



TÉCNICA ASÉPTICA BÁSICA: UNA VUELTA A LOS CLÁSICOS



DISCURSO DE INGRESO

Pronunciado por la

ILMA. SRA. D^a. MARÍA VICTORIA BECERRA SUEIRO

En su recepción académica

Y

CONTESTACIÓN

de la

ILMA. SRA. D^a MERCEDES GONZÁLEZ PETEIRO

Académica Numeraria de la Academia de Enfermería de Galicia

Santiago de Compostela, 12 de abril de 2019



Técnica aséptica básica quirúrgica: una vuelta a los clásicos

DISCURSO DE INGRESO

Pronunciado por la
ILMA. SRA. D^a. MARÍA VICTORIA BECERRA SUEIRO
En su recepción académica

Y

CONTESTACIÓN

de la

ILMA. SRA. D^a MERCEDES GONZÁLEZ PETEIRO
Académica Numeraria de la Academia de Enfermería de Galicia

EN SESIÓN SOLEMNE CELEBRADA EN EL
SALÓN NOBLE DEL PAZO DE FONSECA,
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA,
EL DÍA 12 DE ABRIL DE 2019

Título: Técnica aséptica básica quirúrgica: una vuelta a los clásicos.

Autoría: María Victoria Becerra Sueiro.

Edita: Academia de Enfermería de Galicia.

Colección: Discursos de Ingreso Académicos Numerarios.

Bibliotecario de la Academia: Ilmo. Sr. D. José María Rumbo Prieto.

Diseño de imagen de portada: D. Manuel Villanueva Pérez.

DOI: 10.5281/zenodo.2598074

D.L.: LU 44-2019

ISBN: 978-84-09-10650-9

La Academia de Enfermería de Galicia queda eximida de las responsabilidades que se puedan derivar de los contenidos incluidos en este libro.

© Todos los derechos reservados por la autoría.

Academia de Enfermería de Galicia. Lugo, abril de 2019.

In Memoriam

Todo lo que he llegado a ser guarda directa o indirectamente relación con ella. Aunque, en los últimos años, se le nublaban los ojos en alguna ocasión, era una mujer estoica, valiente, luchadora y generosa. En sus 90 años de vida, sólo vistió falda porque ella, adelantada a su tiempo, ni siquiera necesitaba llevar pantalones como metáfora.

A mi madre, in memoriam.

ÍNDICE:

SALUTACIÓN DEL PRESIDENTE

Salutación a la nueva académica numeraria.....	9
--	---

DISCURSO DE INGRESO:

Salutación y agradecimientos.....	12
-----------------------------------	----

1. Introducción.....	15
----------------------	----

2. El desarrollo de la antisepsia y asepsia en cirugía.....	20
---	----

2.1. Infección de la herida quirúrgica: concepto.....	21
---	----

2.2. La técnica aséptica en cirugía.....	23
--	----

3. Conclusiones.....	27
----------------------	----

3.1. Reflexiones generales sobre la enfermería.....	28
---	----

4. Referencias bibliográficas.....	32
------------------------------------	----

DISCURSO CONTESTACIÓN:

Elogio a la nueva académica.....	37
----------------------------------	----

Apuntes biográficos de la profesora María Victoria Becerra Sueiro.....	38
--	----

Actividad asistencial.....	39
----------------------------	----

Actividad docente e investigadora.....	40
--	----

Comentarios al discurso: <i>Técnica aséptica básica quirúrgica: una vuelta a los clásicos</i>	41
---	----

SALUTACIÓN DEL PRESIDENTE



Excmo. Sr. D.

RODRÍGUEZ PÉREZ, Isidoro

Académico Numerario y Fundador

Presidente de la
Academia de Enfermería de Galicia

Número 5 del escalafón

Fecha de ingreso: 3 de octubre de 2013

SALUTACIÓN A LA NUEVA ACADÉMICA NUMERARIA:

É un motivo de satisfacción como presidente da Academia de Enfermería de Galicia presentar esta nova publicación que contén os discursos do acto solemne de recepción e investidura como académica numeraria desta institución da Ilma. Sra. Dna. Victoria Becerra Sueiro.

O nomeamento como académica electa foi adoptado por unanimidade, trala conseguinte valoración e elección, en sesión do 25 de xuño de 2014, convocada pola Comisión Xestora da que foi Presidente o Excmo. Sr. D. Sergio Quinteiros Domínguez (q.e.p.d.), acordo publicado no Diario Oficial de Galicia (DOGA) con data 17 de setembro de 2014.

A sesión de recepción tivo lugar o 12 de abril de 2019 no emblemático Salón Nobre do Pazo de Fonseca na cidade do Apóstolo Santiago, cidade á que a profesora Becerra está unida por fortes lazos debido á actividade asistencial, docente, científica e investigadora desenvolvida nela. A contestación ao seu discurso estivo a cargo da Ilma. Vicepresidenta segunda e Académica Dra. Dna. Mercedes González Peteiro comisionada pola Xunta de Goberno da Academia a tal efecto. Na súa contestación deixou exposta a significada traxectoria científica e docente da nova académica que con todo merecemento reúne amplamente os requisitos para pertencer a esta nova Institución Académica.

Como Presidente da Academia de Enfermería de Galicia e representando á Xunta de Goberno e á totalidade do “Corpo Académico”, teño a honra de darlle a nosa compañeira, e dende agora “Ilma. Sra.” Dna, Victoria Becerra Sueiro os parabéns e a benvida.

Desexamos que Dna. Victoria Becerra Sueiro teña unha longa e eficaz vida científica ao servizo da Institución que a acolle con gusto contribuíndo así, xunto aos seus colegas, ao prestixio das ciencias da Enfermería e da Enfermería Galega de xeito específico.

En Santiago de Compostela, a 12 de abril de 2019

Excmo. Sr. D. Isidoro Rodríguez Pérez

Presidente da Academia de Enfermería de Galicia

DISCURSO DE INGRESO



Ilma. Sra. D^a

BECERRA SUEIRO, María Victoria

Académica Numeraria

Vicetesorera de la
Academia de Enfermería de Galicia

Número 9 del escalafón

Fecha de ingreso: 12 de abril de 2019

SALUTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS:

Excmo. Sr. Presidente de la Academia de Enfermería,
Excmas. e Ilmas. Autoridades y Representaciones,
Ilmos. Sras. y Sres. Académicos Numerarios,
Sras. y Sres. Académicos Correspondientes,
Queridos familiares y amigos,
Señoras y señores,

Buenas tardes a todos:

Quiero iniciar mi discurso de recepción como Académica de Número de la Academia de Enfermería de Galicia, primera creada en España, expresando mi profunda gratitud por el honor que supone integrarme entre sus miembros. Pertenecer a esta institución significa un reto y una gran responsabilidad, y me siento abrumada por tan alta distinción.

Me gustaría singularizar mi gratitud en los tres miembros de la Academia que generosamente avalaron mi presentación: el Excmo Sr. D. Sergio Quintairós, primer presidente de la Academia cuyo reciente fallecimiento lamento profundamente, el Ilmo Sr. D. Amador Villaverde, presidente del Colegio de Enfermería de A Coruña y miembro fundador de la Academia, y la Ilma. Sra. D^a Mercedes González Peteiro, excelente profesional, cuyo compromiso con la docencia le ha llevado a defender firmemente a la universidad como motor de cambio. A todos, quiero transmitirles mi indudable compromiso de servicio y la seguridad de que pondré todo mi esfuerzo en cuantas tareas me encomiende la Academia o me corresponda desarrollar.

