



Boletín Abril - 2012

Acerca de Nosotros

- ✓ [Colombia integrante de la REINECC](#)



Temas de actualidad

- ✓ [Síndrome de Stevens- Johnson "Reconocimiento e intervención de enfermería en unidades de cuidado intensivo"](#).
- ✓ [Monitorización de la Saturación Venosa Central de Oxígeno en Pediatría.](#)
- ✓ [Las visitas en la unidad de cuidado intensivo y la familia del paciente en estado crítico.](#)

Mural de reflexiones

- ✓ [Más que una pasión.](#)
- ✓ [La muerte.](#)

Noticias



- ✓ [Bienvenida a los nuevos miembros.](#)
- ✓ [Eventos](#)

Agradecimientos



Colombia Integrante de la REINECC



La Red internacional de enfermería en cuidado crítico (**REINECC**) es una estrategia de trabajo que convoca a profesionales e instituciones que comparten como objetivo común, el cuidado de la persona adulta o pediátrica en estado crítico. Tuvo su inicio hace 2 años, cuenta con miembros de 5 países (Argentina, México, Brasil, España y Colombia) y busca fortalecer la excelencia disciplinar, en las áreas académicas, técnicas, investigativas de la enfermería en cuidados críticos.

En Colombia un grupo de profesores de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana interesados en pertenecer a esta red, iniciaron la construcción de una propuesta de trabajo articulado al plan de acción general de la REINECC, la cual fue aprobada, asumiendo así la coordinación Nacional. Desde hace 6 meses iniciamos el proceso de consolidación de la red, realizando la convocatoria a las enfermeras en el área asistencial y académica en Bogotá y otras ciudades, planeando y ejecutando actividades orientadas a la educación continua, investigación multicéntrica, intercambio de experiencias nacionales e internacionales, y desarrollo, validación y /o actualización de protocolos de atención de enfermería basados en evidencia científica.

Actualmente contamos con alrededor de 50 miembros en Bogotá, Pereira, Neiva, Villavicencio, Cúcuta, y Barranquilla. Nos encontramos liderando el proyecto multicentrico "**Factores relacionados con la aparición de eventos adversos reportados por enfermería en la unidad de cuidado intensivo**" respaldado por la Vicerrectoría Académica de la Pontificia Universidad Javeriana, en donde están participando algunas instituciones de salud de Colombia, Argentina y México. Contamos con un grupo virtual donde compartimos información científica que permite actualizar los conocimientos, fortalecer la calidad de cuidado y viabilizar la comunicación.

Por otro lado, estamos próximos a desarrollar el I conversatorio sobre condiciones labores de los profesionales de enfermería para el desarrollo de las competencias formativas, así como un taller sobre diseño de protocolos basados en la evidencia con apoyo de la red internacional de enfermería basada en la evidencia y REINECC..

Estos pequeños logros han sido posibles gracias a cada una de las personas que creemos y amamos a la enfermería en cuidado crítico, al arduo trabajo, la dedicación de un poco de tiempo, al trabajo en equipo y la motivación para contribuir al crecimiento de la enfermería de nuestro país uniendo esfuerzos derivados de la academia y la asistencia.

Estamos seguros que tenemos que recorrer un largo camino, por ese motivo necesitamos de todos ustedes "**colegas de enfermería**" para que se unan a este maravilloso proyecto que estará abierto permanentemente para recibir nuevos miembros, facilitar la comunicación y la sinergia de proyectos. Queremos agradecer a la Coordinadora Internacional de REINECC y a su equipo de trabajo por su apoyo y asesoría permanente.

Cordialmente

Diana Marcela Achury Saldaña

Coordinadora Nacional. Colombia. REINECC



[Regresar a la página principal](#)



Síndrome de Stevens- Johnson

“Reconocimiento e intervención de enfermería en unidades de cuidado intensivo”

Johana Milena Gómez Rodríguez

Enfermera especialista en cuidado crítico. Unidad de cuidado intensivo del Hospital Universitario San Ignacio

En la práctica clínica en unidades de cuidado intensivo, el cuidado integral de enfermería al paciente con Síndrome de Stevens - Johnson cobra importancia en la reducción de complicaciones asociadas a la severidad de la sintomatología y su impacto sobre la mortalidad; la toma de decisiones deberá ser acertada y prioritaria para lograr una evolución satisfactoria de la enfermedad; es aquí donde cobra valor el conocimiento del profesional de enfermería acerca del síndrome sus causas, manifestaciones y complicaciones.

