

Beneficios y complicaciones del catéter venoso central de instalación periférica en cuidados intensivos adultos

Autores:

Isabel Paulina Marzán-Garay. Enfermera Unidad Cuidados Intensivos Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile. Estudiante Especialidad en Cuidados Críticos del Adulto y Adulto Mayor, Universidad de Valparaíso, Chile. isabel.marzan@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-7402-664X>

América del Carmen Azolas-Páez. Enfermera Unidad Cuidados Intensivos Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile. Estudiante Especialidad en Cuidados Críticos del adulto y Adulto Mayor, Universidad de Valparaíso, Chile. americaazolas@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-8136-5201>

Angélica Mosqueda-Díaz. Enfermera-Matrona, Doctora en Enfermería, Académica Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso, Chile. angelica.mosqueda@uv.cl <https://orcid.org/0000-0002-7327-5799>

Fecha de Recepción: 06.01.2021

Fecha Aceptación: 10.02.2021

DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.51.2020.2721>

› Resumen

Introducción. Los accesos venosos centrales son indispensables en pacientes críticos, para fines diagnósticos y terapéuticos, en los últimos años la evidencia ha mostrado un incremento en el uso de catéteres centrales de instalación periférica (PICC). El objetivo de este artículo es identificar, a través de una revisión bibliográfica, los beneficios y complicaciones asociados al uso de dichos catéteres. **Materiales y Métodos:** Se aplicó la estrategia PICO para establecer la pregunta clínica que orientó la investigación. La búsqueda se realizó en las bases de datos Pubmed/Medline, Scielo, Web of Science, Ovid, Clinicalkey y Scopus, usando la expresión de búsqueda “PICC AND complicaciones y beneficios AND unidad de cuidados intensivos” en español e inglés. Los filtros aplicados fueron: texto completo, idiomas inglés, español y portugués, publicados los últimos 10 años y en investigaciones en humanos. Para el análisis crítico se utilizó la guía CASPe. **Resultados.** Sólo 10 artículos cumplieron los criterios para conformar la muestra bibliográfica, con investigaciones realizadas en China, Estados Unidos, España, Irak - Reino Unido. **Discusión.** Como beneficios destaca que el PICC es muy versátil, su instalación no presenta daño pleural o hemorrágico, puede usarse por periodos prolongados, disminuyendo los costos. La instalación puede ser realizada por profesional de enfermería capacitado, las principales complicaciones son infección y trombosis. **Conclusiones.** El PICC es una alternativa de acceso vascular efectiva y segura, posee grandes ventajas, su instalación puede ser efectuada por enfermeras capacitadas, y presenta menos riesgo de infecciones u otras complicaciones en relación al uso del clásico CVC.

› **Palabras claves:** Unidad de cuidados Intensivos, PICC, complicaciones y beneficios (DeCS-BIREME)

Benefits and complications of peripheral central venous catheter in adult intensive care

› Abstract

Introduction. Central venous accesses are essential in critical ill patients, for diagnosis and therapeutic purposes. In the recent years, evidence has shown an increase in the use of peripheral installed central catheters (PICC). The objective of this article is to identify, through a bibliographic review, the benefits and complications associated with the use of these catheters. **Materials and Methods.** The PICO strategy was applied to establish the clinical question that guided the research or investigation (tb puedes elegir cual usar). The search was performed in the databases Pubmed / Medline, Scielo, Web of Science, Ovid, Clinicalkey and Scopus, using the search expression "PICC AND complications and benefits AND intensive care unit" in Spanish and English. Filters applied were: full text, English, Spanish and Portuguese languages, published in the last 10 years and in human research. For the critical analysis, the CASPe guide was used. **Results.** Only 10 articles met the criteria for the bibliographic sample, with research carried out in China, the United States, Spain, Iraq and the United Kingdom. **Discussion.** The outstanding benefits are: the PICC is very versatile, its installation does not present pleural or hemorrhagic damage, it can be used for long periods, reducing costs. The installation can be performed by a trained nursing professional, the main complications are: infection and thrombosis. **Conclusions.** The PICC is an effective and safe vascular access alternative, it has great advantages, its installation can be carried out by trained nurses, and it presents less risk of infections or other complications in relation to the use of the classic CVC.

› **Keywords:** Intensive Care Units, PICC, complication and benefits (MeSH-ML)

› Introducción

Un catéter vascular central es un dispositivo biocompatible que se posiciona en el espacio intravascular de grandes vasos venosos, torácicos o abdominales y cuyo extremo distal se ubica cerca de la unión con la aurícula derecha (1). La instalación de este acceso venoso central para el paciente hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCI) es una prioridad, porque es utilizado para fines diagnósticos o terapéuticos, entre las actividades en las que se utiliza el catéter vascular se encuentran la obtención de constantes vitales asociadas al sistema cardiovascular, además de ser la vía de administración de fluidos y fármacos, en especial de drogas vasoactivas y vesicantes, la administración de nutrición parenteral y la obtención de muestras para realizar pruebas sanguíneas de laboratorio (1,2).

Entre los accesos vasculares centrales existen distintos tipos de catéteres, en el caso de los pacientes con enfermedades agudas que requieren un catéter transitorio, destacan aquellos insertados directamente a la red vascular central, habitualmente instalados a través de la vena subclavia, yugular o femoral, los que son conocidos como catéter venoso central (CVC) tradicional, y el catéter venoso central de instalación periférica (PICC) que es una cánula larga, como su nombre lo indica se inserta a través de una vena periférica, especialmente de las extremidades superiores tales como basílica, cefálica, braquial y mediana cubital (3), quedando alojadas en el tercio inferior de la vena cava superior. En ambos casos se necesita una adecuada fijación y la correcta comprobación radiológica previo a su uso (4).

Como todo procedimiento invasivo, la utilización de catéteres venosos centrales, ya sea de instalación central o periférica, no están exentos de complicaciones (1), las que pueden estar asociadas

al procedimiento de instalación, a la mantención o al retiro de estos dispositivos vasculares (5). Las complicaciones se han agrupado en mecánicas e infecciosas y son de gran relevancia ya que pueden elevar la morbilidad y la mortalidad de los pacientes, cuando se producen estas complicaciones en una Unidad de Cuidados Intensivos, puede generar mayor riesgo por las características de los usuarios, lo que provoca un costo sanitario, social y familiar añadido muy relevante (6).

Las complicaciones mecánicas pueden ocurrir entre el 2 y 15% de los casos y producen desde inconvenientes menores como retardo en el inicio de terapias específicas, hasta lesiones mayores que incluso pongan en riesgo la vida del paciente, entre las que revisten mayor gravedad se encuentran: a) el neumotórax, cuya incidencia es del 1,5 – 3,1 %, provocada por la pérdida de la indemnidad de la pleura a raíz de la punción, b) la embolia aérea que se puede generar durante la instalación o el retiro del catéter por el ingreso de pequeñas cantidades de aire a la circulación pulmonar o a la circulación arterial pudiendo generar un evento cerebro vascular, c) la malposición del catéter que impide medir la presión venosa central (PVC) y aumenta el riesgo de trombosis ya que se disminuye el lumen vascular y con ello el flujo pudiendo generar daño local, d) la punción accidental de una arteria, esta punción puede generar hematomas, accidentes cerebro vasculares, pseudo aneurismas, disección, trombosis, hemotórax, taponamiento cardíaco y fístula arterio-venosa, e) la perforación de grandes venas, hace referencia al daño directo generado por las guías usadas en la instalación del catéter, dilatadores e introductores, el mayor riesgo es una hemorragia incontrolable o hemopericardio, con taponamiento que puede ser temporalmente alejado de la instalación del CVC, el que de no ser vigilado puede desembocar en la muerte del paciente; f) las arritmias y

trombosis asociadas al catéter que se generan por irritación mecánica de la superficie del endocardio con el contacto de guías o el mismo catéter, en relación a los trombos generados pueden ocasionar un tromboembolismo pulmonar (5,7).

Por otro lado, las infecciones relacionadas con los catéteres vasculares centrales son un problema de especial relevancia por su frecuencia, por su gran asociación a morbilidad y por ser procesos clínicos potencialmente evitables, en las UCI ocasionan hasta el 90% de las bacteriemias asociadas a catéteres vasculares, obligando a su retirada en cualquier tipo de dispositivo, lo que además implica la pérdida de un importante acceso vascular en un paciente críticamente enfermo 6. En Chile, la infección del torrente sanguíneo asociado al uso del CVC es un indicador de calidad de la atención de vigilancia a nivel nacional, en adultos la tasa durante el año 2018 fue de un 2,0 por 1000 días de exposición al procedimiento (8).

El uso de los catéteres vasculares requiere del manejo y control del equipo de salud, siendo el profesional de enfermería capaz de minimizar los posibles riesgos y detectar precozmente las complicaciones a través de una buena valoración y planificación de los cuidados (9), para ello es muy importante conocer las complicaciones asociadas y los signos y síntomas que se deben tener en consideración.

En relación a los PICC, la literatura especializada señala que presentan menos complicaciones que los CVC, ya que se ha demostrado que los pacientes tienen una excelente tolerancia a su uso (6).

La utilización del PICC a nivel internacional ha ido en aumento, entre otros aspectos porque permite la administración de medicamentos y soluciones con niveles de pH extremos y de forma prolongada en pacientes con accesos venosos periféricos de difícil abordaje. Por lo tanto, es una opción muy

utilizada en los servicios de pacientes críticos. El Centro de Control y Prevención de Enfermedades de España recomienda el uso de PICC cuando la terapia intravenosa exceda los 6 días de duración (10). Se ha señalado que los riesgos al usar PICC son menores, pero no existen evidencias contundentes que pueda ser utilizada por el profesional de enfermería y que le permitan conocer sus beneficios y riesgos con la finalidad de otorgar el mejor cuidado.

Con todo lo expuesto, el objetivo de este artículo es identificar a través de una revisión de la literatura científica disponible, los beneficios y complicaciones asociados al uso del catéter venoso central de acceso periférico.

› Materiales y Métodos

La estrategia aplicada en la presente investigación bibliográfica fue a través de la implementación de las primeras tres etapas de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), las cuales son: 1) Formulación de una pregunta clínica, 2) Búsqueda bibliográfica y 3) Lectura crítica de artículos y síntesis de la evidencia (11). A partir de esta revisión de la literatura científica se presentan conclusiones que aportan a responder la pregunta clínica planteada, las cuales pueden ser implementadas en Unidades de Cuidados Intensivos.

Para desarrollar la pregunta clínica estructurada se aplicó el sistema PICO: población, intervención, comparación (no utilizada en esta ocasión) y resultados (12). Así, se planteó lo siguiente: Población: pacientes adultos hospitalizados en UCI, Intervención: uso de PICC, Resultados: riesgos y beneficios asociados a su uso. Según lo anterior, la pregunta orientadora para realizar la revisión fue ¿Cuáles son los riesgos y beneficios asociados al uso de los PICC en pacientes hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos Adulto?

El levantamiento bibliográfico se realizó en el segundo semestre del año 2019, entre los meses de septiembre y diciembre e incluyó las bases de datos Pubmed/Medline, Scielo, Web of Science, Ovid, Clinicalkey y Scopus (Figura 1).

Para realizar la búsqueda se emplearon descriptores normalizados en Ciencias de la Salud además del operador booleano AND. Entonces, para las bases de datos en español, la expresión de búsqueda aplicada fue: "PICC AND complicaciones y beneficios AND unidad de cuidados intensivos" y para las bases de datos en inglés "PICC AND complication and benefit AND intensive care unit".

Los filtros empleados para iniciar la selección de los documentos fueron: artículos de texto completo, en idiomas inglés, español y portugués, publicados en los últimos 10 años y en investigaciones realizadas en seres humanos, al aplicarlos se obtuvieron 715 artículos.

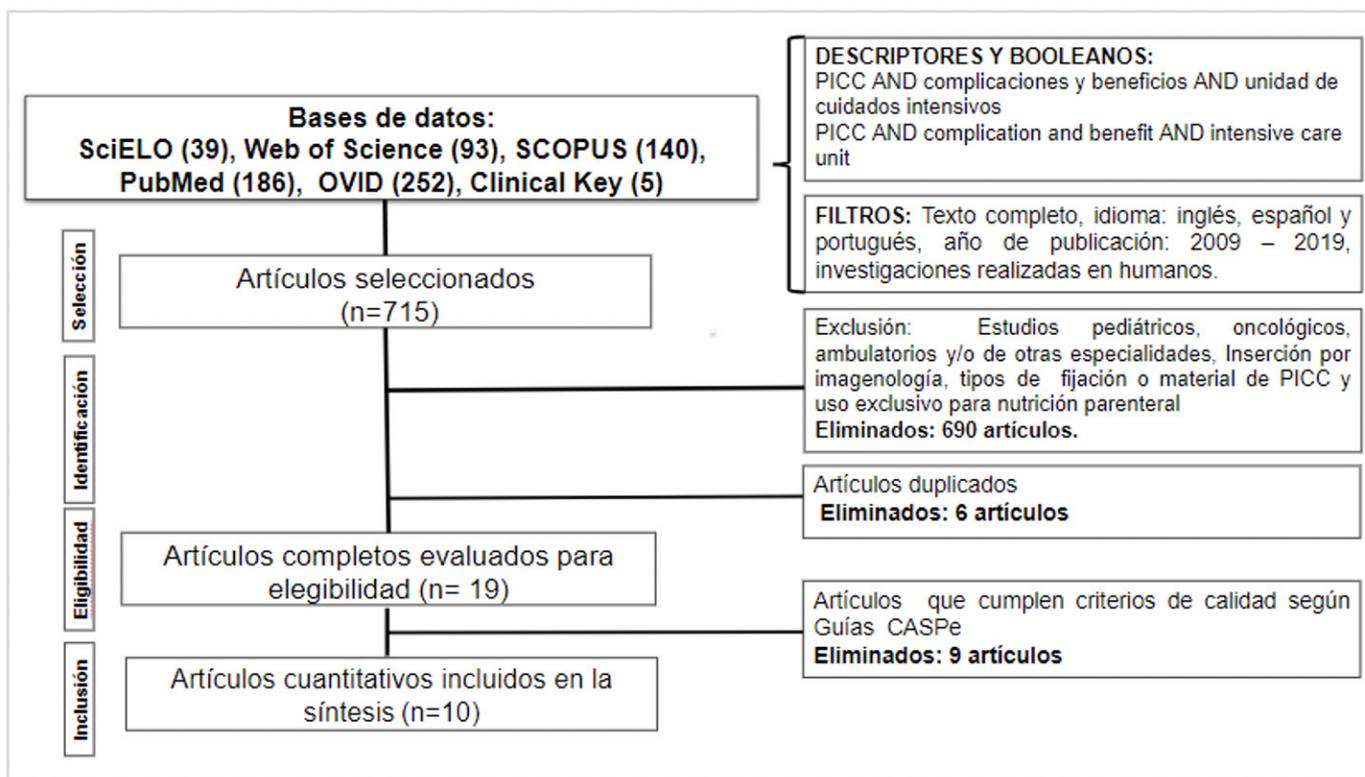
Posteriormente, se dio lectura al título y resu-

men de cada artículo aplicando como criterio de discriminación para eliminación: estudios realizados en pacientes pediátricos, oncológicos, ambulatorios y/o de otras especialidades no relacionadas a los cuidados intensivos, referidos a inserción por imagenología, tipos de fijación o material de PICC y aquellos de uso exclusivo para nutrición parenteral, con lo que se excluyeron 690 artículos.

Al comparar los 25 documentos recuperados, seis de ellos se encontraban duplicados, por lo que se incorporaron 19 artículos a la lectura crítica del texto completo, analizados según los criterios de rigurosidad propuestos por la Critical Appraisal Skills Programme español (CASPe) (13), lo que permitió obtener 10 artículos para incluir en la síntesis de la mejor evidencia para dar respuesta a la interrogante planteada.

Todo el proceso de selección y elección de artículos se puede observar en el diagrama de flujo de la figura 1.

FIGURA 1. DIAGRAMA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS



La revisión bibliográfica realizada cumplió con todos los principios éticos nacionales e internacionales que rigen una investigación secundaria, sin existencia de conflictos de intereses, así mismo se respetó el derecho de autor, realizando la citación respectiva y otorgándole crédito a los autores revisados.

› Resultados

Caracterización de los artículos

Los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión para conformar la muestra de esta revisión bibliográfica se caracterizan por ser:

5 documentos publicados entre 2011 a 2015 y 5 entre el 2017 a 2019.

8 artículos originales y 2 de revisión.

Entre los artículos de investigación se distingue 1 ensayo controlado prospectivo, 3 estudios de cohorte, 1 de tipo comparativo, 1 observacional prospectivo, 3 observacionales retrospectivos y 1 búsqueda sistemática.

Los países donde se realizaron las investigaciones fueron China, Estados Unidos, España, Irak - Reino Unido.

En la tabla 1, se presenta el título y objetivo de los diez artículos seleccionados.

TABLA 1. ARTÍCULOS SELECCIONADOS

Título	Autor Principal	Año y País	Objetivo
Use of Peripherally Inserted Central Catheters as an Alternative to Central Catheters in Neurocritical Care Units (14).	Christi Delemos	2011 Estados Unidos	Evaluar los catéteres centrales de inserción periférica como una alternativa a los catéteres venosos centrales tradicionales en los centros de atención neurocrítico.
The Clinical Significance of Peripherally Inserted Central Venous Catheter - Related Deep Vein Thrombosis (15).	Jeffrey Fletcher	2011 Estados Unidos	Determinar la tasa de incidencia y la condición de sintomático de trombosis venosa relacionado a PICC en pacientes críticamente enfermos ingresados en UCI neurológica.
Central and peripheral venous lines - associated bloodstream infections in the critically ill surgical patients (16).	Mohamed Ugas	2012 Irak - Reino Unido	Resumir la evidencia sobre la incidencia de infección del torrente sanguíneo en líneas centrales y periféricas en pacientes críticamente enfermos quirúrgicos, y las medidas generales para la prevención e intervención.
Comparison of catheter-related large vein thrombosis in centrally inserted versus peripherally inserted central venous lines in the neurological intensive care unit (17).	Tomas Wilson	2012 Estados Unidos	Comparar las tasas de complicaciones relacionadas al PICC y CVC incluyendo la trombosis, la infección del torrente sanguíneo y complicaciones de inserción en una UCI neurológica.
Complication rates among peripherally inserted central venous catheters and centrally inserted central catheters in the medical intensive care unit (18).	Matthew Nolan	2015 Estados Unidos	Examinar patrones de incidencia, tiempo y predictores de las infecciones del torrente sanguíneo asociada a PICC.
Incidencia de Flebitis asociada a Catéteres Centrales de Inserción Periférica en UCI Adultos: Implementación de un Protocolo para Enfermería (19).	Yaniz Álvarez	2017 España	Comparar la incidencia de flebitis antes y después de la implementación a) Protocolo estandarizado que incluye la escala VIP (visión, infusión, flebitis) como herramienta de diagnóstico de flebitis en dos periodos distintos: P1: Oct 2012 -Feb 2013 y P2: Oct 2013 - Feb 2014. b) Conocer la incidencia de flebitis causadas por PICC's y analizar los factores relacionados con su desarrollo en pacientes hospitalizados en UCI. c) Comparar la incidencia de flebitis entre catéteres de 2 versus 3 lúmenes.

Título	Autor Principal	Año y País	Objetivo
The microbiological characteristics and risk factors for PICC-related bloodstream infections in intensive care unit (20).	Shumin Zhang	2017 China	Determinar las características de las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el PICC en pacientes de UCI.
Complicaciones relacionadas con la inserción y el mantenimiento del catéter venoso central de acceso periférico (21).	María Lacoste-Pérez.	2018 España	Evaluar las tasas y la naturaleza de las complicaciones relacionadas con el PICC desde su inserción hasta su retirada.
Peripherally inserted central catheters in critically ill patients - complications and its prevention: A review (22).	Sona Duwadi	2018 Estados Unidos	Proporcionar una visión general de la literatura actual sobre complicaciones relacionadas con PICC y estrategias de prevención.
10 A Randomized Trial of Complications of Peripherally and Centrally Inserted Central Lines in the Neuro-Intensive Care Unit: Results of the NSPVC Trial (23).	Nicholas Brand	2019 Estados Unidos	Comparar complicaciones de PICC y CVC en una unidad de cuidados intensivos.

Se realizó un análisis narrativo del contenido de los artículos seleccionados, lo que permitió extraer los principales resultados, los que fueron

agrupados en beneficios y complicaciones asociadas al uso del catéter venoso central de acceso periférico, lo que se muestra en la Tabla 2.

TABLA 2. BENEFICIOS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE PICC EN PACIENTES ADULTOS DE UNIDADES CRÍTICAS.

Beneficios	Complicaciones
<p>Método eficaz y seguro en pacientes ingresados en la UCI (16,19-21).</p> <p>Permite el monitoreo hemodinámico (14,16,19-21).</p> <p>Administración de todo tipo de medicamentos endovenosos (16,19-22).</p> <p>Administración de productos sanguíneos (16).</p> <p>Administración de nutrición parenteral (16,19,20).</p> <p>Extracción de muestras de sangre (16,19-21).</p> <p>Uso prolongado (16,19,20).</p> <p>Es de bajo costo (20-22).</p> <p>Presenta menos complicaciones en la inserción en comparación con los CVC (14) ya que no existe daño a la pleura pulmonar durante la instalación (14,19-21).</p> <p>Disminuye el riesgo de hemorragia por punción accidental de grandes arterias (21).</p> <p>La instalación es una técnica que puede ser realizada por enfermería (21).</p> <p>La participación activa de la enfermera aporta a disminuir los riesgos de infección asociados (21).</p>	<p>Complicaciones mayores: fallas mecánicas, infección y trombosis, siendo estas dos últimas las más frecuentes y Complicaciones menores: flebitis, dolor y/o hematoma (22).</p> <p>Las complicaciones pueden disminuir la calidad de vida, aumentar la morbimortalidad, aumentar los costos de tratamientos y la estadía hospitalaria (22).</p> <p>La mayor cantidad de lúmenes o mayor diámetro del lumen aumenta el riesgo de infección (20).</p> <p>El desarrollo de infecciones del torrente sanguíneo relacionado al uso de PICC es mayor en algunas investigaciones y en otras indican que es menor que otros dispositivos (23).</p> <p>La presencia de trombosis venosa asociada a PICC es mayor en los PICC que en los CVC (18).</p> <p>Complicaciones como dolor, hematoma, reacciones cutáneas al apósito, resistencia al enjuagar y/o flebitis pueden corregirse con un tratamiento secundario conservador y no requieren la eliminación temprana del PICC (22).</p>

› **Discusión**

Los resultados de esta revisión dan a conocer los beneficios y las complicaciones asociadas al uso del catéter venoso central de inserción periférica (PICC), esta información permitirá incorporar su aplicación como una posibilidad de acceso vascular en pacientes de UCI y planificar cuidados de enfermería para su manejo y mantención, permitiendo prevenir o pesquisar precozmente situaciones de riesgo.

Entre los beneficios descritos por las diferentes investigaciones destaca que el PICC es un acceso vascular eficiente y seguro (16). Durante su instalación no presenta riesgo de daño a la pleura evitando el neumotórax o hemorragias por punción arterial, situaciones que se observan frecuentemente en la inserción de vías centrales, sobre todo cuando se utilizan como acceso las venas subclavas o yugulares (8,14,19-21), y puede ser usado por periodos prolongados de tiempo (16,19,20), lo que permite disminuir los costos (20-22) de insumos y de recurso humano para la instalación.

La evidencia encontrada muestra que el PICC puede cumplir las mismas funciones que un catéter venoso central de instalación central. Es un dispositivo vascular de gran versatilidad, puede ser utilizado para realizar monitoreo hemodinámico de la PVC (14,16,19-21), para la administración de medicamentos endovenosos incluyendo fármacos citotóxicos y vesicantes (16,19-22), así como la administración de Nutrición Parenteral (16,19-21), además de ser utilizado para la extracción de muestras sanguíneas (19,20).

Es importante destacar, que la instalación de este catéter puede ser realizado por profesionales de enfermería capacitados, quienes además han sido considerados como el profesional clave en la disminución de los riesgos asociados a su uso

(22), cumpliendo así su responsabilidad legal en la gestión del cuidado en lo relativo a la mantención y restauración de la salud y en la administración de los recursos de asistencia para el paciente, según lo establecido en el Código Sanitario chileno (24).

En cuanto a las complicaciones asociadas al uso de PICC, es importantes considerar que pueden llegar a generar disminución de la calidad de vida, aumento de la morbimortalidad, aumento de los costos de tratamientos y aumento en la estadía hospitalaria. Una revisión bibliográfica realizada en Estados Unidos en el año 2018 clasificó las complicaciones en dos tipos: a) mayores, entre las que se encuentran la infección, trombosis, fallas mecánicas y b) complicaciones menores como la flebitis, dolor y/o hematoma, de estas complicaciones las que se presentan con mayor frecuencia en los usuarios de PICCs son las infecciones y trombosis (22).

Las complicaciones menores como el dolor, hematoma, reacciones cutáneas al apósito, resistencia al enjuagar y/o flebitis pueden corregirse con un tratamiento secundario conservador y no requieren la eliminación temprana del PICC (22).

Respecto a las infecciones, se han encontrado algunas divergencias en los pacientes hospitalizados en UCI, por un lado, hay investigaciones que no han reportado infecciones asociadas a su uso (23), mientras que en otros estudios casi un cuarto de los pacientes con PICC las presentaron (21), en todo caso su prevalencia en pacientes de larga estadía en UCI ha resultado más baja en comparación con las mostradas por los usuarios de CVC (16). Ante esto, la principal medida preventiva para reducir la complicación infecciosa es mantener una técnica estéril estricta y una correcta desinfección de la piel, tanto durante la instalación, como en el manejo posterior (22).

Es relevante considerar que existen algunas características que aumentan el riesgo de infecciones del torrente sanguíneo asociadas al uso de PICC, entre ellas un mayor calibre de catéter, mayor número de lúmenes (20) o mayor número de intentos de punción durante la instalación (21).

En lo relacionado con la trombosis venosa como complicación, existe consenso en que se presenta con mayor incidencia en los PICC en comparación con los CVC (18). Se encontraron dos investigaciones norteamericanas que informaron entre 3 y 7 veces más trombosis, afectando entre un 4% (18) y un 8% (15,17) de los pacientes usuarios de PICC. Los estudios mostraron que el número de días de uso de los PICC es mayor que para los CVC, lo que puede explicar en parte la mayor tasa de trombosis (17,18). En cuanto al diámetro de la línea del catéter y la ubicación de la inserción no mostraron relación con la generación de trombosis (15).

Actualmente no hay protocolos unificados para el manejo del PICC, existen varios estudios que apuntan a la necesidad de elaborar guías de manejo para su adecuado uso en las Unidades de Paciente Crítico, enfatizando las ventajas de una utilización estandarizada que beneficiaría al paciente crítico (19).

› Conclusiones

A partir de esta revisión de la literatura científica, se pudo evidenciar que es su mayoría son países europeos y norteamericanos los que han desarrollado investigaciones sobre el uso y manejo de los PICC, lo que permitió realizar el presente trabajo y determinar sus principales ventajas y complicaciones. Esto también muestra que en Latinoamérica podría existir un escaso uso de este dispositivo o es una temática poco abordada en investigaciones desarrolladas en Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos.

La evidencia mostró que el uso del PICC es una alternativa de acceso vascular efectiva y segura, y posee grandes ventajas como un bajo costo, su instalación puede ser efectuada por personal de enfermería capacitado, y presenta menos riesgo de infecciones u otras complicaciones en relación al uso del clásico CVC.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que existen complicaciones asociadas a su uso, como todo procedimiento invasivo utilizado en una Unidad de Cuidados Intensivos, entre ellas destaca la trombosis. La enfermera juega un rol importante en la prevención y pesquisa precoz de estas complicaciones ya que posee competencias y habilidades para planificar y ejecutar cuidados adecuados para su mantención y/o retiro de ser necesario.

Es relevante contar con estudios que puedan abordar la participación de la enfermera en el proceso de instalación a nivel latinoamericano, lo que permitirá utilizar un acceso vascular ventajoso, aportando beneficios a los pacientes críticos. En consecuencia, a lo expuesto, se requerirá también la capacitación y entrenamiento de las habilidades técnicas del profesional de enfermería que trabaja en Cuidados de Intensivo para que asuma esta técnica como parte de sus funciones.

También es importante generar consensos en cuanto al manejo del PICC en Unidades de Cuidados Intensivos, generando protocolos estandarizados para determinar su uso en reemplazo del CVC o evaluar las indicaciones absolutas y relativas para instalarlos en pacientes críticos, considerando la gravedad del paciente, requerimientos de procedimientos y fármacos, entre otros.

› Referencias bibliográficas

1. Imigo F, Elgueta A, Castillo E, Celedón E, Fonchac C, Lavanderos J, et al. Accesos Venosos

Centrales. Cuad Cir. 2011; 25(1): 52-8.

2. Cárcoba N, Ceña S. Cateterización venosa central de acceso periférico mediante técnica seldinger modificada en la urgencia hospitalaria. *Enferm glob.* [Internet]. 2010 (oct) [acceso 23 sep 2019]; (20). Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.9.3.110901>

3. Soriano E, García J, Blaya F, Islán M, Gallego LT, Franco-López A, et al. Dispositivo de fijación, cierre y acoplamiento para catéter de perfusión intravenosa. *Nutr Hosp.* 2015; 32(3): 1382-5.

4. Sánchez-Arzate K, Molina-Méndez F. Estado actual del catéter venoso central en anestesiología. *Rev Mex Anest.* [internet]. 2014(abr-jun). [acceso 15 oct 2019]; 37 (Supl 1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2014/cmas141am.pdf>

5. Rivas R. Complicaciones mecánicas de los accesos venosos centrales. *Rev Med Clin Condes.* 2011(may); 22(3): 350-60.

6. Ferrer C, Almirante B. Infecciones relacionadas con el uso de los catéteres vasculares. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2014 (feb); 32(2): 115-24.

7. Bodenham A. Acceso vascular. *Rev Med Clin Condes.* 2017 (sep-oct); 28(5): 713-26.

8. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Envía indicadores de referencia de infecciones asociadas a la atención en salud vigentes desde mayo 2019. Chile. 2019.

9. Ibáñez J. Control de los catéteres venosos centrales: cuidados de enfermería. *Diálisis y trasplante.* 2011 (jul-sep); 32(3): 125-6.

10. Arroyo L, Barea J. Catéteres venosos centrales de inserción periférica (PICC). Ventajas, inconvenientes y conocimientos de enfermería.

Ciberrevista. [internet] 2017 (mar-abr). [acceso 22 sep 2019]. (57). Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2017/pagina7.html>

11. Subirana M, Fargues I. Enfermería basada en la evidencia. En: *Difusión Avances de Enfermería. Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia de los cuidados.* Madrid (España): DAE; 2004. p. 9-14.

12. Santos C, Pimenta C, Nobre R. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino-Am Enfermagen.* [internet]. 2007 (jun). [acceso 13 oct 2019]; 15(3): 508-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>

13. Cabello J. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico: 11 preguntas para entender un ensayo clínico. En: *CASPe. Guías CASPe de lectura crítica de la literatura médica.* Alicante. CASPe; 2005. Cuaderno I p. 5-8.

14. DeLemos C, Abi-Nader J, Akins P. Use of peripherally inserted central catheters as an alternative to central catheters in neurocritical care units. *Crit Care Nurse.* 2011 (abr); 31(2): 70-5.

15. Fletcher J, Stetler W, Wilson T. The clinical significance of peripherally inserted central venous catheter-related deep vein thrombosis. *Neurocrit Care.* 2011(may); 15: 454-64.

16. Ugas M, Cho H, Trilling G, Tahir Z, Raja H, Ramadan S, et al. Central and peripheral venous lines-associated blood stream infections in the critically ill surgical patients. *Ann Surg Innov Res.* [internet]. 2012 (sep). [acceso 26 sep 2019]; 6(1). Disponible en: <http://doi.org/10.1186/1750-1164-6-8>

17. Wilson T, Stetler W, Fletcher J. Comparison of catheter-related large vein thrombosis in cen-

trally inserted versus peripherally inserted central venous lines in the neurological intensive care unit. *Clin Neurol Neurosurg*. 2013 (jul); 115(7): 879-82.

18. Nolan M, Yadav H, Cawcutt K, Cartin-Ceba R. Complication rates among peripherally inserted central venous catheters and centrally inserted central catheters in the medical intensive care unit. *J Crit Care*. 2016 (feb): 31 (1); 238-42.

19. Álvarez F, Ajona P, Díaz E, Senar J, Garralda N, Morales A, et al. Incidencia de Flebitis asociada a Catéteres Centrales de Inserción Periférica en UCI Adultos: Implementación de un Protocolo para Enfermería. *Enferm Glob*. [internet]. 2017(ene). [Acceso 16 sep 2019]; 16(45): 416-37. Disponible en: <http://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.248081>

20. Zhang S, Sun X, Lei Y. The microbiological characteristics and risk factors for PICC-related bloodstream infections in intensive care unit. *Sci Rep*. [internet]. 2017 (nov). [acceso 12 sep 2019]. 7(1); 15074. Disponible en: <http://doi.org/10.1038/s41598-017-10037-2>

21. Lacostena-Pérez M, Buesa-Escar A, Gil-Alós A. (2018). Complicaciones relacionadas con la inserción y el mantenimiento del catéter venoso central de acceso periférico. *Enferm Intensiva*. 2018 (jul-sep): 30(3): 116-26.

22. Duwadi S, Zhao Q, Singh B. Peripherally inserted central catheters in critically ill patients – complications and its prevention: A review. *Int J Nurs Sci*. 2019 (ene); 6(1): 99-105.

23. Brandmeir NJ, Davanzo JR, Payne R, Sieg EP, Hamirani A, Tsay A, et al. A randomized trial of complications of peripherally and centrally inserted central lines in the neuro-intensive care units: results of the NSPVC trial. *Neurocritic Care*. 2019 (abr); 32(2): 400-6.