Este acto me ofrece la posibilidad de mostrar mi reconocimiento a dos personas clave en mi formación docente, profesional e investigadora. Por una parte, al Dr. Evaristo Varo Pérez, jefe de la Unidad de Trasplante Abdominal del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela y profesor titular de la Facultad de Medicina, figura destacada en el ámbito de los trasplantes. De él, he aprendido su constancia en el trabajo, su preocupación por mejorar la asistencia de los enfermos en su unidad, su rigor científico y su permanente estímulo

para la investigación, marcando con ello la estructura, contenido y estilo del funcionamiento de la Unidad que dirige. A él le debo la posibilidad de haber seguido creciendo en el terreno profesional, sin poner límites a mis inquietudes y proyectos. Esa relación profesional se ha trasladado también al terreno personal y me complace poder considerarlo mi amigo. Por otra parte, al Dr. Ángel Luis Fernández González, cirujano cardíaco y profesor titular de la Facultad de Medicina. Sirva esta ocasión para reiterarle públicamente la mejor expresión de mis sentimientos de respeto y amistad, junto a mi agradecimiento por su apoyo, paciencia y dedicación durante el desarrollo de mi tesis doctoral. Con él sigo compartiendo trabajo quirúrgico y tareas de investigación.

Me gustaría también recordar y agradecer al resto de compañeros y compañeras del Bloque Quirúrgico, a los que lamentablemente no puedo citar individualmente como sería mi deseo, porque, entre todos, formamos un gran equipo que trabaja día a día para que nuestro hospital esté al más alto nivel en la prestación de servicios a los pacientes. Es mi deber y mi deseo compartir con ellos todos los méritos que haya podido alcanzar: supervisoras, cirujanos, anestesistas, enfermeros, personal auxiliar, celadores y tantos otros con los que he desarrollado y compartido mi vida profesional durante más de cuarenta años.

Si me gustaría realizar una mención especial a D^a Sabela Pena Moreira, excelente profesional, además de compañera y amiga. Con ella compartí ideas e inquietudes, algunas hoy consolidadas.

No quiero olvidarme tampoco de D. Enrique González Rodríguez, ex-director de enfermería del hospital que, con su visión y su compromiso con la docencia, al igual que las supervisoras de quirófano Esther Rico y Ángeles Villanustre, siempre han mostrado una actitud facilitadora para que pudiese ejercer mi actividad docente.

Mi andadura profesional se ha desarrollado en tres ámbitos muy vinculados entre sí: la asistencia, la docencia y la investigación clínica. En todos ellos, he tenido la suerte de contar con la colaboración de

grandes profesionales con un gran espíritu de trabajo en equipo, que, para mí, es la única manera de avanzar en cualquier campo de nuestra sociedad.

Quiero, pues, agradecer al equipo de profesores de la Facultad de Enfermería, con los que he compartido y comparto mi actividad docente, todos compañeros a los que me une una relación afectiva y de estrecha colaboración.

En una ocasión como esta, es inevitable el recuerdo emocionado y agradecido para el Profesor. D. José Luis Puente Domínguez, cirujano reconocido dentro y fuera de nuestro hospital. Él fue quien me enseñó que la razón de ser enfermera es defender siempre los intereses del paciente. Son por todos conocidas su valía profesional, su categoría humana y su humildad. Nunca olvidaré las palabras que me dedicó durante la presentación de mi primer libro *Investigación Clínica en Enfermería de trasplantes*. Vaya mi más sentido homenaje para él.

Mi trayectoria vital y profesional no hubiera sido posible sin el apoyo fundamental de mi familia y de mis amigos, quienes, con su estímulo y con su estima, hicieron posible la continuidad de mi trabajo.

He dejado intencionadamente para el final de estos agradecimientos a los pacientes, quienes me estimulan a seguir formándome y trabajando para prestarles una mejor asistencia. Quiero destacar también a los alumnos, pues ellos son los futuros profesionales.

Por último, quisiera trasladar mi agradecimiento a todos los presentes, por su afecto y por acompañarme en un día tan significativo para mí. Tras este preámbulo de agradecimientos, paso a dar lectura ante ustedes al discurso de recepción como académica.

1. INTRODUCCIÓN:

En la elección del título de este discurso -*Técnica aséptica básica quirúrgica: una vuelta a los clásicos*- confluyen dos aspectos: por un lado, un interés permanente por actualizar mis conocimientos relacionados con la actividad profesional y, por otro, mi intención de rendir un pequeño tributo a los clásicos. Apoyándome en mi extensa experiencia en quirófano, intentaré mostrar la necesidad de volver a ellos desde una perspectiva metodológica centrada en la prevención de la infección. Algo de indudable importancia en la investigación clínica hospitalaria aplicada a los cuidados quirúrgicos y que, por su enorme trascendencia, podría servir para hacer una revisión y reflexión sobre la misma.

2. EL DESARROLLO DE LA ANTISEPSIA Y ASEPSIA EN CIRUGÍA:

Nada mejor para conocer y entender la técnica aséptica básica quirúrgica que repasar sus orígenes, su evolución histórica y cómo se fueron creando las bases para su posterior desarrollo hasta llegar a la actualidad. Para ello, hemos de remontarnos a la primera cirugía con anestesia general, que tuvo lugar el 10 de octubre de 1846, cuando Morton y Warren intervinieron a un paciente en el Hospital General de Massachusetts recurriendo al éter para su sedación.

Un año después, Simpson utilizó por primera vez el cloroformo, consiguiendo que la anestesia lograra la victoria frente al dolor. Durante esas intervenciones, se administraba cloroformo sobre compresas aplicadas en la nariz y en la boca, pero no existían normas de asepsia ya que se desconocía la presencia de los microorganismos. Manos, ropa, ambiente... todo invitaba a la infección y, por eso, la cirugía pasó a ser, en muchos casos, sinónimo de infección postoperatoria y muerte, tanto en los ambientes académicos más selectos como en la clínica del Dr. Gross en Boston o en los

improvisados hospitales de campaña durante la guerra de secesión americana.

En esa época, era habitual que los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica desarrollaran fiebre postoperatoria acompañada de exudación purulenta a través de la incisión, que, con frecuencia, resultaba en sepsis y muerte. Por desgracia, la supuración de las heridas –pus bonum et laudabile– se interpretaba como signo de curación. Por ejemplo, las tasas de mortalidad por infección postoperatoria después de la amputación de una extremidad se situaban en torno al 50%, y llegaban a alcanzar el 90% en los hospitales de campaña durante la Guerra de Secesión Norteamericana y la Guerra de Crimea (Thorwald 2000).

La explicación de entonces para la presencia casi constante de fiebre purulenta, erisipela, gangrena o tétanos en los pacientes intervenidos culpaba a la presencia de gases y miasmas suspendidos en el aire, que eran capaces de introducirse en las heridas, provocando su fermentación y putrefacción.

Son muchas las acciones que se han emprendido a lo largo de la historia de la medicina para prevenir las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS). Así, el primero en iniciar la lucha contra la infección postoperatoria fue Semmelweis, quien en 1846 comenzó a trabajar como ayudante en el Departamento de Obstetricia del Hospital General de Viena. Por entonces, se desconocían las causas de una complicación frecuente y mortal en las parturientas: la fiebre puerperal.

El Departamento de Obstetricia vienés estaba dividido en dos secciones. En la primera sección –donde trabajaba Semmelweis– realizaban prácticas clínicas los estudiantes de medicina y la tasa de mortalidad por fiebre puerperal era del 10%. En la segunda sección, destinada exclusivamente a la formación de las comadronas, la tasa de mortalidad por fiebre puerperal era inferior al 1%.

