g: randomized control trial. *J Perinatol*;34(5):364-368.
- Scopes, JW (1966) Range of Critical Temperatures in Sick and Premature Newborn Babies, *Arch Dis Child*;41:417-419 doi:10.1136/adc.41.218.417.
- Sharma D, Murki S, Kulkarni D, Pawale D, Vardhelli V, Anne RP, Oleti TP, Deshabhotla S. (2000) The impact of a quality improvement project to reduce admission hypothermia on mortality and morbidity in very low birth weight infants. *Eur J Pediatr*;179(12):1851-1858.
- Silverman WA, Agate FJ, Fertig JW (1963) A sequential trial of the non-thermal effect of atmospheric humidity on survival of newborn infants of low birth weight *Pediatr*;31:719-24.
- Silverman WA, Fertig JW, Berger AP. (1958) "The influence of the thermal environment upon survival of newly born preterm infants." *Pediatrics*; 22:867-885
- Sinclair, JC. (2002) Servo-control for maintaining abdominal skin temperature at 36C in low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev*; (1):CD001074.
- Sinclair, JC (1995). Thermal environment, mortality and morbidity, state of the evidence. In Okken A, Koch J (eds). *Thermoregulation of the sick and low birth weight neonates*. Springer-Verlag, Berlin.
- Thomas, K. (1994) Thermoregulation in neonates. *Neonatal Netw*;13(2):15-22. PMID: 8139518.
- Tourneux P, Thiriez G, Renesme L, Zores C, Sizun J, Kuhn P. (2022) The Group of Reflection and Evaluation of the Environment of Newborns (GREEN) study group of the French Neonatology Society. Optimising homeothermy in neonates: A systematic review and clinical guidelines from the French Neonatal Society. *Acta Paediatr*; 111:1490–1499.

Encuentro Federal de Talento Humano en Salud

Walter Piceda*

El evento, que tuvo lugar en el Hospital SAMIC “Dr. Prof. Juan P. Garrahan”, fue organizado por la Secretaría de Calidad, la Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización y la Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento con sus tres direcciones: Enfermería, Difusión del conocimiento y Talento humano.

Contó con la presencia de una amplia gama de partes interesadas, incluidas enfermeras, médicos, administradores de hospitales, así como funcionarios gubernamentales y representantes de instituciones educativas.

El encuentro tuvo como objetivo, por un lado, reflexionar sobre las líneas estratégicas para la elaboración del Plan Nacional de Talento Humano en Salud, que impulsa el Ministerio de Salud de la Nación, con el fin de contribuir a mejorar la calidad y disponibilidad del personal de salud en todo el país. En la apertura, la ministra de Salud de la Nación, Dra. Carla Vizzotti, tuvo palabras de felicitación para las enfermeras en





su día y destacó: “es una de las profesiones más nobles que existe por su compromiso con el cuidado, y eso hay que reconocerlo no sólo con palabras, sino también con trabajo”.

Por otro lado, el encuentro apuntó a fortalecer el trabajo en red, que promueva el diálogo federal y el desarrollo de consensos en torno a la formación, la calidad y las condiciones de trabajo acordes con las necesidades de la población y del sistema de salud en su conjunto.

RESULTADOS CLAVE

Los siguientes son algunos de los principales resultados de la reunión:

Se llegó a un consenso sobre la necesidad de un plan nacional de talento humano en salud.

Se identificaron prioridades clave para el desarrollo de THS en Argentina.

Los actores involucrados se comprometieron a trabajar juntos para implementar el plan nacional de THS.

Se emitieron dos resoluciones ministeriales:

la Resolución Ministerial 938/2023, que deroga la Resolución N° 194 de 1995, y aprueba las “Directrices para la Organización y Funcionamiento de la Gestión

de Enfermería y el Marco para el Cuidado Progresivo”. la Resolución Ministerial 937/2023, que aprueba e incorpora al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica el “Documento de Buenas Prácticas para el Proceso de Enlace de Llamadas de Enfermería y la Optimización de la Comunicación Efectiva (CALL PASS)”

Estas resoluciones son importantes avances en la mejora de la calidad de la atención de Enfermería en Argentina.