Fue identificado por Stevens y Johnson en 1922 ⁽¹⁾, este síndrome se produce fundamentalmente como reacción adversa a medicamentos en (82%) de los casos ⁽¹⁾, entre éstos se encuentran: sulfonamidas, anticonvulsivantes, cefalosporinas, penicilinas, tetraciclinas, isoniazida, fluoroquinolonas, aspirina, alopurinol, barbitúricos, carbamazepinas y AINES principalmente; sin embargo también se han identificado vínculos con infecciones virales, herpes simple, mycoplasma pneumoniae, mycobacterium tuberculosis, streptococo del grupo A, virus de Epstein-barr, enterovirus, difteria, fiebre tiroidea, hepatitis B, VIH y en otras ocasiones suele ser resultado de inmunización del paciente ^(1,2,3,4).

Afecta la piel y mucosas de todo el cuerpo ⁽²⁾, se han identificado cuadros clínicos de tos, mialgias, fiebre, cefalea, ardor en los ojos, erupción cutánea (1-3 semanas de la exposición al factor desencadenante) con pápulas altamente dolorosas de color violeta o de forma vesicular, con una base edematosa más pálida, en general de distinto tamaño, llenas de liquido claro, las cuales se pueden observar principalmente en cara, tronco, extremidades superiores e inferiores; suelen aparecer en las membranas mucosas de la vía respiratoria, tracto gastrointestinal, ojos (conjuntivitis), boca (estomatitis), vía urinaria y mucosa genital. Las lesiones se pueden necrosar o erosionar desarrollando costras hemorrágicas y ulceraciones. Las principales complicaciones se encuentran asociadas a neumonía, SDRA, edema pulmonar, hepatitis, sangrado gastrointestinal, insuficiencia renal aguda, arritmias, alteraciones del estado mental, queratitis y sépsis ^(1, 2, 3, 4)

El diagnóstico y tratamiento del síndrome está orientado de forma interdisciplinaria, iniciando por una anamnesis completa al paciente y familiar que permita la identificación del agente causal, inicio de la sintomatología y antecedentes. Se realizará un examen físico completo, los datos obtenidos permitirán un diagnóstico oportuno. Se propone que las actividades de enfermería sean planeadas de acuerdo a diagnósticos de enfermería prioritarios y a patrones funcionales descritos por Marjory Gordon de la siguiente manera:



Síndrome de Stevens- Johnson

“Reconocimiento e intervención de enfermería en unidades de cuidado intensivo”

Principales Diagnósticos de enfermería (NANDA) en pacientes con síndrome de Stevens - Johnson (4) hospitalizados en unidades de cuidado intensivo.

Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos, disminución del gasto cardiaco, deterioro del intercambio gaseoso, dolor agudo, desequilibrio nutricional, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección, riesgo de glicemia inestable, deterioro de la mucosa oral, riesgo de deterioro de la eliminación urinaria, temor, ansiedad; entre otros que el profesional de enfermería considere pertinentes en la planeación de su cuidado. A su vez de acuerdo a las complicaciones que el paciente puede presentar en la unidad de cuidado intensivo y a la prioridad de la planeación del cuidado; los patrones de enfermería afectados y sus intervenciones pueden ser los que se enuncian a continuación:

Patrón circulatorio y respiratorio: la presencia de edema pulmonar por aumento de la permeabilidad alveolocapilar, neumonitis intersticial difusa, traqueítis, SDRA han sido documentadas en estos pacientes con necesidad de manejo con ventilación mecánica (1); por tal motivo se debe evaluar la presencia de disnea, hipoxemia, hipoventilación y edema pulmonar. Planee cuidados de enfermería necesarios para mantener la vía aérea artificial permeable y limpia con el fin de evitar la aparición de neumonía asociada a la ventilación mecánica. Monitorice de forma permanente la frecuencia, ritmo cardiaco y tensión arterial de su paciente, porque pueden aparecer arritmias por alteración electrolítica y estados de shock por pérdida excesiva de fluidos con requerimiento de inicio de soporte vasopresor (1,2).

Patrón cognitivo perceptual: el dolor en músculos y articulaciones, acompañado de las lesiones altamente dolorosas es común en estos pacientes; evalúe la manifestación de dolor y la respuesta al tratamiento administrado para este fin. Es importante la intervención oftalmológica desde el diagnóstico de la enfermedad; manifestaciones como conjuntivitis sin tratamiento, la queratitis y adherencia de los párpados, pueden llevar al paciente a la pérdida de la visión en el 10% de los casos(2), limpie el ojo y lubríquelo con solución salina u otros lubricantes prescritos cada dos horas, por otra parte en el tratamiento de la estomatitis es importante la realización de enjuagues bucales con lidocaína esto aliviará el dolor en su paciente por esta causa(2).