Semmelweis se empeñó en averiguar las causas de esa diferencia entre las dos secciones y, con este fin, acudía a la sala de autopsias para estudiar las lesiones de las parturientas muertas por fiebre

puerperal. Los hallazgos de las necropsias se repetían en las pacientes fallecidas: supuración e inflamación en todos los órganos y no sólo en la matriz. Para encajar el puzzle, fue clave lo que le sucedió a Kolletschka, profesor de medicina legal, quien falleció después de herirse fortuitamente con un bisturí durante una autopsia. Su herida, leve en apariencia, se complicó con un cuadro de fiebre y escalofríos, con un resultado letal, observándose en la necropsia los mismos hallazgos que en las pacientes fallecidas por fiebre puerperal.

A partir de ese momento, Semmelweis sospechó que los restos de las sustancias cadavéricas en descomposición presentes en las manos y el instrumental después de realizar una autopsia podían ser los responsables de la fiebre puerperal. Esta idea se vio reforzada por el hecho de que, en la segunda sección, la tasa de mortalidad era inferior porque allí sólo trabajaban comadronas y ellas no realizaban autopsias antes de reconocer a las pacientes.

Semmelweis lo tuvo claro: el problema residía en no lavarse las manos. El 15 de mayo de 1847, colocó un cartel en la puerta de la primera sección de obstetricia: “Todo médico o estudiante que abandone la sala de autopsias y se dirija a la de partos está obligado a lavarse cuidadosamente las manos con agua clorada” (Thorwald 2000). Con esta sencilla medida, la tasa de mortalidad por fiebre puerperal se redujo drásticamente.

Faltaban más de 30 años para el descubrimiento de las principales bacterias, pero Semmelweis sentó las bases de la infección por contacto y la importancia de las manos e instrumentos en la transmisión. Sin embargo, sus ideas no tuvieron aceptación y fue condenado al ostracismo por la comunidad científica.

El lavado de manos propuesto por Semmelweis hace casi dos siglos sigue siendo, hoy en día, la técnica antiséptica disponible más eficaz para evitar la dispersión de las infecciones. Muestra de esa importancia es el hecho de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) haya declarado el 5 de mayo como el Día Mundial de la Higiene de Manos y hasta llevó a cabo la campaña mundial titulada “Salve

vidas: lávese las manos” para resaltar su importancia. Lamentablemente, es una recomendación que se olvida con facilidad.

Otra aportación fundamental fue la de Joseph Lister, quien en 1865, a partir de los trabajos publicados por Pasteur sobre el papel de los microorganismos en la fermentación y putrefacción, sospechó que esos mismos microorganismos eran la causa de supuración de las heridas y no la consecuencia de una reacción de putrefacción. Postuló, entonces, que los microorganismos procedían del aire y se alojaban en las heridas, en los instrumentos y en las manos del cirujano. Introdujo el uso de fenol (ácido fénico o ácido carbólico) extraído del alquitrán de carbón como agente químico antiséptico. Para ello, planteó varias medidas: la impregnación de las vendas y las suturas con fenol, el tratamiento de las heridas con fenol tópico, el lavado de las manos, del instrumental y del campo quirúrgico con una solución de fenol y un sistema de pulverización para crear un aerosol de fenol que se utilizaba por encima de la mesa de operaciones para evitar que el aire tomase contacto con la herida quirúrgica. Con esta estrategia antiséptica, Lister logró reducir la presencia de fiebre purulenta y gangrena de las heridas quirúrgicas y traumáticas, y disminuir la mortalidad del 50% al 5%.

Los principios de la antisepsia de Lister se incorporaron lentamente, ya que el fenol provocaba lesiones epidérmicas y, a veces, intoxicaciones y afecciones renales. Sin embargo, con el tiempo, la técnica de Lister cambió de modo radical los resultados de la cirugía, que pasó de ser una actividad asociada con la infección y la muerte a una disciplina que podía eliminar el sufrimiento y alargar la vida.

Diez años después de que Lister pusiera en marcha la antisepsia quirúrgica, Koch demuestra la existencia de microorganismos vivos responsables de la gangrena y la supuración de las heridas. En su trabajo *Investigaciones sobre la etiología de las enfermedades infecciosas de las heridas*, comprueba sin paliativos que el origen de la fiebre purulenta postoperatoria está en la presencia de unas bacterias redondeadas llamadas cocos.

En el curso de sus experimentos, Koch observa que el chorro de vapor es una técnica mucho más eficaz que el fenol para exterminar todo tipo de microorganismos, incluidas las formas esporuladas. Este hallazgo es utilizado por Bergmann para la esterilización del material quirúrgico y la introducción del autoclave en 1880.

Lange y Schimmelbusch, discípulos de Bergmann, aprovecharon las técnicas microbiológicas desarrolladas por Koch para analizar, en 1885, la presencia de microorganismos en el aire. Demostraron que su cantidad y virulencia en el aire es escasa comparada con la existente en los instrumentos quirúrgicos y en los exudados purulentos, y concluyeron que las bacterias llegan a las heridas por contacto directo con la suciedad de los instrumentos y de las manos.

La teoría de Lister –bacterias del aire que infectan las heridas– queda refutada, si bien su error contribuyó a salvar numerosas vidas. A partir de los hallazgos de Lange y Schimmelbusch, desaparecieron las pulverizaciones de ácido fénico en el quirófano y se prestó todavía mayor atención al tratamiento con ácido fénico del material de sutura, de las manos y de los instrumentos. Sin embargo, se observó que la inmersión en antisépticos no aseguraba la eliminación de los microorganismos, especialmente si el material estaba impregnado con sustancias grasas. Por el contrario, la exposición del material quirúrgico a un chorro de calor húmedo era mucho más efectiva para lograr la esterilización. De este modo, la antisepsia fue dejando paso a la asepsia. Además, se diseñaron instrumentos fabricados íntegramente en metal que sustituyeron a las partes de madera para hacerlos más resistentes al tratamiento en autoclave.

A partir de la identificación de las posibles fuentes de microorganismos capaces de contaminar la herida quirúrgica, Mikulicz impone la disciplina aséptica en la vestimenta quirúrgica: bata, sábanas, gorro y mascarilla, e incluso guantes de algodón esterilizados al vapor (Steimlé 2008).

Existía, no obstante, un elemento clave en el acto quirúrgico que no se podía esterilizar mediante vapor caliente: las manos del cirujano y de la

instrumentista. Entre 1885 y 1890, se llevaron a cabo numerosos ensayos. Las manos se lavaban, se cepillaban y se frotaban con paños esterilizados o con algodón impregnado de alcohol y sublimado corrosivo (cloruro mercuríco). Con estas prácticas, se conseguía una limpieza de microorganismos de gran eficacia, pero no se lograba una asepsia absoluta. Se ensayó también cubrir las manos con una capa de pomadas esterilizadas, pero esta desaparecía en algunos puntos con la manipulación operatoria (Thorwald 2000).

Por fin, en 1890, William Halsted, cirujano que había adoptado los procedimientos de antisepsia de Lister, introdujo el uso de guantes en la clínica, al darse cuenta de que su enfermera ayudante, Caroline Hampton, presentaba una erupción eccematosa en las manos debida al uso de antisépticos. Solucionó, así, el problema de la asepsia de las manos.