EL FUTURO DE THS EN ARGENTINA

El Talento Humano en Salud (THS) es fundamental e insustituible para llevar a cabo las transformaciones necesarias para un sistema de salud integrado, accesible y de calidad. En ese sentido, la reunión fue una oportunidad importante para discutir el futuro de la TRH en Argentina. El desarrollo de un plan nacional y el compromiso de las partes interesadas de trabajar juntos para implementarlo son esenciales para garantizar que el país cuente con los profesionales de la salud capacitados y dedicados que necesita para brindar atención de alta calidad a sus ciudadanos.

El Ministerio de Salud de la Nación deroga la Resolución 194/95 y aprueba nuevos lineamientos para la Gestión de Enfermería

La Resolución 194/95 del ex Ministerio de Salud y Acción Social establecía las “Normas para la organización y funcionamiento de los servicios de enfermería en los establecimientos de atención médica”, en el marco del Programa Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Atención Médica (PNGCAM).

Junto con la derogación de dicha resolución, el actual Ministerio de Salud de la Nación aprobó las “Directrices para la Organización y Funcionamiento de la Gestión de Enfermería” y el “Marco para el Cuidado Progresivo”, pautas que ahora se incorporan al PNGCAM mencionado anteriormente.

Se determina, asimismo, que la Dirección Nacional de Calidad en los Servicios de Salud y Regulación Sanitaria difundirá el documento a través de PNGCAM y se invita a las jurisdicciones a adherirse a la resolución.

En el documento Anexo presentado se establece que la gestión de enfermería y el cuidado progresivo son componentes esenciales del sistema de salud. Ambos desempeñan un papel fundamental en la prestación de atención de alta calidad a los pacientes, la optimización de procesos y estructuras y la garantía de la seguridad de los pacientes y el personal.

De manera específica, en relación con el modelo de atención basado en la atención progresiva, afirma que es una forma de organizar el cuidado de las personas

con necesidades de salud, que brinda respuestas sostenidas por equipos interprofesionales, bajo la lógica de la continuidad en relación con los diferentes niveles de atención.

Este modelo busca implementar un sistema de atención progresiva e interprofesional en las instituciones de salud argentinas, lo que representa un gran desafío para el sistema en general y para la gestión de enfermería en particular. Destaca, asimismo, la importancia del liderazgo, el trabajo en equipo, el desarrollo profesional continuo, la planificación estratégica y el uso adecuado de las tecnologías.

Además, aborda el concepto de calidad en enfermería, su importancia en la gestión y cuidado progresivo, y diferentes modelos para evaluar la calidad de enfermería. Finalmente, describe los procesos y funciones correspondientes a cada uno de los tres niveles de atención de enfermería: atención primaria, atención especializada y atención de alta especialización.

De este modo, el documento pretende ser un recurso para enfermeras, gerentes de enfermería y otros profesionales de la salud responsables de la organización y operación de la gestión de enfermería y la atención progresiva. También es un recurso valioso para estudiantes y educadores interesados en aprender más sobre este importante tema.

El Ministerio de Salud de la Nación aprueba el Documento de Buenas Prácticas para Procesos de enlace de Llamadas de Enfermería y Optimización de la comunicación efectiva (*call pass*)

El “Documento de Buenas Prácticas para el Proceso de Enlace de Llamadas de Enfermería y la Optimización de la Comunicación Efectiva (*call pass*)” aprobado por el Ministerio de Salud es un anexo a la resolución y forma parte del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica.

Describe las buenas prácticas para este tipo de proceso, un componente crítico de la atención al paciente, ya que implica que las enfermeras se comuniquen entre sí y con otros profesionales de la salud para garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan. Brinda también orientaciones sobre cómo optimizar la comunicación efectiva entre las enfermeras y otros profesionales de la salud. Esto incluye el uso de las herramientas y técnicas de comunicación adecuadas y la creación de una cultura de comunicación dentro del equipo de atención médica. El Ministerio de Salud está difundiendo el documento a través de la Dirección Nacional de Calidad en los Servicios de Salud y Regulación Sanitaria e invita a las jurisdicciones a sumar su adhesión al mismo con el fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Este nuevo documento ha sido publicado con el objetivo de optimizar la comunicación efectiva en el pase de guardia entre los profesionales de enfermería, presenta herramientas y técnicas para mejorar la transmisión de información entre los equipos de salud.