Patrón nutricional y metabólico: las manifestaciones en piel y mucosas hacen de este patrón uno de los más importantes por intervenir, el tratamiento de los pacientes con este síndrome se asemeja al del gran quemado, siendo necesario un cuidado riguroso de la piel, manejo de los fluidos y soporte nutricional; los pacientes deberán ser trasladados a unidades de quemados o de cuidado intensivo antes que ocurra el desprendimiento de las vesículas(2) para evitar la infección, la pérdida proteica por la piel dañada y aumento del catabolismo, el cual puede alcanzar 200 mg/día; por tal motivo realice cálculo de la superficie cutánea afectada por las lesiones, se recomienda el uso de tablas para quemados o regla de los 9(1), el paciente debe ser tratado por el grupo de especialistas en dermatología con el fin de desbridar la piel afectada; mantenga siempre la dermis expuesta cubierta con gasas, lubricadas según las recomendaciones de dicho grupo(1).



Síndrome de Stevens- Johnson

“Reconocimiento e intervención de enfermería en unidades de cuidado intensivo”

Evalúe la aparición de hemorragia de vías digestivas y anemia secundaria, común por erosión de la mucosa gastrointestinal, las lesiones suelen aparecer especialmente en el esófago por tal motivo se debe evaluar la aparición de estenosis esofágica secundaria ⁽¹⁾. Procure que se administren protectores de la mucosa gástrica durante la estadía hospitalaria. Éstos pacientes al perder la epidermis tienen altas pérdidas calóricas es común que encuentre en ellos escalofrío y fiebre como mecanismo compensador, mantenga un ambiente con una temperatura apropiada y realice seguimiento de la temperatura corporal.

Es necesario un soporte nutricional completo; en la mayoría de los casos su administración debe ser por sonda gástrica, evalúe residuo gástrico el cual debe ser menor de 50 ml ⁽¹⁾. Analice diariamente las pruebas de laboratorio tomadas; puede encontrar aumento de glóbulos blancos, rojos y pruebas de función hepática. Por otra parte la disminución de la acción de la insulina, por inhibición de su secreción y/o resistencia tisular hacen que el paciente posiblemente se encuentre con hiperglucemia, de esta forma la fuente energética de estos pacientes son las proteínas, evalúe la presencia de hipoproteinemia e hipoalbuminemia secundarias ⁽¹⁾ y realice seguimiento de la glicemia con periodicidad.

Patrón de defensa orgánica: conserve aislamiento protector para su paciente, lávese siempre las manos antes y después de la atención, practique técnica aséptica, para procedimientos invasivos, recuerde que la pérdida de la piel como barrera protectora aumenta la probabilidad de aparición de infección asociada al cuidado de la salud.

Patrón de eliminación: realice colocación de sonda vesical con el fin de evitar la estenosis uretral por afectación de la mucosa y para el balance de líquidos eliminados estricto; es importante a estos líquidos eliminados sumar las pérdidas insensibles por lesión cutánea lo cual aumenta la pérdida de líquidos y electrolitos trasdérmica aproximadamente 3-4 litros día⁽¹⁾. Como consecuencia a la alteración hemodinámica y pérdida de líquidos pueden aparecer alteraciones como glomerulonefritis, necrosis tubular e insuficiencia renal aguda ⁽¹⁾, evalúe en éstos pacientes la presencia de oliguria y uremia; mantenga siempre un volumen intravascular de líquidos adecuado, si se presenta insuficiencia renal grave, evalúe con el grupo interdisciplinario la necesidad soporte renal con hemodiálisis.

Patrón sexual y reproductivo: la alteración de la mucosa genital, en especial en mujeres hace al paciente susceptible a la infección ⁽²⁾. Es importante la valoración y manejo por parte de especialistas en ginecología, hasta la recuperación de la integridad de la mucosa genital.

Otras intervenciones: La movilización de estos pacientes es importante a pesar de las lesiones en piel; el no realizar los cambios de posición pertinentes para liberar la presión y garantizar un adecuada perfusión a en zonas de prominencias óseas permitirá la aparición de úlceras por presión, las cuales pueden aumentar el riesgo de infección y la estancia hospitalaria.