Halsted, al que la juventud y la belleza de Caroline no habían pasado desapercibidas, decidió encargar a la empresa Goodyear Rubber Company unos guantes de goma que fueran extraordinariamente finos y esterilizables al vapor con el fin de proteger las manos de Caroline sin dificultar el trabajo quirúrgico. Un año después, Halsted y Caroline contrajeron matrimonio (Thorwald 2000).

Después de esta pequeña nota al margen –que ofrece una perspectiva más humana del asunto–, ya conocen el origen del comienzo del uso de los guantes quirúrgicos. En pocos años, se convirtieron en un instrumento imprescindible para garantizar la asepsia quirúrgica y, a partir de 1894, su uso fue obligatorio para todos los cirujanos de Baltimore. Las manos que tocaban la herida ya eran manos recubiertas por la superficie estéril del guante. Fue un paso definitivo que se extendió rápidamente en la práctica de la cirugía. La utilización de guantes supuso un hito, un antes y un después en la técnica aséptica quirúrgica (Misteli et al. 2009, Partecke et al. 2009, Beldame et al. 2012). Faltaban casi 40 años para que Fleming anunciara el descubrimiento de la penicilina y, con ello, la posibilidad de utilizar antibióticos profilácticos, pero, con los guantes estériles, la prevención frente a la infección de la herida quirúrgica había dado un gran paso.

Con el tiempo, el uso de guantes quirúrgicos se convirtió en el método más efectivo para evitar la transmisión de agentes infecciosos entre el personal sanitario y el paciente. Se estableció una normativa sobre su uso y sus características. Así, se emplean guantes de un solo uso que han de cambiarse al cabo de 90-120 minutos, que es el límite temporal en el que comienzan a perder efectividad. Entre sus características más importantes, se encuentra la resistencia mecánica y la calidad de su efecto barrera, ya que son esenciales para la prevención de la infección (Harnoß 2010), puesto que se ha demostrado que el lavado quirúrgico no elimina por completo los microorganismos viables en las manos (p.ej. Becerra et al. 2015).

Cuando un paciente necesita un tratamiento quirúrgico, la piel, que es la mejor y mayor defensa contra la infección, resulta dañada. En consecuencia, es necesario tratar de evitar la penetración e invasión bacteriana en la herida quirúrgica. Por tanto, el uso de guantes vino a completar los principios establecidos en torno a la asepsia y antisepsia a finales del siglo XIX. La adhesión a tales principios permitió disminuir la infección después de operaciones limpias de más del 90% al 15%. Los principios de la técnica aséptica quirúrgica continúan siendo la piedra angular de la prevención de infecciones.

2.1. INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA: CONCEPTO

A pesar del desarrollo y perfeccionamiento de las técnicas de asepsia y antisepsia, la infección de la herida quirúrgica ocupa un lugar importante en las infecciones nosocomiales, junto con la infección de catéteres centrales, la asociada a sondas urinarias y la relacionada con la ventilación mecánica.

La infección de la herida es la más frecuente en los pacientes quirúrgicos, representando entre el 30% y el 40% de los casos y conlleva un incremento significativo de la morbimortalidad, del gasto sanitario y de la estancia hospitalaria (Mangram et al. 1999, NNIS 2004). Se calcula que el coste promedio añadido por la infección del

sitio quirúrgico es de unos 3 000 dólares/paciente y el incremento de la estancia hospitalaria de 7,3 días.

A pesar de los avances en los sistemas de profilaxis y control de la infección –ventilación de quirófanos, sistemas de esterilización, barreras, técnica quirúrgica y profilaxis antibiótica–, la infección de la herida quirúrgica continúa siendo una causa importante de morbimortalidad. Este hecho se debe, en parte, a la aparición de cepas multirresistentes, al aumento del riesgo de los pacientes –edad, comorbilidades, inmunosupresión– y al incremento del número de trasplantes y de procedimientos acompañados de implantes protésicos.

El término “infección de la herida quirúrgica” ha sido incluido dentro de un concepto más amplio denominado “infección del sitio quirúrgico”, de acuerdo con la definición de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud de los EE.UU., con el fin de evitar la posible confusión entre infecciones de la incisión quirúrgica e infecciones de las heridas traumáticas (Horan et al. 1992, Mangram et al. 1999).

La infección del sitio quirúrgico incluye la infección sobre la incisión quirúrgica (profunda y superficial) que, con fines prácticos, se sigue denominando infección de la herida quirúrgica y que representa el 65–70% de los casos y la infección compartimental que afecta a los órganos y/o espacios a los que se accedió durante la intervención y que representa el 30–35% de los casos (Mangram et al. 1999).

2.2. LA TÉCNICA ASÉPTICA EN CIRUGÍA

Los factores más importantes relacionados con la prevención de la infección de la herida quirúrgica incluyen un adecuado estado general preoperatorio del paciente, una técnica quirúrgica óptima (principios de Halsted) y una técnica aséptica estricta (Nichols 2001, núcleo de este discurso).

La técnica aséptica o asepsia quirúrgica se define como el conjunto de procedimientos, actividades y normas que se realizan con el fin de

disminuir las posibilidades de contaminación de la herida quirúrgica. Se trata, por tanto, de un método preventivo que busca mantener estériles todos los objetos e instrumentos que han de estar en contacto con la herida quirúrgica y que abarca no sólo los aspectos relativos a la atención directa del paciente, sino también al almacenamiento de materiales y equipos.

El cumplimiento disciplinado de los principios de asepsia quirúrgica por todo el personal del bloque quirúrgico es, como ya se dijo anteriormente, la piedra angular de la prevención de la infección del sitio quirúrgico.

La técnica aséptica básica no es un conjunto de medidas caprichosas, empíricas y de dudosa utilidad. Al contrario, es la base que precede al resto de las medidas preventivas de la infección del sitio quirúrgico. Existen guías de actuación de prevención de la infección del sitio quirúrgico y las actuaciones más detalladas son las que se refieren al uso de antibióticos y a la técnica aséptica. Estos protocolos incluyen procedimientos en el preoperatorio, intra y postoperatorio y procedimientos en el paciente, personal e instrumental. Numerosos organismos como el CDC, el NICE y el propio Ministerio de Sanidad han editado guías y recomendaciones, todas ellas muy similares. Los manuales enumeran las normas e informan del grado de recomendación y el nivel de evidencia sobre el tema. Con ciertos matices, los aspectos básicos de las recomendaciones de la técnica aséptica se han mantenido constantes desde hace décadas. Sin embargo, los datos de infección de la herida quirúrgica siguen siendo preocupantes. ¿Por qué? Puede que la respuesta a esa pregunta no nos guste. Ya en 1982, el profesor Puente Domínguez, alejado de todo triunfalismo, insistía en la necesidad de adherirse con disciplina a los principios de la técnica aséptica quirúrgica básica en el prólogo del tratado *Infecciones de la herida operatoria*: “hay que volver a la asepsia rígida dentro del quirófano y con el más riguroso sentido militar: con disciplina”.

Este libro constituye uno de los primeros trabajos en investigación sobre el estudio de la infección quirúrgica publicados en España.

Desde entonces, el Departamento de cirugía de la Universidad de Santiago de Compostela, en colaboración con el Departamento de Microbiología, inició una línea de investigación sobre infección quirúrgica liderada por el profesor Caínzos, que ha situado a la Facultad de medicina como uno de los centros de referencia a nivel nacional e internacional. Esta circunstancia, así como mi trabajo continuado en el comité de infecciones y en la comisión de calidad y seguridad del paciente del Hospital Clínico de Santiago, me motivaron para investigar sobre el papel de la técnica aséptica en la prevención de la infección en cirugía limpia.