El documento se enfoca en la actividad de enfermería para asegurar el control del proceso denominado “enlace de guardia”, dado que los principales problemas en relación con los pases y las transferencias se originan en cuestiones relativas a la comunicación (la falta de balance entre las expectativas del emisor y del receptor de la información).

Su alcance es amplio, ya que está destinado a todas las personas que participan en el proceso de atención en el sistema de salud, líderes y diferentes gestores de salud, equipos y agentes involucrados en la atención sanitaria en Argentina. El documento pone énfasis en la importancia del papel que juegan los equipos de enfermería dentro del equipo interdisciplinario.

El marco conceptual y los antecedentes presentados permiten entender mejor el contexto y las necesidades que motivaron su elaboración. El “enlace de guardia” es un canal activo y continuo que los profesionales deben optimizar para recabar información objetiva acerca del paciente, su evolución, modificaciones en tratamiento y realización procedimientos.

En resumen, este nuevo documento ofrece una guía clara y concisa para mejorar la comunicación efectiva entre los profesionales durante el pase o transferencia de guardia. Su alcance amplio y enfoque en el papel de los equipos de enfermería lo convierten en una herramienta valiosa para mejorar la calidad de la atención sanitaria en Argentina.

Marchitarse

* Lic Walter Picada

Nicolás trabaja en esa unidad de cuidados paliativos desde hace más de dos años; no se imagina en otra área del Hospital Comunal. La fuerte conexión con esos sujetos de cuidado, a los que asume a su cargo, a los que no le gusta denominar *pacientes*, le resulta estimulante.

No concibe su tarea como un mero hacer reducido a la administración de medicamentos, a la aplicación de técnicas y a la oferta de prestaciones profesionales. Necesita asegurar la comodidad, el consuelo y la compañía a esas personas que, rodeadas de dadores y receptores de su amor, de sus afectos, sus seres cercanos, van haciéndose a la idea, a su modo, en su fuero íntimo, de que se trata del difícil tránsito de los últimos días, del paso de una presencia perecedera a una trascendencia que apenas pueden atisbar.

Aquella mañana, una de las primeras del año en que las hojas secas del otoño cubrían el parque del hospital, debió tomar a su cargo la recepción de Luisa, una mujer mayor que había sido diagnosticada con una enfermedad terminal (ésa cuyo nombre todavía se omite, por temor, en algunos círculos).

Ya en sus primeros contactos se estableció la base de confianza para una excelente relación terapéutica. Afloraron, al mismo tiempo, los aspectos particulares: así, el enfermero tomó registro de que su flamante sujeto de cuidado había transcurrido gran parte de su vida en el campo, espacio con el que todavía se sentía muy conectada; tal era su devoción por la naturaleza.

Nicolás notó de inmediato el cariño por las plantas y los animales, por lo que procuró que pudiera reservarse para ella, desde el centro asignador de habitaciones, aquella unidad con vista al jardín del hospital.

En esos primeros días hubo ocasión de muchas conversaciones virtuosas, de un tiempo genuino de charla, sobre la vida y los intereses de ambos. A menudo, cuando el trajín diario lo permitía, la acompañaba mientras leía con voz susurrante *Pau- la*, esa novela de Isabel Allende que la conmovía. O bien, él mismo le contaba historias literarias de realismo mágico latinoamericano que conocía. Se generaba así, en el espacio que la rodeaba y en el propio interior de Luisa, esa mujer de setenta años, un clima ameno de confort y relajamiento.

* Jefe de Departamento
Clínica Santa Isabel.

Cierto día, en el marco de afabilidad de estos diálogos, ella comentó que había en su casa un jardín donde florecía una bellísima orquídea mariposa, que sería dañada con el frío que se avecinaba si no tenía los cuidados necesarios. Luisa le confió que los suyos se animarían a trasplantar el ejemplar en una pequeña maceta, para poder cuidarla ahí, en la habitación del hospital. Incluso a sabiendas de las recomendaciones que no permitían el ingreso de plantas, Nicolás no precisó escuchar más detalles para asegurarle que haría todo lo posible para que pudiera contar con esa flor en ese espacio.

La nieta más consentida de la anciana, junto al enfermero que había petitionado la excepción ante las autoridades del servicio y el nosocomio, hicieron su entrada triunfal con una delicada maceta color café que contenía esa planta de hojas bien verdes y llamativas flores violáceas tenues, de no más de cinco pétalos cóncavos en forma de pequeñas caracolas, cuyo centro purpúreo otorgaba más luminosidad al conjunto.

Luisa estaba tan emocionada, que empezó a llorar, al tiempo que pedía que la ubicaran en un lugar luminoso, pero donde el sol no le impactara directamente, pues la dañaría. Les contó que esa planta representaba para ella la belleza y la fragilidad de la vida. Las siguientes semanas, la orquídea se convirtió en algo tan importante para esa mujer: parecía darle una esperanza y ser su conexión con la vida.

En los días que siguieron, sin embargo, pese a sus esmeros, a sus esfuerzos, y a la ayuda de su enfermero, la planta pareció entrar en un proceso de degradación irreversible. En lo sucesivo fue empeorando, con una constancia cruel, casi al compás de la evolución tórpida de la propia Luisa.

Eventualmente, el enfermero llegó a trabajar y se enteró de que la anciana había fallecido durante la noche. Esto lo entristeció, pero no lo sorprendió: la congoja por la pérdida también dejaba lugar para el agradecimiento por haber tenido la oportunidad de conocerla y cuidarla.

Nicolás decidió solicitar a la familia que le permitiera recoger la orquídea maltrecha para llevarla a su casa y cuidarla en honor de Luisa, tal como ella le había enseñado.

Mientras se alejaba de la habitación con la maceta en sus manos, notó que, pese a lo marchito de la flor más visible, había en la parte inferior del tallo un nuevo brote, listo para florecer. Sonrió al darse cuenta de que iba a seguir creciendo y reparándose a sí misma, incluso después de la partida de su anterior dueña.

A partir de este hecho, se aseguró de que todas las habitaciones de los sujetos de cuidado a su cargo pudieran tener, a pedido de ellos, algún elemento que les diera un sentido de conexión y esperanza: una planta, una fotografía, un objeto preciado que les recordara un momento especial en sus vidas.

Brindar amor y consuelo en los últimos días es, ni más ni menos, procurar la manera más efectiva de comprender ese difícil tránsito.

En fin, de acompañar. De eso se trata finalmente.

¡PUBLICÁ TU ARTÍCULO EN **vea**

VISIÓN DE **enfermería** ACTUALIZADA



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

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

Percepciones maternas sobre violencia obstétrica

“Hablar de violencia es inquietante, inquietante para quien la estudia, para quien escribe, para quien lee, para quienes la viven y también para quienes la ejercen.”

Cecilia B. Canevari

Renée Alondra Liotine*

CEMIC

INTRODUCCIÓN

Durante décadas, las mujeres han padecido la vulneración de sus derechos básicos antes, durante y después del parto, sus experiencias han sido acalladas e invisibilizadas, en lo que se revela como una práctica instaurada desde el paradigma médico hegemónico (Fernández Moreno, 2007). (1)

En Argentina, la Ley 26.485 (2009) de protección integral para la prevención, sanción y erradicación de la violencia de género contra las mujeres menciona, por primera vez dentro del marco legal argentino, a la violencia obstétrica como una expresión de la violencia de género, definiéndola como aquella violencia que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, de patologización y medicalización de los procesos naturales.

Dicha definición se estructuró en base a la Ley 25.929 de Parto Respetado, sancionada en 2004, la cual establece la protección de los derechos de las mujeres madres, la persona por nacer —durante el embarazo, parto y posparto— y los derechos de los padres, como así también garantiza las prácticas brindadas por los efectores de salud tanto públicos como privados, incorporándose al PMO.

La violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres como desde el enfoque del derecho a la salud en tanto derecho humano. Asimismo, se erige como un problema de salud pública puesto que los Estados deben garantizar estos derechos a través de políticas y programas para mejorar la atención en salud de las mujeres desde la

*Licenciada en Enfermería IUC. Se desempeña en el servicio de Internación general CEMIC.

perspectiva de género, los DDHH y la atención culturalmente adecuada (Belli, 2013). (2)

El presente trabajo busca dar cuenta, a partir de un estudio situado, del modo en que las mujeres madres perciben la atención y las prácticas recibidas por parte de los profesionales de salud relacionadas con la violencia obstétrica.

CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

A nivel mundial, la violencia obstétrica es considerada una de las formas de violencia contra la mujer más sistemática, naturalizada e invisibilizada. Si bien la violencia, bajo diferentes formas, ocurre delante de nuestros ojos, es frecuente que tengamos dificultades para verla porque escapa a la conciencia: es invisible porque está naturalizada, porque convivimos con ella, es cotidiana (Canevari Bledel, 2011). (3)

Desde un punto de vista histórico, con el traslado del parto desde el hogar a las instituciones de salud se dio inicio a la institucionalización del nacimiento y el equipo de salud pasó a ser el eje en la toma de decisiones. El uso de la tecnología, la medicalización y la realización de determinados procedimientos transformaron acciones excepcionales en acciones de rutina. Las mujeres dejaron de lado sus saberes, perdieron protagonismo y se vieron subordinadas a la atención médica. El nacimiento se convirtió en un campo de batalla: un campo

de poder en el que se establecieron relaciones ordenadas jerárquicamente (Canevari Bledel, 2011). (4)

Durante mucho tiempo, para la medicina vinculada a la salud de la mujer todas las funciones orgánicas femeninas fueron consideradas intrínsecamente enfermas, el embarazo era una enfermedad que debía ser atendida, medicada y tutelada por doctores del saber médico (Camacaro, 2008). (5)

Atendiendo a esa desigualdad en las relaciones de poder, en el marco establecido por las mencionadas leyes 26.485 y 25.929 se constituyen como expresiones de la violencia obstétrica sobre los cuerpos de las mujeres en las prácticas médicas: el trato deshumanizado (maltrato, falta de respeto, negligencia, gritos, retos, amenazas, discriminación, humillación, agresión física), impedir la toma de decisiones sobre sus cuerpos, negar u omitir información adecuada, negar la posibilidad a estar acompañada durante el parto y el posparto y a tener a su lado al recién nacido, las prácticas obstétricas excesivas (episiotomías y cesáreas de rutina, rasurado púbico, enemas, fórceps, técnica de Kristeller), inducción rutinaria del trabajo de parto y la realización de las mismas sin consentimiento previo de las mujeres madres.

En la medida en que el paradigma médico hegemónico, en nombre de la ciencia, legitima la intervención, la patologización, la medicalización y la dominación de los cuerpos, las mujeres pierden su empoderamiento



sobre el proceso de atención del nacimiento y sufren la vulneración de su condición como sujetos de derecho. Para los profesionales de salud es un reto inexcusable cuestionar ese paradigma, todavía vigente, y generar

espacios de reflexión para visibilizar, desnaturalizar y deslegitimar estas prácticas violentas y el abuso de poder, a fin de contribuir al impulso de las transformaciones necesarias para erradicarlas.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

Objetivo general:

- Indagar sobre las percepciones de un grupo de mujeres de entre 18 y 40 años que atravesaron el proceso de atención del nacimiento en el período 2010-2020, en instituciones privadas de CABA, respecto de la atención y las prácticas recibidas por parte de los profesionales de la salud que se relacionan con la violencia obstétrica.

Objetivos específicos:

- Establecer los derechos que las mujeres perciben como vulnerados y respetados durante el proceso de atención del nacimiento.
- Identificar prácticas y comportamientos que se relacionan con la violencia obstétrica hacia las mujeres madres por parte de los profesionales de la salud.
- Indagar sobre el grado de conocimiento de la Ley 25.929 de Parto Respetado por parte de las mujeres madres.

Enfoque y diseño: cualitativo, fenomenológico, transversal y retrospectivo.

Población: mujeres de entre 18 y 40 años que atravesaron el proceso de atención del nacimiento entre los años 2010 y 2020 en alguna institución privada de CABA.

Muestra: 12 mujeres, 27 a 45 años de edad, argentinas, con nivel de estudio terciario y universitario que

tuvieron parto vaginal o cesárea por obra social o prepaga como efector de salud. Las mismas fueron seleccionadas con técnica de muestreo en cadena y sobre ellas se aplicó el criterio de saturación de datos.

Recolección de datos: entrevistas individuales con preguntas en profundidad de elaboración propia, organizadas en tres dimensiones: embarazo, parto y posparto.

Sobre el instrumento para la recolección de datos:

en función del objetivo planteado en este trabajo y teniendo en cuenta la necesidad de adentrarse en las experiencias de las entrevistadas, se elaboró una guía de preguntas en profundidad, orientadas a indagar sobre sus percepciones durante el proceso de atención del nacimiento en relación a la violencia obstétrica, respetando los principios de no directividad, especificidad, amplitud y profundidad.

Las dimensiones sobre las cuales se indagó son las manifestaciones de violencia obstétrica durante el embarazo, el parto y el post parto. Se realizó una interpretación y análisis del discurso como así también de la observación de las emociones surgentes; se tomaron en cuenta todos aquellos elementos que las entrevistadas trajeron a colación durante las entrevistas.

Validación del instrumento: por tratarse de un instrumento de elaboración propia, la validez del mismo fue otorgada por los docentes, tutores y directora de tesis, teniendo en cuenta la objetividad, innovación, coherencia y pertinencia del mismo.

NOTAS:

1. Fernández Moreno, S. Y. (2007: 54).
2. Belli, I. F. (2013: 31-33).
3. Canevari Bedel, C. (2011: 10.11).
4. Canevari Bledel, C. (2011: 20-21).
5. Camacaro, M. (2012: 32).

EMBARAZO	• ¿En qué año y en qué maternidad nació su hijo/a? • ¿Por qué llegó a esa maternidad para la atención del proceso del nacimiento? • ¿Realizó los controles prenatales? • ¿Cuál fue su experiencia en las consultas prenatales? • ¿Recibió información sobre el proceso de embarazo, parto y puerperio? • ¿Le informaron sobre los beneficios de la lactancia materna?
PARTO	• ¿Podría relatar algunas de sus experiencias durante el momento del parto? • ¿Pudo elegir algún aspecto de su parto? • ¿Estuvo acompañada por alguna persona de su elección en el momento del parto? ¿Cómo se sintió? • ¿Qué procedimientos médicos le realizaron durante el proceso de parto y parto? • ¿Le brindaron información sobre cada uno de ellos? ¿Pudo opinar sobre los mismos? • ¿Cuál fue su experiencia respecto al trato recibido?
POSPARTO	• ¿Pudo estar en contacto con su hijo/a inmediatamente después del parto y durante el transcurso de la internación? • ¿Recibió apoyo para amamantar a su hijo/a luego del parto? • ¿Recibió información para el ejercicio del autocuidado? • ¿Cómo describe la atención recibida por parte de los profesionales de la salud durante todo el proceso de atención del nacimiento? • ¿Qué sentimientos experimentó durante todo el proceso de atención del nacimiento? • ¿Identificó alguna situación de incomodidad? • ¿Qué situaciones destaca como positivas y cuáles como negativas? • ¿Su proceso de atención del nacimiento fue como esperaba? • ¿Qué cosas le hubiera gustado saber? • Imaginemos que usted se desempeña como profesional de la salud en la clínica en la cual nació su hijo/a ¿Qué vínculo profesional-paciente establecería? • Se sabe que en la actualidad se está implementando, en algunas clínicas privadas de CABA, la atención del binomio madre- hijo/a a cargo del mismo profesional de enfermería. ¿Cuál fue su caso? ¿Qué opina de esta modalidad? • ¿Recomendaría a otras mujeres embarazadas atender su parto en esta maternidad? ¿Por qué? • ¿Conoce la Ley 25.929, que hace referencia a los derechos de los padres y del niño/a por nacer? • ¿Algo más que quisiera comentar?

Del análisis realizado surge que la gran mayoría de las mujeres entrevistadas:

- Perciben que en sus procesos de atención del nacimiento hubo derechos que debían haber sido respetados y fueron vulnerados. Si bien el parto representa el momento de mayor vulneración, el embarazo y el posparto no quedan fuera del alcance de dichas prácticas.
- Sufrieron prácticas y comportamientos que se relacionan con la violencia obstétrica, siendo los más recurrentes: trato deshumanizado, amenazas, burlas, lenguaje irrespetuoso, manipulación de la información, medicalización excesiva, cesárea, el uso de fórceps, aplicación de la técnica de Kristeller, en muchos casos sin su consentimiento.
- Al momento de la entrevista manifiestan no haber naturalizado las prácticas y comportamientos relacionados con la violencia obstétrica dada la experiencia adquirida sobre el tema a través del paso del tiempo.
- Desconocen la existencia de la Ley 29.929 de Parto Respetado.

Asimismo, esos relatos dejan al descubierto aspectos vinculados con la violencia obstétrica no contemplados en el objetivo planteado en el presente trabajo pero que merecen ser mencionados:

- El modelo hegemónico de atención realiza una segmentación del proceso de atención del nacimiento, centrando el principal interés en el momento del parto.
- El desarrollo de estrategias de resistencia y defensa por parte de las mujeres entrevistadas para hacer frente a las prácticas y comportamientos relacionados con la violencia obstétrica (el silencio, la aceptación y la obediencia).
- Se detecta, como estrategia de la violencia obstétrica, la culpabilización de la víctima, dado que las mujeres asumen la responsabilidad del trato recibido por parte del profesional de salud.

CONCLUSIÓN

La violencia obstétrica existe y es una problemática vigente. Así lo confirman las voces de las mujeres madres entrevistadas y las investigaciones científicas existentes sobre el tema.

Argentina es considerada pionera tanto en la construcción y definición del concepto *violencia obstétrica* como también en la promulgación de leyes, normativas y protocolos de atención desde un enfoque de género y derechos humanos. No obstante ese marco legal existente, se observa una brecha entre lo que establece la ley y las prácticas y comportamientos relacionados con la violencia obstétrica.

Es evidente la necesidad de incorporar la humanización en el proceso de atención del nacimiento, promoviendo la integración de ambos paradigmas médicos, a fin de iniciar el camino hacia un proceso de atención del nacimiento acompañado, no asistido. En ese contexto, como parte del equipo interdisciplinario de salud, Enfermería constituye un eslabón clave en el abordaje de la violencia de género en todas sus manifestaciones. Ese rol adquiere una responsabilidad tanto ética como profesional en relación a la violencia obstétrica, actuando como un agente activo, capaz de proporcionar una práctica sensible y compasiva desde un abordaje biopsicosocial.



BIBLIOGRAFÍA

- Belli, L.F. (2013) “Violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos”, *Revista Red Bioética*, UNESCO, 1 (7); 25-34.
- Camacaro Cuevas, M. (2015) “La obstetricia desde el Cro-Magnon hasta la cama ginecológica. Una lectura de la historia en sintonía con el género”, *Comunidad y salud*, 6 (1); 23-34.
- Canevari Bledel, C. (2011) *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: Barco Edita. Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE.
- Fernández Moreno, S.Y. (2007) “La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: Afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud”. *Revista Gerencia y Políticas de salud*, 6(12):59-76. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

¡Revista VeA Llegó a Instagram!

¡No te pierdas todas
las novedades del sector!



Encontranos como



@revistaveaenfermeria

y sumate a la comunidad
de enfermería
más grande del país

**Una revista hecha
por y para
profesionales de enfermería**



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