Síndrome de Stevens- Johnson

“Reconocimiento e intervención de enfermería en unidades de cuidado intensivo”

Explique al paciente y su familia que la enfermedad tiene una resolución lenta y acompañe durante este proceso⁽²⁾, la esfera emocional de los pacientes y familiares necesita de una atención especial, ya que al alterarse la facies del paciente se muestran ansiosos, irritados, preocupados, además de presentar malestar general asociado con la enfermedad de base ⁽³⁾la intervención de especialistas en psiquiatría puede ser útil. Haga participe al paciente en su auto cuidado durante la hospitalización y el alta, éste será necesario para la adecuada resolución de la enfermedad.

En conclusión el impacto del Síndrome de Stevens Johnson depende en gran medida de la planeación integral del cuidado de enfermería, en la unidad de cuidados intensivos, dicha planeación debe ir encaminada al reconocimiento del agente causal, la prevención y manejo de las principales complicaciones (hemodinámicas, respiratorias, nutricionales, renales, infecciosas). El profesional de enfermería hará promoción del cuidado y de la intervención interdisciplinar con el fin de lograr la recuperación satisfactoria de estos pacientes.

LECTURAS RECOMENDADAS:

1. García Fernández Daniel, García-Patos Vicente y Castells Rodellas Antoni. Síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. Piel 2001; 16 (9): 444-457. Artículo disponible en internet: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/21/21v16n09a13021642pdf001.pdf>
2. Simmons Holcomb Susan. Dodging the bullae Stevens-Johnson syndrome. Critical care nursing 2008; 3(6):39-42 http://journals.lww.com/nursingcriticalcare/Citation/2008/11000/Dodging_the_bullae_Stevens_Johnson_syndrome.10.aspx
3. Alfonso Rittoles Annette, Ricardo Fonseca María Elena, Feliú Lamarque Niobis, Rodríguez Barreras María Elena. Síndrome de Stevens-Johnson en el curso del SIDA. Acciones de enfermería ante la infección. Revista cubana de enfermería. 1997; 13(1). Artículo disponible en internet: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol13_1_97/enf07197.htm
4. Burgos Arguijo Manuel y cols. Cuidados enfermeros en paciente geriátrico con síndrome de Stevens-Johnson relacionado con levofloxacino: a propósito de un caso. GEROKOMOS 2010; 21 (3): 118-122. Artículo disponible en internet: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2010000300005&script=sci_arttext





Monitorización de la Saturación Venosa Central de Oxígeno en Pediatría

Sandra Lilian Acosta Huertas
Mg Enfermería en Atención al Niño

El cuidado de enfermería debe incorporar los avances de la tecnología en beneficio de la atención con alta calidad al paciente. Dentro del proceso de gestión del enfermero para lograr el verdadero desempeño de la tecnología como una herramienta valiosa en la evolución clínica del paciente, debe empoderarse del conocimiento que sustenta esta tecnología, luego dominarla con habilidad y destreza, sin olvidar que lo fundamental radica en la valoración constante y analítica del estado clínico del paciente.

La monitorización continua de un paciente pediátrico indica en gran parte de los casos que se encuentra con alto riesgo de falla o ya está en situación crítica. Los marcadores tradicionales de evaluación de la hipoxia tisular son: presión arterial, frecuencia cardiaca, presión venosa central, y gases en sangre, sin embargo clínicamente podrían evidenciarse cuando ya existen lesiones secundarias a ese desbalance en la utilización del oxígeno tisular y por ende se sugiere complementar la valoración clínica con otras indicadores como el nivel de lactato y la monitorización continua de la Saturación Venosa Central de Oxígeno (SvcO₂). Ese último indicador en la monitoria continua a la cabecera en este tipo de pacientes se constituye como un indicador sensible en tiempo real del equilibrio entre el aporte de O₂ (DO₂) y el consumo de O₂(VO₂)(1)(2).

El mantenimiento del equilibrio entre el DO₂ y el VO₂(2) en los tejidos es fundamental para la homeostasis celular, prever la hipoxia tisular y el subsiguiente fallo orgánico. Los valores de SvcO₂ superiores al 70% conduce a mejores resultados para el niño. Este valor puede fluctuar alrededor de un 5%, con ciertas intervenciones de cuidado como aspiración de secreciones, cambios de posición, retornando al valor previo en segundos. Bajos valores de oximetría venosa generalmente indican un aporte bajo de oxígeno, o un aumento en el consumo de oxígeno. Los cambios superiores de ScvO₂ de más o menos un 5%, por más de cinco minutos, se considera indicador de alguna falla en los cuatro factores que componen la ScvO₂, a saber el gasto cardiaco, hemoglobina, saturación arterial de oxígeno, y consumo de oxígeno.

El enfermero (3) debe analizar cada una de estas variables con el propósito de identificar posibles causas que las alteran, por ejemplo el gasto cardiaco podría afectarse por fármacos vasoactivos e inotrópicos, trastornos del ritmo, shock, falla cardiaca congestiva; la hemoglobina se modificaría secundario a hemorragias, sangre oculta, hemodilución y anemia; la saturación arterial de oxígeno se alteraría por hipoxia, hipoxemia, aspiración de secreciones, atelectasias, alteraciones de la relación ventilación/oxigenación, enfermedad pulmonar; y el consumo de oxígeno variaría por sépsis, fiebre, dolor, ansiedad, aumento del trabajo respiratorio, escalofríos.



Monitorización de la Saturación Venosa Central de Oxígeno en Pediatría

En la población pediátrica, el valor de pronóstico de la ScvO₂ ha demostrado su valor clínico en la cirugía cardiaca, sépsis y quemados. Un estudio del Pediatric Critical Care Medicine (2008), concluye que la saturación venosa central de oxígeno y el lactato arterial son las únicas variables con un valor significativo para predecir resultados negativos después de una cirugía cardiaca en pediatría(4). De igual manera, este indicador ScvO₂ en pediatría es una alternativa como marcador indirecto de la adecuación del gasto cardiaco(5).

La monitorización continua de la ScvO₂ como parte integral del protocolo del EarlyGoal-Therapy (EDGT), para el tratamiento de la sépsis (6), evidencio mejora en los resultados clínicos, incluyendo reducciones significativas en la mortalidad relacionada con la sépsis en los niños, al igual que disminución de costos (7).

La tecnología moderna para medir ScvO₂ puede realizarse a través de un catéter de arteria pulmonar o un catéter venoso central con un sensor de fibra óptica (Consultar:<http://www.edwards.com/procedures/ccosvo2scvo2/Pages/CCOScO2ScVO2Products.aspx>-consultado 01 abril 2012), el cual utiliza espectrofotometría por reflexión para medir continuamente la saturación de oxígeno. La luz se transmite hacia la sangre, se refleja en los glóbulos rojos y es leída mediante un fotodetector en el módulo óptico. La cantidad de luz reflejada depende de la concentración de la hemoglobina oxigenada y desoxigenada en la sangre.

En Colombia ya se tiene esta tecnología, para complementar el cuidado especializado que brinda el enfermero al niño en situación crítica de salud, utilizando la SvcO₂ como un indicador de monitorización continua de adecuación a la oxigenación tisular, para instaurar y ajustar tratamientos tempranamente de la respuesta clínica a una intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CARRILLO-ESPER, Raúl.,NÚÑEZ-BACARREZA, Juan José.,CARRILLO-CÓRDOVA, Jorge Raúl Saturación venosa central. Conceptos actuales. ARTÍCULO DE REVISIÓN. Revista Mexicana de Anestesiología.Vol. 30. No. 3 Julio-Septiembre 2007.pp 165-171
2. REINHART K, KUHN HJ, HARTOG C, et al. Continuous central venous and pulmonary artery oxygen saturation monitoring in the critically ill. IntensiveCareMed 2004;30:1572-1578.
3. GOODRICH C. Continuous central venous oximetry monitoring. CritCareNursClin North Am. 2006;18(2):203-9
4. SEEAR, SCARFE, LEBLANC. Predicting major and adverse events after cardiac surgery in children.PedCritCareMed 2008, Vol 9, N°6.
5. TIBBY, S., MURDOCH IA. Monitoring cardiac function in Intensive. Arch. Dis. Child. 2003;88:46-52
6. RIVERS E, NGUYEN B, HAVSTAD S, RESSLER J, MUZZIN A, KNOBLICH B, et al. Early goal directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. N Engl J Med 2001;345: 1368-77
7. OLIVERA, CF, et al. An outcomes comparison of ACCM/PALS guidelines for pediatric sepsis shock with and without central venous oxygen saturation monitoring. PedCriticalCareMed 2007. Vol 8. N°3 (Suppl)



Las visitas en la unidad de cuidado intensivo y la familia del paciente en estado crítico.

Luisa Achury. Especialista Enfermería en Cuidado Crítico.

La experiencia de la hospitalización en la unidad de cuidado intensivo, es una situación difícil no solo para el paciente sino también para su familia, en la medida que son ellos quienes la mayoría de las veces asumen la carga emocional de las circunstancias y viven el proceso de manera conjunta, lo que implica una responsabilidad importante en la toma de decisiones y acompañamiento del paciente.

Quizá una de las necesidades más sentidas y referidas por los familiares de las personas en estado crítico, está relacionada con el deseo de permanecer la mayor cantidad de tiempo posible junto al paciente, lo que les permite un mayor conocimiento acerca del estado de salud y fortalecer los vínculos que pueden haberse deteriorado por la hospitalización desde el momento en que el paciente deja de ejercer sus roles como padre, hijo y hermano, entre otros.

Sin embargo, las políticas de visitas al interior de las unidades de cuidado intensivo son todavía bastante restrictivas ante el ingreso de los familiares del paciente crítico, argumentado en la mayoría de los casos mayores riesgos de infección e incremento del impacto emocional sobre la salud mental de los familiares, aspectos que aún no han podido ser demostrados en las diversas investigaciones que sobre este tema se han realizado. En Colombia, la mayoría de las unidades de cuidado intensivo mantienen todavía políticas restrictivas de visitas, permitiendo la entrada de los familiares de 1 a 2 horas dos veces al día, lo que limita de forma importante el contacto entre el paciente y sus seres queridos y los beneficios de este acompañamiento.

Por el contrario, algunas de las investigaciones efectuadas en este tema, revelan que el acompañamiento que realizan los familiares a la persona en estado crítico ejerce efectos positivos sobre la salud y recuperación del paciente y así mismo reduce la carga emocional de los familiares.

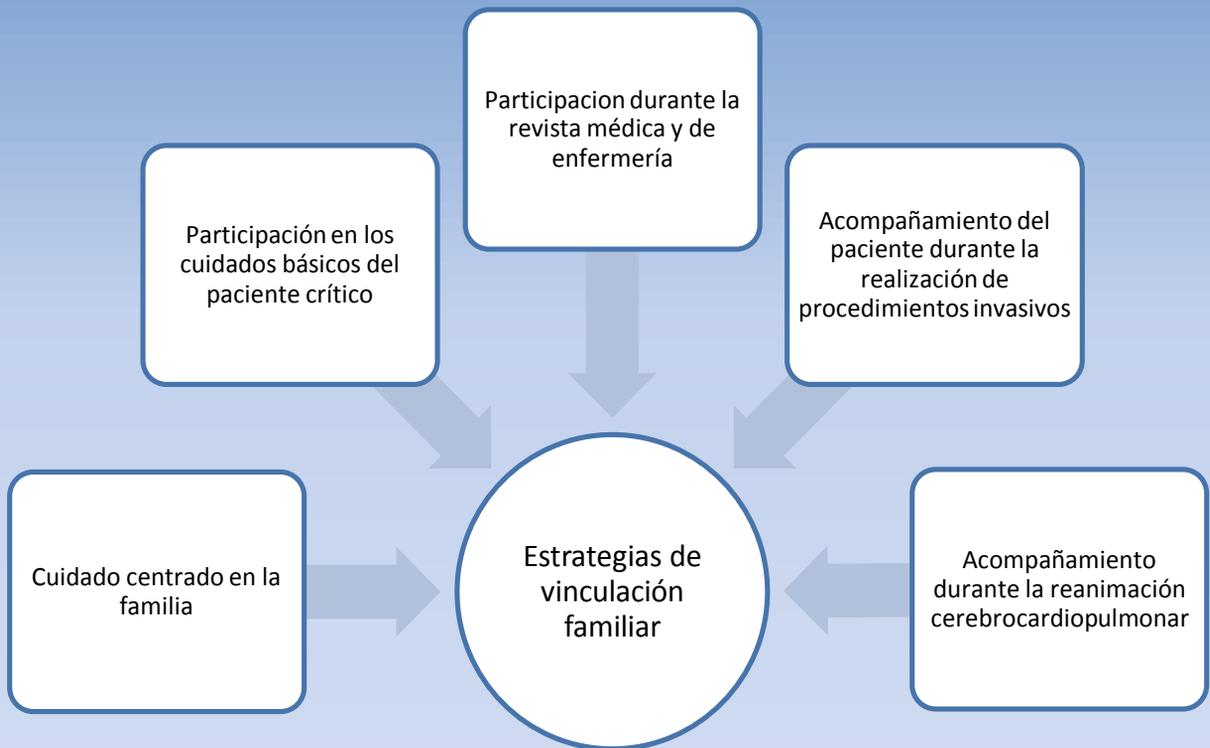
Es entonces importante reflexionar sobre el impacto de la restricción de las visitas no solo sobre la salud de la persona en estado crítico, sino también sobre la satisfacción de las necesidades familiares, lo cual es un reflejo de la calidad del cuidado recibido durante el periodo de la hospitalización.

Vale la pena resaltar y reflexionar también, sobre el papel del profesional de enfermería en la apertura de las visitas y en la vinculación de la familia al proceso, pues es el profesional de enfermería quien permanece en mayor contacto con el paciente y sus allegados, teniendo así la responsabilidad de brindar información, educación y acompañamiento a lo largo del proceso de recuperación del paciente.



Las visitas en la unidad de cuidado intensivo y la familia del paciente en estado crítico.

Es por ello importante que los profesionales de enfermería generen diferentes estrategias que favorezcan la vinculación de la familia en el proceso de recuperación del paciente y con ello cambios a las políticas restrictivas de visitas en las unidades de cuidado intensivo, colocándose siempre en el lugar de la persona en estado crítico y sus allegados; lo cual generará una mayor satisfacción con la labor desempeñada e incrementará la calidad del cuidado de enfermería, aspecto considerado como el fundamento de la profesión.



Lecturas Recomendadas

1. Boscolo A, Buja A, Bortolusso V, Zampieron A. Access to intensive care units: A survey in North-East Italy. Intensive and Critical Care Nursing 2008; 24: 366 - 374.
2. Vandijck D, et al. An evaluation of family-centered care services and organization of visiting policies in Belgian intensive care units: A multicenter survey. Heart & Lung 2010; 39 (2): 137 - 146.
3. Spreen A, Schuurmans M. Visiting policies in the adult intensive care units: A complete survey of Dutch ICUs. Intensive and Critical Care Nursing 2011; 27: 27-30.





Más que una pasión

Jhon Alexander Peña. Enfermero especialista Unidad de cuidado Intensivo. Fundación Santa Fe de Bogotá.

Despierto día a día con la energía y el amor eterno de mis seres queridos, el motor de cada uno de mis ideales, lejos de imaginar lo que pueda encontrar al paso de los segundos, consciente de las dificultades de mi labor en un mundo donde amar al prójimo cada día se hace taxativo. Levanto la mirada al cielo y como una tradición, con voz sutil, me hace una discreta pero no menos urgente invitación a mantener el ritmo titánico de la ciencia y su ética, como horizonte de vida en el proceso de humanización constante del que hacer enfermero.

En un punto fugaz, como oasis colmado de alegría, erosiona mi alma para ir al encuentro de mis compañeros de odisea, un abrazo fraternal se hace presente en mi segundo hogar y minutos después, trazo visualmente el momento cabal para centrar mi atención en cada uno de los elementos que rodean las constantes vitales de mi objeto de cuidado, entonces vertiginosamente, a manera de fuerza sobrenatural, merodean una serie de sentimientos cargados de exaltación y confianza que me hacen profesar, ser guardián y protector de su seguridad. Extiendo filialmente mi mano, percibo su temor, su ansiedad, sus ambiciones de vivir, concibo como se aferran sus deseos a mi solidaridad imperativa, a mi pretensión de servirle, de ser protagonista en la recuperación de su identidad y su amor propio, sin detenerme a pensar en principios morales que juzguen opciones individuales en la prolongación de su ciclo vital.

Es hora de diseñar planes de acción y dirimo a máxima capacidad como osado estratega, junto a mi fuerza de trabajo, cada uno de los asuntos tecnológicos, farmacológicos y manuales que me atañen al cuerpo y espíritu de ese ser que a través de la experiencia, espera todo de mí. ¡Sus ojos van perdiendo el brillo! alguien refiere; la gélida muerte, ángel ladino que ronda el recinto a la espera de la mínima oportunidad de prevalecer, me reta incansable y respondo como fiero gladiador contra ella, sin perder el rumbo de mis esfuerzos en un orbe incógnito acompañado de soledad e incertidumbre, donde el aroma de las flores y colores inexpresivos cubren el alba.

Aparece en escena el voraz invierno y, lluvia incesante rueda por la piel de algunos asistentes, mis manos, como herramientas de perfección mecánica, a todo vapor tratan de impedir el cese del latido; han pasado varios minutos, la tensión aumenta, observo señales de existencia, una sonrisa alada surca mis labios, se regocija mi esencia con cantos de anhelo y expectativa, oro acérrimo por convertirme en embajador de esperanza, en el poeta de las estrellas que aún no están en el firmamento, seguro de que mañana pueda encontrar un ser con un motivo de vida que cambie la existencia de otros seres y le permita seguir participando de las maravillas de la naturaleza humana, que pueda despertar al mediodía y nos permita meditar sobre el color de la ternura excesiva.



Más que una pasión

Ha caído la tarde, retorno a casa con gratitud; luego, perfumado por la felicidad inagotable de un deber cumplido, contemplo mi alma, me pregunta una vez más sobre la bondad, el amor, la convicción, el dar, la libertad, la alegría, la tristeza, la amistad, a lo cual respondo: serán la razón de mi batalla diaria, pues como como alfarero moldeo cada una de las cosas por las cuales me preguntas, servir será mi pasión para no perder el afecto y la confianza en el hombre mas allá del bien y el mal, mas allá de no esperar más tiempo a que todo cambie y no ser participe de ello.

Pausadamente y durante mi caminar, recuerdo que a este nivel no existe un después sin un antes, que enfermería más que una profesión es una cultura de cuidado forjada, formada y apoyada en el tiempo a través de ciencias biológicas, psicológicas, sociales, teológicas, deontológicas, matemáticas y de derecho que delegan un alto grado de responsabilidad sobre la evolución de la salud del hombre y, aunque sin un matiz económico realmente importante, agradezco cada instante a Dios y su infinita bondad por regalarme fulgores de saber contemporáneo que propenda en beneficio de otras personas, sus familias y su estilo de vida.



La muerte

*Es increíble pero en este lugar de muerte
la vida despreocupada vive movimiento, reclamos, sonrisas, emociones,
gente que va y viene en el jardín, el viento mueve las ramas de un único
árbol*

*mientras los rayos del sol calientan las pocas flores silvestres
que se atreven a mostrar sus colores.*

*La enfermedad viste sus pálidos tonos en los rostros de los que habitan
entre paredes blancas, que huelen a alcohol y medicamentos,
hay sufrimiento, pero siempre sobrevive la esperanza
a la vida le gusta vivir y despreocupada
igual que niña traviesa corretea por aquí y por allá
inocente, no sabe que las paredes blancas
huelen a muerte.*

*Claudia Marcela Velásquez. Especialista en filosofía de la ciencia y el
magister en psicología clínica.*

Noticias



En Marzo se integraron a la Red, enfermeros del área asistencial y académica con amplia experiencia en unidades de cuidado intensivo para asumir el liderazgo en sus ciudades y desarrollar conjuntamente el cronograma de trabajo 2012, que propone el grupo coordinador Bogotá. Les damos la bienvenida:

Andrea Buitrago Malaver	Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia	Líder Pereira
Roxana de las Salas	Universidad del Norte	Líder Barranquilla
Ruby Vargas Toloza	Directora de Departamento Clínico Universidad Francisco de Paula Santander.	Líder Cúcuta
Marcela Cerón	Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Universidad Sur Colombiana.	Líder Neiva
Guillermo Mendoza Londoño	Jefe administrativo Unidad de Cuidado Intensivo Inversiones Clínica Meta	Líder Villavicencio

PROXIMAMENTE:

El 7 y 8 de mayo se realizara el Seminario Internacional de Cuidado organizado por la Facultad de Enfermería de la Universidad de la sabana. Mayor información:

<http://www.unisabana.edu.co/carreras/enfermeria/seminariointernacionalenfermeria>

El 18 de mayo se realizara el I Conversatorio “**Condiciones laborales de los profesionales de Enfermería para el desarrollo de las competencias formativas**”, organizado por el grupo coordinador REINECC: Colombia.

[Ver mas...](#)



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

RED INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS

Conversatorio

Condiciones Laborales del Profesional de Enfermería en Cuidado Intensivo, para el desarrollo de Competencias Formativas

**Dirigido a Profesionales de Enfermería
Asistenciales y Académicos del Área de Cuidado Crítico**

**Participaran representantes de diferentes instituciones de salud
reconocidas de la ciudad de Bogotá, D.C. y de la Dra.
MARIA CRISTINA COMMETO, PhD en Ciencias de la Salud y
Consultora ALADEFE y REINECC. Coordinadora de la
Red Internacional de Enfermería y Seguridad de los pacientes.**

**Viernes 18 de MAYO de 2012
7am - 1pm - Auditorio
MARINO TRONCOSO**

**Informes e Inscripciones
FACULTAD DE ENFERMERÍA
tel: 3208320 - ext 2661 - 2674
yalbanil@javeriana.edu.co**

Regresar a la página principal



Agradecimientos

A los autores que con sus aportes contribuyeron a enriquecer el primer boletín.

A Edhit Cavallo, coordinadora de REINECC Argentina por invitarnos a participar.

A Paola Bustamante por su colaboración en el montaje del boletín en la página de REINECC

A Luisa Achury, por su creatividad y apoyo en el diseño del boletín.