Los aspectos relativos a la seguridad que rodean el acto quirúrgico, junto con los factores predisponentes del paciente, son los elementos determinantes de la infección de la herida quirúrgica. La prevención de las infecciones es, por tanto, el epicentro de la seguridad del paciente.

En 2004, la OMS señaló la infección de la herida quirúrgica como el indicador epidemiológico más importante que cualquier profesional sanitario debe evaluar y combatir de forma integral. Cuando me planteé el trabajo de investigación para mi doctorado, decidí recoger el guante tendido por esta organización y abordar este tema, consciente del aumento de la variabilidad clínica de las prácticas profesionales y de la necesidad actual de reducir costes. Partía del convencimiento de que la técnica aséptica quirúrgica es un procedimiento de coste reducido que contribuye a mejorar los resultados de cualquier proceso quirúrgico cuando su aplicación es correcta. Cuanto más se extremen las medidas de asepsia durante los procedimientos quirúrgicos, menor es el riesgo de aparición de bacterias contaminantes (Becerra et al. 2015).

En las últimas décadas, tanto las campañas de la OMS sobre seguridad del paciente quirúrgico como varios proyectos internacionales vienen subrayando el papel de la técnica aséptica correcta como el instrumento más eficaz y de menor coste para reducir la infección de la herida operatoria. Paradójicamente, a pesar de su importancia, sencillez y bajo coste, la disciplina aséptica es un aspecto minusvalorado con frecuencia por profesionales y gestores, y olvidado

por las grandes multinacionales farmacéuticas, que dirigen sus esfuerzos investigadores al desarrollo de nuevas moléculas, vacunas, dispositivos capaces de reportar a los inversores mayores dividendos.

Para evitar que los microorganismos lleguen a la herida, nada mejor que recordar cuáles son las fuentes de contaminación y, en consecuencia, cuáles son los mecanismos más probables por los que alcanzan la herida estéril, así como los métodos de prevención más apropiados. La fuente principal de microorganismos es la piel del paciente. Desde ahí, los microorganismos pueden llegar a la herida por contigüidad de los bordes, a través de los instrumentos o de las manos de los profesionales sanitarios, o también por el aire del ambiente (Inaba et al. 1999).

Para controlar esta fuente de microorganismos, las medidas que se han de tomar incluyen una adecuada preparación de la piel y de los sistemas barrera (campos quirúrgicos) adhesivos, así como la correcta manipulación de la piel del paciente por parte de los cirujanos y sus asistentes, prestando especial atención a las manos y el instrumental quirúrgico. La piel y mucosas del personal sanitario como posible fuente de microorganismos contaminantes es menos importante que la piel del paciente. En la prevención, desempeñan un papel fundamental el lavado de manos, los guantes estériles e íntegros, la mascarilla y la vestimenta (Tammelin et al. 2001). Por último, aunque el aire -el ambiente del quirófano en el que pueden quedar suspendidos los microorganismos (procedentes tanto del personal sanitario como de los pacientes) - no es una fuente relevante de contaminación, conviene asegurar la ventilación adecuada del espacio, el flujo laminar y la vestimenta que impida la dispersión de los microorganismos de la piel al ambiente (Whyte et al. 1990).

Hace unos años, publicamos un modesto manual sobre técnica aséptica básica. El capítulo dedicado a los guantes quirúrgicos, esterilidad, colocación, uso e integridad insistía en este elemento como uno de los pilares básicos en la técnica aséptica. Esto es debido a que el lavado de manos reduce la microbiota, pero no esteriliza las manos. Por tanto, el guante es fundamental para mantener la asepsia. La

contaminación o la perforación de un guante constituye una transgresión de la técnica aséptica y teóricamente aumenta el riesgo de infección del sitio quirúrgico (Becerra y Fernández 2009).

No es infrecuente que profesionales sanitarios desconozcan estos principios cuando acceden por primera vez al quirófano y, por ello, hago referencia a esta publicación. Cabe destacar la importancia de no transgredir los límites en la prevención de la infección de la herida quirúrgica. Hoy estamos reunidos en esta Sala muchos profesionales del ámbito quirúrgico y somos conscientes de que el avance del conocimiento es clave para el progreso de las sociedades contemporáneas, pero no debemos olvidar a los clásicos, que cimentaron las bases de la prevención de infecciones. El objetivo está en maximizar la rentabilidad del sistema y, para ello, el conocimiento de las normas y pautas de comportamiento (formación e información) son indispensables.

La técnica aséptica exige de modo imperativo una conducta apropiada tanto al personal vestido con ropa estéril (personal “lavado” o “estéril”) como para el resto de los profesionales presentes en el quirófano. La violación de la técnica aséptica puede provocar la contaminación del campo quirúrgico, del instrumental, de la bata o de los guantes, poniendo en riesgo al paciente. Los datos son los que son y la contaminación e infección de la herida quirúrgica en cirugía limpia continúa siendo una causa importante de morbimortalidad (Becerra et al. 2014).

3. CONCLUSIONES

El presente discurso tiene su origen en algunas reflexiones en torno a mi recorrido académico y profesional como enfermera. Reflexiones que quisiera ampliar en esta parte final para abordar la labor de enfermería desde una perspectiva más holística, en la que la formación y la educación desempeñan un papel fundamental. Sin lugar a dudas, la formación de los futuros profesionales en el tema de la prevención de las infecciones es clave para cualquier procedimiento quirúrgico.

Mi trayectoria profesional y las investigaciones que he realizado al respecto me han llevado a extraer una serie de conclusiones, algunas de ellas han ido salpicando este discurso, pero quisiera enumerarlas aquí por su importancia en la reducción de la incidencia de infección de la herida quirúrgica.

1. Los aspectos relativos a la seguridad que rodean al acto quirúrgico, junto con los factores predisponentes del paciente, son elementos determinantes de la infección de la herida quirúrgica.

2. Es importante reconocer el papel de Semmelweis en la creación de los procedimientos antisépticos porque fue él quien sentó las bases de la infección por contacto y subrayó la importancia de las manos e instrumentos en la transmisión. Gracias a él, el lavado de manos es la técnica antiséptica más eficaz para evitar la dispersión de las infecciones.

3. Conviene también ser conscientes de que, después del lavado quirúrgico, las manos del personal facultativo continúan siendo una fuente importante de microorganismos viables, por lo que la integridad mecánica de los guantes es imprescindible para asegurar la asepsia del procedimiento.

4. Además, incluso con una técnica aséptica estricta, el riesgo de contaminación inadvertida de los guantes quirúrgicos es elevado desde el comienzo mismo de la intervención y afecta a todo el personal sanitario.

5. No olvidemos que los principios de la técnica aséptica básica quirúrgica son fundamentales y continúan siendo la base de la prevención de infecciones de la herida quirúrgica.

6. Por último, me gustaría recordar que las enfermeras no sólo aplicamos técnicas, sino que, además, atendemos las necesidades del paciente, del equipo quirúrgico y, en la actualidad, también las tecnológicas. La gestión inadecuada de medios, personal y tiempo puede generar una lucha interna, conflictos y falta de identidad de la

profesión, y se corre el riesgo de que se produzca cierta relajación en la aplicación de una técnica aséptica estricta.

