

Consolidar la fuerza
laboral Enfermería:
un desafío para
los líderes |pág. 06

Creencias
limitantes |pág. 25

La seguridad del paciente |pág. 20
desde un enfoque perinatal

EXERGEN

C O R P O R A T I O N

LÍDER MUNDIAL A LA
VANGUARDIA EN MEDICIÓN
DE LA TEMPERATURA



TERMÓMETROS DE ARTERIA TEMPORAL



NO INVASIVOS



PRECISOS



RÁPIDOS



CONFORTABLES



Conozca más acerca de la medición de temperatura en la
arteria temporal y experimente la precisión con Exergen.



Evidencia Científica

MÁS DE 100 ESTUDIOS CLÍNICOS NOS RESPALDAN

Se ha demostrado científicamente que la temperatura de la arteria temporal es tan precisa como la temperatura medida por un catéter en la arteria pulmonar o el esófago, así como la temperatura rectal en un paciente estable.

Los termómetros TAT de Exergen, gracias a su tecnología infrarroja de avanzada, proporcionan rapidez y precisión en la medición NO invasiva de la **temperatura central del cuerpo**.

Modelos:

- a) TAT 5000S
- b) TAT 2000
- c) TAT 2000C



| 5 EDITORIAL

| 6 GESTIÓN

Consolidar la fuerza laboral

Enfermería: un desafío para los líderes | ALEJANDRA PARISOTTO

| 14 EXPERIENCIAS

Atención centrada en la persona | DAMIANA ANABEL PUGLIESE

| 20 SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente desde un enfoque
perinatal | LAURA INÉS BRUA

| 25 ENFOQUES

Creencias limitantes | WALTER PICEDA

| 29 FICHA 77

Una modalidad de cuidados *post mortem*

| MARÍA JOSÉ HERRGUTH, WALTER LEGUIZAMÓN, CLAUDIA MONZÓN

| 34 PROTOCOLOS

Protocolos para el cuidado de la piel y su implementación
en los servicios de salud en los diferentes grupos etarios.

| GRISELDA LEGUIZAMÓN, ESTELA PRADO

| 41 RINCÓN LITERARIO

Al amparo de un guardapolvo blanco | MARISOL BARRIENTOS

| 44 ENTREVISTA

Diálogos de Enfermería

| 48 Bases para la publicación de artículos



STAFF

COMITÉ EDITORIAL

Mag. Hna. Mercedes Zamuner
Lic. Graciela Rojas
Lic. Walter Picada
Alejandra Fuente
Lic. Leandro Vargas

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Magdalena Villaverde

DISEÑO GRÁFICO

Susana Prieto

Adecra

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

Esta publicación es propiedad de:
Asociación de Clínicas, Sanatorios
y 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)

AÑO 21 | N° 78 | JUNIO 2024

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, AECAF (Asociación de Enfermería
de Capital Federal)

Enfermería Oncológica: Lic. Constanza Celano. Licenciada en enfermería,
especialista en enfermería oncológica. Magister en Administración y
gestión de sistemas y servicios de salud. Docente de la Univ. Austral.

Informática en Enfermería: Mag. Zulma González. Máster en recursos
digitales. Lic. en Enfermería. Esp. en Informática en Salud. Profesora
universitaria. Esp. en Enfermería Clínica. Doctoranda en Educación
universitaria.

Enfermería del Adulto y del Anciano. Dra. Sandra Elena Coronel. Dra. en
Ciencias de la Salud. Lic en Enfermería. Esp. en Administración Hospitalaria.
Líder de Proceso de Enfermería y Quirúrgico. Jefe de Enfermería en Casa
Hosp. San Juan de Dios.

Gestión en Enfermería: Dra. Isabel Vera. Doctora en Enfermería. Directora
de la Unidad Académica de la UBA. Facultad de Medicina. Corporación
Médica San Martín

Enfermería Neonatal. Lic Guillermina Chatás. Subdirectora de la Carrera
de Enfermería Neonatal. Universidad Austral.

Investigación en Enfermería. Mag Laura Alberto. Maestría en Educación.
Incorporada a la Carrera del CONICET como Investigadora Adjunta
en el Instituto de Investigación en Medicina y Ciencias de la Salud de la
Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador.

Educación en Enfermería. Mag. Dolores Latugaye. Maestría en Educación
con orientación en Gestión Educativa. Doctoranda en Ciencias biomédicas.
Directora de la Carrera de Licenciatura en Enfermería Univ. Austral.

Inteligencia artificial ¿Hay posibilidad de sinergia positiva?

La convergencia de la Enfermería y la Inteligencia Artificial (IA), invita a una reflexión profunda, en función de la transformación que sufriría el panorama de la atención profesional en Argentina. Como gestores de enfermería, nos encontramos ante un escenario fascinante y desafiante a la vez, donde la tecnología se convertiría en un aliado invaluable para optimizar nuestra práctica y mejorar la calidad de vida de las personas que asistimos a través de los cuidados.

La implementación de la IA en el ámbito de la enfermería tendría un impacto significativo en la eficiencia y calidad de la atención. Entre los aspectos clave que nos permitirían aprovechar al máximo esta tecnología se encontrarían la automatización de tareas administrativas como la programación de agendas para procedimientos ambulatorios, la gestión de historias clínicas y la coordinación del personal. Esto liberaría un tiempo invaluable para que los profesionales de enfermería se centraran en la atención directa del paciente, ante quienes su experiencia, empatía y habilidades de cuidado, se tornan fundamentales.

Los sistemas de IA podrían analizar grandes volúmenes de datos, lo que contribuiría a diagnósticos más precisos y eficaces, con la consecuente prestación eficiente de enfermería. Desde la detección temprana de enfermedades hasta la predicción de resultados, la IA mejoraría la calidad prestacional, permitiendo intervenciones oportunas y personalizadas. La IA agilizaría procesos, optimizando la gestión de recursos y tiempos. Esto se traduciría en una atención más rápida y eficiente para los pacientes, especialmente en situaciones críticas donde cada segundo es vital.

Los sistemas de IA proporcionarían información relevante y actualizada que facilitaría la toma de decisiones en la determinación de cuidados eficaces. Esto sería especialmente valioso en entornos hospitalarios donde la información precisa y oportuna podría marcar la diferencia.

Si bien la sinergia entre Enfermería e IA presentaría un sinfín de oportunidades, también deberíamos ser conscientes de los desafíos que implicaría su implementación. Es crucial evitar que los profesionales de la salud

dependieran en exceso de la IA, lo que podría disminuir el ejercicio del juicio clínico humano. La IA debería ser una herramienta que solo complementara, sin caer en la tentación de que reemplazara, la experiencia y el criterio profesional.

La IA, aunque poderosa, no es infalible. Los algoritmos podrían cometer errores, por lo que la supervisión humana seguiría siendo esencial para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes. La implementación de IA en enfermería debería abordar las preocupaciones sobre la protección de la privacidad y seguridad de los datos médicos de los pacientes. Las medidas sólidas de seguridad serían cruciales para garantizar la confidencialidad de la información y evitar su uso indebido.

La convergencia de la Enfermería e IA no solo sería una realidad presente, sino que también estaría en constante evolución. Muestra de ello ha sido la concreción del Primer Congreso Nacional de Enfermería e Inteligencia Artificial celebrado en Alicante en marzo de 2024. Este evento histórico reunió a referentes nacionales y empresas del sector sanitario para explorar cómo la IA remodelaría la enfermería.

En Argentina, también se llevarían a cabo simposios y talleres para capacitar a los profesionales de enfermería en el uso de herramientas de IA. La colaboración entre instituciones médicas y empresas tecnológicas sería clave para impulsar la adopción de estas tecnologías en la práctica clínica, preparando a los profesionales para enfrentar los desafíos y aprovechar las oportunidades que presentaría este nuevo paradigma.

En resumen, la convergencia de la Enfermería y la Inteligencia Artificial sería un proceso dinámico que nos abriría a un mundo de posibilidades para mejorar la práctica profesional y la calidad de vida de los pacientes. Como gestores de enfermería, deberíamos asumir un rol proactivo en la adopción responsable de estas tecnologías, garantizando su uso ético y efectivo, sin perder de vista la esencia de la atención humana y compasiva que caracteriza a nuestra profesión.

Lic. Walter Piceda

Consolidar la fuerza laboral Enfermería: un desafío para los líderes

ALEJANDRA
PARISOTTO*

RESUMEN

En el marco de las jornadas de Adecra 2023, cuyo eje temático fue la fuerza laboral en salud, se mostró la situación actual de la enfermería en Argentina y el desafío que deben afrontar los líderes para mantener las dotaciones adecuadas con el fin de dar al paciente y su familia el mejor cuidado, de calidad y con los niveles de seguridad necesarios para no agregar daño.

ABSTRACT

Within the framework of the Adecra 2023 conference, whose main theme was the health workforce, the current situation of nursing in Argentina was presented, as well as the challenge faced by leaders in order to maintain adequate resources to ensure that the best quality care reaches the patient with the necessary safety levels so as not to add harm.

PALABRAS CLAVE

enfermería, fuerza laboral, retención.

KEYWORDS

INTRODUCCIÓN

La consolidación y retención de la fuerza laboral de Enfermería es hoy un gran desafío para los líderes, pues de su capacidad de liderazgo depende, en gran parte, mantener el staff de las instituciones completo y, sobre todo, que el paciente reciba el mejor cuidado posible. Esto requiere contar con la cantidad de profesionales necesarios, de acuerdo a la complejidad de los pacientes, con un nivel de preparación académica-humana apropiado.

Para poder describir este desafío es muy importante puntualizar la situación de la Enfermería en Argentina. Recuperamos para ello los datos actualizados que han provisto la Organización Mundial de Salud y el Observatorio de Recursos Humanos en Salud de la República Argentina.

*Mag. Alejandra Parisotto. Directora de Enfermería del Hospital Austral.



Argentina tiene una población de casi 45 millones de habitantes. Los trabajadores de Enfermería contabilizan un total de 234.527. En relación con la población del país, esto representa (considerando los tres niveles de formación: auxiliares de Enfermería, técnicos en Enfermería y licenciados en Enfermería) 52,19 enfermeras/os cada 10 mil habitantes (1).

En los últimos años se ha visto un incremento en el número de profesionales de Enfermería con titulación de grado y una disminución en el de auxiliares, lo que constituye un avance en términos de la calidad de la atención, pues encontramos cada vez profesionales mejor formados al lado del paciente.

Otro punto interesante es que la Acreditación de CONEAU de las escuelas de Enfermería aporta una serie de exigencias que elevan la calidad de la formación de los estudiantes y los posiciona mejor en su preparación académica.

Argentina cuenta con 0.9 licenciados en Enfermería cada 1.000 habitantes, 2.8 enfermeros/as de nivel técnico cada 1.000 habitantes y 1.6 auxiliares de Enfermería cada 1.000 habitantes. Si tomamos los tres niveles de formación, contamos con 5.3 personal de Enfermería cada 1000 habitantes. Si sólo se considera a los de formación profesional, la proporción es de 3.7 profesionales de Enfermería cada 1.000 habitantes.

Debemos tener en cuenta que la preparación académica de los licenciados y de los técnicos es diferente al del grupo de auxiliares de Enfermería en cuanto a tiempo de formación, exigencias y habilidades que también ante la ley quedan claramente diferenciadas. Asimismo, que la distribución de estos profesionales en el país también es muy variable, observándose la mayor concentración en Córdoba, Santa Fe y la región del AMBA.

ABORDAJES POSIBLES

Los datos mencionados hablan de la necesidad de contar con alumnos que elijan la Enfermería como profesión, con escuelas que tengan los mejores estándares de formación, con docentes capaces de transmitir y construir conocimientos con sus alumnos y además de motivarlos en la búsqueda del mejor cuidado para los pacientes y sus familias.

Por otro lado, exige a quienes lideramos equipos de Enfermería en instituciones de salud comprender el desafío de que estos profesionales deben encontrar entornos laborales capaces de hacerlos crecer, donde puedan buscar mejores resultados y contar con la seguridad física adecuada.

Uno de estos desafíos tiene que ver con mantener niveles de rotación de personal acordes, entendiendo que una rotación conveniente es aquella que se ubica en un índice mayor a 4 y menor a 12. Por ejemplo, durante el año 2021, en EE.UU. la rotación de personal se incrementó al 27.1% y el hospital promedio incurrió en pérdidas de entre 5,2 y 9 millones de dólares anuales debido a los costos asociados a la rotación del personal de Enfermería (2). Entre los factores causales se detectaron:

- las cargas laborales (escasez de personal)
- puestos mal remunerados y poco valorados
- tecnologías y procesos obsoletos
- colegas de reciente incorporación.

Los costos mencionados se relacionan con la terminación de contratos, las contrataciones nuevas, la formación de los ingresantes, las coberturas necesarias de Enfermería de refuerzo para cubrir esas vacantes hasta la incorporación de nuevo personal.

Este tipo de datos, además de merecer nuestra atención, pueden presentarnos también la posibilidad de pensar algunas de las variables que colaboran en mantener el staff de Enfermería en cada una de las unidades de trabajo.

HOSPITALES MAGNÉTICOS

Desde fines de la década del '70 se observa esta preocupación de no contar con el personal de Enfermería necesario; ya entonces se vislumbraba la escasez de profesionales en el mundo. En ese contexto, durante la década de los '80 comienza a adquirir cada vez más relevancia el concepto de "hospital magnético", cuando la Academia Nacional de Enfermería de EEUU empieza a identificar las características de las organizaciones capaces de retener y atraer al personal de Enfermería calificado y buscar mejoras para la práctica profesional (3).

La necesidad de dar respuesta a esto se ha vuelto crucial después de la pandemia de COVID-19. Todo lo acontecido durante ese período ha exacerbado los factores estresantes del rol enfermero y del resto de los profesionales de la salud, impactando en el agotamiento, el incremento del estrés y la pérdida propiamente dicha de profesionales (4).

Frente a ello, es preciso volver a dimensionar qué son los hospitales magnéticos y qué se necesita para lograr sus resultados, o al menos definir estrategias basadas en los conceptos que estos hospitales marcan como evidencia de que esos resultados son posibles.

Los hospitales magnéticos se caracterizan por cinco elementos esenciales (5):

1. Liderazgo transformacional: líderes capaces de adaptarse a los cambios del sector, actualizando comportamientos y procesos de acuerdo a las necesidades de la organización. El liderazgo transformacional requiere habilidades de influenciar en las personas, capacidad de innovación, formación continua que les permita abordar situaciones complejas y alcanzar soluciones creativas.

2. Empoderamiento estructural: se refiere a que enfermeras/os de una organización tienen la autoridad y la influencia suficiente para establecer normas, trabajar sobre los procesos y las mejoras, participar en la toma de decisiones y ser capaces de conformar equipos eficaces.

3. Práctica profesional ejemplar: el cuidado enfermero revela una atención eficaz al paciente y deja evidencia de que el personal de Enfermería es capaz de dedicar tiempo y trabajo para garantizar que cada paciente reciba la atención que necesita. Se destaca aquí la importancia de los comportamientos y habilidades que están implícitos en el modelo de práctica profesional, que está presente en la totalidad del equipo y que muestra una unidad de acción que los fortalece.

4. Nuevos conocimientos, innovaciones y mejoras: la importancia de promover las mejores prácticas basadas en evidencia, la búsqueda de la mejora continua garantiza al personal de Enfermería trabajar bajo estándares de calidad y seguridad.

5. Resultados empíricos: conocer los resultados del cuidado brindado a los pacientes, de los procesos aplicados y de las mejoras medidas hacen partícipe al personal y lo involucran en el logro de los objetivos planteados.

Son cinco puntos a considerar profundamente. Observar lo que instituciones capaces de llevarlos adelante han logrado, poder tomar estas ideas y conceptos –que en múltiples estudios han demostrado tener muy buenos resultados–, puede ayudarnos a seguir caminos similares.

Los líderes de Enfermería en Argentina necesitamos basarnos en ideas que contribuyan a potenciar, reconocer y mantener las dotaciones de Enfermería como factor primordial para garantizar la calidad de atención y la seguridad del paciente. Para ello es fundamental conocer las realidades locales y plantearse objetivos pequeños pero de gran impacto, que muestren el camino que se quiere seguir.

Aunque los contextos entre países varían, más allá de las diferencias hay ciertos puntos que muestran “los dolores” de esta situación, que son comunes. Tomar estas ideas y luego adaptarlas a las diferentes organizaciones nos permitirá lograr mejores resultados.

ALEGRÍA EN EL TRABAJO

Si hacemos el cálculo de cuánto tiempo pasamos en nuestro ámbito laboral (es decir, si lo cuantificamos), éste supera las 60.000 horas a lo largo de nuestra vida. De allí que sea primordial comprender la importancia de los entornos laborales y su impacto sobre los colaboradores.

Donald Berwick (2008), quien fuera presidente del IHI (Institute for Healthcare Improvement), hablaba de la importancia de trabajar en la triple meta en salud:

- mejorar la experiencia del paciente
- mejorar la salud de las poblaciones
- reducir el costo *per capita* de la atención médica

En el período 2015/16 agrega una cuarta meta, según la cual, para lograr la tercera meta, es necesario incluir la satisfacción del personal de salud. Así, empieza a hablarse con más fuerza sobre la necesidad de entornos laborales saludables y de la importancia de la alegría en el trabajo (6).

El agotamiento de los colaboradores, los entornos insalubres, la falta de motivación, entre otros factores, afectan negativamente la seguridad, la calidad y los resultados de atención del paciente. Conduce a niveles más bajos de compromiso del personal, afecta la experiencia del paciente, hay una menor productividad y se incrementa el riesgo de accidentes y errores en el lugar de trabajo.

En su libro de 2017, *Joy in work*, este mismo instituto recomienda, combatir esos factores que afectan los resultados con la “alegría en el trabajo” (7). En la introducción se explicita claramente que si hay algún trabajo que debe dar satisfacción espiritual es la labor de los profesionales de la salud, en especial el personal de Enfermería, pues somos quienes estamos presentes en todo momento del día y del año, junto al paciente y su familia. Se trata de la oportunidad única de dar ese cuidado oportuno que nadie hará si no lo hacemos las y los enfermeros: somos quienes podemos generar ese toque humano que necesita quien está en un estado de vulnerabilidad y que cualquier gesto de humanidad multiplica el alivio a su situación.

Ahora bien, para brindar ese cuidado, el personal de Enfermería necesita también experimentarlo: “nadie da lo que no recibe”, o al menos le cuesta un poco más.

La alegría en el trabajo es posible. No consiste en “estar de fiesta” diariamente, sino que hay suficiente material de investigación, mucho de esto resumido en este libro, que muestra la importancia del comportamiento de los líderes, el diseño de los procesos y sistemas, las formas de comunicación como herramienta para generar equipos eficaces, sumado también a la respuesta que se necesita para encontrar sentido en el trabajo, “por qué hacemos lo que hacemos”.

En ese libro, el IHI menciona cuatro pasos necesarios para establecer y cuidar la alegría en el trabajo, los cuales se presentan como escalones necesarios para avanzar (8):

Paso 1

Preguntar a los colaboradores

¿qué es importante para vos/usted?

Paso 2

Identificar las piedras en el zapato:

procesos, problemas o circunstancias que impiden cumplir lo que les importa

Paso 3

Equipos multidisciplina-
rios: trabajan juntos para mitigar/eliminar esos impedimentos y mantener o generar la alegría en el trabajo

Paso 4

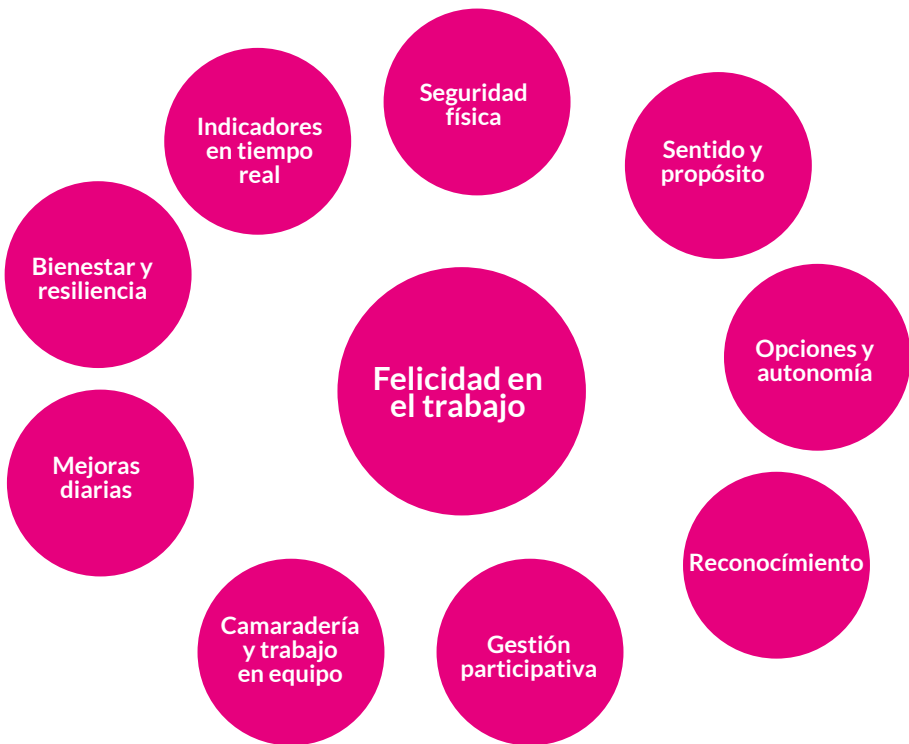
Utilizar los métodos y métricas de la mejora continua para generar espacios y entornos que garanticen la alegría en el trabajo

Estos cuatro pasos deben prepararse y gestionarse sin temor a las respuestas o a los problemas que la gente manifieste, pues la solución quizá no sea para el 100% de las situaciones. Deben establecerse prioridades e involucrar en la solución a los mismos afectados, porque la mejora no llega de afuera, se construye desde dentro en un co-diseño de acciones, en pruebas que permiten hacer cambios y evaluar su efectividad.

Crear alegría y compromiso en el lugar de trabajo exige que los líderes estemos preparados, entendamos ese rol y actuemos como facilitadores, no como hacedores de la solución. Para esto es importante también, como ya lo mencionamos, que utilicemos los mismos métodos usados para medir la calidad.

Todavía no tenemos demasiadas herramientas para medir la alegría, pero hay medidas indirectas que pueden aportarnos datos significativos, por ejemplo: el grado de satisfacción, de compromiso, de agotamiento; el nivel de rotación, de retención, de bienestar de los empleados; de lesiones en el lugar de trabajo, de ausentismo, entre otras medidas que pueden revisarse con mayor frecuencia, sea diaria o semanal.

La alegría en el trabajo, según el IHI, contempla nueve dimensiones. Conocer estas dimensiones proporciona a los líderes puntos de referencia importantes para decidir, junto con el personal, por dónde empezar, dónde poner el foco, qué se puede hacer.



*Traducción libre, resumen y adaptación del documento "IHI Framework for Improving Joy in Work." IHI White Paper. Perlo J, Balik B, Swensen S, Kabcer 2017 Disponible en IHI.org | Traducción: Dr. Fabián Vítolo. NOBLE Cía de Seguros

GOBERNANZA COMPARTIDA

Hemos hecho referencia en varias ocasiones a la participación del personal en las decisiones. En este punto es importante detenernos en el concepto de gobernanza compartida. Se trata de un concepto que desde hace muchos años viene tomando cada vez más fuerza a nivel mundial y que tiene mucho que ver con el cambio de las “baby boomers” y a los “millenials”. Adquiere más relevancia y se evidencia en las encuestas sobre el clima de las organizaciones, que buscan mejorar sus resultados y entienden que el ambiente laboral adecuado mejora la productividad, la satisfacción y disminuye los errores.

La característica principal de la gobernanza compartida es que incorpora al personal de primera línea en la solución de sus problemas, genera equipos de trabajo eficientes, apela a la creatividad de sus miembros y potencia la autonomía. De este modo, garantiza la sostenibilidad de las medidas en el tiempo con una mayor adherencia (9).

CONCLUSIONES

Hasta aquí hemos mostrado, a grandes rasgos, temas, conceptos y ejes que intentan ser un aporte para los líderes interesados en lograr equipos eficaces y mejores resultados; son puntos para profundizar y revisar con sus colaboradores.

En primer lugar, es preciso comprender que los cambios son necesarios para poder afrontar los desafíos que la sociedad, la profesión y las diferentes generaciones nos presentan. ¿Es trabajo? Puede ser que sí. ¿Es posible? Numerosas evidencias muestran que sí lo es. Lo importante es avanzar, de a poco, paso a paso, no quedarse quietos; escuchar a la gente y trabajar en forma conjunta. A ello cabe agregar un punto más, que podríamos considerar vital: el trabajo en red con otras instituciones, con otras/os jefas/es de Enfermería, para conocer cómo afrontan los problemas y cómo se encuentran las soluciones.

La construcción de conocimiento a partir de diferentes miradas es lo que nos permite andar o desandar caminos, buscar la mejora y tener los equipos de profesionales que nos garanticen resultados óptimos y se involucren en conseguirlos.

BIBLIOGRAFÍA CITADA:

- (1) Observatorio Federal de talento Humano en salud. Dirección de enfermería. Dirección de talento humano y conocimiento. Ministerio de Salud de la República Argentina. Infografía Enfermería 3-4 (argentina.gob.ar)
- (2) Margaret Lindquist | Experta en estrategias de contenidos de salud El costo de la rotación del personal de enfermería en cifras. | Enero de 2023 (El costo de la rotación del personal de enfermería en cifras | Oracle México)
- (3) Domínguez Sánchez, Patricia, Zarate Grajales, Rosa A., Serrano Diosdado, José Juan, & Arroyo Merino, Miguel. (2010). Hospital Magnético, ¿qué es y cómo funciona? Enfermería universitaria, 7(3), 55-58. Recuperado en 20 de enero de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632010000300007&lng=es&tlng=es
- (4) W.E. Rosa, A.E. Schlak, C.H. Rushton Un plan para el liderazgo durante la COVID-19 Gestión de Enfermería, 51 (8) (2020), pp. 28-34
- (5) Hernández Cantoral, A., & Zárate Grajales, R. A. (2011). Hospital magnético: Escenario ideal que garantiza calidad del cuida-

do y la satisfacción laboral en enfermería. Enfermería universitaria, 8(2), 25-32.

- (6) Perlo, J., Balik, B., Swenson, S., Kabcenell, A., Landsman, J., & Feeley, D. (2017). IHI framework for improving joy in work.
- (7) Musial, A., Clemens, N., Meier, K.A. et al. La alegría en el trabajo: un enfoque basado en sistemas. Curr Treat Options Peds 5, 26–36 (2019).

<https://doi.org/10.1007/s40746-019-00148-5>

- (8) McKnight H, Moore SM. Gobernanza compartida de enfermería. 19 de septiembre de 2022. En: StatPearls [Internet]. La Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing; Enero de 2024-. PMID: 31751052
- (9) Ghanem Atalla AD, Sharif LS, Katooa NE, Kandil FS, Mahsoon A, Mahmoud Elseesy NA. Relación entre la percepción de las enfermeras sobre la gobernanza compartida profesional y su motivación profesional: un estudio transversal. Int J Nurs Sci. 23 de septiembre de 2023; 10(4):485-491. doi: 10.1016/j.ijnss.2023.09.016. PMID: 38020835; PMCID: PMC10667319



Hipoalergic

APÓSITO **ANTIBACTERIAL** POST-QUIRÚRGICO

CLINICARE Ag⁺



Gran absorción

*Alto poder
antibacterial*



*Contiene
iones de plata*

*Mayor
transpirabilidad*



Atención centrada en la persona

DAIANA ANABEL PUGLIESE*
Hospital Universitario Austral

INTRODUCCIÓN

Al cabo de un año de trabajo continuo, en el Hospital Universitario Austral (sede Pilar, Provincia de Buenos Aires) logramos desarrollar el proyecto de atención centrada en la persona, con el propósito de dar a conocer la experiencia de la implementación de buenas prácticas basadas en dicho enfoque.

En este artículo compartimos los primeros pasos del proyecto, la conformación del Comité de Atención Centrada en la Persona y el Consejo Asesor de Pacientes, así como los objetivos de trabajo y los logros alcanzados.

ANTECEDENTES

En 1978, Angélica Thieriot, que vivió como paciente un trato deshumanizado durante su tratamiento médico, creó la Fundación Planetree con el objetivo de mejorar la experiencia de los pacientes y abogar por la humanización de los servicios de salud, colaborando con organizaciones del ámbito sanitario. Se trata de una organización sin fines de lucro, cuyo nombre proviene del árbol alrededor del cual Hipócrates (el padre de la medicina moderna) solía enseñar a sus alumnos en la antigua Grecia.

Una de las premisas de su iniciativa es que con el paso de los siglos la medicina había perdido su enfoque holístico y su dedicación al paciente. Por ello se propuso como objetivo revertir ese panorama y abogar por la fusión entre la mejor tecnología occidental y las prácticas curativas antiguas. También fue pionera en plantear la idea de que cualquier centro médico debía ser evaluado siempre desde la perspectiva del paciente.

*Enfermera Profesional (Instituto Tecnológico de José C. Paz), Licenciada en Enfermería (Universidad de Morón). Actualmente se desempeña como Enfermera asistencial de la Unidad de Cardiología Crítica. Es miembro del Comité de Atención Centrada en la Persona y miembro del Comité de Humanización de Cuidados Intensivos.

En la actualidad, el enfoque de Planetree es reconocido a nivel mundial. Se dedica a desarrollar y respaldar programas de atención centrada en la persona, abarcando a pacientes, familiares y personal médico. Su enfoque resalta la importancia estratégica de las interacciones humanas, la relevancia de que el personal de salud se conecte con el significado y propósito de su labor, y la necesidad de establecer métodos efectivos para involucrar a los pacientes y sus familias en su propio cuidado.

EL PROGRAMA DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA (ACP)

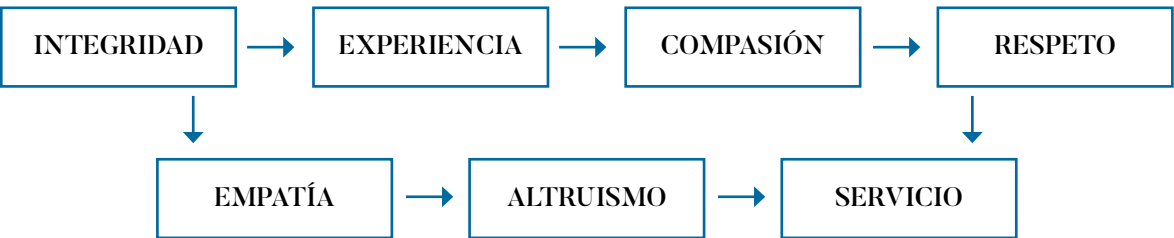
Se trata de un enfoque para establecer, guiar y evaluar altos niveles de rendimiento en relación con las necesidades individuales, basadas en preferencias y valores. Esto abarca sistemas de apoyo, políticas y procedimientos que fomentan una cultura de calidad, compasión y colaboración en todos los servicios de atención.

Antes de avanzar es preciso tener en claro ciertos conceptos:

- la definición de persona como un ser humano individual con su propia identidad, características y experiencias
- la humanización de la atención médica, que implica tratar a los pacientes con compasión, empatía y respeto, reconociendo sus necesidades emocionales además de las físicas

Sobre esa base, este enfoque considera a la persona en su totalidad, no simplemente como un paciente con una condición médica, sino que fomenta una atención centrada en el individuo como un todo.

CRITERIOS DE LA ACP



PRIMEROS PASOS DE LA EXPERIENCIA

- Armado del comité de ACP, con personal de distintas áreas y servicios.
- Responsabilidades del apoyo y supervisión: en la implementación y mantenimiento de enfoques centrados en la persona, coordinación y liderazgo de proyectos e iniciativas en toda la organización, difusión y expansión de iniciativas centradas en la persona, y fomento de la formación de todo el personal.

Para poder llevar a cabo esta práctica y trabajar en este proyecto, se establecen reuniones cada 15 días, a fin de compartir los avances por área y planificar los próximos pasos.

Comité de Atención Centrada en la Persona



ACTIVIDADES

- Lectura del manual de Planetree
- Capacitación de ACP para todos los integrantes del Comité
- Recorrida de los líderes por varios servicios con el fin de realizar una evaluación diagnóstica de las visitas realizadas y abordar las problemáticas del servicio. Durante estas visitas se llevan a cabo:
 - Proyecto para mejorar la experiencia de los pacientes pediátricos.
 - Proyecto de humanización de cuidados intensivos. Manual de cuidados para pacientes y familiares en la UCI.
 - Proyecto para mejorar la experiencia de los pacientes en Emergencias.
 - Proyecto de expansión del sexto piso (internación general para adultos y maternidad) y quirófano.
 - Talleres con psicóloga y psicopedagoga para mejorar la experiencia de los pacientes pediátricos en otras áreas del hospital (iniciando con imágenes, seguido por laboratorio y quirófano).

PROYECTO HUCI (Humanización de los Cuidados Intensivos)

Es un grupo de profesionales multidisciplinares que colabora y trabaja con diversos grupos de pacientes (adultos, pediátricos, neonatales, de unidad de cardiología crítica), sus familias y colegas en unidades de cuidados críticos, con el objetivo de humanizar los cuidados intensivos. El grupo sirve como foro y punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales; se ocupa de difundir los cuidados intensivos y acercarlos a la población general, fomentar la formación en habilidades de humanización.

HOSPITAL UNIVERSITAT
AUSTRA



HOSPITAL UNIVERSITARIO
AUSTRAL



Cafallías Bea, M. ¿Qué beneficios tiene un horario flexible de visitas para los familiares en las unidades de cuidados intensivos? Publicado en www.dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/153428 | Heras La Calle, Gabriel; Martín, Mari Cruz; Nin, Nicolás. Buscando Humanizar los Cuidados Intensivos. Rev. bras. ter. intensiva 29(1) = Jan-Mar 2017. Publicado en <https://doi.org/10.5935/RB2016-007X> | Societat Catalana de Teràpia Intensiva. <https://doi.org/10.5935/RB2016-007X>

HOSPITAL UNIVERSITARIO
AUSTRAL

Como primer paso, en la larga carrera de humanizar y acompañar en el duelo perinatal, surge la idea de crear la:

La palabra memento proviene del latín.

Basada en evidencia científica se utiliza este dispositivo lleno de otros objetos como nexo afectivo entre los familiares del neonato y su hijo recién fallecido

...la falta de vivencias compartidas con el neonato es uno de las principales disruptores a la hora de transitar el duelo de manera efectiva, los padres no poseen recuerdos de su hijo ya nacido, más que los momentos compartidos en el hospital.

Es importante CREAR momentos y situaciones que formen parte de un RECUERDO, darle un sentido palpable y figurado a la vida de su hijo.

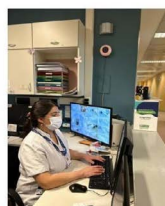


HOSPITAL UNIVERSITARIO
AUSTRAL



...“Hay estudios que avalan la implementación de **medidas no farmacológicas para favorecer el bienestar físico y mental de los pacientes**. Una de las medidas más simples es la de tener un **horario flexible y ampliado de visitas** y permitir la **permanencia de un familiar que lo acompañe**. Otra de las medidas no farmacológicas es la **interacción del paciente con su mascota favoreciendo la recuperación**, dado que activan las llamadas “**hormonas de la felicidad**” como la oxitocina y la endorfina que mejoran la interacción social, el estado anímico, mejora la actitud y la salud mental...”

Animal-assisted intervention in the KLI: a tool for humanization Megan M. Hovey^{1,2*}, Janice Jaskolski³,
Gordon T. Wimmer⁴, Linda L. Chabot⁵ and Dale M. Needham^{3,4,5}



El piso presentó cambios en la internación de pacientes pediátricos, los cuales tienen otra modalidad y necesidad de asistencia, tanto médica como de enfermería y sus demandas constantes. Mucho ruido ambiental. Timbres y llantos de niños. Estas modificaciones no le produjeron variantes en el nivel de ruido. El promedio de nivel de ruido en el servicio es de 65 dBA.

Continuó trabajando y reforzando con enfermería la necesidad de bajar el nivel de ruido, favorecer el descanso de los pacientes.

Volvimos a reformar reuniones con el servicio de cocina por el ruido excesivo que genera caídas. Estamos en plan de mejora.

**Cuidar
con sentido
trascendente
a cada persona**



A MODO DE CONCLUSIÓN

A menudo pasamos por alto la importancia de considerar a la persona en su totalidad al planificar los servicios y la atención, tanto a nivel individual como institucional. Ciertamente, como profesionales técnicos no podemos modificar de manera directa un modelo de intervención institucional, pero sí podemos sugerir una serie de acciones para avanzar hacia un modelo de ACP.

Este cambio de paradigma y la experiencia que aquí hemos compartido son una invitación a repensar nuestra función en el triple vínculo paciente–familia–profesionales desde una perspectiva que aspira a la mejora de la calidad y la seguridad tomando como punto de partida y de destino a la persona.

“La atención centrada en la persona es más que hospitalidad. Es más que comodidades y un entorno acogedor. La atención centrada en la persona es un marco basado en la evidencia científica, para mejorar la participación del paciente y la familia, mejores resultados clínicos, mayor compromiso y retención del personal y atención de alto valor. La atención centrada en la persona crea lugares de trabajo que energizan e inspiran alegría. Coloca a los pacientes y cuidadores en el centro de la experiencia de atención y une a las comunidades en torno a la salud y el bienestar”.

REFERENCIAS:

- Alonso Ovies, A., Heras La Calle, G. (2019) Humanizar los cuidados reduce la mortalidad en el enfermo crítico. *Med Intensiva*. 44(2): 122-124. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.03.002>
- Gálvez-Herrer, M. (2021). Cuando la llama se apaga: lo que la ciencia nos cuenta del “agotamiento emocional”. *Curiosita Revista Online de la Fundación Personas y Empresas*. Disponible en: <https://www.fundacionpersonasyempresas.org/nuevocuriosita/cuando-la-llama-se-apaga-lo-que-la-ciencia-nos-cuenta-del-agotamiento-emocional/>
- Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019. Disponible en: <https://proyectohuci.com/es/buenas-practicas/>
- Igeño-Cano, JC (2020) Benefits of walks in the outdoor gardens of the hospital in critically ill patients, relatives and professionals. *Med Intensiva (Engl Ed)*, 44(7):446-448. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31690465/>
- Planetree International Inc. (2003) *Person-Centered Care Certification® Program Manual*. Derby, CT: Planetree International, 2023.
- Rojas, V. (2019) Humanización de los Cuidados Intensivos. *Rev. Med. Clin. Condes*; 30(2):120-125. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300240?via%3Dihub>



CURSO DE POSGRADO GESTIÓN DE JEFATURAS EN ÁREAS DE ENFERMERÍA

Dirigido a licenciados en enfermería,

DIRECTORA

Dra. en enfermería *Isabel Vera*

MODALIDAD

Virtual

FECHA DE CURSADA

Jueves de junio a noviembre de 2024

HORARIOS

8:30 a 12:30 hs

CARGA HORARIA

440 hs.

ARANCEL

Matrícula: \$42.000

De junio a septiembre: \$57.000 (por mes)

De octubre a noviembre: \$68.400 (por mes)

MÁS INFORMACIÓN

Alejandra Fuente | alejandrafuente@adecra.org.ar

La seguridad del paciente desde un enfoque perinatal

LAURA INÉS BRUA*

Hospital Materno Infantil
Ramón Sardá - CABA

INTRODUCCIÓN

La implementación del enfoque perinatal viene siendo un desafío en las instituciones de salud tanto públicas como privadas. Hasta hace algunos años, no se concebía asistir de manera integral a la madre y al recién nacido; mucho menos favorecer el vínculo de ese binomio con su entorno familiar, entendiéndolos como los verdaderos protagonistas de ese momento único.

En 2021, el lema mundial por el día de la Seguridad del Paciente, destacaba esto mismo como eje prioritario: “Actuemos ahora por un parto seguro y respetuoso”. Para ello se requiere una planificación especial, definir estrategias integrales de cuidado, a fin de evitar daños tanto a las madres como a los recién nacidos.

En tal sentido, el lema del año 2023 instaba a dar voz a los pacientes, un llamado a los equipos de salud del mundo para que involucren de manera concreta a los pacientes, no solo en su autocuidado sino para que sean parte de decisiones políticas, con participación en el diseño de sistemas de seguridad y calidad de la atención. Un punto sensible se refiere a la toma de decisiones en relación a su cuidado: las recomendaciones del cuidado posterior, luego de haberle sido brindada la información adecuada sobre tratamientos, opciones a seguir y pautas de alerta, respetando las decisiones.

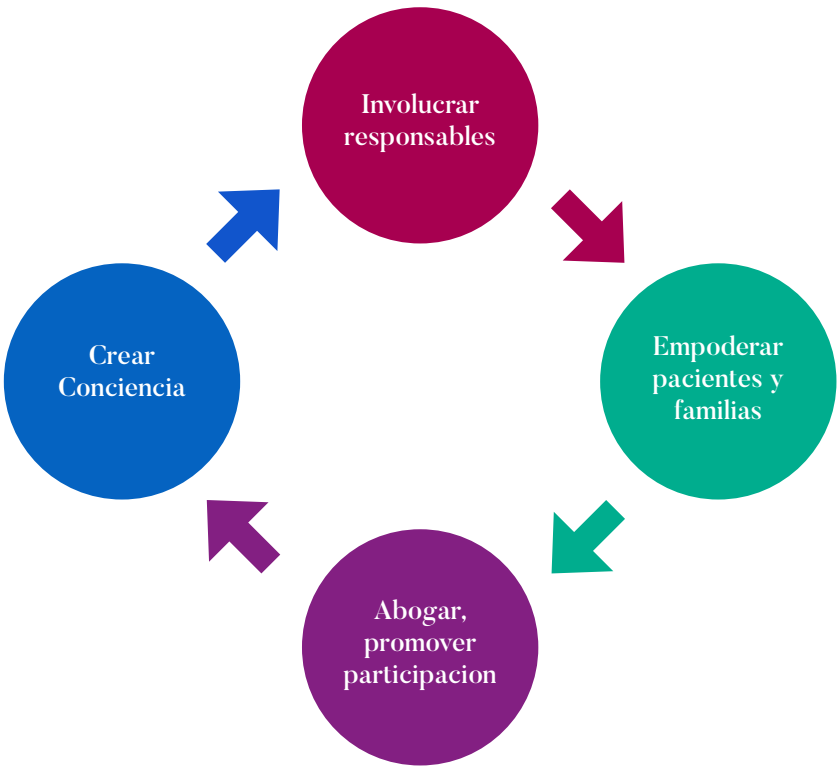
OBJETIVOS DE SP 2023: DESAFÍOS Y COMPROMISOS

Cada uno de estos objetivos nos ayuda a comprender hacia dónde tenemos que dirigirnos: a crear una conciencia de que los pacientes son, muchas veces, quienes mejor reconocen los síntomas y conocen el contexto que los rodea; pueden, por lo tanto, alertar a los sistemas de salud y a los integrantes de los equipos sobre la posibilidad de que se produzcan eventos adversos o daños evitables.

*Licenciada en Enfermería. Se desempeña como enfermera en el ámbito público y privado, cumpliendo funciones en actividades asistenciales y docentes, con un enfoque integral de los cuidados de Enfermería, con especial énfasis en seguridad del paciente y calidad en la atención. Es integrante del equipo de Capacitación e Investigación de Enfermería del HMIRS, CABA. Este trabajo fue presentado en el marco de las XXVII Jornadas de Enfermería organizada por la comisión de Enfermeros de Gestión de Adecra+Cedim y se llevó a cabo el 15 de noviembre del 2023.

Los responsables políticos y los líderes que forman parte de los sistemas de salud deben generar las condiciones que permitan incluir e involucrar a las asociaciones de pacientes para que contribuyan al logro de sistemas más seguros y confiables en la atención que brindan. Empoderar a los pacientes, a las familias y cuidadores para un acompañamiento activo en el cuidado requiere, de parte de los integrantes del equipo de salud, estar dispuestos a la escucha activa.

Para poder acompañar estos objetivos es preciso desarrollar marcos de colaboración que promuevan la responsabilidad desde el lugar y el rol que cada uno cumple en la atención de salud, desde una perspectiva nueva que incorpore y haga visible la participación de quienes son destinatarios de la atención sanitaria, transformándolos en aliados de su cuidado.



En noviembre de 2023, en consonancia con la iniciativa de SP a nivel mundial, en la Argentina se celebró la Semana de la Prematurez. El mensaje para trabajar durante el bienio 2023-2024 tiene como premisa facilitar el acceso de la familia a la sala de Neonatología

- > sin restricciones
- > sin horario

PARA ELLO SE PROPONEN ACTIVIDADES INTEGRALES:

Contacto piel a piel inmediato: tanto en sala de partos como en el quirófano, siempre y cuando las condiciones clínicas del bebé y la madre lo permitan (no presenten riesgo de vida), comprendiendo que así, además de favorecer el vínculo, ayudamos a la recuperación de la madre y el recién nacido.

Lactancia materna: incluida dentro de la “hora de oro”, esa puesta al pecho debe estar acompañada de toda la información necesaria para una adecuada alimentación y contar con el consentimiento de la madre.

Visitas de la familia en situaciones de internación: durante la internación de los recién nacidos, favorecer la visita de familiares.

Información y entrenamiento sobre cuidados generales: vacunación, controles que requiera el recién nacido al alta del lugar donde se produzca el nacimiento.

CIERRE

En nuestro país, el concepto de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, así como la implementación de este modelo, se sustenta en el marco jurídico de la Ley Nacional 25.929 de parto humanizado.

A la vez que sienta bases concretas, sustentadas en la evidencia científica y acompañadas de un Estado que promueve su cumplimiento de manera igualitaria para todas las gestantes, esta iniciativa nos devuelve a nuestra esencia, el cuidado enfermero, mediante acciones e intervenciones que tienen un alto impacto en la salud de las personas.

Favorecer el contacto piel a piel, además de contribuir al apego del binomio y al neurodesarrollo del recién nacido, empodera a la familia, al darle espacio para participar en los cuidados.

Además del compromiso del equipo de salud, para garantizar los derechos de la madre y del recién nacido se requieren decisiones políticas, directivas, de parte de referentes y líderes en cada uno de los lugares y roles.

REFERENCIAS:

- Ministerio de Salud de la Nación (2012) “Maternidad segura y centrada en la familia con enfoque intercultural”. <https://www.unicef.org/argentina/media/346/file/MSCF.pdf>
- Ley Nacional 25929, Parto humanizado. Texto completo disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf
- OMS (2021) Anuncio del Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2021. Texto completo disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-patient-safety-day/world-patient-safety-day-2021-announcement-es.pdf?sfvrsn=a5e55c4a_32
- <https://www.argentina.gob.ar/noticias/semana-de-la-prematurez-1>

Si en tu institución realizan

EVENTOS ABIERTOS A ENFERMERAS Y ENFERMEROS

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

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



Creencias limitantes

| WALTER PICEDA*

I.

Las creencias son núcleos o estructuras de pensamientos consolidadas, arraigadas e ideacionales a partir de las cuales se generan concepciones que le dan sentido a la conducta en nuestro quehacer cotidiano. Tienen la particularidad de que pueden organizar e influir en nuestra percepción. Es decir, encuadran el cómo, qué, cuándo y dónde percibimos, y/o dejamos de apreciar. Llamamos a esto percepción selectiva. Este aspecto no solo modifica el modo cómo nos observamos, sino también cómo lo hacemos respecto a los demás y en la interacción con ellos.

Desde este abordaje se explica por qué las creencias fundantes son el cimiento en el cual se edifica el estilo del comportamiento cuando asumimos nuestro liderazgo. Y también, por qué el hecho de no lograr reconocer nuestras creencias puede constituirse en un engaño que nos limita, no solo en el desarrollo en esta área, sino que su capacidad restrictiva se extiende y afecta la propia percepción y nuestra interacción con el entorno. Así como hay creencias potenciadoras del desarrollo de competencias (por caso, de habilidades y destrezas de progreso de gerenciamiento y liderazgo) hay otras creencias con un gran efecto limitador u obstaculizador para el impulso de determinadas capacidades.

En los últimos años, la investigación en psicología organizacional ha destacado la importancia de las creencias en la formación de la identidad de liderazgo. La teoría de la autopercepción sugiere que nuestras creencias pueden cambiar a medida que observamos nuestro propio comportamiento. Por lo tanto, si nos vemos a nosotros mismos actuando como líderes efectivos, es más probable que adoptemos pensamientos que apoyen esta identidad.

*Licenciado y Profesor universitario en Enfermería. Mgtr. en Gerenciamiento Integral de Servicios de Enfermería. Coach Ontológico Profesional.



Sin embargo, tal como señalan esas investigaciones, también es importante tener en cuenta que nuestras creencias pueden ser condicionantes. Este tipo de creencias limitantes son el factor que impide alcanzar el máximo potencial. Pueden ser particularmente perjudiciales en el contexto del liderazgo, impidiendo asumir roles de liderazgo o acotando nuestra efectividad en estos roles. Por ello es crucial ser conscientes de nuestras creencias y cuestionarlas regularmente para asegurarnos de que nos están sirviendo de la mejor manera posible.

II.

A modo de ejemplo, comparto la experiencia de una creencia personal en materia de conducción y liderazgo que identifico en mi historia como disfuncional y que eventualmente modifiqué para obtener mejores resultados. La formulación de autoconocimiento en este caso consiste en indagar sobre cuál es la creencia original, ésa que no me funcionó.

Durante mucho tiempo entendí que el liderazgo eficaz implicaba la identificación precoz de colaboradores no proactivos y su consecuente apartamiento, de inmediato, del grupo a liderar. Esta acción, de acuerdo a una creencia, preservaba al grupo de influencias negativas y lo nutría de elementos beneficiosos para el funcionamiento esperado del equipo. Sin embargo, noté que demostrar un esfuerzo de restitución y rescate de algún colaborador que no está operando de la manera esperada, apalancado en sus fortalezas, tiene un efecto más inspirador y de mayor valía en el grupo. Disminuye, quizás, la sensación de amenaza que deriva de una expulsión: en cierta medida, cada uno piensa “¿El próximo soy yo?” En relación a ello, añado una vivencia. Me gusta instalar como lema en los equipos de trabajo que una de las características a sostener es la presencia activa de los cuadros de conducción en los servicios,

de manera tal de acompañar las actividades diarias, orientando, detectando necesidades y resolviendo en conjunto con el personal asistencial.

Sin embargo, tuve dificultades para conseguir el acatamiento de esta norma expresa en Diana, una supervisora muy capaz desde lo metódico y destacada por su nivel de observación.

A Diana, el tiempo en la oficina le sentaba mucho mejor en el ánimo que aquel que debía desplegar recorriendo los servicios. Dialogué con ella y no pude detectar ninguna cuestión asociada con rebelarse al pedido, aunque sí pude dilucidar que una dolencia física permanente disminuía su capacidad de desplazamiento, pues tenía dolores crónicos en sus miembros inferiores. Pude identificar también que muchos de los momentos que pasaba en la oficina los ocupaba haciendo auditoría de los registros de Enfermería; eso le permitía hallar desvíos, escritos faltantes, otros equivocados, y tomar acción de corrección con esos enfermeros.

Esa aguda capacidad de observación la colocaba en posición de hacerlo muy bien y ser muy efectiva en esto. Acordamos que dedicaría parte de su jornada laboral, todos los días, a hacer esta tarea –tan importante a la hora de evitar implicancias médico-legales y débitos de los financiadores–, ocupando un espacio en la oficina en un horario con baja posibilidad de situaciones que la desconcentraran, obligándola a apartar su atención de ello.

Otra enunciación de introspección reflexiva se vincula con explorar el beneficio que obtuve con el cambio de creencia. Esto materializa, además del rescate del colaborador y el agregado de actividades proactivas, en instalar un estilo de liderazgo más compasivo, donde la dificultad que pueda aparecer no sea objeto de una medida drástica o dañosa. No se trata de una táctica de liderazgo *laissez faire*, sino de la búsqueda e inserción de fortalezas no tan visibles, de modo que cada miembro del equipo va a disipar las fantasías de amenaza ante el error. En la práctica me propuse hacer foco, además, en un apego y en una evitación en mi hacer como líder.

Del lado del apego puedo describir claramente la necesidad de control como uno de los grandes rasgos en mi estilo de gestión. Tengo la tendencia a estar al tanto de todos los pormenores de lo que sucede en el escenario de trabajo, y aún hoy, que he morigerado esa tendencia, mi grupo cercano de trabajo sostiene que “hay libertad para decidir, pero el Jefe tiene que saber”. Conservar este pedido de que todo se debe conocer suele ser un limitante a la hora de tomar decisiones de parte de los liderados. El secreto está en hallar la manera de cubrir la brecha entre la indelegable responsabilidad y los niveles de confianza suficientes como para no apelar al chequeo constante. En cuanto a las evitaciones, pude ubicar el impulso de involucramiento en servicios de competencia de otra jefatura para lograr un objetivo propio. Por ejemplo, si se inicia una campaña de vacunación antigripal en el espacio de trabajo y establezco como meta que debe estar finalizada en siete días pero surge una incidencia que obliga a aplazarla (por ejemplo, la ausencia de un administrativo que vuelque los datos de la vacunación a la plataforma ministerial) no es conveniente intentar forzar la pretensión original, con la motivación de mostrar un resultado. Muy probablemente esa actitud decante en un trabajo que quizás cumpla con el plazo, pero con deficiencias en la carga de datos, en la aplicación de las vacuna y/o en la entrega de carnets de vacunación adecuados.

III.

Las creencias limitantes, como se ve, pueden tener un impacto significativo en nuestras habilidades de liderazgo y gestión. Por ejemplo, si creemos que no somos lo suficientemente carismáticos o persuasivos, es probable que no podamos inspirar y motivar a nuestro equipo de manera efectiva. Además, si creemos que no tenemos las habilidades necesarias para tomar decisiones difíciles, es probable que evitemos hacerlo y dejemos que otros tomen las decisiones por nosotros. Estas creencias limitantes pueden limitar nuestro crecimiento profesional y nuestra capacidad para liderar con éxito.

Frente a ello, como propuesta, quisiera compartirles este mensaje: desafiar estas creencias puede ser transformador. Cuando cuestionamos nuestras creencias limitantes y las reemplazamos por pensamientos empoderadores, podemos crear un cambio positivo en nuestra mentalidad y en nuestras habilidades de liderazgo. Por ejemplo, si creemos que no somos lo suficientemente persuasivos, podemos empezar a trabajar en nuestras habilidades de comunicación y empatía para ser más efectivos a la hora de conectar con nuestro equipo. Del mismo modo, si creemos que no tenemos las habilidades necesarias para tomar decisiones difíciles, podemos buscar oportunidades de desarrollo profesional y el apoyo de mentores o coaches para fortalecer nuestras capacidades en la toma de decisiones.

Desde esta perspectiva, el concepto de liderazgo deja de ser visto como una virtud innata para vincularse de manera más cercana con la convicción: se constituye en una capacidad a desarrollar con conocimiento y entrenamiento. El desafío de las propias creencias constituye un significativo mojón en este camino.

BIBLIOGRAFÍA:

- Echeverría, R. (2021). Por la senda del pensar ontológico. JCSáez Editor.
- Goleman, D. (2022). La inteligencia emocional: Por qué es más importante que el cociente intelectual. EDICIONES B.
- Madanes, Y.; Madanes, R. (2021). Coaching 3.0. Ediciones Obelisco.
- Meadows, M. (2017). Confianza: cómo superar tus creencias limitantes y alcanzar tus metas. Meadows Publishing.
- Sáez, J. L. (2020). Coaching y espiritualidad. Editorial Autores de Argentina.

X CONGRESO NACIONAL DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA JORNADAS DE ESTUDIANTES EN ENFERMERÍA XV REUNIÓN DE REDES NACIONALES DE ENFERMERÍA

*Inversión e innovación en educación en enfermería:
construyendo el futuro del Cuidado de la Salud*

EJES TEMÁTICOS:

- Educación y el cuidado enfermero.
- Educación y las comunidades.
- Educación y la articulación con investigación.
- Educación y las TICs.
- Educación y los escenarios simulados.
- Educación Superior y los procesos de acreditación.

Modalidad



**23 y 24 de
OCTUBRE 2024**

ORGANIZAN:



AEUERA
Asociación de Escuelas Universitarias
de Enfermería de la República Argentina

**Universidad Nacional
ARTURO JAURETCHÉ**
Licenciatura en Enfermería

Av. Calchaquí 6200 - Florencio Varela - Bs As - Argentina

Una modalidad de cuidados *post mortem*

MARÍA JOSÉ HERRGUTH

Sup. Enfermería. Centro del Parque

WALTER LEGUIZAMÓN

Jefe de Depto. Centro del Parque

LIC. CLAUDIA MONZÓN

Psicología. Centro del Parque

La visión neomoderna de la muerte condicionó al cadáver a un estado de completa objetivación, arrojándolo al más radical de los utilitarismos.

JORGE GUZMÁN LOZANO

CONSIDERACIONES GENERALES:

Como parte de la normativa dentro de las instituciones de salud, la seguridad del paciente se refiere a todas aquellas prácticas, procedimientos, implementos y metodologías que buscan reducir a su mínima expresión los riesgos que puedan presentarse dentro de un centro médico y que afecten la integridad del paciente (persona) al momento de su atención. Debiéramos hacerlo extensivo a la familia y el entorno afectivo del paciente.

La jurisprudencia argentina (Código Civil y Comercial de la Nación) establece que “el fin de la existencia de la persona humana está determinado por su muerte”, entendiendo por ello que extinta la persona se extinguen también los derechos.

Sobre esta base, consideramos pertinente abordar el manejo del cadáver y la manipulación *post mortem* desde la perspectiva de la seguridad del paciente, entendiendo que si bien para la dimensión jurídica sólo parece existir una extinción de derechos frente a la ausencia de la persona, el acto de morir implica un fenómeno dual y bidireccional en el cual, a la vez que desaparecen algunos derechos, otros cobran relevancia como tales: los derechos referidos a la integridad, reunidos en el concepto de *memoria defuncti*, donde se integran la protección el derecho de honor, a la imagen y a la intimidad, en razón de la memoria de la persona fallecida.

Respecto al cuidado del cuerpo del fallecido, es preciso detenerse a explicar el valor del derecho de la imagen: toda distorsión de la imagen del fallecido ofende porque menoscaba su memoria, de igual manera que cualquier alusión agravante que lesiona en vida el honor de una persona. Luego de fallecido, esto adquiere un carácter proporcionalmente más injusto por su condición ontológica de indefensión.



Es imprescindible comprender que los cuidados *post mortem* de calidad (entendiendo el concepto de calidad como procedimientos eficaces, seguros, centrados en la persona, oportunos, equitativos, integrados, y eficientes) no sólo resignifican los derechos personalísimos del difunto, sino que contribuyen en mayor medida a que el proceso de duelo de los familiares y del entorno afectivo sea más llevadero. Por todo esto, es necesario establecer diversas estrategias para que las familias puedan atravesar y aceptar la pérdida de un ser querido en un ambiente de respeto, contención y cuidado.

OBJETIVOS:

- Establecer procedimientos médico asistenciales para el cuidado *post mortem*
- Proporcionar a los profesionales del equipo de salud que intervienen al momento del fallecimiento procedimientos de actuación estandarizados que permitan brindar un trato respetuoso, individual y personalizado.

DEFINICIONES:

Muerte/defunción/óbito/fallecimiento: es la detención total e irreversible de las funciones cardíacas, respiratorias y neurológicas.

Cadáver: todo cuerpo humano, durante los cinco primeros años siguientes a la muerte real. Esta se computará desde la fecha y hora que figure en la inscripción de defunción en el Registro Civil.

Procedimiento *post mortem*: se entiende como las “buenas prácticas de sanidad mortuoria”. Consiste en una serie de cuidados proporcionados por el personal de Enfermería, y/o auxiliar, a la persona después de su fallecimiento, en términos de bioseguridad y preservación de todas aquellas personas que tomen contacto con el cadáver, en las diferentes etapas hasta su destino final (cremación, inhumación, etcétera).

Identificación: acción y efecto de identificar o identificarse. Reconocer si una persona es la misma que se supone o se busca; proporcionar los datos personales necesarios para ser reconocido.

Refrigeración: mantenimiento de un cadáver a temperatura muy baja mediante su introducción en una cámara frigorífica con el fin de retrasar los procesos de putrefacción.

Morgue: local destinado a recibir y conservar los cadáveres de personas fallecidas en el período comprendido entre el fallecimiento y el egreso del cadáver, para su inhumación, cremación, o autopsia judicial.

A continuación se detalla una propuesta que cada institución puede adaptar, de acuerdo a su organización estructural de gestión en lo referido al mecanismo de comunicación y procedimientos particulares.

PROCEDIMIENTO:

a) Tratamiento y traslado del cadáver a la morgue

Secuencia de etapas, descripción de la actividad y responsables.

1. Constatar la muerte: el médico constata la muerte del paciente, la cual deberá asentarse en la historia clínica como “Diagnóstico de muerte”.

2. Informar del fallecimiento: el enfermero se comunicará con el supervisor de turno para dar aviso de que se produjo un deceso; informará: nombre y apellido, habitación del paciente, así como nombre y apellido del colaborador.

3. Preparar el cuerpo: el enfermero a cargo del paciente procederá a aislar al fallecido con una cortina o biombo –si comparte habitación– a fin de preservar su intimidad; en todo momento, utilizará elementos de protección personal para acondicionar e higienizar el cadáver.

Deben retirarse todos aquellos elementos invasivos y no invasivos utilizados para el tratamiento del fallecido, así como también las prótesis u ortesis que lo requieran.

El enfermero a cargo del paciente procederá a acondicionar el cadáver:

- Lo ubicará en posición anatómica, con las cuatro extremidades extendidas, garantizando durante todo el proceso un trato respetuoso, individual y personalizado teniendo en cuenta las pautas culturales de cada individuo.
- Realizará el cierre de la cavidad oral con vendajes; se ocluirán los párpados con gasa y también los orificios naturales (boca, nariz, oídos, genitales y ano) con gasa o algodón, para evitar pérdida de líquidos cadavéricos.
- Realizará lavado de manos luego de cada procedimiento sobre el cadáver.
- El supervisor de Enfermería corroborará la correcta preparación del cadáver y proveerá la bolsa de óbito.

El cadáver podrá permanecer en la habitación un máximo de 2 (dos) horas a la espera de ser despedido por todos los familiares que deseen concurrir a hacerlo.

De no haber impedimentos luego de la despedida, será colocado en la bolsa de óbito para ser trasladado a la morgue.

Una vez trasladado, se dará aviso al personal de limpieza para que realice la desinfección terminal de la unidad del paciente.

4. Identificar al cadáver: la identificación debe ser legible y abarcar datos estáticos que comprometen a la seguridad del paciente y que se corresponden según la OMS por lo menos con 3 datos filiatorios, pudiendo ser: apellido y nombre, DNI y fecha de nacimiento.

Previo a ser trasladado a la morgue, el enfermero a cargo deberá constatar que cuenta con pulsera identificatoria; colocará en la parte exterior de la bolsa un rótulo con los mismos datos.

5. Transportar el cadáver a la morgue: el supervisor de enfermería solicitará al sector de camilleros el traslado del cuerpo a la morgue.

El personal que realiza el traslado utilizará medidas de aislamiento universal ante fluidos corporales (bata, guantes de examinación y antiparras) y guardará las medidas de privacidad, cubriendo al cadáver con una sábana, de igual manera que se preservarán los derechos a la dignidad, el honor y la imagen evitando hablar en voz alta, refiriéndose al cadáver con nombre y apellido y disponiendo al cuerpo de manera prolija y delicada.

6. Registrar el ingreso del cadáver a la morgue: el supervisor de Enfermería deberá completar el ingreso del cadáver en el libro de novedades de la morgue y constatará las condiciones de refrigeración del cuerpo.

b) Retiro y alta del cadáver a la morgue

Secuencia de etapas, descripción de la actividad y responsables.

1. Solicitar retiro del cadáver de la morgue: el servicio de admisión o el servicio de vigilancia informará a supervisión de Enfermería que han solicitado el retiro del cadáver. Deberá constatar previamente la correcta confección del certificado de defunción, con su correspondiente envío de datos virtual a la repartición de gobierno que corresponda.

El supervisor de Enfermería constatará el estado del cuerpo y se procederá a la identificación del cadáver por parte de un familiar responsable de llevar adelante los trámites, tanto en la institución de salud donde sucedió el fallecimiento, como ante la empresa fúnebre que trasladará al difunto.

2. Transportar hasta la salida: el supervisor de Enfermería solicitará al sector de camilleros el traslado del cuerpo hasta la salida del centro.

Una vez trasladado, se dará aviso al personal de limpieza para que realice la desinfección terminal de la morgue.

3. Registrar el egreso: el personal de vigilancia constatará los datos correspondientes a la identificación del paciente y completará el libro de novedades de la morgue con la salida del óbito y sus responsables.

ASPECTOS ÉTICOS EN EL MANEJO DEL CADÁVER: HUMANIZAR EL CUIDADO

Los cuidados *post mortem* no solo son un conjunto de prácticas médicas y logísticas, sino también una oportunidad para reflexionar sobre la naturaleza de la vida, la muerte y el cuidado espiritual del individuo que ha fallecido. Deben recordarnos la importancia y el valor intrínseco de cada vida humana y que incluso después de su fallecimiento merece ser tratado con respeto, dignidad y amor. En este proceso, no solo atendemos los cuidados del cuerpo sin vida, sino que también honramos su esencia espiritual y el legado que dejó en este mundo.

La ablución de los cadáveres es un ritual que encuentra sus orígenes en la Edad Antigua y que tiene un significado de purificación para algunas culturas, aunque en la actualidad su fundamentación se encuentre más ligada a un acto sanitario.

En todo momento el profesional de Enfermería deberá referirse al cadáver por el nombre y apellido preservando su dignidad, así como practicar el respeto incondicional a toda persona, por el sólo hecho de su condición humana.

Debemos tener en cuenta que los rituales de despedida tienen una gran importancia en el proceso de elaboración y aceptación de la pérdida. La despedida no es un acto que implique olvido, ni que deba ser impuesto; se trata de un acto de profunda aceptación de lo que ha ocurrido y tiene capital importancia en el proceso de un duelo sano.

Cuando cuidamos el cuerpo del difunto estamos reconociendo su paso por este mundo y el impacto que tuvo en las vidas de quienes lo rodeaban. Es un momento para reflexionar sobre la conexión que compartimos con esa persona.

Los cuidados *post mortem* nos invitan a contemplar la transitoriedad de la vida y la inevitabilidad de la muerte. Nos recuerdan que, aunque el cuerpo físico puede dejar de existir, el honor, el alma y la esencia espiritual del individuo pueden continuar su viaje en otra forma, en otra dimensión o simplemente en el recuerdo de sus seres amados.

Por último, son un recordatorio de nuestra propia mortalidad: nos interpelan sobre cómo estamos viviendo y qué legado queremos dejar atrás cuando llegue nuestro momento final.

En este sentido, los cuidados *post mortem* son más que un deber médico o social: son un acto sagrado de amor, respeto y conexión humana que trasciende las barreras del tiempo y el espacio.

BIBLIOGRAFÍA:

- Figueroa, F. (2016) El cadáver humano en el arte y la bioética: la Pietà Rondanini de Miguel Ángel. Rev. méd. Chile, vol 144, nº2. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000200013
- Guzmán Lozano, J. A. (2018) Aspectos bioéticos y jurídicos del manejo del cadáver. Resumen de tesis. INSTITUTO DE BIOÉTICA, UCA. Rev. Vida y Ética, 19(2): 77-141. Disponible en: <https://revistas.uca.edu.ar/index.php/VyE/article/viewFile/1913/1779>
- Ley Nacional 26529 sobre Derechos del paciente. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432>
- López, M.A. (2017) El cadáver humano como posible 'sujeto de la ética'. Una aproximación desde el "otro" de Lévinas. Revista Estudios en Ciencias Humanas. Estudios y monografías de los posgrados. Facultad de Humanidades, Universidad Nacional del Nordeste. Disponible en: <https://hum.unne.edu.ar/revistas/postgrado/revista8/articulos/lopez-bonilla.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (2011) Manejo seguro de cadáveres. Guía para el equipo de salud. Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000097cnt-manejo_cadaveres.pdf
- Palacio Valencia, M.C. y Bernal Orozco, F. (2019) El duelo por muerte: la intersección entre prácticas culturales, rituales sociales y expresiones emocionales. Revista Tempus Psicológico, vol 2, nº1. Disponible en: <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/tempuspsi/article/view/2595>
- Torres, D. (2006) Los rituales funerarios como estrategias simbólicas que regulan las relaciones entre las personas y las culturas. SAPIENS, vol 7, nº2. <https://www.redalyc.org/pdf/410/41070208.pdf>

Protocolos para el cuidado de la piel y su implementación en los servicios de salud en los diferentes grupos etarios.

| GRISELDA
LEGUIZAMÓN*

ESTELA PRADO**

RESUMEN

Este artículo presenta un panorama sobre la importancia del uso de protocolos de prevención y tratamiento en el cuidado de la piel en pacientes internados, impone un desafío en el sistema de salud con enfoque interdisciplinario, aplicado a los diferentes grupos etarios, con la perspectiva de la atención centrada en la persona y la familia.

ABSTRACT

This article presents an overview of the importance of the use of prevention and treatment protocols in skin care in hospitalized patients, imposes a challenge to the health system with an interdisciplinary approach, applied to different age groups, with the perspective of person and family centered care.

PALABRAS CLAVE

lesión por presión, escala Braden, escala e-NSRAS, cuidado de la piel

KEYWORDS

pressure injury, Braden scale, e-NSRAS scale, skin care

*Profesora y Licenciada en Enfermería. Diplomada en Heridas.

**Licenciada en Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones de piel se definen según su etiología y por los daños que generan.

Las lesiones por presión (LPP) son lesiones localizadas en la piel y/o en el tejido subyacente. Si bien pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo sometido a presión, fricción o deslizamiento, habitualmente se producen en zonas donde existe una prominencia ósea. Allí donde los huesos son más salientes, dado que el músculo y la grasa que los cubren son más delgados a dicho nivel, son las zonas afectadas con mayor frecuencia: la porción baja de la espalda, los talones y los codos.

Las lesiones se producen cuando los pacientes, por diversas circunstancias, permanecen en una posición por períodos prolongados sin movilizarse, ya sea acostados o sentados en una silla de ruedas. Es importante destacar que estas lesiones pueden presentarse también asociadas a dispositivos médicos (tubos de drenaje, máscaras de respiradores, sondas, etcétera) que ejerzan una presión constante.

Aunque las definiciones se han perfeccionado a través de los años, las de mayor estudio son las úlceras por presión (UPP) y la dermatitis asociada a la incontinencia (DAI).

El presente artículo describe algunas estrategias efectivas de Enfermería para la prevención de LPP de piel en pacientes de diferentes grupos de edad (adultos - niños - RN, neonatos) con riesgo de padecerlas, con el propósito de contribuir a unificar pautas y procedimientos relativos al tratamiento y prevención de las lesiones de la piel agudas y crónicas.

IMPORTANCIA DE LOS PROTOCOLOS

La OMS señala que la presencia de lesiones de la piel es un indicador de la calidad asistencial de la salud y de la calidad de vida de las personas y su entorno. Los diferentes grupos etarios (adulto, pediátrico, neonatal) imponen un desafío con particularidades propias a los sistemas de salud, siendo hoy una prestación de cuidados de Enfermería que requiere protocolos para su aplicación de forma sistemática.

En Argentina, la Ley 26.529 “Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud” se especifica que las LPP representan un problema de salud pública y que son prevenibles si se brinda asistencia adecuada acorde a las necesidades de cuidados que exige cada paciente según sus condiciones de salud.

El desarrollo de estrategias y herramientas para abordar la prevención de las LPP en los pacientes desde su ingreso para internación, en particular para los pacientes de alto riesgo, a fin de facilitar el seguimiento de los cuidados preventivos y el tratamiento, marca una diferencia significativa en la calidad y eficiencia del equipo multidisciplinario. Cada vez más se impone la necesidad de contar con protocolos, basados en el uso de diferentes escalas validadas, ya que esto permite unificar criterios, enfocados en la prevención y el tratamiento en los distintos niveles asistenciales.

En tal sentido, la aplicación de las escalas Braden, Braden Q y NSRAS en el trabajo diario de Enfermería contribuye a mejorar la calidad de atención en las diferentes áreas de internación.

ESTANDARIZAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA UPP EN DIFERENTES GRUPOS ETÁREOS

Trabajar con protocolos permite unificar los criterios en los distintos niveles asistenciales. Además, asegura la continuidad del tratamiento respaldado con evidencia científica. Su uso ayuda a adquirir conocimientos de manera permanente, desde la prevención y tratamiento; para mantener su efectividad, deben ser actualizados según las novedades que surgen en el campo de estudio sobre las heridas.

Las lesiones cutáneas de carácter crónico, no deben ser consideradas a la ligera: es de suma importancia realizar un abordaje especializado. En la actualidad, se dispone de numerosas fuentes de información, las cuales resaltan la necesidad de contar con personal de Enfermería especializado en heridas, capaces de abordar la correcta promoción, prevención y tratamiento de las mismas de forma interdisciplinaria e integral.

Es por ello que, al momento de configurar un protocolo estandarizado, cada institución debe plantearse que el mismo debe estar enfocado en disminuir la variabilidad de cuidados para la prevención y tratamiento de lesiones.

Dado que su objetivo es optimizar las acciones de Enfermería, además de facilitar la comunicación dentro del equipo de salud, los protocolos deben ser realizados y consensuados por el comité de heridas, junto con el enfermero capacitado en el área, de acuerdo a las normativas de cada institución.

Conformar un comité de heridas interdisciplinario es clave para garantizar el cuidado integral de los pacientes con heridas crónicas y unificar los cuidados entre las distintas áreas de atención de la institución de salud.

TIPOS DE ESCALAS

Escala de BRADEN (adultos)

Mediante la utilización de la escala BRADEN se evalúa el riesgo de que un paciente desarrolle una úlcera por presión, de acuerdo a seis criterios:

Percepción sensorial: se mide la capacidad de un paciente para detectar y responder al malestar o dolor relacionado con la presión en partes de su cuerpo.

Humedad: la humedad excesiva y continua de la piel puede representar el riesgo de comprometer la integridad de la piel al producir que el tejido de la piel se macere y, por lo tanto, llegue a sufrir erosión epidérmica.

Actividad: se analiza el nivel de actividad física de un paciente, ya que muy poca o ninguna actividad puede fomentar la atrofia de los músculos y la degradación de los tejidos.

Movilidad: se analiza la capacidad de un paciente para ajustar la posición de su cuerpo de forma independiente.

Nutrición: la evaluación del estado nutricional de un paciente analiza sus patrones normales de nutrición diaria.

Fricción y cizallamiento: la fricción y el corte analizan la cantidad de asistencia que un paciente necesita para moverse y el grado de deslizamiento que experimenta en camas o sillas. Como estrategia a esta escala Braden ya validada, se adjuntó la prevención y el tratamiento para el seguimiento de los cuidados del paciente internado.

La evaluación del nivel de riesgo se determina según los valores:

Evaluación del riesgo de LPP

Nivel de riesgo	Puntuación total
muy alto	9 o menos
alto	10 a 12
moderado	13 a 14
leve	15 a 18
sin riesgo	19 a 23

Escala BRADEN-Q (pacientes pediátricos)	Escala NSRAS (pacientes de neonatología)
Esta variante de la escala Braden se utiliza para la valoración del riesgo de desarrollar UPP en niños hospitalizados de entre 2 y 14 años. Incluye siete criterios: -movilidad -actividad -percepción sensorial -humedad -fricción y cizallamiento -nutrición -perfusión y oxigenación tisular	Utilizada en Neonatología, esta escala incluye seis criterios: -estado físico general -estado mental -movilidad -actividad -nutrición -humedad Toma en cuenta, además, otros cuidados como medidas de prevención: -utilización del método canguro -minimizar uso de dispositivos invasivos en cuanto sea posible -utilización de apósitos de poliuretano -cambiar los puntos de presión de los dispositivos cada 2-4 horas -los cambios posturales cada 2-3 horas

EXPERIENCIA DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DE LOS PROTOCOLOS

La experiencia en el Sanatorio Mater Dei comenzó como un gran desafío para mejorar la calidad de vida de los pacientes en relación a las lesiones de la piel por presión. En el año 2018 la institución se sumó a la alianza colaborativa de ADECRA y del IECS, cuyo objetivo para 2019 era reducir en un 25% las úlceras por presión con respecto a la medición basal.

La medición se realizó en terapia de adultos durante el período enero-mayo de 2019. A partir de los datos relevados se elaboró el protocolo de lesiones de la piel basado en los cuidados de Enfermería, con una mirada desde la prevención y el tratamiento oportuno.

El siguiente paso fue la conformación de un Comité de heridas interdisciplinario, (Enfermería, médicos, kinesiólogos, nutricionistas, farmacéuticos).

A partir de 2020, con la aparición de la Pandemia COVID-19, surgió la necesidad de optimizar los protocolos en base a los productos que se encontraban en el mercado y la formación in situ sobre la prevención y cuidados de lesiones de la piel. Conjuntamente se inició la vigilancia directa de los pacientes de terapia de adultos e internación general a través de indicadores que permitían valorar qué pacientes adquirirían LPP dentro de la institución y quienes ingresaban con lesiones al momento de internarse, además de otros indicadores (edad, sexo, motivo de internación, fecha que adquirieron la lesión, tipo de lesión, etcétera). En base a estos datos comenzaron a realizarse informes mensuales con los porcentajes de lesiones adquiridas cada mes, los cuales permitieron determinar la calidad de atención que se presta a los pacientes.

En el año 2023 fueron incorporadas a la vigilancia las áreas de pediatría y terapia pediátrica; en 2024, neonatología.

Para poder incorporar el área materno-infantil se confeccionaron protocolos tanto para pediatría como para neonatología, adaptando cada protocolo a la necesidad específica de prevención y tratamiento de lesiones propias de cada grupo de pacientes.

CONCLUSIÓN

Las diferentes escalas de valoración permiten identificar a las personas con factores específicos que las ponen en situación de riesgo y requieren medidas de prevención.

La bibliografía sobre el tema coincide en señalar que mediante las escalas de valoración del riesgo de presentar UPP (EVRUPP) es posible identificar signos de alarma y factores significativos para el desarrollo de lesiones y establecer medidas oportunas para retrasar su aparición.

El cuidado de Enfermería debe tomar en consideración las particularidades de cada grupo etáreo y en base a ello establecer un plan adecuado de prevención y los cuidados integrales, independientemente de la escala validada.

El tratamiento oportuno debe darse en cada situación, desde el ingreso del paciente, durante su reevaluación en el servicio de medicina interna, hasta el alta. Sólo de este modo es posible garantizar el logro de la calidad y eficiencia del cuidado.

BIBLIOGRAFÍA:

- González-Consuegra, R. V., Hernández-Sandoval, Y. T., & Matiz-Vera, G. D. (2017). Estrategias de enfermería para prevenir lesiones de piel en personas con riesgo de padecerlas. *Revista Cubana de enfermería*, 33(3).
- León Román, C.A., y Cairo Soler, C. (2020). Metodología para la protocolización de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(1).
- Matiz-Vera, G. D., & González-Consuegra, R. V. (2022). Conocimientos del equipo de enfermería en prevención de lesiones por presión en un hospital de Bogotá. *Gerokomos*, 33(4): 256-262.
- Rodríguez, J.E.C. y Gamboa, S.G. (2020). Prevención de lesiones por presión: conocimientos y actitudes del personal de enfermería. *Journal of wound care*, 29 (LatAm sup 2): 6-15.

ANEXOS

- 1 | Formulario de vigilancia y seguimiento de pacientes con lesiones de la piel (adultos)
- 2 | Formulario de clasificación y tratamiento de lesiones de la piel por presión (UCIP y Pediatría)
- 3 | Formulario de clasificación y tratamiento de lesiones de la piel por presión (Neonatología)

ANEXO 1 | Formulario de vigilancia y seguimiento de pacientes con lesiones de la piel (adultos)

Protocolo de cuidados de las Lesiones de la piel por presión (LPP) y Dermatitis Asociada a Incontinencia en Adultos				
Complejidad	Descripción		Tratamiento	
Dermatitis Asociada a Incontinencia (DAI)		Enflamación más enrojecimiento de la piel, sola o con presencia de maceración o erosión. Bordes irregulares y difusos	- DAI: pasta de óxido de zinc (Hipoglos® crema o Pasta Lassar) - DAI SEVERA: Crema o polvo con Óxido de zinc (Pasta Lassar®, Hipoglos® crema /polvo). Curar cada 12 h o con cada cambio de pañal. - Para retirar de la piel se puede usar vaselina sólida/líquida u óleo calcáreo	
		- Enrojecimiento No blanqueable a la presión de la epidermis. - Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión superficial.	- Vaselina sólida. - Ácidos grasos Hiperoxigenados (tipo Lupan®) - Alivio de presión de la zona afectada con apósitos hidrocoloides (Duoderm®) foam (Biatain® no adhesivo) + Tegaderm®. - Rotar zonas de apoyo c/2 h - Elevar talones, en internación prolongada colocar talonera	
		- Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta la epidermis, dermis o ambas. - Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.	- Colocar Propóleos ungüento + Apósitos tipo foam/esponja (Biatain® No adhesivo) cubrir con apósito transparente - Curar cada 48 a 72 h (si no se contamina con heces u orina en zona sacra). - Rotación cada dos horas. - Si la lesión es en el talón elevarlo para evitar el apoyo	
		- Pérdida completa del tejido. - Huesos, tendones y músculos no están expuestos. - Puede haber esfáclos y/o fibrina - Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. - Puede estar contaminada. - Nerosis	Zona vital con Abundante exudado - Limpiar con SF y secar la zona tratante con gasa o apósito. - Si existe abundante exudado colocar Alginato de calcio, cubrir con gasa limpia y ocluir con apósito transparente. Abundante esfacelo y/o fibrina: Proteger bordes con pasta lassar - Colocar producto desbridante autolítico (Hidrogel y/o enzimático (Iruxol®)). Si usamos Iruxol® cubrir con gasa vaselinada. - Sellar con apósito adhesivo transparente. Rotación cada 2h Zona necrótica - Hidrogel y/o Iruxol sobre zona necrótica, cubrir con gasa vaselinada y sellar con apósito. Rotación cada 2h o elevar el talón. - Curar cada 24 h	
		- Pérdida total del espesor del tejido. - Hueso, tendón o músculo expuesto. - Hueso, tendón o músculo expuesto. - Puede haber necrosis y/o esfáclo en lesiones mixtas. - Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones y/o zona necrótica - Puede estar infectada.	Alginato - Absorbe abundante exudado. - Actúa sobre la cascada de coagulación. - Promueve el desarrollo de un ambiente húmedo. - Reduce el riesgo de maceración. - Se cambia cada 24 h o si se satura con el exudado Hidrogel (carboximetilcelulosa+alginato+agua) - Mantiene la humedad en el entorno de la lesión favoreciendo el desbridamiento, actúa rehidratando el tejido necrótico seco para estimular el desbridamiento de las lesiones secas, o absorbiendo el exudado de la lesión. Iruxol® (Colagenasa No se debe utilizar en piel sana) - Desbridamiento enzimático, el componente del IRUXOL® está compuesto por colagenasa y clorafenicol posee un efecto bacteriostático en bacterias gram(+) y gram(-). se puede usar junto con el hidrogel para favorecer el desbridamiento. - Se cura cada 24 h Gasas vaselinadas: favorecen la acción del Iruxol ya que necesita de humedad para actuar, no es necesario si lo combinamos con hidrogel.	

Sanatorio Mater Dei -Docencia en Enfermería 2024

Medidas para prevenir lesiones de la piel por presión en adultos con Escala Braden-Bergstrom				
Actividad	ALTO 16 a 20 puntos	MEDIO 11 a 15 puntos	BAJO 5 a 10 puntos	OBSERVACIONES
Examen de la piel	Cada 6h a 8 h	Cada 24 h	Cada 24 h	Vigilar prominencias óseas y puntos de apoyo.
Higiene de la piel	Cada 24 h	Cada 24 h	Cada 24 h	Según protocolo de baño.
Humectación	Diaria con emulsión hidratante o Ácidos grasos c/12 h	Cada 24 con emulsión hidratante o Ácidos grasos	Cada 24 h con emulsión hidratante o Ácidos grasos	Aplicar en toda la piel.
Protección	Aplicar vaselina sólida en puntos de apoyo	Aplicar vaselina sólida en puntos de apoyo.	Aplicar vaselina sólida en puntos de apoyo.	En prominencias óseas y aéreas de piel con trastornos de la vascularización.
Cambios posturales	Movilización o rotación cada 2h a 3 h /Colchón anti escara	Movilización o rotación cada 2 a 3 h /Colchón anti escara	Movilización o rotación cada 3 h	Evitar discomfort del paciente.
Protección local (codos y talones)	Colocar espumas (Biatain® o Duoderm®) y taloneras	Colocar espumas (Biatain® o Duoderm®) y taloneras	Colocar espuma (Biatain o Duoderm®) y taloneras.	Usar dispositivos para aliviar la presión.

Sanatorio Mater Dei -Docencia en Enfermería 2024

ANEXO 2 | Formulario de clasificación y tratamiento de lesiones de la piel por presión (UCIP y Pediatría)

Escala de valoración Braden Q en pacientes pediátricos de 1 mes a 14 años				
Intensidad y duración de la presión				
Movilidad	1. Completamente inmóvil	2. Muy limitada	3. Ligeramente limitada	4. Sin limitaciones
Actividad	1. Encamado	2. En silla	3. Camina ocasionalmente:	4. Todos los pacientes demasiados jóvenes para caminar o camina frecuentemente:
Percepción Sensorial	1. Completamente limitada	2. Muy limitada	3. Ligeramente limitada	4. Sin limitaciones
Tolerancia de la piel y la estructura de soporte				
Humedad	1. Piel constantemente húmeda	2. Piel húmeda	3. Piel ocasionalmente húmeda	4. Piel raramente húmeda
Fricción Cizallamiento	1. Problema significativo	2. Problema	3. Problema Potencial	4. Sin problema aparente
Nutrición	1. Muy pobre	2. Inadecuado	3. Adecuado	4. Excelente toma
Perfusión Tisular y Oxigenación	1. Muy comprometida	2. Comprometida	3. Adecuada	4. Excelente

REFERENCIA PUNTUACIÓN ESCALA BRADEN Q: <= 16 Puntos **Paciente CON RIESGO** ----- > 16 Puntos **Paciente SIN RIESGO**

Recomendación para prevención y tratamiento de lesiones de la piel por presión (LPP) según resultado de Escala Braden Q		
Recomendaciones	Para paciente CON RIESGO	Para paciente SIN RIESGO
Prevención	Colocar vaselina sólida estéril o ácidos grasos en punto de apoyo. Con utilización de dispositivos Invasivos : Barrera dérmica (hisopo/apray estéril (tipo Cavilon®) y/o Apósito Hidrocoloide tipo Duoderm® extradelgado, en zona de apoyo de sonda, peri-traqueo, peri-ostoma y sialorrea.	 Vaselina sólida estéril o ácidos grasos en puntos de apoyo.
Grado I	Cubrir la lesión con Apósito de espuma absorbente (Biatain® no adhesivo), higiene con solución fisiológica al 0.9% y gases estériles. y/o vaselina sólida estéril. Rotación del punto de apoyo cada 2 h.	
Grado II	Untar apósito de Alginato con Pasta Lassar® , colocar sobre la lesión, cubrir con gasa estéril o Apósito Tegaderm® si la piel lo permite. Se puede suplir la pasta Lassar® por Hipoglós® crema . Curar cada 72h, rotación cada 2 h.	
Grado III	Proteger bordes de la lesión con pasta Lassar® y colocar sobre la lesión hidrogel (Gersitol®) y/o colagenasa (Irujol®) , cubrir con gasa untada en vaselina y cinta adhesiva hipoalérgica curar cada 24h. Si utilizo hidrogel + colagenasa se puede curar cada 48 h. En caso de abundante exudado usar las primeras 72 h. Utilizar Alginato con curaciones cada 24 h (recortar el alginato en un tamaño levemente menor que el lecho de la herida cubrir con gasa o Biatain® no adhesivo cubrir con Apósito Tegaderm® . Rotación cada 2 h.	
Grado IV	Iguales recomendaciones aplicadas en el Grado III Zona necrótica: evaluar posibilidad con el comité de heridas, si utilizar desbridantes (colagenasa y/o hidrogel) o si se debe realizar desbridamiento quirúrgico.	Cambio de pañal inmediato luego de cada deposición. En la primera deposición diarrea del paciente proteger la piel con crema barrera o crema de óxido de zinc (Pasta Lassar®). Higienizar con oleo calcáreo NO USAR AGUA . Vaselina sólida estéril o ácidos grasos en punto de apoyo.
Dermatitis Asociada a Incontinencia (DAI)	OSTOMAS : Apósito de espuma absorbente (Biatain® no adhesivo), higiene con solución fisiológica con gases estériles. (TET, peri-ostoma y sialorrea). Colostomía / Pañal : • DAI Leve : pasta de óxido de zinc (Lassar®). • DAI Severa : Aplicar Polvo Protector + Spray protector de la piel de la línea Brava® (Coloplast®) o similar. Preparación : Cada cambio de bolsa limpiar la piel con Solución fisiológica 0.9%, secar con golpeteos suaves y aplicar polvo sobre la lesión, retirar exceso suavemente con una gasa y aplicar el spray. Repetir dos veces el proceso en la zona.	

Sanatorio Mater Dei -Docencia en Enfermería 2024

ANEXO 3 | Formulario de clasificación y tratamiento de lesiones de la piel por presión (Neonatología)

Escala e-NSRAS de Valoración de aparición de LPP en Neonatología				
Condición Física General	1. Edad Gestacional ≤ 28 semanas	2. Edad Gestacional >28 semanas hasta ≤33 semanas	3. Edad Gestacional >33 semanas hasta ≤ 38 semanas	4. Edad Gestacional: > 38 semanas
Estado mental	1. Completamente limitado: No responde a estímulos dolorosos	2. Muy limitado: Responde únicamente a estímulos dolorosos	3. Ligeramente limitado: Letárgico	4. Sin limitaciones: Alerta y activo
Movilidad	1. Completamente inmóvil: No realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda.	2. Muy limitado: Ocasionalmente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades.	3. Ligeramente limitada: Frecuentemente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo.	4. Sin limitaciones: Realiza cambios en la posición del cuerpo importante. (ej. girar la cabeza)
Actividad	1. Encamado/a: En una incubadora de doble pared en cuidados intensivos.	2. Encamado/a: En incubadora de doble pared en cuidados intensivos.	3. Ligeramente limitada: En una incubadora de pared simple o doble en cuidados intermedios.	4. Sin limitaciones: En una cuna abierta
Nutrición	1. Muy deficiente.: En ayunas y/o con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia)	2. Inadecuada: Recibe menos cantidad óptima de dieta líquida para crecer, leche materna/leche artificial y/o complementada con líquidos intravenosos (nutrición parenteral /suero)	3. Adecuada: Alimentación por sonda (enteral) que cumple con las necesidades nutricionales para el crecimiento.	4. Excelente :Alimentación con pecho/ biberón en cada toma que cumple con los requerimientos nutricionales para el crecimiento.
Humedad	1. Piel constantemente húmeda: La piel esta mojada/ húmeda cada vez que se mueve o gira al neonato	2. Piel húmeda: La piel esta húmeda y con frecuencia, pero no siempre, las sábanas deben cambiarse al menos tres veces al día.	3. Piel ocasionalmente húmeda: La piel esta húmeda de forma ocasional, requiere un cambio adicional de sábanas aproximadamente una vez al día	4. Piel rara vez Humedad: La piel está habitualmente seca, se requiere un cambio de sábanas solo cada 24 horas.

Referencia de Escala E-NSRAS: **Riesgo Alto de LPP <13 Puntos** - **Riesgo Moderado 13-17 puntos** - **Riesgo Bajo > 17 PUNTOS**

Recomendación de cuidados para prevención y tratamiento de lesiones de la piel por presión (LPP) según Edad Gestacional			
	≤ 28 semanas	>28 semanas hasta ≤33 semanas	>33 semanas
Prevención	Microclima (humidificación sin riesgo)	Acción A : Barrera dérmica: hisopo estéril (Cavilon®) + Apósito Tipo Duoderm® extra delgado, debajo de dispositivos como: sondas, Tubos Orotraqueales TOT, perióstoma y en caso de sialorrea.	Vaselina sólida estéril en punto de apoyo. Situación de dispositivos invasivos, aplicar Acción A .
Dermatitis Asociada a incontinencia (DAI)	Acción B : Apósito de espuma absorbente (Biatain® no adhesivo), realizar higiene con solución fisiológica y gases estériles en diferentes zonas (TOT, perióstoma, etc.).	DAI Leve : pasta de óxido de zinc (Lassar®) o Hipoglós® crema . DAI Severa : aplicar Polvo Protector + spray protector de la piel (de la línea brava (Coloplast®) o similar. Preparación : Cada cambio de bolsa limpiar la piel con S/F, secar con golpeteos suaves y aplicar polvo sobre la lesión, retirar exceso suavemente con una gasa y aplicar el spray. Repetir dos veces el proceso	
Grado I	Acción B . Realizar rotación c/2h	Colocar apósito de espuma absorbente (Biatain® no adhesivo), realizar higiene con solución fisiológica y gases estériles (TOT, perióstoma, etc.) o vaselina sólida estéril. Rotación cada 2h	Acción B . Realizar rotación c/2h
Grado II	Acción B Realizar rotación c/2h	Acción C : Untar Apósito de Alginato con Pasta Lassar® , colocar en la lesión, cubrir con gasa estéril o tegadem si la piel lo permite. Curar cada 72h	Acción C y realizar rotación cada 2hs Curar cada 72h
Grado III	Proteger bordes de la lesión con pasta Lassar® y colocar sobre la lesión Hidrogel Gersitol® , cubrir con gasa untada en vaselina y sostener la gasa con cinta adhesiva hipoalérgica curar cada 24h. Rotación cada 2h		Proteger bordes de la lesión con pasta Lassar® y colocar una capa finita sobre la lesión de hidrogel Gersitol® + colagenasa tipo Irujol® (igual proporción mezclados), cubrir con gasa untada con vaselina sólida y cinta adhesiva hipoalérgica o Tegadem® (si la piel lo permite), curar cada 24hs. Rotación cada 2h

Sanatorio Mater Dei -Docencia en Enfermería 2024

Al amparo de un guardapolvo blanco

MARISOL BARRIENTOS

Hospital Roffo

Un hombre solo tiene derecho de mirar a otro hacia abajo, cuando ha de ayudarlo a levantarse. Gabriel García Márquez

Tiempo atrás, en el corazón de África, donde la crudeza de la guerra marcaba el ritmo de la vida, Rosa, una enfermera con un espíritu tenaz, se erguía como un faro de esperanza en medio de la profunda oscuridad. Aunque rodeada de dolor y sufrimiento, su ímpetu compasivo la inspiraba a brindar consuelo, acompañamiento y sanación a los más necesitados.

En el presente, en Argentina, tras padecer COVID, que había dejado huella secular en su cuerpo, Rosa recuerda aquellas vivencias con emoción y da espacio a la manifestación del lenguaje. Desea compartir y transmitir su testimonio, que forma parte de un rico derrotero vivencial. Así, rememora estas escenas que siguen y que lleva grabadas a fuego en su memoria.

Nuankunde, en la República Democrática del Congo, se había convertido en el escenario de sus batallas cotidianas, donde no sólo combatía contra las enfermedades y heridas, sino también contra la barbarie y el temor. Los “bandidos”, como se les llamaba a los atacantes de otras tribus, hacían gala del terror desplegado en la población, mientras que los soldados ugandeses, que habían tomado una franja del noreste del Congo, solo empeoraban esta compleja situación.

El hospital donde Rosa trabajaba pertenecía a una misión. Era un oasis de paz en medio del caos. Los soldados, conscientes de la labor humanitaria que allí se desarrollaba, permitían que el personal sanitario continuara su trabajo sin interferir, aunque con la condición de que atendieran a sus soldados heridos de forma gratuita. Esto duplicaba la carga de trabajo y obstruía el criterio de priorización para Rosa y sus compañeros: debían atender tanto a los pobladores como a los soldados, prevaleciendo a estos últimos por temor a represalias.



Aunque el personal era escaso y las condiciones precarias, la vocación y la firmeza de las convicciones los impulsaban a seguir adelante, incluso con rifles apuntándoles a la cabeza.

El toque de queda, cada vez más temprano, acentuaba el clima de opresión. Un día, una tragedia marcó a la comunidad: un soldado, sin piedad, disparó a una mujer que vendía frutas y verduras en la feria por no haber levantado su tienda a tiempo. El horror y la angustia se apoderaron de todos, pero no los paralizaron.

En medio de la oscuridad y el miedo, la fe se convirtió en un refugio para Rosa y sus colegas. Una noche, bajo la tenue luz de la luna, se reunieron en secreto en un consultorio para orar por la paz. Adolescentes, ancianos, todos ataviados con guardapolvos blancos, atuendo no habitual para los enfermeros del lugar. Muchos recurrieron a pedidos, encargos, incluso a la sustracción, para conseguirlos y así estar en sintonía.

Allí, se unieron en un canto conmovedor: “Hakuna Mungu Kama wewe” (No hay Dios como él). Sus voces, como un coro angelical, resonaban en la noche, elevando plegarias por el fin del tormento.

Al salir del lugar, antes del amanecer, un nuevo sentimiento los invadía: la esperanza. Caminando por las calles, sus guardapolvos blancos brillaban como luciérnagas en la oscuridad, ofreciendo un tenue destello de protección en medio del caos. Los soldados, al verlos, los saludaban, reconociendo en ellos la fuerza de la fe y la compasión.

Curiosamente, después de esa vigilia de fe, las cosas comenzaron a mejorar. La ayuda internacional llegó, repartiendo comida y abriendo las fronteras. Rosa, finalmente, pudo cumplir su sueño de venir a la Argentina, donde la vida le depararía nuevos desafíos.

Al recordar su experiencia durante la pandemia, Rosa encontró un paralelismo con aquellos días aciagos en África. Una vez más, los profesionales de la salud, con sus guardapolvos blancos, se convirtieron en héroes anónimos, arriesgando sus vidas para salvar a los demás.

Su historia es un testimonio de la fuerza del espíritu humano, de la capacidad de la fe para iluminar incluso en los momentos más oscuros, y de la nobleza de una profesión que se entrega por completo al cuidado de los demás. Rosa, la enfermera de Nuankunde, nos recuerda que incluso en medio de la guerra, la esperanza puede florecer, tal como la flor de loto en el fango. Contar con el airbag de la fe, suaviza el más duro de los lances. El amor y la compasión son las armas más poderosas para vencer al miedo.

Diálogos de Enfermería



Yanina Schmidt

Creo que si uno se compromete con su trabajo, las oportunidades se pueden dar y hay que aprovecharlas.

Yanina Schmidt es Licenciada en Enfermería (UADER) y Magister en docencia universitaria (UNL). Recientemente fue elegida como vicedecana de la Facultad de Ciencias de la Vida y Salud de la Universidad Autónoma de Entre Ríos (UADER), un cargo al que llegó con su esfuerzo, su capacidad y su pasión por la Enfermería.

-¿Qué nos puede contar sobre su trayectoria académica y laboral? ¿Cuál diría que le ha reportado mayores satisfacciones?

La profesión me permitió desempeñarme como enfermera en el ámbito de la terapia intensiva pediátrica; trabajé como enfermera en el ámbito privado y en el público. Además, con un amigo, tuve un servicio de atención domiciliario. Puedo decir que me di el gusto de incursionar en varias cosas, hasta descubrir que lo que verdaderamente me gustaba era la docencia.

La docencia universitaria me hizo descubrir una pasión. Mi primer estudio de posgrado fue una maestría para adquirir las herramientas que necesitaba para ello. Luego, a medida que comencé a ocupar espacios dentro de la gestión de la Facultad, decidí profundizar los estudios de posgrado, siempre pensando en mejorar mi tarea diaria. Elegí estudiar una Maestría

en Política y Gestión en la universidad. Estoy por entregar el trabajo integrador final.

En 2009 me incorporé como docente a la Facultad (UADER). Me desempeñé como Jefe de trabajos prácticos en varias asignaturas hasta que en 2018 obtuve por concurso ordinario la asignatura Enfermería infanto-juvenil. Actualmente estoy a cargo de la coordinación de la Licenciatura de Enfermería.

-¿Cómo llegó a ser elegida vicedecana de la Facultad?

La Universidad Autónoma de Entre Ríos es una universidad nueva. Cumple veinticuatro años en junio y lleva doce desde su normalización. El 24 de mayo, en un acto totalmente democrático, se realizaron las elecciones por parte de los consejeros directivos, conformado por los diferentes claustros: docentes,

estudiantes, graduados y administrativos. Ellos, en asamblea extraordinaria, proponen una fórmula y luego se vota de forma secreta a la fórmula que conducirá a partir de diciembre esta facultad.

Creo que la propuesta por parte de los consejeros surge del hecho de conocerme en la actividad y el compromiso que tengo con la institución. Yo me siento parte de esta facultad. Primero porque en ella obtuve el título de grado, la licenciatura en Enfermería; allí desarrollé mi desempeño como docente y también como compañera dentro de los equipos de gestión.

Siento la necesidad de seguir apoyando un proyecto de crecimiento sostenido que venimos llevando adelante con un alto compromiso, tanto con nuestros estudiantes como con la sociedad en general, a quien nos debemos en nuestro accionar.

Creo que saben qué más allá de los tiempos hostiles que nos toca vivir no voy a cambiar el horizonte de seguir construyendo para la facultad, para la universidad pública y gratuita, libre de discriminación, inclusiva, y sosteniendo la bandera de los derechos humanos, con prospectiva de género. Tal es el camino que ha trazado, en sus diferentes roles, el reelecto decano, Aníbal Sattler.

-Sabemos que ha tenido un desempeño importante en la Asociación de Enfermería de su provincia. ¿En qué consistió?

La Asociación de Enfermería de Entre Ríos me dio la posibilidad, primero, de conocer a muchos colegas a lo largo y ancho de mi Entre Ríos y luego del país. Allí ocupé diferentes cargos dentro de la comisión directiva, entre otros, como presidenta. En ese momento luchamos por una ley provincial para la carrera, que generó muchas controversias hasta su aprobación.

-A grandes rasgos, ¿en qué consiste el trabajo de una Vicedecana y por cuánto tiempo se ocupa el cargo?

Asumiré el 7 de diciembre; el desempeño en el cargo será hasta diciembre de 2028. Con respecto a las actividades, más allá de acompañar la actividad del decano, no tiene funciones específicas sino que se definen de acuerdo con el decano a cargo. En la gestión actual, por ejemplo, el vicedecano tiene a cargo la Secretaría Académica. De modo que las actividades que desarrollaré lo resolveremos en estos meses, de aquí a diciembre, ya que el vicedecanato

Nuestra facultad tiene sedes en las localidades de Ramírez, Gualaguay, Concordia, Paraná, Villaguay, Crespo, con una escuela técnica que depende de nosotros. Eso implica un número considerable de personas y una fuerte articulación entre ámbitos institucionales.

-¿Tiene pensado ya algún proyecto para su nueva tarea?

Todavía es muy reciente la noticia de mi cargo, pero sin dudas, como ya lo he mencionado, seguiré apostando a la formación de profesionales comprometidos con la sociedad a la que nos debemos. Seguiré trabajando por la educación y la salud pública.

–¿Qué es lo que más le preocupa de la actual situación de la Enfermería, en su provincia y en el país?

Siento que a pesar de todo el esfuerzo que se realiza y del crecimiento que se ha logrado en relación a la formación (del lugar que se les dio a las especialidades y a las formaciones de posgrado) y a que cada vez somos más los que obtenemos titulaciones, los enfermeros y las enfermeras siguen necesitando dos o tres trabajos para poder tener un sueldo digno, acorde.

–Si tuviera que dejar algún mensaje para todos los colegas que aspiran a ocupar lugares de decisión, ¿cuál sería?

En esta facultad en particular, venimos de una participación importante de enfermeros en las diferentes secretarías. El vicedecano actual es enfermero y la decana anterior y su vice eran enfermeras. La secretaria de integración con la comunidad también es enfermera.

La verdad es que nunca me planteé ocupar ningún lugar en particular. Creo que si uno se compromete con su trabajo, las oportunidades se pueden dar y hay que aprovecharlas. Estoy muy agradecida con las personas que confían en mí.



¡PUBLICÁ TU ARTÍCULO EN

vea

VISIÓN DE **enfermería** ACTUALIZADA



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

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

Bases para la publicación de artículos

RECIBIMOS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS RELACIONADAS CON LA DISCIPLINA ENFERMERA

FORMATO DE PRESENTACIÓN

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

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

INFORMACIÓN DEL AUTOR

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

SOBRE EL ARTÍCULO

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

BIBLIOGRAFÍA: FORMATO DE CITA

LIBROS

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

Ejemplo:

Ackley, B. J. y Ladwing, G. B. (2007) Manual de diagnósticos de Enfermería: Guía para la planificación de los cuidados. Elsevier Mosby: Madrid.
Los números de páginas de referencia se indicarán en NOTA AL PIE, de la siguiente manera:
Ackley y Ladwing (2007: 234-250).

REVISTAS

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

Ejemplo:

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

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

GRÁFICOS Y FOTOS

- Enviar por separado y con buena resolución de imagen

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

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS TRABAJOS:

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

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

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

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