24. Código Sanitario. Decreto con fuerza de Ley N° 725. Libro V, Artículo 113, inciso cuarto. (Diario oficial de la República de Chile, número 725, de 11 – 12 – 67, última modificación 13 – 09 – 2011).

Gestión del cuidado en enfermería desde una reflexión epistemológica

Autora:

María Antonieta Silva Muñoz¹. Enfermera-Matrona. Magíster en Enfermería. Académica Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso. Estudiante de Doctorado en Enfermería Universidad Andrés Bello, Viña del Mar. E-Mail: antonieta.silva@uv.cl

Fecha de Recepción: 03.03.2020

Fecha Aceptación: 09.11.2020

DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.51.2020.2722>.

› Resumen

La Gestión del Cuidado se fundamenta en valores universales y conocimientos que emergen de otras ciencias y de la propia disciplina y ciencia de Enfermería, amparado en procesos estratégicos que buscan la calidad, continuidad, integralidad de la atención y bienestar de las personas. **Objetivo.** Mediante análisis epistemológico del concepto de Gestión del Cuidado de Enfermería, se pretende comprender su origen, como se articula con la disciplina y ciencia Enfermería, dificultades en su aplicación y desafíos pendientes dentro de la disciplina y profesión. El conflicto teórico-práctico sigue siendo para la Ciencia Enfermería una preocupación constante, escenario que se entrelaza con la Gestión del Cuidado. Existen grandes desafíos pendientes para que este constructo se reconozca y valore no sólo por Enfermería, sino también por otras disciplinas para articularse con otras profesiones sanitarias y evidenciar objetivamente los beneficios en la acción de cuidar; posicionamiento crucial que le permitiría estar inmersa en la política pública de salud e ingresar operativamente a los servicios públicos y privados; trabajo que debería emerger conjuntamente desde la actividad gremial, academia, investigación y acción legislativa.

› **Palabras claves:** Organización y Administración, Atención de Enfermería, Administración de los Servicios de Salud (DeCS- BIREME).

Management of nursing care from an epistemological reflection

› Abstract

Care Management is based on universal values and knowledge that emerge from other sciences and from the discipline and science of Nursing itself, supported by strategic processes that seek quality, continuity, integrality of care and welfare of people. Objective. Through epistemological analysis of the concept of Nursing Care Management, it is intended to understand its origin, how it is articulated with the discipline and science of Nursing, difficulties in its application and pending challenges within the discipline and profession. The theoretical-practical conflict continues to be a constant concern for Nursing Science, a scenario that is intertwined with Care Management. There are great pending challenges so that this construct is recognized and valued not only by Nursing, but also by other disciplines to articulate itself with other sanitary professions and to objectively evidence the benefits in the action of taking care; crucial positioning that would allow it to be immersed in the public policy of health and to enter operationally to the public and private services; work that should emerge jointly from the union activity, academy, investigation and legislative action.

› **Keywords:** Organization and Administration, Nursing care, Health Services Administration (DeCS- BIREME).

› Introducción

El cuidado humanizado debe convertirse hoy en un proceso profesional concreto, real, transformador, dinámico, continuo e integral, mediante la gestión del cuidado, constructo amparado en valores universales y conocimientos que emergen de la disciplina y ciencia de enfermería, además de otras ciencias, amparándose en procesos estratégicos que buscan la calidad, continuidad e integralidad de la atención y bienestar de las personas (1-4). Pero desde una mirada epistemológica ¿cómo emerge el concepto de Gestión del Cuidado?, ¿cómo se articula con enfermería desde el punto disciplinar y ciencia?, ¿qué dificultades se han presentado para su instauración a nivel institucional?, ¿qué avances y desafíos están pendientes para su amplio reconocimiento y aplicación?

Aristóteles, señala a la epistemología como la ciencia que tiene el objetivo de conocer los objetos en su naturaleza y en sus causas. Es producto de la interacción de las personas con el medio y mediante un proceso reflexivo del ser humano, que se organiza el saber válido hasta llegar a sistematizarlo (5). El estudio epistémico de enfermería debe centrarse entonces en su historia (6), en su crecimiento vertebral teórico, en su desarrollo científico y articulación profesional; recolectado con años de experiencia teórico y práctica (7,8). La enfermería es una disciplina joven, iniciada en los últimos 50 años, pero sus raíces nacen con la humanidad y puede considerarse un arte milenario dedicado siempre al cuidado del otro, que ha evolucionado desde su práctica empírica, hasta el desarrollo de teorías y filosofía propia (9,10).

En un comienzo el cuidado fue concebido como vocación de servicio, ciñéndose a un conocimiento empírico alcanzado a través de la praxis, posteriormente el fundamento teórico reunido en los conceptos centrales metaparadigmáticos y epis-

témicos desarrollados por enfermería entregan el sustento disciplinar en su aspecto abstracto a través de los modelos conceptuales y grandes teorías y un sustento más cercano a la práctica, a través de las teorías de rango medio y microteorías (1,10-12), pero no sin reconocer que el conflicto teórico-práctico continúa siendo una preocupación para esta ciencia principiante (11,13).

El objeto del conocimiento de enfermería ha sido históricamente delimitado por los cuidados prodigados a las personas y familias, centrado en las necesidades individuales y colectivas cambiantes tanto físicas como psicológicas en el contexto social y cultural de los problemas de salud y enfermedad (14). Los cuidados humanos son un fenómeno universal y de gran variabilidad entre las diferentes culturas, lo que determina que el cuidado que se otorgue también lo sea (10).

El concepto de cuidar forma parte fundamental del cuidado humanizado de enfermería, el que debe permanecer no sólo como una concepción abstracta de ayuda entre la enfermera y usuario, debiendo convertirse entonces en un proceso profesional concreto, real, transformador, dinámico, continuo e integral, mediante la gestión del cuidado (4).

El objetivo de esta reflexión es realizar un análisis epistemológico del concepto de “Gestión del Cuidado de Enfermería”, que aporte a comprender su origen, como se articula con la disciplina y ciencia de enfermería, dificultades en su aplicación y desafíos pendientes dentro de la disciplina y profesión.

› Análisis conceptual

La gestión es un concepto proveniente de la rama gerencial y acuñado por enfermería en los años sesenta bajo el término administración, que alude

al proceso de planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos de una organización para cumplir los objetivos con eficacia y eficiencia, que más tarde en los años ochenta pasó a denominarse gestión. Este nuevo concepto amplía e integra el proceso de la toma de decisiones del cuidado profesional dentro de un contexto económico, financiero y político que se requiere operacionalizar (15). El cuidado centrado en la persona y familia, que interactúa con un entorno permanentemente dinámico permite ligar y complementar la ciencia y el arte de enfermería en perfecta consonancia para organizar y coordinar los recursos necesarios, además de evaluar la calidad de los cuidados que se proveen (16). No obstante, para este propósito puede resultar importante dialogar y trabajar en estrecha colaboración con otras disciplinas de la salud (17).

Madeleine Leininger advierte, si algo está claro en enfermería es su estrecha dependencia con los cuidados (18). Por su parte, Martin Heidegger señala desde un punto de vista óntico, “el ser es el hombre” que requiere ser asumido y estudiado en su aceptación más general y comprensiva, para evitar ante todo el riesgo de subestimar lo esencial de éste y de caer en la “imparcialidad” de la indagación y ser estudiado desde lo cotidiano (19). Entonces, “Cuidar es más que un acto; es una actitud” (20). La profesión de enfermería debe contribuir a evidenciar y consolidar la discusión filosófica y científica, para que germine así la estrecha relación entre el cuidado profesional, “concebido como una profunda expresión de humanismo, y la dignidad e individualidad de las personas que cuidamos” (21,22). Sin embargo, los comienzos de la enfermería institucionalizada, la liga a lo religioso, circunscrito a un régimen hegemónico bajo la figura masculina del modelo medicalizado, ha desarrollado una disciplina domesticada y sometida (23). Un sistema patriarcal que persiste hasta

hoy, que pareciera imponer a las enfermeras a una “condición alienada, sumisa, abnegada y secundaria socialmente”(24).

En este contexto, el escenario de la profesión de enfermería históricamente ha estado marcado por la sumisión y la obediencia patriarcal y con una incuestionable superioridad jerárquica médica, registrado explícitamente en los manuales y artículos de enfermería de fines del siglo XIX y principios del siglo XX, donde la enfermera era considerada sólo un medio por el cual el médico conseguía que sus instrucciones se cumplieran. Estudios sociológicos relacionan esta conducta en términos de estereotipos de género, donde se contraponen la protección y la pasividad del rol femenino versus la decisión y competencia del rol masculino de la época. La diferencia de clase social también jugó un rol importante, puesto que la mayoría de las enfermeras provenían de clases sociales humildes, mientras que la mayoría de los médicos provenían de clases sociales y económicas acomodadas (25), respondiendo así a la moral de los aristócratas, que alude a que la pertenencia de los integrantes de una organización a determinadas clases sociales influye en el comportamiento individual, colectivo y organizacional (23).

Lo señalado se observa en lo escrito por Florence Nightingale en sus notas en 1860, una enfermera debería ser “devota y obediente” (26). Es posible, que la diferencia de capacitación académica entre las enfermeras y médicos también impacte sobre este equilibrio, puesto que se entrega socialmente mayor valoración a los conocimientos científicos biologicistas en que se sustenta la profesión médica (25). Margaret Newman y Alaf Meleif dos importantes teoristas de enfermería, coinciden que durante las primeras décadas del siglo pasado el conocimiento de enfermería se basó en el del médico, aun teniendo educación universi-

taria autónoma (10). No obstante, esta condición de desventaja y sumisión hacia otros profesionales se mantiene en la actualidad en enfermería, restándole poder dentro del equipo de salud, afectando además la imagen de liderazgo que el docente pretende proyectar en la práctica clínica a sus estudiantes y validando la posición de dominación (27). Estudios realizados con enfermeras, estas manifiestan que su condición de subordinación se debe a que “ellos saben más”. Esta brecha prevalente ha generado múltiples problemas de comunicación entre estos dos profesionales, lo que podría traducirse riesgosamente en omitir la priorización de las necesidades y seguridad del usuario como primer núcleo de la atención humanizada (25, 28).

Madeleine Leinenger reconoce que las enfermeras han asumido una posición demasiado etnocéntrica, además de estar excesivamente próxima a los intereses de la medicina y que la práctica profesional, impresiona que no ha sido tan integral como lo dice el discurso, puesto que la mayoría de los usuarios perciben la atención enfatizada en aspectos biológicos (29). Por su parte, Jean Watson en la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado de las personas, se hace necesario el rescate en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación, por parte de los profesionales enfermeros (30).

El cuidado personalizado es el engranaje esencial de la humanización del cuidado y es la gestión del cuidado quien dirige y asegura que este cuidado se proporcione en consonancia, de esta manera, se trata de un “proceso heurístico” que administra el recurso humano y su entorno para conservar y propiciar la salud de las personas, donde el profesional “planea, organiza, conduce, motiva y controla la provisión de cuidados”(4). De esta manera,

emerge la “Gestión del Cuidado en Enfermería”, orientada primordialmente a satisfacer las necesidades de las personas en forma segura, reorientando las estrategias y acciones de mejoramiento continuo, apoyadas en la investigación, la evaluación, la discusión y el consenso entre los profesionales del equipo enfermería, de otras disciplinas y las autoridades institucionales de salud (16). La gestión fue acuñada por enfermería en la década de los sesenta, utilizando el término latino de “administración”, refiriéndose al proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos (31). Más tarde durante los años ochenta, pasaría a utilizarse el término “gestión”, como un concepto más amplio y que reúne aspectos económicos, políticos y financieros en la toma de decisiones (32).

En Chile, a través de la Ley N° 19536 (33), se introduce un inciso al artículo 113 del Código Sanitario que rige las funciones de enfermería, definiendo el rol social de la enfermera y asignándole tres grandes funciones: la gestión del cuidado, la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de recursos humanos y materiales de asistencia para el usuario (34,35). Esta función fue también definida por la Comisión de Legislación en Enfermería en la Norma N°19 como: “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución” (36), pero circunscrita a la atención cerrada, así mismo, expresa que la Gestión del Cuidado es un componente básico para el desarrollo de la Gestión Clínica (35,36), provocando una situación interpretativa confusa en la determinación del alcance para otras disciplinas de la salud, además de un cuestionamiento de la estructura organizacional, surgiendo la eventuali-

dad de ser ejercida por otro profesional (37).

Es así como el Colegio Médico de Chile ha reconocido la importancia de la creación e implementación de las unidades de Gestión del Cuidado a nivel hospitalario, pero discutiendo la idoneidad de las enfermeras para gestionar estas unidades, insistiendo que éstas deben quedar bajo la dependencia de la Subdirección Médica del establecimiento y mostrando una evidente preocupación por las modificaciones en la tradicional estructura jerárquica que se producirían al hacer estas unidades independientes a su supervisión (38,39).

No se puede desconocer los logros obtenidos hasta ahora en ámbitos legales, políticos y aspectos operativos de la gestión del cuidado, sin embargo, si bien se define en forma general la labor autónoma de enfermería en la gestión del cuidado y sin la tuición de cualquier otra profesión, no se clarifican cuáles son sus alineaciones específicas, ni a qué áreas se aplica, lo que dificulta la valoración precisa del cumplimiento profesional para este propósito. Probablemente estas sean las razones por las cuales este propósito no está interiormente desarrollado en los hospitales y a los profesionales enfermeros les ha resultado complejo hacer la distinción conceptual y práctica entre atención de enfermería, gestión en general, gestión clínica y gestión del cuidado (40). Hasta la fecha, la gestión del cuidado no cuenta con estándares de calidad medibles, que permitan visibilizar y evaluar científicamente y con evidencia este accionar (41), no obstante, es un desafío pendiente que requiere de un esfuerzo colaborativo (2).

En América Latina y en Chile en particular, la gestión sanitaria forma parte de un cuerpo de estrategias de políticas públicas de salud, sin hacer distinción entre lo público y privado, y es parte central de las reformas del sector sanitario en respuesta a los cambios epidemiológicos, sociales,

políticos y económicos, constatándose reales problemas de inequidad y centralización (32) y donde la administración de los hospitales públicos no ha estado exenta de las desigualdades sociales (14), dividiéndose en dos períodos: uno de valores modernos donde prima como único objetivo la provisión de cuidados en salud a la población, demandando un muy elevado presupuesto sanitario, con falta de coordinación entre niveles de atención y recursos humanos desaprovechados, y otro de valores posmodernos, donde es analizado bajo el contexto de la calidad total y avalado por grandes reformas de salud, donde prevalece el modelo de la eficacia, efectividad y eficiencia en los servicios, primando para ello la política de autogestión en Red. En este modelo sin embargo, aspectos de formación y planificación del recurso humano en salud continúan pendientes, puesto que aunque se intente mejorar la calidad de los cuidados, impera un modelo economicista que debe permanentemente reducir costos de procedimientos y tecnología cada vez más caros(42). En este sentido, un estudio de la Universidad Católica de Chile de fines del 2011 encargado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), analizó la operación financiera de 16 de los principales hospitales, concluyendo que los costos sanitarios, son en promedio, un 84% más altos que el financiamiento que reciben los recintos por los mismos ítem (43).

A nivel latinoamericano, en busca de un consenso sobre la gestión del cuidado, emerge en el año 2008, la Red Internacional de Gestión del Cuidado de Enfermería (RIGCE) presente hoy en 12 países como: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Panamá, Perú, Uruguay México y España. Dentro de los lineamientos estratégicos declarados en el año 2017, se describe analizar la conceptualización y desarrollo de la gestión del cuidado tanto en el ejercicio profesional como académico. En las aspiraciones de esta organiza-

ción se encuentra la generación de conocimiento colaborativo, que permita mejorar la calidad de la atención de salud y fortalecer principalmente la gestión del cuidado, la que es señalada como un área de dominio de enfermería (3).

La gestión del cuidado de las enfermeras en Chile y América Latina especialmente de instituciones públicas que intenta promover un cuidado humanizado, se enfrenta diariamente a la falta de empoderamiento y sobrecarga asistencial con tres aristas relevantes a atender: la primera corresponde a las evidentes necesidades de personas que mantienen prevalentes desigualdades sociales (14), la segunda, el modelo hegemónico médico que rivaliza con las demás profesiones en salud por mantener su superioridad jerárquica y retener en sus profesionales los cargos directivos de las unidades clínicas (26,42) y en tercer lugar, los requerimientos institucionales de hospitales adeudados e impregnados de un modelo biomédico y curativo, que se les exige calidad y seguridad del usuario, pero promoviendo a diario para subsistir una economía a escala (44), sumiéndose en los paradigmas dominantes del positivismo lógico y neopositivismo, en respuesta al prevalente interés por la predicción y control (45).

De acuerdo a la Teoría de Parsons, las instituciones hospitalarias son subsistemas sociales que tienden a ser imperturbables en sus normas y logran en las personas que ingresan a ellos, un control social, de tal forma que rápidamente deben adaptarse, para convertirse en actores de esta estructura organizacional y funcional, que edifica una estructura organizativa e instala procedimientos y rutinas, favorece u obstaculiza procesos de cambios, genera mecanismos y modos de regulación de conflictos en un aparato jurídico normativo (46,47). El rol de enfermería en las instituciones de salud, especialmente hospitalarias, obedece como

lo señala Watson a una conducta institucionalizada (48) y que empobrece y anula las acciones cuidadoras que emergen de un modelo diferente del biomédico, reduciendo el actuar cotidiano del cuidado al accionar procedimental, agregando limitación de su autonomía profesional en el ejercicio de su quehacer diario (46).

En este contexto es importante analizar el concepto “término medio” utilizado por Martin Heidegger, el cual podría emplearse para resolver este conflicto de comprensión, ya que lo describe como el análisis estructural del ser que no aísla una de las tareas en desmedro de otras, teniendo presente que lo distintivo del hombre entre las cosas es el hecho de estar referido a sus posibilidades, es decir, su potencialidad permanente de este ser en el mundo en forma dinámica y nos convoca como profesionales a consensuar que la objetividad es imprecisa e inadecuada para esta concepción humana. “Las cosas son ante todo instrumentos y siempre se es instrumento para algo”, en esta perspectiva, Heidegger señala que el mundo no es la suma de las cosas, sino que es la condición para que aparezcan las cosas individuales, teniendo presente que no hay mundo si no hay “Dasein”, en otras palabras, el hombre o el ser de Heidegger no es sólo o principalmente un estar en medio de una totalidad de instrumentos, sino que es un estar familiarizado con una totalidad de significados, donde lo que importa no es solo el efectivo fin, sino el valor y significado que involucra para cada ser (19). Con ello, se hace presente que la gestión del cuidado debe afanarse en el cuidado de las personas como fundamento ontológico y epistémico de la profesión, donde la instrumentalización, lo procedimental, la tecnología y la gestión misma, son sólo el medio para cuidar al hombre dentro de su cotidianidad, considerando que se trata de un ser demandante, inconstante, particular, pleno de significados diferentes, en un

entorno cambiante y que nos demanda estudiar y conocer permanentemente a través del enfoque integrador de paradigmas de la filosofía que faciliten un pensamiento crítico, lógico y reflexivo, impidiendo la automatización y promoviendo un actuar carente de prejuicios e intereses de poder y dialéctica materialista (9).

Por su parte, corrientes de la Escuela de Frankfurt, como la Teoría Crítica que nace con los filósofos Horkheimer y Adorno, cuestionan la modernidad en términos que alimentan un alineamiento en las personas que no es visibilizado. Del mismo modo, el paradigma emancipatorio que surge con Habermas fundamentado en las ciencias sociales y filosóficas, centra sus estudios en la racionalidad moderna, el interés del conocimiento, la teoría de la acción comunicativa y el proceso de emancipación, cuyo interés es la liberación propia de la reflexión de las disciplinas críticas, señalando que el conocimiento tiene un carácter liberador y ético, más que dominador y técnico. La investigación se ha utilizado para legitimar la enfermería como profesión, y esta ha hecho un esfuerzo significativo durante los siglos XX y XXI por desarrollar el cuerpo de conocimientos necesario para la atención de salud de las personas (49,50). El interés del paradigma emancipatorio es reconocer la realidad psicológica, cognitiva, moral, política y social de todos quienes participan en la investigación, para centrarse en el entendimiento de la colectividad y provocar así un cambio sistémico y transformador desde la teoría a la práctica en el interior de las estructuras sanitarias, creando relaciones colaborativas y no competitivas, desarrollando estrategias de negociación del poder, creando ambientes participativos y fomentando especialmente el pensamiento crítico (45).

A su vez, en el contexto académico de la formación de enfermeras en Chile, la gestión del cuidado se

ha visto incorporada a nivel curricular como una necesidad desde el punto de vista disciplinario e impulsada por la creciente complejidad del ejercicio de la actividad sanitaria, que busca responder a usuarios con mayores tasas de enfermedades crónicas y poseedores de patologías cada vez más complejas en que la discapacidad está muy presente y donde la crisis del envejecimiento demográfico, el aumento de la esperanza de vida, la incorporación de nuevas tecnologías, repercute en la complejidad del cuidado a realizar y por ende compromete a un uso eficiente de recursos (37,50).

Del mismo modo, resulta relevante en la gestión del cuidado la importancia que se le atribuye al logro de ciertas competencias en la formación de los profesionales enfermeros en su integridad, desde la selección de las personas interesadas en el estudio de la enfermería, la incorporación de éstas competencias a los objetivos educativos de la institución formadora, su constante y continuo reforzamiento en pregrado, así como su desarrollo durante la formación de postgrado (51). Así también, se reconoce que en la formación de enfermeras gestoras la preparación para el liderazgo es un elemento crítico (50,52).

› Consideraciones finales

Enfermería tiene la necesidad de concebir el cuidado para equilibrar la conjunción del ser para hacer y el hacer para ser, lo primero se refiere a generar el ámbito teórico para sustentar una praxis reflexiva y holística, basada en la satisfacción de las necesidades de los usuarios y en segundo lugar generar nuevos conocimientos para gestar la evidencia científica de su propia disciplina que sustente no sólo una mayor identidad y reconocimiento profesional, sino para provocar mayor conciencia en los propios profesionales enfermeros, sobre el papel que la profesión debe refle-

jar como gestor de un cuidado que la población demanda y exige en una sociedad cada vez más teñida por demandas sociales y emancipatorias, todos elementos precursores en la redefinición de salud y cuidado con un enfoque biosicosocial, donde los principios de autonomía, respeto a la dignidad, cultura y forma de organización equitativa, incluyente y justa, sean parte esencial de la práctica cotidiana de la profesión en el interior de las instituciones de salud (3,49,51).

El camino de los profesionales enfermeros para hacerse cargo en plenitud de la gestión del cuidado es complejo, no obstante, una formación del profesional de enfermería que explicita la “Gestión del Cuidado” como eje articular del perfil de egreso, sumado a la necesaria producción de conocimiento desde la investigación propia de su quehacer, pueden sentar las bases para obtener discernimiento propio, otorgando así un cuidado preciso, juicioso y ético, que le otorgue a la enfermería una avance disciplinar y profesional autónomo (45,53).

La responsabilidad social de la gestión del cuidado implica una renovada modalidad de atención en enfermería, haciendo necesario que múltiples elementos confluyan en el estudio de las necesidades humanas, como lo es la docencia, la investigación y la permanente evaluación de la efectividad y eficiencia de la atención, sin olvidar el presupuesto económico siempre presente detrás de toda política pública de salud. Sólo cuando estos elementos se trabajen paralelamente, la legislación y el ordenamiento jurídico se podrán realizar los cambios sustanciales correspondientes (54). La evidencia científica de la implementación de la gestión del cuidado es aún escasa y no entrega evidencias suficientes para determinar su impacto, se espera que las acreditaciones hospitalarias puedan aportar experiencias suficientes

para una evaluación objetiva (41,53). Así mismo, la apropiada articulación, discusión, diálogo y coordinación de la gestión del cuidado con otras profesiones sanitarias (26), puede ser el elemento clave para otorgar mayor fuerza y riqueza al cuidado humanizado, objetivo principal que nos debe convocar como disciplina y ciencia (1).

➤ Referencias Bibliográficas

1. Espinoza A, Enríquez C, Leiva M, Catañeda L. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en Enfermería. *Cienc enferm* [Internet]. 2015 [acceso 21 feb 2021]; XXI (2): 39–49. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art_05.pdf
2. Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad En Enfermería: Su Gestión, Implementación Y Medición. *Rev méd Clín Las Condes*. 2018; 29(3): 278–87.
3. Ferreira A, Galdames L. Red internacional de gestión del cuidado de enfermería: alcances y desafíos en el marco de la cobertura universal de salud. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 2017 [acceso 21 feb 2021]; 32(3): 190–8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v33n1/enf20117.pdf>
4. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Mayor F. *El pensamiento enfermero*. Elsevier Masson, Barcelona, España; 167 p.
5. Tamayo M. *El Proceso de la Investigación Científica*. 4ta. ed. Mexico DF: Editores LN; 2003. 19 p.
6. Bunge M. *Epistemología*. 3ra ed. Siglo Buenos Aires (Argentina): XXI Editores; 2002. 252 p.
7. Siles J. *Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina*. *Enferm Clínica*. 1997; 7(4): 188–94.

8. Siles J. Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. *Av enferm.* 2010; 28: 120–9.
9. Diaz MG. Filosofía de la Ciencia del Cuidado. Analogía del mito de la caverna de Platón con la profesión de enfermería. *RICS* [Internet]. 2013 [acceso 21 feb 2021]; 2(3): 21–35. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5045738>
10. Gallardo A. Evolución del conocimiento en enfermería. *Medwave* [Internet]. 2011 [acceso 21 feb 2021]; 11(4). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5001>
11. Ariza C. Desarrollo epistemológico de enfermería. *Enferm Univ.* 2011; 8(2):18–24.
12. Seguel-Palma FA, Valenzuela-Suazo S, Sanhueza-Alvarado O. Corriente epistemológica positivista y su influencia en la generación del conocimiento en enfermería. *Aquichan.* 2012. 12 (2): 160-8.
13. Durán M. Teoría de enfermería ¿un camino de herradura? *Aquichan.* 2007; 7(2): 161-73.
14. Arriagada I. La crisis del cuidado en Chile. *Rev Ciencias Soc.* 2010; 27: 58–67.
15. Ceballos-Vásquez P, Jara-Rojas A, Stiepo-vich-Beroni J, Aguilera-Rojas P, Vilchez-Barboza V. La gestión del cuidado : una función social y legal de la enfermería chilena. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]. 2015 [acceso 21 feb 2021]; (29). Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n29/1409-4568-enfermeria-29-00108.pdf>
16. Zarate RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm.* 2004; 13 (44-45): 42–6.
17. Adam E, Somalo ME. Hacia donde va la enfermería. Madrid (España); Interamericana editores. 1982. 118 p.
18. Leininger M. Care. The essence of nursing and health. Wayne Sate University Press, editor. Detroit; 1988. 1–237 p.
19. Vattimo G. Introducción a Heidegger. 4ta Reimpresión. Barcelona (España); Editorial Gedisa SA 2009. 192p.
20. Barbosa L, Azevedo S. Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Index Enferm.* 2006; 15(54): 20–4.
21. Salcedo RA, Huerta S, Bustamante S. Enfermería: la némesis de la ciencia y filosofía del cuidado. *Enf Neurol* [Internet]. 2013 [acceso 21 feb 2021]; 12(2): 98–101. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene132h.pdf>
22. Hernando A. La gestión del cuidado. *Rev Enferm CyL* [Internet]. 2015 [acceso 21 feb 2021]; 7(2): 61-5. Disponible en: <file:///C:/Users/angel/Downloads/162-479-1-PB.pdf>
23. Siles J. La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Index Enferm.* 2005; 14(50): 7-9.
24. Irigibel-Uriz X. Los patrones de conocimiento (No) Posibles. Crítica foucaultiana a la clasificación de Barbara Carper. *Enfermería Costa Rica.* 2011; 32(1) :30–6.
25. Vitolo F. Relación Médico-Enfermera. Esencial para la seguridad de los pacientes. Biblioteca Virtual Noble [Internet]. 2012 (jun) [acceso 21 feb 2021]; (1): 1–11. Disponible en: http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/74.pdf
26. Nightingale F. Notes on Nursing: What it is, and what it is not. New York (United States): Apple-

ton and Company editor; 1860. 144 p.

27. Rojas LP. El fenómeno del poder en enfermería en la academia y el área asistencial desde la perspectiva del docente. *Horiz Sanit* [Internet]. 2018 [acceso 21 feb 2021]; 18(1): 17–26. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v18n1/2007-7459-hs-18-01-17.pdf>
28. Reynaldos K, Pavez A. La importancia de la coordinación en la Gestión del Cuidado. *Acc Cietna* [Internet]. 2014 [acceso 21 feb 2021]; 1(1) :59–65. Disponible en: <http://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/165/581>
29. Ibarra X, Siles J. Competencia Cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de Enfermería. *Index Enferm*. 2006; 15 (55): 44–8.
30. Watson J. Theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/caritas process as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto context - enferm*. 2007; 16(1): 129–35.
31. Chiavenato I. *Administración: Teoría, Proceso y Práctica*. 3ra ed. España; McGraw-Hill Interamericana. 2001. 415p.
32. González G. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Rev Panam Salud Pública*. 2001; 9(6): 406–11.
33. Decreto con fuerza de Ley N° 19.536. Concede bonificación para enfermeras y matronas que se desempeñan en condiciones que indica (Diario oficial de la República de Chile, número 19.536, de 16- 12- 1997).
34. Decreto fuerza de ley 725. Código Sanitario. (Diario oficial de la República de Chile, número 725, de 31-01-1968, última modificación 06-11-2000 Ley 21.278).
35. Campos C, Vargas X, Milos P. Los servicios profesionales de la enfermera(o) en la legislación chilena. *Rev Méd Clín Condes*. 2018; 29(3) :270–7
36. Subsecretaria de Redes Asistenciales, Departamento de Asesoría Jurídica. Aprueba norma general administrativa N° 19, “Gestión del cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada”. [Internet] 2007. [acceso 21 de febrero 2021]. Disponible en: <https://www.google.cl/?ion=1&espv=2#q=norma19>
37. Milos P, Bórquez B, Larraín AI. La “Gestión del cuidado” en la legislación chilena: Interpretación y alcance. *Cienc enferm* [Internet]. 2010 [acceso 21 feb 2021]; 16(1): 17–29. Disponible en: : https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n1/art_03.pdf
38. Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile. Norma General Administrativa No 19 sobre “Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada”, aprobada por Resolución Exenta No 1.227 [Internet]. 2009 [acceso 21 feb 2021]; Disponible en: <http://files.regionalsantiago.cl/enfermeria.pdf>
39. Colegio Médico de Chile A.G. Carta a Ministro de Salud J. Mañalich [Internet]. Santiago de Chile; 2013 [acceso 21 feb 2021]; Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=760&selectmoduleid=2494&ArticleID=1537>
40. Valdebenito J, Barquero A, Carreño E. Gestión del cuidado: Valoración y conocimiento de enfermeros(as) de un hospital de la Región Metropolitana, Chile. *Cienc Enferm* [Internet]. 2015 [acceso 21 feb 2021]; XXI(1): 127–42. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n1/art_12.pdf
41. Torres MC, Alarcón J, Berthet A, Cantero V, Llanquípichún D, Sáez D, et al. Modelo de certificación de calidad para la gestión del cuidado en hospitales chilenos. *Rev Enf Ref*. 2016; IV(9): 65–74.

42. Méndez C, Torres M. Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2010 [acceso 21 feb 2021]; 44(2): 366–71. Disponible en: www.scielo.br/rsp
43. Leiva L, Sandoval G. Deuda hospitalaria llega a \$ 200 mil millones y Salud dicta medidas de control de gastos. *La Tercera* [Internet]. 2016 29 abr [acceso 21 feb 2021]; Noticias Nacionales: Disponible en: <https://www.latercera.com/noticia/deuda-hospitalaria-llega-a-200-mil-millones-y-salud-dicta-medidas-de-control-de-gastos/>
44. Castillo C. Crisis en Salud: deuda hospitalaria supera por primera vez los \$200 mil millones. *Emol Nacional* [Internet]. 2015 14 Ago [acceso 21 feb 2021]; Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2015/08/14/745077/Deuda-hospitalaria-supera-por-primera-vez-los-200-mil-millones.html>
45. Ramírez NA, Quintana MO, Sanhueza O, Valenzuela S. El paradigma emancipatorio y su influencia sobre el desarrollo del conocimiento en Enfermería. *Enfrm Glob* [Internet]. 2013 [acceso 21 de feb 2021]; 12(30): 410–21. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/revision4.pdf>
46. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(4): 499–503.
47. Talcott P. *Apuntes sobre la Teoría de la Acción*. Buenos Aires (Argentina): Amorrortu; 1970. 253p.
48. Watson J. *Jean Watson and the Theory of Human Caring*. En: Smith MC, Parker ME. *Nursing theories and nursing practice*. 5ta ed. 2015. p. 321–40.
49. Lagos-Garrido M., Paravic-Klijn.T. Generación, difusión y transferencia del conocimiento de Enfermería a la Práctica del Cuidado. *Cienc Enferm* [Internet]. 2015 [acceso 21 de feb 2021]; XXI(2): 127–34. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art_12.pdf
50. Soto P, Reynaldos K, Martínez D, Jerez O. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Rev Aquichán*. 2014; 14(1):79–99.
51. Agramonte A, Farres R. Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 2010 [acceso 21 de feb 2021]; 26(2): 14–26. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n2/enf03210.pdf>
52. Guerrero-Núñez S, Cid-Henríquez P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan*. 2015; 15(1): 129–40.
53. Mosqueda A, Stieповich J. Implementación de subdirecciones de gestión del cuidado en hospitales autogestionados, avances y desafíos para enfermería. *Enferm Glob* [Internet]. 2012 [acceso 21 de feb 2021]; 28: 355–67. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/revision3.pdf>
54. Milos P, Larrain A. La Gestión del Cuidado en Chile: de la función a la estructura. *Cienc Enferm* [Internet]. 2013 [acceso 21 de feb 2021]; XIX(2): 7–10. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n2/art_01.pdf