3.1. REFLEXIONES GENERALES SOBRE LA ENFERMERÍA

No quisiera limitar las conclusiones de mi discurso a los elementos relacionados con la transmisión del conocimiento especializado, sino que mi propósito es señalar que los avances y las nuevas metodologías no deben llevarnos a ignorar el valioso legado que han dejado quienes nos precedieron porque, al fin y al cabo, han sido sus trabajos los que nos han permitido seguir construyendo el progreso de nuestra disciplina. De ahí, la sugerencia que realizo en el título –una vuelta a los clásicos–, que busca una doble lectura: por una parte, el regreso a ese legado y, por otra, la invitación a retomarlo para enfocarlo a través de la lente de los profesionales del siglo XXI.

El aprendizaje-servicio es una metodología cuya implantación en la educación superior exige vincular el servicio a la comunidad con el aprendizaje de contenidos académicos, competencias profesionales y valores cívicos. En estas circunstancias, la educación formal debe abandonar la orientación predominantemente racional que ha venido impuesta por la modernidad con una base en paradigmas restrictivos, y asumir en su totalidad el desarrollo integral y holista de la persona.

El conocimiento es una empresa personal que se forja en la lucha interna de cada uno para entender los acontecimientos. Es mucho más que el acopio de datos al que estamos hoy expuestos, datos que, a veces, considero un obstáculo porque suplantando las explicaciones de forma que nos impiden ver cuáles son los agujeros del problema. En mi opinión, el desarrollo de la capacidad crítica y el descubrimiento de las verdaderas fuentes del conocimiento deben forjar cualquier trayectoria, algo que ya realizaban los pioneros que he nombrado a lo largo de este discurso y que yo he enarbolado como bandera en mi trayectoria.

Por otra parte, la inquietud por profundizar en el conocimiento de los temas es lo que distingue a las personas. Quizá no se alcancen los objetivos, pero el intento puede justificar el camino, e incluso amansar algunas fieras. En mi caso, la pugna con el trabajo en quirófano y los estudios de doctorado me hicieron más libre. Aprendí de muchas personas, más de las que puedo nombrar hoy aquí.

En los últimos años, he observado, con tristeza, que se ha venido experimentando una deshumanización gradual del trato que reciben los pacientes, reduciéndose a un estado de objeto y una pérdida de rasgos personales e individuales. Por eso, me animo a reivindicar desde aquí una vuelta a los clásicos para poner en valor aspectos que, en la actualidad, pueden perderse en la marea tecnológica. Elementos tan humanos como el que pretendía destacar cuando he contado la anécdota sobre el origen del uso de los guantes quirúrgicos.

En el aspecto organizativo de dirección y gestión, ciertas actitudes de reduccionismo contribuyen a la idea de la deshumanización de la atención y del cuidado. Los avances en cirugía, en anestesiología y en tecnología circulante han supuesto una mejora en los cuidados, pero la enfermería debe luchar por preservar su esencia (el valor humanístico de la profesión).

Como docente, vivo un momento en el que la profesión enfermera acaba de iniciar un camino nuevo: la de los graduados que pueden tener acceso a programas de doctorado, algo impensable hace relativamente poco, y que debería conducir a un mayor conocimiento y a una mayor responsabilidad profesional.

La enfermería, al igual que otras profesiones sanitarias, tiene una especial relevancia en nuestra sociedad, al ser la salud uno de los bienes más preciados. Tradicionalmente, se ha asumido que, para desempeñar esta profesión sólo hacía falta vocación, capacidad de servicio y abnegación. Estas cualidades son importantes para ejercerla, pero la formación universitaria que se imparte actualmente en las facultades de enfermería y, concretamente, en la USC, es una formación académica muy sólida. Esto debería facilitar la discusión de

“tú a tú” con otros profesionales de la salud sobre aspectos de la enfermedad, respetando siempre la libre decisión y los derechos del paciente, y abrir un debate reflexivo de interés por la persona. La mejora en la formación académica no debe de suponer solo una ventaja para la profesión, sino que obligatoriamente debe de traducirse en un mejor servicio a los usuarios del sistema sanitario. Además de saberes científicos, el grado debe proporcionar al estudiante un conjunto de mecanismos intelectuales que le permitan la renovación de conocimientos a lo largo de su vida profesional.

Para conseguir este alto nivel de formación, la relación entre sistema asistencial y educativo es fundamental. Un buen equipo de profesionales clínicos, grupos reducidos de alumnos en cada una de las unidades asistenciales y una buena relación entre formación teórica y formación práctica permitirá el desarrollo de destrezas, habilidades profesionales y el entrenamiento en la observación y el razonamiento crítico necesarios para formar profesionales en consonancia con los avances de la ciencia, las necesidades del país y los requerimientos éticos de la profesión.

Este debate sigue vigente, centrándose en la función del profesional de enfermería. El aumento de la tecnología y la especialización implica más trabajo multidisciplinar. Todos debemos ser conscientes de ello y practicar el respeto profesional para conseguir equipos de gran calidad.

Finalmente, la filosofía del conocimiento y del esfuerzo -actitud que me ha guiado siempre- es la que quiero transmitir a todos los enfermeros presentes y futuros. La enfermería sigue siendo insustituible nada ni el más complicado y seguro instrumento del futuro, podrá sustituir a la palabra cálida, al gesto cordial, a la sonrisa, al diálogo que tiene que presidir esa relación entre el enfermo y la enfermería que le cuida. Una atención sanitaria avanzada y humana es posible.

Por último, me gustaría compartir con ustedes unas palabras de Pessoa que me causaron gran impresión cuando las leí por primera vez.

“Espectador irónico de mí mismo, nunca, sin embargo, me he desanimado de asistir a la vida. Y desde que sé, hoy por anticipación, de cada vaga esperanza, que ha de ser desengañada, sufro el gozo especial de disfrutar ya la desilusión con la esperanza, como un amargo con dulce que vuelve a lo dulce contra lo amargo.”

Así quisiera yo vivir y así quisiera yo morir.

He dicho.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): resumen. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

Becerra MV, Fernández AL, Seguridade e calidade no bloque cirúrxico. Guía de técnica aséptica básica para personal de nova incorporación ao quirófano e estudantes de grao e pregrao en prácticas. Santiago de Compostela: Complejo Hospitalario Universitario de Santiago; 2009. p. 25-7.

Becerra MV, Fernandez AL, Adrio B, García J, Reija L, Duran D, Alttamwy Z, Regueiro B. Relación of skin flora of hands with glove perforación and contaminación in cardiac surgery. Rev Port Cir Cardiorac Vasc. 2014; XXI (4): 211-6.

Becerra MV, Fernández AL, Adrio B, Rubio J, Sierra J, García J, Regueiro B. Glove perforation and sternal wound infection in open heart surgery. Cir Cardiov. 2015; 22(1): 25-30. doi: 0.1016/j.circv.2014.01.008

Beldame J, Lagrave B, Lievain L, Lefebre B, Frebourg N, Dujardin F. Surgical glove bacterial contamination and perforation during total hip arthroplasty implantation: When gloves should be changed. Orthop Traumatol Surg Res 2012; 98(4): 432-40. doi: 10.1016/j.otsr.2011.10.015

Harnoss JC, Kramer A, Heidecke CD, Assadian O. What is the appropriate time-interval for changing gloves during surgical procedures. Zentralbl Chir. 2010;135(1):25-7. doi:10.1055/s-0029-1224684

Horan TC, Aynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG. CDD definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1992; 13(10): 606-8. doi: 10.1017/S0195941700015241

Inaba H, Miyairi T, Tanaka K. The effect of thorough preoperative disinfection on the incidence of postoperative mediastinitis. *Surg Today* 1999; 29: 601-5.

Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999; 20: 247-78.

Misteli H, Walter PW, Reck S, Rosenthal R, Zwahlen M, Fueglistaler P, Bolli MK, Oertly D, Widmer AF, Marti WR. Surgical glove perforation and the risk of surgical site infection. *Arch Surg*. 2009; 144: 553-8.

Nichols RL. Preventing surgical site infections: a surgeon's perspective. *Emerging Infect Dis*. 2001; 7: 220-4.

NNIS. National Nosocomial Infections Surveillance System Report, data summary from January 1992 through June, 2004, issued October 2004. *Am J Infect Control*. 2004; 32: 470-85.

Partecke LI, Goerdts AM, Langner I, Jaeger B, Assadian O, Heidecke CD, Kramer A, Huebner NO. Incidence of microperforation for surgical gloves depends on duration of wear. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009; 30: 409-14.

Puente JL. Prefacio. En: Caínzos M., Potei J, Puente JL. *Infecciones de la herida operatoria*. Barcelona: Salvat; 1982.

Steimlé RH. El quirófano, historia, evolución y perspectivas. *Arch Neurocienc (Mexi.)*. 2008; 13(1): 43-53.

Tammelin A, Hambræus A, Ståle E. Routes and Sources of Staphylococcus epidermidis transmitted to the surgical wound during cardio-thoracic surgery. Possibility of preventing wound contamination by use of special scrub suits. Infect Control Hosp Epidemiol. 2001; 22:338-46.

Thorwald J. El siglo de los cirujanos. Barcelona: Ed. Destino, S.A.; 2000.

Whyte W, Hanblein DL, Kelly IG, Hambræus A, Laurell G. An investigation of occlusive polyester surgical clothing. J Hosp Infect 1990; 15: 563-74.

DISCURSO DE CONTESTACIÓN



Ilma. Sra. Dª.

GONZÁLEZ PETEIRO, María Mercedes

Académica Numeraria y Fundadora

Vicepresidenta segunda de la
Academia de Enfermería de Galicia

Número 2 del escalafón

Ingreso: 3 de octubre de 2013.

ELOGIO A LA NUEVA ACADÉMICA:

Excmo. Sr. Presidente de la Academia de Enfermería,
Excmas. e Ilmas. Autoridades y Representaciones,
Ilmos. Sras. y Sres. Académicos Numerarios,
Sras. y Sres. Académicos Correspondientes,
Queridos familiares y amigos,
Señoras y señores,

Siempre representa una gran distinción y también un honor el ser elegido por un nuevo académico como responsable para pronunciar la contestación a su discurso de entrada en esta digna corporación. Mis primeras palabras son de felicitación por el magnífico discurso que la nueva académica ha pronunciado y también quiero resaltar el carácter unánime que refrendó su elección por todos los miembros de la institución. Ello muestra el alto grado de respeto y admiración que todos tenemos hacia la personalidad docente, científica y humana de la Dra. María Victoria Becerra Sueiro. Desde su inicio en la docencia universitaria hasta la actualidad, nuestro contacto ha sido cotidiano, construyendo una sincera y profunda amistad. Me siento alagada y orgullosa de realizar este elogio porque siento una gran admiración por todo lo que ha conseguido a lo largo de su trayectoria profesional y confío plenamente en su valiosa contribución a las tareas de servicio a esta reciente Academia.

Entre sus dotes, quiero destacar su esfuerzo. Es una trabajadora incansable. Su obsesión por el conocimiento en pro de los avances de la profesión y en una constante lucha por defender los intereses de la enfermería en todos sus ámbitos es vehemente y entusiasta. Es una profesional segura de si misma, que siente un profundo respeto y cariño por sus maestros, por sus compañeros, por sus colaboradores, por sus alumnos y por sus pacientes.

La celebración de este acto académico en este marco incomparable del Salón Noble del Pazo de Fonseca es un momento histórico para la

Academia y para la enfermería, pues no hace muchos años, esto sería impensable. Por todo ello, le estoy muy agradecida a la Junta Directiva que me ha designado para responder a la electa D^a María Victoria Becerra Sueiro.

La profesora Victoria Becerra es digna representante de la creación de un sillón de enfermería del área quirúrgica y demuestra que la Academia apuesta por las especialidades de enfermería, por el desarrollo de la ciencia, por la docencia y por la investigación.

APUNTES BIOGRÁFICOS DE LA PROFESORA MARÍA VICTORIA BECERRA SUEIRO

María Victoria Becerra Sueiro nace en A Estrada, en el año 1954. Pasó su infancia y adolescencia en esta población junto a sus padres, Otilia y Constante, su hermana Rosa María y su hermano Constante.

Cursó sus estudios primarios y secundarios en dicha localidad, y todavía recuerda con afecto a muchos de los profesores de aquella época por sus enseñanzas.

Después de finalizar el bachillerato superior, decide que quiere ser enfermera y, con 17 años, aprueba el examen de ingreso, obligatorio en aquel entonces, para realizar los estudios en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) de Santiago de Compostela, que en aquella época, dependía de la Facultad de Medicina. Pocos años más tarde, se independizarían y se integrarían en la Universidad correspondiente configurándose como Diplomaturas, obteniendo dicha titulación a través de los cursos de convalidación de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Durante sus estudios, conoce a Pepe, su compañero de vida y un pilar fundamental en su posterior trayectoria profesional. Años más tarde, obtiene la licenciatura en Antropología Social y Cultural por la UNED; se doctora por la Universidad de Santiago de Compostela (USC) con la tesis *La perforación de los guantes quirúrgicos y colonización de la*

herida de esternotomía en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, dirigida por el Prof. Dr. Ángel Luis Fernández González, con el que comparte trabajo como enfermera quirúrgica en cirugía cardíaca.

Detrás de estos datos, está la vertiente humana que dignifica la figura profesional y de la que podemos dar fe por nuestro prolongado conocimiento de la nueva académica, con quien hemos convivido durante nuestros años de actividad asistencial en el mismo hospital clínico y en la Facultad de Enfermería. El compromiso y la coherencia son constantes en la vida de la nueva académica. Compromiso con la profesión enfermera, con la sociedad, con los pacientes y con sus amigos.

Victoria se caracteriza por su afán en la adquisición de conocimientos. Es todo un ejemplo para las nuevas generaciones, pues ha demostrado sobradamente que, como a ella le gusta decir, “con trabajo y esfuerzo todo acaba llegando, llegará más tarde, pero no hay que esperar que nadie te regale nada”. Es lo que siempre les ha transmitido a sus alumnos y, en su ámbito familiar, a sus hijas, Iria y Olalla. No me cabe la menor duda de que lo continuará haciendo con su nieto Mateo, pues el esfuerzo y el trabajo continuo, casi siempre, llevan al éxito personal y profesional.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL:

Una vez finalizados sus estudios de ATS en 1975, consigue plaza en propiedad en el antiguo hospital clínico universitario de Santiago de Compostela en Galerías con destino en quirófano y continúa, en la actualidad, en el mismo hospital con ubicación en A Choupana.

Entre los años 1975 al 1983, rota por las distintas especialidades quirúrgicas. Desde el año 1983, participa de forma más asidua con el Servicio de Cirugía Cardíaca. En 1984, entra a formar parte del Equipo de Enfermería Quirúrgica de la Unidad de Trasplante Renal. En 1994, se incorpora al equipo de Enfermería Quirúrgica de Trasplante

Hepático, permaneciendo hasta octubre de 2011 en ambos equipos de trasplantes.

Su capacidad de trabajo, su fuerza de voluntad y su carácter pasional son los motores que le permiten ser una referencia para la enfermería. Ha sido miembro del Comité de Infecciones y Política Antibiótica, secretaria del Comité de Planificación de cuidados de Enfermería y coordinadora del Comité de Seguridad del Paciente, implicándose en todas las actividades de formación, tanto para profesionales de nueva incorporación como impartiendo cursos de formación continuada.

ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA

Comienza su carrera docente universitaria vinculada a la asistencial en 2011, obteniendo una plaza por concurso de méritos de Profesora Asociada de Universidad P6 – LOU en la Facultad de Enfermería de la USC en la que continúa en la actualidad.

Hasta ese momento, había sido colaboradora docente en el área de conocimiento de enfermería quirúrgica durante varios cursos académicos. A nivel docente, la nueva académica se ha responsabilizado de impartir las materias de Bases para el Cuidado de la Salud y de Clínica II (la parte correspondiente a cirugía cardíaca y a los trastornos de la frecuencia y el ritmo cardíaco) de primero y tercero de grado respectivamente, incidiendo siempre sobre la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente en relación con las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Ha tutorizado numerosos trabajos de fin de grado, cuyas líneas de investigación han sido las arritmias, los trasplantes y la seguridad del paciente. Ha impartido docencia de tercer ciclo en la temática de los Trasplantes de Órganos y Tejidos. Además de ser una profesional muy competente, no podemos olvidar su faceta como autora de tres libros de divulgación, además de la publicación de diversos capítulos y artículos científicos en revistas.

Estas características han dado lugar a una serie de trabajos que resulta materialmente imposible abarcar por la extensa participación en congresos nacionales e internacionales a los que ha asistido como ponente, conferenciante invitada o presentando comunicaciones en forma oral o de póster. Tampoco debemos cerrar esta breve reseña de la nueva académica sin señalar otros méritos científicos como la organización de congresos, su participación en comités científicos y la obtención de un premio de investigación. Asimismo, es miembro fundadora y editora de la revista AGID (revista de Asistencia, Gestión, Investigación y Docencia en Enfermería), la primera revista de la USC sobre ciencias de la salud.

COMENTARIOS A SU DISCURSO:

Técnica aséptica básica quirúrgica: una vuelta a los clásicos

Es importante que las aportaciones de la nueva académica a la investigación enfermera queden, en parte, plasmadas en su discurso de ingreso. El título *-Técnica aséptica básica quirúrgica: una vuelta a los clásicos-* es una clara declaración de intenciones. El tema que ha elegido la académica electa para el discurso de ingreso es de sumo interés y actualidad porque está muy relacionado con la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente, por lo tanto, ha sido un acierto. En su disertación, además de ser una experta con pleno conocimiento de causa de la técnica aséptica básica en los procedimientos quirúrgicos, se percibe también su formación antropológica. Utiliza una visión global del ser humano y cómo esta concepción ayuda mucho al ejercicio de la profesión en un mundo globalizado, ya que la supervivencia humana está ligada a la evolución de la enfermería.

En el discurso que hemos escuchado, se hace una justa y amplia referencia a los orígenes y desarrollo histórico de la asepsia y antisepsia en cirugía, y, como el pasado guarda siempre la clave del presente, los principios de la técnica aséptica básica siguen vigentes en la actualidad en la prevención de la infección asociada a los

cuidados sanitarios. La infección de la herida quirúrgica es el indicador epidemiológico más importante de calidad y seguridad, según la OMS.

Los avances tecnológicos y la enfermería basada en la evidencia también son analizados por la nueva académica, tanto en sus aspectos positivos como en sus puntos débiles, con gran agudeza y claridad.

No entramos en la descripción pormenorizada de la secuencia conceptual, pero basta analizar los epígrafes de los distintos apartados de su discurso para observar el sólido soporte de sus argumentos que se asientan en la ciencia y en la indagación científica.

La Dra. Victoria Becerra lo expresa de forma muy clara: los principios de la técnica aséptica básica quirúrgica siguen siendo fundamentales y son la base que precede al resto de las medidas preventivas de la infección del sitio quirúrgico, además, del correcto uso de los antibióticos.

Quedaría incompleta esta semblanza si no enfatizara su preocupación por la prevención de la colonización y la infección de la herida quirúrgica y, por ello, la necesidad de volver a los clásicos, desde una perspectiva metodológica centrada en la prevención de la infección. En este contexto, rememora entre otros, a Semmelweis, quien ya describió en 1847 el lavado de manos para disminuir la incidencia de la sepsis puerperal y que, actualmente, es la medida antiséptica más eficaz para evitar la dispersión de las infecciones. Conviene recordar que el año 2008 fue designado como el año internacional del saneamiento por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Desde entonces, el lavado de manos tiene como objetivo extender las mejores prácticas de higiene en buena parte del planeta. Pero esta medida antiséptica, como desvela Victoria, es la más fácilmente olvidada por los profesionales como ponen de manifiesto los datos, por lo tanto, nos abre los ojos ante una flagrante realidad. Haciendo énfasis en que, a pesar de los impresionantes avances científicos y tecnológicos en el que se desarrollan ciertas cirugías, la destreza y las habilidades que se adquieren con muchas horas en quirófano siguen siendo claves para mantener la técnica aséptica básica durante todo el

procedimiento quirúrgico, siendo imprescindible la multidisciplinariedad y el trabajo en equipo. La prevención de la infección es un ámbito muy importante en la investigación clínica hospitalaria dedicada a los cuidados quirúrgicos, así lo demuestra la existencia de guías clínicas de actuación de prevención de la infección del sitio quirúrgico.

Las reflexiones que hace la Dra. Victoria Becerra, tanto de método, como sobre la profesión, nos deben de hacer meditar sobre ellas, pues son el producto de una larga experiencia en todos los ámbitos de la profesión. Son las palabras de una profesional con sentido de la responsabilidad que se enfrenta a los problemas y emanan de una raíz en la que yo misma me reconozco. Con un planteamiento diferente de la persona sana y enferma, con un progreso humano fundamentalmente de la enfermería.

Es evidente su firmeza en la concepción de la enfermería, brillantemente defendida, desde el inicio de su actividad asistencial, docente e investigadora. Sirva de ejemplo su obra extensa y variada para corroborarlo. El título de su trabajo para la obtención del título de doctora (*Perforación de los guantes quirúrgicos y colonización de la herida de esternotomía en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca con circulación extracorpórea*) ya expresa con claridad su intención de aplicación.

En relación con su faceta de docente, resulta innegable que toda profesión debe de adaptar su discurso a los cambios de cada época y circunstancia, viviendo el cambio como un reto que alimenta nuestro compromiso social y evidenciando que el papel de la Universidad no es solamente la capacitación profesional. Su misión principal, con gran diferencia, es el cultivo del individuo como un fin en sí mismo, es decir, en el proceso educativo debe proponerse el desarrollo equilibrado mediante la transformación de la información en conocimiento necesario y suficiente para generar acciones conducentes a mantener y desarrollar la vida individual y colectiva en condiciones de sostenibilidad o armonía con la naturaleza.

Victoria, amiga, compañera, en nombre de tus nuevos compañeros y amigos, te doy la bienvenida a esta Casa, donde tendrás la dicha de seguir trabajando por nuestra querida profesión: la enfermería.

Enhorabuena y muchas gracias a todos por escucharme.

He dicho.



Academia de Enfermería de Galicia, corporación de derecho público adscrita a la
Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia