

VISIÓN DE
enfermería
ACTUALIZADA

vea

#65

AÑO 18 MARZO 2021

REGULACIÓN DE
LA TELEMEDICINA
p. 31 EN ARGENTINA

APUNTES
p. 11 SOBRE
COMUNICACIÓN
EFECTIVA

Más allá de la Pandemia
“Dengue y Zyka” **p. 27**

Adecra+Cedim



Baño Fácil SOAP'N EASY®

Paño jabonoso para la higiene personal

Mejore su calidad de vida

- Limpieza completa, rápida, simple y efectiva
 - Mejora la calidad de vida
 - Evita derrames de agua
 - Suaviza y perfuma sin irritar
- Fácil de usar para la higiene personal o de terceros



En sólo tres pasos un baño completo.
Un paño alcanza para higienizar
una persona adulta.



Utilizados en las principales clínicas y sanatorios del país

Distribución directa en Capital y GBA. Distribuidores en el interior

(011) 4641-2046 / 4644-3023 | bfacil@bfacil.com.ar - www.bfacil.com.ar

5 EDITORIAL

7 ENFOQUES I

Pandemia y aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO):
La oportunidad para un cambio de paradigma educativo
Prof. Diego Martín de Castro

11 GESTIÓN

Apuntes sobre comunicación efectiva
Lic. María Rosa López

19 INFORME I

El Proceso de Enfermería en tiempos de pandemia
Cecilia L. Rossi

27 INFORME II

Más allá de la Pandemia "Dengue y Zyka"
Dr. Gerardo Laubé

31 INFORME III

Regulación de la telemedicina en Argentina
Dr. Fabián Vítolo

37 FICHA 64

Aerosolterapia con inhalador presurizado
Lic. Leonardo Raga

39 ENFOQUES II

¿Qué es la Enfermería?

43 Bases para la publicación de artículos

45 INVESTIGACIÓN

Percepción de los estudiantes sobre el trato recibido en el ámbito
hospitalario durante las prácticas profesionalizantes
Emma Abalos/Verónica Avalos/Yésica Pizarro

51 RINCÓN LITERARIO

Sobrevivir
Sara Ruiz Díaz

STAFF

DIRECCIÓN

Lic. Mercedes Sosa

JEFA DE REDACCIÓN

Prof. Lic. Marisa Server

COORDINACIÓN EDITORIAL

Alejandra Fuente

Lic. Graciela Rojas

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Prof. Magdalena Villaverde

EDICIÓN

Susana Prieto

Adecra

Montevideo 451 - Piso 10º (C1059ABl)

C.A.B.A. Argentina

Tel: (011) 4374-2526 Fax: 4375-2070

www.adecra.org.ar

www.enfermeria.adecra.org.ar

e-mail: revistavea@adecra.org.ar

Esta publicación es propiedad de:
Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospi-
tales Privados de la República Argentina

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

Periodicidad trimestral
(marzo, junio, septiembre y diciembre)

AÑO 18 | N° 65 | MARZO 2021

CONSULTORES ESPECIALISTAS

Aspectos legales de la profesión: Lic. Elena Perich, Secretaria General de FAE, Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Buenos Aires • Enfermería en Control de Infecciones: Lic. Stella Maimone, Asesora de la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones (AADECI), Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Enfermería en Cuidados Paliativos: Lic. Marta Junín, Coordinadora de Grupo de Trabajo -Cuidados Paliativos- Hospital de Gastroenterología B. Udaondo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Enfermería Laboral: Lic. Sofía Pagliero, AECAP (Asociación de Enfermería de Capital Federal) • Enfermería Médico-Quirúrgica: Mg. Carmen del Pilar Santesteban, Directora del Programa de Educación a Distancia, Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, Provincia de Santa Fe. • Enfermería Oncológica: Lic. Silvina Estrada de Ellis, Jefa del Departamento de Enfermería de FUNDALEU, Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Informática en Enfermería: Lic. Hugo Leoncio, Presidente de la Asociación de Informática en Enfermería de la República Argentina (ADIERA) • APS, Atención primaria y epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación, Lic. Analía Aquino.

CORRESPONSALES EN EL PAÍS: Lic. Maria del Valle Correa Rojas 0387 4397469 - celular 387 4154461 / Lic Javier Rosas 387 4095742 **CATAMARCA (CAPITAL):** Lic. Estrella Tillar. Tel. (03833) 427839 (de 7:00 a 11:00). **CÓRDOBA (CAPITAL):** Lic. Eduardo Giuliani. Tel. (0351) 4616362. **CHACO (RESISTENCIA):** Enf. Lidia Muñiz de López. Tel. (03722) 425050 int. 118. **FORMOSA (CAPITAL):** Lic. Elisa Acosta. Tel. (03717) 433651. **PROVINCIA DE BUENOS AIRES (LA PLATA):** Lic. Juana Lucila Ayala Rosa. Tel. (0221) 4220234 (desde las 18:00). **MENDOZA (GUAYMALLÉN):** Lic. María Rosa Reyes. Tel. (0261) 4215570. **MISIONES (POSADAS):** Lic. Carmen Grittis. Tel. (03752) 428117. **SALTA (CAPITAL):** Lic. María del Valle Correa Rojas. Tel. (0387) 4225426 **CONCORDIA (ENTRE RÍOS):** Lic. Rosana Firpo. Tel. (02966) 15598681/ (02966) 433592. **SANTIAGO DEL ESTERO (CAPITAL):** Lic. Mariano Aníbal Chávez. Tel. (0385) 4509574. San Juan (Capital): Lic. Mabel Lucía Naveda de Torres. Tel. (0264) 4214370. **SAN LUIS (CAPITAL):** Lic. Mónica Soto Verchér. Tel. (802652) 435837. Fax (02652) 431354. **TUCUMÁN (SAN MIGUEL):** Lic. Natividad Díaz de Pacheco. Tel. (0381) 4272728. **COLEGIO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE JUJUY:** Tel. (0388) 4232910 / (0388) 154-387557 - Vicky Argañaraz - Capital Federal -Tel. 4833-4834. Nelly Guerrero (Salta) 0387-4341788. Rubén Siorto - Venado Tuerto (Santa Fe) Tel. 03462-425490 / 03462-15667838. Enfermería de Alto Riesgo. **SALTA CAMPO QUIJANO:** Lic. Rosaria Francisca Gerónimo - 387 5025790

EN EL EXTRANJERO: COLOMBIA (BOGOTÁ): Enf. Sonia Pimiento. Tel. 571-629-0766. **CHILE (SANTIAGO):** Lic. Celsa B. Parrau Tejos. Telefax 6347438. **MÉXICO DF (CAPITAL):** Lic. Claudia Alarcón Morales. Tel. 53-413157. **URUGUAY (MONTEVIDEO):** Lic. Amanda Serrón. Telefax 598023 085866 (de 8:00 a 11:00). **URUGUAY (MONTEVIDEO):** Lic. Teresa Estela Delgado González. Tel. 659-6007.

Editorial

Reinicio, reconstrucción, transición, aprendizaje son algunas de las palabras con las que se podría caracterizar a este 2021. Desde el inicio de la pandemia, la atención de salud se ha visto alterada de manera significativa: se impuso la necesidad de adaptación de los servicios en términos de recursos humanos, tecnológicos y de insumos, como así también la exploración de nuevos modelos de cuidado. Pero no sólo los servicios de atención sufrieron alteraciones en sus estructuras. A nivel educativo, la abrupta interrupción de las actividades planificadas en las aulas, de la necesaria relación entre actividades teóricas y prácticas, ha impactado fuertemente sobre el proceso de enseñanza y aprendizaje, con efectos perceptibles en el corto, mediano y largo plazo.

La experiencia del año transcurrido nos insta ahora a un nuevo comienzo.

Principalmente, el desafío de cómo adaptar un modelo de enseñanza presencial a uno remoto, que no había sido considerado como opción con anterioridad por la literatura académica y para el cual no hay todavía un programa apropiado.

Esto implica la búsqueda de nuevas maneras de articular esa modalidad remota con el ejercicio de las actividades prácticas, necesario para el desarrollo de diversas habilidades y actitudes clínicas para el cuidado de Enfermería. En un contexto en el cual el ámbito natural para ese desarrollo presenta un alto riesgo de contagio de Covid para estudiantes y docentes, la formación de calidad es un tema central a resolver para las instituciones educativas.

El conocimiento científico y la tecnología proponen modelos y parámetros de simulación virtual cuyas repercusiones se han potenciado por la crisis sanitaria, pero corresponde dialogar sobre estrategias sostenibles entre todos los actores que conforman el sistema educativo para garantizar la calidad técnica y que se promueva una formación profesional que no sea causa de adversidades en el mediano y largo plazo. El escenario virtual, aunque una alternativa válida en tiempos de pandemia, no posibilita experimentar en su totalidad los diversos ambientes y condiciones en que desempeñarán su tarea los futuros profesionales.

Se trata de una cuestión central, pues allí donde el mundo laboral se entrelaza con el educativo para dar acogida a los nuevos profesionales de Enfermería es donde se pone de manifiesto la difícil tarea de amortiguar el impacto de los efectos secundarios provocados por el débil desarrollo de las habilidades técnicas de los profesionales recientemente graduados.

¿Podrán estos nuevos modelos virtuales aportar el conocimiento técnico necesario para desempeñarse en el ámbito laboral? ¿Generarán efectos secundarios en la calidad del cuidado de Enfermería? ¿Aumentarán o disminuirán la brecha entre la necesidad de los servicios y la realidad de los nuevos profesionales? Es de suponer que estos interrogantes se irán develando en un plazo no muy lejano. Los espacios laborales deberán estar preparados para una nueva generación de profesionales, que tal vez nos sorprendan con su capacidad de resolución de problemas ya que se formaron en escenarios particularmente inestables.

Lic. Mercedes Sosa

Desde la Revista VEA queremos agradecer **A TODO EL PERSONAL DE ENFERMERÍA** por dar testimonio, en estos momentos tan difíciles que vivimos, de los valores éticos y profesionales.

Desde la primera línea de atención, aun con el estrés que genera esta situación, a pesar de la incertidumbre y de la angustia de estos tiempos, ustedes siguen abrazando a diario la profesión con una dignidad y una entereza enormes. Una vez más y todas las que sea necesario:

¡MUCHAS GRACIAS!

Pandemia y aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO): La oportunidad para un cambio de paradigma educativo

Prof. Diego Martín de Castro

Diplomado y Especialista en educación y nuevas tecnologías. Flacso
Docente Secundario, Terciario y Universitario

"La gente aprende más cuando tiene una oportunidad razonable y una motivación para hacerlo"

David Perkins

INTRODUCCIÓN

En su libro *La escuela inteligente*, Perkins (1993) señala que los saberes pueden aprenderse mejor cuando se enseña aplicándolos al mundo real, dado que esa necesidad interna de conocer y descubrir cosas nuevas puede proporcionar la motivación necesaria para alcanzar conocimientos complejos y desafiantes (1).

El mundo cambia de manera constante, pero la pandemia ha acelerado de manera vertiginosa esos cambios y hoy más que nunca se pone de manifiesto que la educación tradicional no ha acompañado este proceso. En la sociedad actual, altamente tecnificada, las instituciones educativas no desarrollan en los estudiantes las habilidades necesarias para desenvolverse en un mundo de esas características. Frente a ello es preciso plantearse de qué manera ayudar a esos alumnos adquirir las habilidades que les permitan trabajar y resolver los problemas que una sociedad competitiva, altamente conectada y cambiante les demanda.

Se trata de un momento perfecto para replantear el rol de la educación. Este contexto de pandemia y aislamiento ha puesto en evidencia la distancia que existe entre lo que se acostumbra enseñar en las aulas y lo que el mundo actual demanda, distancia igual de grande a la que se observa entre lo que los viejos programas piden transmitir y lo que le interesa aprender a los alumnos.

Las nuevas condiciones impuestas por la pandemia revirtieron lo que para muchos docentes era costumbre. No sólo dejaron de ser "locales" sino que además de jugar el partido de "visitante", tocó hacerlo con un reglamento nuevo, al que la mayoría no estaba acostumbrada. Muchos colegas se han sentido abrumados por la tecnología, perdidos en esta nueva forma de relacionarse porque sienten que sus alumnos saben más que ellos. Y en ese aspecto es cierto, razón por la cual deben realizar un enorme esfuerzo para no perder el vínculo con sus estudiantes, y al mismo tiempo aprender una cantidad de cosas que hasta hace no mucho les eran totalmente desconocidas.

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

Un breve repaso histórico sobre los modos de aprendizaje durante el siglo XX permite observar que no se trata de proponer una ruptura total, sino de comprender qué cambios es preciso realizar. En el pasado, como resultado del cambio de paradigma que trajo la industrialización, gran parte de la población se volcó a las ciudades y las sociedades se complejizaron. La educación acompañó estos cambios mediante la formación de los futuros trabajadores y profesionales. La estandarización, la uniformidad y la producción en

(1) Perkins, David. *La escuela inteligente*. Gedisa, 1995.

serie eran factores importantes tanto en la fábrica como en el aula. Fenstermacher (1989) lo sintetiza mediante la fórmula **DqExy** (2). Destinada a explicar el complejo proceso de enseñanza, dicha la fórmula se lee de la siguiente manera:

el Docente (D) enseña (q) al Estudiante (E) cierto contenido (x) a fin de alcanzar cierto propósito (y)

Esto funcionó en una sociedad industrial donde el acceso a la información era restringido y la escuela garantizaba esos saberes. Hoy, el acceso es casi instantáneo y el foco no se pone en la información sino en lo que podemos hacer con ella. En la actualidad, las habilidades básicas ya no son suficientes para garantizar que los estudiantes puedan desenvolverse con soltura en un mundo cargado de incertidumbre. Se hace necesario desarrollar habilidades de comunicación tanto oral como escrita, fomentar el pensamiento crítico y la habilidad de resolver problemas, como así también la facilidad para poder trabajar en equipo y de manera colaborativa, utilizando la tecnología como un gran aliado para gestionar proyectos y desarrollar creatividad e innovación. Lo prioritario ya no es la enseñanza de un contenido específico —que está al alcance de cualquier estudiante— sino **enseñar a aprender**, porque los cambios seguirán sucediendo y demandando nuevas soluciones al ambiente educativo. En ese sentido es posible afirmar que algunas habilidades que se

usaron en el pasado aún son necesarias e incluso más relevantes en la actualidad —por ejemplo, **el pensamiento crítico y la resolución de problemas**— y que el contexto actual requiere sumar a ellas otras habilidades, novedosas, como la **alfabetización digital**.

FIGURA 1. división del trabajo futuro cercano



LAS TIC Y LAS HABILIDADES DEL SIGLO XXI

El avance de la tecnología ha dado lugar a la automatización de muchas tareas, razón por la cual es vista como una amenaza al trabajo de personas poco calificadas. Frente a ello, estarán mejor preparados quienes tengan la capacidad de adquirir y aplicar rápidamente nuevos conocimientos, resolver problemas, posean habilidades de comunicación, de trabajo en equipo, sepan manejar la tecnología y puedan aplicar la innovación y la creatividad a sus proyectos. El contexto de cambio que la pandemia y el aislamiento han provocado ameritan la pregunta por la capacidad de los entornos de

aprendizaje actuales para dar respuesta a las exigencias del vivir y trabajar en la “era del conocimiento”, donde la fuerza es reemplazada por el saber hacer. Así como una oportunidad para imaginar cómo será el mundo dentro de veinticinco años, es también un momento propicio para reflexionar sobre la escuela actual, si está en condiciones de formar a los estudiantes en las habilidades y conocimientos que necesitarán para desarrollarse en ese futuro. El mundo actual ya demanda habilidades que hoy la escuela no fomenta.

LAS HABILIDADES DEL SIGLO XXI

Habilidades de aprendizaje e innovación:	Habilidades de alfabetización digital:	Habilidades para la vida y logro personal:
• Pensamiento crítico • Resolución de problemas • Comunicación • Colaboración • Creatividad • Innovación	• Alfabetización informacional • Alfabetización mediática • Alfabetización en tecnologías de la información y la comunicación	• Flexibilidad • Adaptabilidad • De Iniciativa y autodirección • Interacción social y transcultural • Productividad • Liderazgo y responsabilidad

(2) Fenstermacher, Gary. “Tres aspectos de la filosofía de la investigación sobre la enseñanza”.

Estas habilidades cobran valor en un mundo donde se fomenta el trabajo en equipo, de manera colaborativa, aplicando la tecnología e incentivando la innovación y la creatividad, donde los errores se toman como parte del proceso para alcanzar el éxito en cada proyecto y el aprendizaje es permanente.

En el contexto actual la tecnología funciona como un motor de cambio. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) son un conjunto de herramientas y recursos tecnológicos utilizados para transmitir, crear, compartir, almacenar o intercambiar datos e información. Estas herramientas pueden utilizarse en educación para optimizar la enseñanza, el aprendizaje y la evaluación.

PRINCIPALES VENTAJAS DE LAS TIC

PRÁCTICA DOCENTE	• La utilización de una variedad de estrategias de enseñanza, sumando a las tradicionales otras de tipo personalizado y centradas en el estudiante, colaborativas, basadas en proyectos, o incluso el modelo de <i>flipped classroom</i> (clase invertida). • Mejora el acceso a los recursos dado que permite a los profesores encontrar y compartir recursos digitales que mejoran el dictado de una clase. • Administrar de manera más eficiente y eficaz el día a día del colegio, por medio de planillas de cálculos, bases de datos, plataformas de aprendizaje o LMS (Learning Management System) y tecnologías de la comunicación. • Fomentar el desarrollo profesional docente de manera continua por medio de comunidades de práctica y entorno virtual de aprendizaje. También, la posibilidad de poner al alcance de todos los Webinars (seminarios basados en la Web) y los MOOCs (Massive Open Online Courses, cursos abiertos y masivos en línea).
APRENDIZAJE	• Permiten variar las estrategias de aprendizaje, sumando a las tradicionales el colaborativo, personalizado, activo, independiente, basado en proyectos y el informal. • Mejoran el acceso al aprendizaje volviéndolo asincrónico y ubicuo, por medio de internet y de la tecnología móvil. • Permiten elegir el ritmo de avance por medio de cursos off line y simulaciones de casos, donde el estudiante puede configurar su ritmo de avance. • Mejoran el compromiso y la motivación al proporcionar a los estudiantes entornos a los cuales se encuentran más habituados y que poseen formatos más atractivos. • Permiten acercar a los estudiantes a las habilidades del siglo XXI, necesarias en un mundo en permanente cambio y evolución.
EVALUACIÓN	• Brindan soporte a diversas estrategias de evaluación: diagnóstico, formativa, sumativa, formal e informal, autoevaluación, evaluación por pares, colaborativa, entre otras. El docente tiene la posibilidad de seleccionar la tecnología que mejor apoye la estrategia elegida. Pueden utilizarse portafolios electrónicos, simulaciones, juegos, encuestas o herramientas tipo Blog o Wikis para una evaluación colaborativa o por pares. • Ponen a disposición una amplia variedad de formatos para utilizar (texto, imágenes, audio, video, animaciones) y de esta manera mejorar la evaluación y hacerla más atractiva para los estudiantes. • Mejoran la autenticidad, al proporcionar escenarios del mundo real a través de simulaciones, redes y mundos virtuales. • Mejoran la retroalimentación, proporcionando un estímulo inmediato en las evaluaciones en línea mediante la retroalimentación en función de la respuesta dada. • Permiten mejorar la gestión de la evaluación al utilizar software específico, como planillas de cálculos, bases de datos, plataformas de aprendizaje, software para la detección de plagio, herramientas de comunicación en general.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Las nuevas tecnologías constituyen un importante motor de cambio en el paradigma educativo actual, lo cual no significa que el camino a recorrer sea sencillo, ni mucho menos rápido. Son varias las dificultades que surgen a la hora de intentar incorporar en mayor medida la tecnología en la cotidianeidad del aula.

En primer lugar, por cuestiones de infraestructura. A menudo los establecimientos no pueden garantizar un buen sistema de conectividad digital en todas las aulas; cuando esto sí resulta posible, la velocidad de conexión no siempre es la apropiada. En segundo lugar, es frecuente la falta de equipos apropiados y la inexistencia de un servicio técnico que los mantenga en buen funcionamiento. Pero la problemática más importante tiene que ver con la falta de formación y capacitación de los docentes a cargo de los cursos. Las dificultades edilicias, así como la falta de capacitación y estímulos adecuados para la actualización pueden afectar la confianza de los profesores en el uso de estas tecnologías y convertirse en un obstáculo para la implementación de las TIC en la educación.

Lograr un cambio verdaderamente significativo en las prácticas docentes requiere incorporar las nuevas tecnologías, con todos los beneficios que pueden aportar. Por ello, el uso que los docentes

hacen de las TIC es parte fundamental de la transformación de la experiencia de aprendizaje y la mejora en los resultados de los estudiantes. En la medida en que se sientan más cómodos con ellas, y que su uso se vuelva habitual en el aula, será posible iniciar un nuevo camino en las formas de enseñar y aprender.

Para que esto suceda, debe garantizarse el acceso igualitario a las TIC. Esto significa que todos los estudiantes, independientemente de las necesidades especiales, discapacidades, desventajas económicas, sociales o geográficas, deben beneficiarse del uso de las TIC para la educación y el aprendizaje. De lo contrario, sólo estaremos expandiendo la brecha digital entre aquellos que pueden acceder a los recursos y aquellos que no disponen de esa posibilidad. Los recursos tecnológicos que se usarán los próximos años en las escuelas son el equivalente al guardapolvo blanco que muchos alguna vez llevaron en la formación primaria. En este sentido, deben estar garantizados para todos los estudiantes por el sólo hecho de estar transitando un proceso de formación.

La pandemia ha acelerado en muchos años los cambios que se necesita implementar en la educación para que ésta dé respuesta a las necesidades de la sociedad actual y futura.

Apuntes sobre comunicación efectiva

Lic. María Rosa López*

UBA – USAL

La comunicación no es simplemente la transferencia de información entre dos o más personas sino una manera de conocer las ideas, los pensamientos, sentimientos y valores de los demás.

INTRODUCCIÓN

Etimológicamente, la palabra *comunicación* se vincula con los conceptos *común* y *comunidad*. Según David Berlo (1971), el objetivo fundamental de la comunicación es convertir al ser humano en un agente efectivo que puede influir y afectar intencionalmente a su entorno.

Otras definiciones señalan que la comunicación es “lo que el receptor entiende, no lo que el emisor dice” (Keith Davis & John Newstrom), “la respuesta que usted obtiene” (Joseph O’Connor & John Seymour). Estas afirmaciones apuntan a la complejidad del proceso comunicativo y nos permiten empezar a pensar por qué un acto tan habitual en nuestras vidas presenta tantas dificultades.

Partiendo de estas consideraciones, podemos afirmar que al comunicarnos intentamos establecer una comunidad con alguien, compartir información, ya sea un pensamiento, un sentimiento o una acción. En sentido, la comunicación se define la comunicación como la transmisión de información y acuerdos mediante el uso de símbolos comunes (símbolos que pueden ser verbales o no verbales.)

De todo ello se desprende que la comunicación interpersonal es un proceso interactivo, dinámico y recíproco entre dos o más per-

sonas, a través del cual se transmiten pensamientos, ideas, creencias, sentimientos, emociones, necesidades o expectativas.

Para enfatizar estos aspectos, diversos autores trabajan el concepto de **comunicación efectiva**. Elias Benzadon la define en estos términos: “Comunicar con eficacia es transmitir una energía que representa seguridad en sí mismo, valores, confianza y libertad. [...] es comunicarse consigo mismo y enviarse los mensajes que lo impulsarán a desarrollar todo su potencial”. Anthony Robbins, por su parte: “Para comunicar con eficacia hay que comprender que todos somos diferentes en cuanto a nuestro modo de percibir el mundo, y utilizar esa comprensión como guía en nuestra comunicación con los demás”.

A fin de comprender los ingredientes esenciales de la comunicación efectiva resulta de mucha ayuda detenerse primero en algunas nociones básicas sobre el proceso de la comunicación y luego, en base a ellos, analizar las razones del por qué la comunicación no es fácil. De este modo, resultará más claro cómo desarrollar habilidades para comunicarse de manera efectiva.

BIBLIOGRAFÍA

—Fenstermacher, G. (1989) “Tres aspectos de la filosofía de la investigación sobre la enseñanza”. En Wittrock, M.: La investigación en la enseñanza I. Barcelona: Paidós.

—Perkins, D. (1995) La escuela inteligente. Barcelona: Gedisa. Capítulo 3.

* Docente de la carrera de Administración en Enfermería (UBA). Docente de la carrera Gerenciamiento de Sistemas de Salud (Universidad El Salvador).

** El presente artículo es una adaptación de la unidad didáctica sobre comunicación eficaz elaborada por la autora.

I. NOCIONES GENERALES

En un proceso de comunicación es posible distinguir por lo menos tres niveles diferentes de análisis: el técnico, el semántico y el pragmático. En el nivel técnico se analizan aquellos problemas que surgen en torno a la fidelidad con que la información puede ser transmitida desde un sujeto que envía la información (emisor) hasta un sujeto que la recibe (receptor). En el nivel semántico se estudia todo lo relacionado con el significado del mensaje y su interpretación. Por último, en el nivel pragmático se analizan los efectos conductuales de la comunicación interpersonal, la influencia o efectividad del mensaje en tanto da lugar a una conducta.

Tipos y estilos de comunicación

La comunicación verbal es aquella en la cual el lenguaje es el medio de comunicación. Es el contenido de lo que comunicamos a través de las palabras (lo que se dice). La comunicación no verbal es la manera cómo nos comunicamos con nuestro cuerpo, sin palabras ni sonidos (por ejemplo, mediante la postura física, los gestos, las señas, etcétera).

Además, existen los estilos de comunicación, que se definen por los siguientes principios:

—Las diferencias de estilo individual tienden a ser estables.

—Existe un número finito de estilos.

—Todo el mundo hace juicios acerca de las personas en base a su estilo de comunicación.

Existen diferencias individuales en cuanto a la aplicación de los diversos estilos con sus características.

Tipos de respuesta

Los tipos de respuestas ponen de manifiesto diferentes actitudes frente a una situación comunicativa.

Respuestas asertivas (AS): son aquellas que con firmeza buscan la solución, no sólo de la situación inmediata, sino también de las causas profundas que han podido llevar a la situación actual. Aceptan con igual soltura tanto los cumplidos como las críticas y en este último caso, indican la voluntad de corregir errores. En las respuestas asertivas se manifiesta siempre la opinión real que se tiene sobre el asunto, lo que excluye de ellas toda actitud evasiva. El tono de las respuestas, aunque pueda ser severo, nunca es violento o mordaz.

Respuestas agresivas (AG): son aquellas que intentan dominar o manipular a los demás, apoyándose en la intimidación por medio de hostigamiento verbal, insultos, ironía, amenazas, humillaciones o comentarios hostiles y culpabilizadores,

gestos, muecas o asalto físico. Bajo estas respuestas caben igualmente las situaciones en que se ignora abiertamente al interlocutor. Son respuestas que tienden a resolver la situación inmediata, de manera brusca y cortante, sin mostrar la intención de encontrar soluciones al problema fundamental a largo plazo.

Respuestas de evitación/resignación (ER): son aquellas que aceptan problemas o situaciones a regañadientes y contra la opinión propia, sin resolverlos realmente. No manifiestan lo que realmente se piensa o se siente respecto de la situación; adoptan una postura evasiva para salir del paso. El objetivo de las respuestas ER es escabullirse de la situación eludiendo el esfuerzo para encontrar soluciones a largo plazo al problema fundamental. Ya sea que se trate de críticas o cumplidos, la respuesta ER es evasiva.

Tipos de escucha

Uno de los elementos esenciales para una comunicación eficaz es saber escuchar en forma activa a nuestro interlocutor. Sin embargo, en nuestra vida cotidiana lo más frecuente es que escuchemos de manera pasiva.

¿Cuáles son las características de la **escucha pasiva**?

—Oír

—Escuchar haciendo otra cosa

—No tomar en cuenta la necesidad del otro de ser escuchado

Una de las principales consecuencias de la escucha pasiva es que genera emociones negativas en quien desea ser escuchado: enojo, miedo, pena y angustia.

Para comunicarnos de manera eficaz debemos aprender a ser buenos receptores. Es decir, ser protagonistas del proceso de comunicación interpersonal que establecemos con otros, aun cuando no seamos nosotros quienes estamos transmitiendo el mensaje.

A continuación detallamos las características y beneficios de la **escucha activa**.

ESCUCHA ACTIVA

¿Qué significa?

- Aquietar la propia mente
- Saber cuándo estar callado
- No interrumpir
- No terminar las frases de otras personas
- Utilizar: pausas
señales:
—no verbales positivas
—verbales positivas
- Aprobar con la cabeza
- Sonreír
- Presentar:
postura atenta
expresión facial interesada
contacto visual
- Mostrar, con respecto a lo escuchado:
Buen gesto
Agrado
Sorpresa e intriga (“no había pensado en eso antes”)
Actitud de interés
Tomar en cuenta frases dichas por nuestros interlocutores

Características

- Estar disponible tanto como sea posible.
- Prestar atención al saludo inicial.
- Concentrarse conscientemente en la actividad de escuchar.
- Dejar de hacer cualquier otra actividad. Tratar de minimizar las interrupciones.
- Mantener silencio, no interrumpir ni emitir juicios o comentarios.
- Postura corporal y expresión facial que le hagan sentir a la otra persona que realmente se le está prestando atención.
- Mirar al otro a los ojos.
- Asentir y emitir señales de continuidad.
- Entender lo que el otro dice, decodificar el mensaje.
- Preguntar si es necesario. Hacer preguntas abiertas.
- Sintetizar
- Dar retroalimentación del contenido del mensaje (utilizar un lenguaje simple y repetir todo lo que sea necesario para asegurarse de que ha sido comprendido).
- Dar reflejo simple del sentimiento del mensaje.
- Ser auténtico.
- Transmitir señales mediante un código común al emisor y al receptor.

Consecuencias y beneficios

- Ayuda a una comunicación más abierta y más honesta.
- Favorece y fortalece una relación valiosa.
- Promueve una relación más cercana.
- Muestra al emisor que uno está interesado en él como persona. Quien se siente escuchado se siente reconocido como un ser valioso y digno.
- Relaja al que se siente escuchado, provoca emociones positivas.
- Dan continuidad a la comunicación.
- Alientan al receptor a profundizar y comprender lo que le está pasando.
- Muestra al emisor que no sólo está siendo escuchado sino además comprendido.
- Permite comprobar si nuestra decodificación y retroalimentación del mensaje está siendo adecuada.

II. LA PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA (PNL)

El surgimiento de esta disciplina recoge algunos desarrollos del análisis del lenguaje verbal y no verbal en los programas o patrones que practicaban notables profesionales del campo de la psicoterapia (V. Satir, M. Erickson, C. Pierce) y del enfoque sistémico (G. Bateson). Su propósito principal es encontrar los modelos que permiten la excelencia en el pensar y el comunicar del ser humano. Entre sus fundadores destacan Bandler y Grinder; entre los autores actuales destacan Dilt, Robins, O’Connor y Seymour.

Con respecto a su denominación, podemos realizar el siguiente análisis:

—**Neuro:** referido a la idea de que todo comportamiento proviene de nuestros procesos neurológicos y está ligado a percepciones sensoriales como la visión, audición, olfato, gusto, tacto y sentimiento. Tomamos contacto con el entorno mediante los cinco sentidos, entendemos la información y actuamos según ello. Cuerpo y cerebro forman una unidad inseparable, un ser humano.

–**Lingüística:** usamos el lenguaje para ordenar nuestros pensamientos y conducta, por ende, para comunicarnos con los demás.
–**Programación:** se refiere a las maneras que podemos elegir para organizar una secuencia con nuestras ideas y acciones a fin de producir resultados. El término es extraído de la informática y se relaciona con la estrategia.

La programación neurolingüística es una **visión personal del mundo**; como tal, posiblemente sea diferente de otros integrantes de nuestra sociedad. Es un modelo de gran utilidad en áreas tan disímiles como la empresarial, la salud, la educación. Involucra un estudio del comportamiento y la comunicación humana que implica la suspensión momentánea de las creencias apriorísticas en favor de poner a prueba conceptos en la propia experiencia sensorial. Comenzó a perfilarse a principios de 1970 como resultado del trabajo en equipo realizado por el psicólogo y lingüista John Grinder y el especialista en informática Richard Bandler, quienes se conocieron en la Universidad de California. Ese equipo multidisciplinario contaba con antropólogos, biólogos, psicoterapeutas, psiquiatras. Elaboraron modelos que se desarrollaron en dos direcciones: en primer lugar, mediante un proceso que describía los patrones para sobresalir en un campo específico; en segundo lugar, como formas efectivas de pensar y comunicarse.

Su aplicación es muy difundida en el campo empresarial ya que la claridad respecto de los objetivos, los recursos y la facilidad de adaptación al cambio son claves para todo proyecto exitoso. En ese sentido, el modelo PNL contribuye a clarificar y fortalecer tres aspectos fundamentales para el funcionamiento de una empresa o una institución:

–Saber lo que se quiere es el **objetivo**.

–Estar alerta para darse cuenta de lo que se está obteniendo es la **agudeza**.

–Ir cambiando hasta obtener lo que se quería es la **flexibilidad**.

¿Por qué decimos que PNL es un modelo y no una teoría?

Las teorías se basan en una serie de razonamientos y procesos deductivos. Cuando se intenta rebatir una teoría o pensamiento se trata de poner en duda los postulados. Un modelo es diferente, ya que en él no hay creencias apriorísticas, ni postulados indemostrables, no se pide que adopten nuevas afirmaciones, sino que se suspendan las propias aseveraciones por el tiempo suficiente para probar los procedimientos. En el caso de PNL mediante la adecuada experiencia sensorial.

La hipótesis de PNL es que visualizamos el mundo en base a tres tipos de representaciones internas, todas ellas sensoriales: **visuales** (en base a imágenes internas tipo foto o película), **auditivas** (en base a sonidos internos en nuestra cabeza), **kineséticas** (nos hacen

sentir sensaciones corporales –dolor, presión, frío, calor, contacto, ligadas al olfato, gusto, etcétera). De este modo obtenemos un mapa interno de la realidad. Esa sería nuestra realidad psíquica.

Por ejemplo: si recordamos nuestra casa cuando éramos niños y si no hemos vivido en ella durante mucho tiempo, hay que recurrir a una representación interna. Mediante la PNL es posible dar cuenta del proceso interno, es decir captarlo mediante otras señales que nos indican qué tipo de material se está procesando en cada momento. Estos son datos observables a través de las cualidades de la voz: el volumen (alto, medio, bajo), el tono (agudo, medio, grave), el timbre; de la velocidad en el discurso (rápido, medio, lento), de los accesos oculares, las posturas corporales, el tipo de respiración. Todos empleamos los tres sistemas, pero hay un canal que usamos con preferencia.

En los distintos sistemas se describen las siguientes características:

–**visual:** al describir algo que hemos observado, el volumen es alto, la voz aguda y la velocidad rápida.

–**auditivo:** al describir algo que se escuchó, el volumen tono y velocidad es medio.

–**kinestésico:** el volumen es bajo, tono de voz grave y velocidad lenta para describir algo que se siente.

Sin embargo, este proceso perceptivo y de creación de mapas internos tiene algunas limitaciones. Entre ellas:

–**neurológicas:** no percibimos ondas sonoras menores a veinte ciclos por segundo o por encima de veinte mil ciclos por segundo.

–**sociales:** el cerebro “olvida” la mayor parte de todo aquello que deberíamos recordar.

–**individuales:** cada uno tiene un modelo propio del mundo, ya sea empobrecido o enriquecido.

Sobre esta base, PNL intenta un punto de vista diferente sobre algo que hasta el momento ningún enfoque había podido explicar. Lo importante es analizar *cómo* habla la persona y dejar de lado *qué* dice.

Metaprogramas

Se los entiende como modelos que usamos para determinar qué información dejamos entrar. En ese sentido, son una especie de filtros que normalmente forman parte de nuestra percepción. Para ilustrar esta información consideremos las posibles respuestas al siguiente planteo: **Si tenemos un vaso lleno de agua y se bebe la mitad, ¿el vaso está medio lleno o medio vacío?**

Ambas afirmaciones son verdaderas según el punto de vista que se adopte. Algunas personas se fijan en los aspectos positivos de la situación, en lo que tenemos, mientras que otras hacen hincapié en

lo que falta. Esto muestra la importancia de estos metaprogramas, por qué son claves en áreas como la motivación y la toma de decisiones a nivel personal y gerencial.

- Cuando la tarea es convencer o enseñar a una persona visual, hay que recomendar ver ejemplos, mostrar cómo hacer.
- Para una persona auditiva se debe centrar en hablar para recoger información, aprende mejor si le dicen cómo hacerlo.
- El individuo kinestésico debe sentir el proyecto.

Durante la comunicación diaria con el entorno, utilizamos el 7% para la palabra, el 38% para el tono de la voz y el 55% restante es

el lenguaje del cuerpo, es decir la postura, los gestos y el contacto visual. Lo que marca la diferencia es cómo decimos las cosas. El principio que puede extraerse de esto es que **el significado de la comunicación es la respuesta que obtenemos**.

III. ¿POR QUÉ NOS EQUIVOCAMOS EN SALUD?

Veamos algunos ejemplos que ilustran distintas formas de ineficacia comunicativa en la comunicación que tiene lugar en las instituciones hospitalarias, en diversos sectores. El mal manejo de la circulación de la información sobre los pacientes en las distintas áreas de atención, así como en las formas empleadas para comunicar.

Ejemplo 1

–Hospital, buen día.
–Buen día, quiero información sobre un paciente que está internado.
–¿De qué paciente se trata?
–Se llama Pablo Ramírez, está en la habitación 376.
–Un momento, le voy a transferir la llamada a Enfermería.
–Buen día, soy la enfermera, ¿en qué puedo ayudarlo?
–Quisiera saber las condiciones clínicas del paciente Pablo Ramírez, de la habitación 376, por favor.
–Un minuto, voy a localizar al médico de guardia.
–Buen día, habla el doctor, ¿en qué puedo ayudarlo?
–Vea, doctor, quisiera que me informen sobre la salud de Pablo Ramírez, de la habitación 376.
–Espéreme un minuto que consulto la ficha del paciente.
–Bueno, gracias.
–Aquí está. Hoy se alimentó bien, la presión y el pulso están estables; responde bien a la medicación. Le retiraremos el monitor cardíaco mañana. Si continúa estable le darán el alta en dos o tres días.
–Muchas gracias, doctor, no sabe qué noticia maravillosa me ha dado, qué alegría.
–Por su entusiasmo, usted debe ser algún pariente muy cercano.
–No, no. Yo soy Pablo Ramírez. Estoy llamando desde la habitación 376. Lo que pasa es que todo el mundo entra y sale de la habitación, hablan entre ustedes y a mí nadie me dice nada.

Ejemplo 2

En el siguiente video podemos ver una escena de la serie *Doctor House*:

<https://www.youtube.com/watch?v=1UyH-Yq-26o>

Nos interesa observar la manera en que House atiende a una paciente con asma en la institución hospitalaria en la que se desempeña.

Ejemplo 3

Los momentos de la verdad

Nos referimos en este caso a aquellas situaciones en las que se da el contacto personal del paciente o usuario con quienes se desempeñan dentro de la institución hospitalaria. En esas situaciones es posible observar que los primeros:

- Leen cualquier material impreso de la institución.
- Experimentan el servicio y juzgan si satisface su expectativa.
- Experimentan problemas, promesas no cumplidas, información incompleta y errores en el desempeño del servicio.

En los ejemplos se observa que los motivos que pueden dar lugar a equivocaciones son varios:

- Factores comunicacionales.
- Atención en múltiples entornos.
- Escaso entrenamiento en comunicación y trabajo en equipo.
- Falta de participación del paciente y su familia.
- Diferencias en cuanto a la codificación y decodificación del mensaje entre el emisor y el receptor (no comparten el mensaje de la misma manera).
- La información no es transmitida a la persona correcta, de la forma adecuada y en el momento indicado.
- Comunicación con características negativas. A saber:
 - verborragia
 - fuera de código o nivel
 - insuficiente
 - agresiva
 - entrecortada
- Utilización de doble mensaje
- Malos entendidos
- Sobreentendidos (lo obvio)
- Descuido respecto del ejemplo
- Cuando no se ha generado una visión compartida y bien comprendida por parte de toda la organización, fomentando la cooperación, colaboración y trabajo en equipo.

Ejemplo 1: la experiencia en una fiesta.

El salón para un individuo visual era amplio y colorido.
Para una persona auditiva era silencioso o ruidoso.
Y para el kinestésico no conocía a nadie y sintió mucho calor.

Ejemplo 2: la poesía, en este caso, es ilustrativa del tema.

Entre
Lo que pienso,
Lo que quiero decir,
Lo que creo decir,

¿Cómo dar respuesta a esta problemática? La guía de la Joint Commission (TJC) sobre comunicación efectiva dentro del staff de salud (2009) señala entre sus lineamientos: promover la discusión de temas, el aprendizaje a partir de los errores, la utilización de distintas técnicas de comunicación estructurada.

CONSIDERACIONES FINALES

En una interacción comunicativa observar a la otra persona y a uno mismo, de manera precisa y detallada, puede resultar de mucha utilidad. Pero se debe recordar que gran parte de las claves son fugaces, por eso no es conveniente observar un gesto en forma aislada. Hay que estudiar la secuencia completa: la postura, las miradas, sonrisas, el tono y ritmo de la voz, los gestos repetidos, etcétera, para comprender totalmente el mensaje. Estos indicadores proporcionan más del 50% de los elementos y evidencias sobre las que basamos nuestro juicio en cualquier situación. Los siguientes ejemplos ponen de manifiesto las diversas características y la complejidad del proceso comunicativo que hemos presentado. El ejemplo 3 ofrece algunos lineamientos para llevar adelante una interacción comunicativa eficaz entre el personal de salud y el paciente.

Lo que digo,
Y lo que tú quieres oír,
Lo que tú crees oír,
Lo que quieres comprender,
Lo que comprendes...
Hay muchas posibilidades de que encontremos dificultades en comunicarnos.
Pero, al menos, intentémoslo.

Bernard Werber, *Enciclopedia del saber relativo y absoluto*.

Ejemplo 3: Protocolo para el personal de Enfermería (*)

COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

OBJETIVO

Otorgarle al paciente una sensación de seguridad y promover una interacción beneficiosa entre la enfermera y el paciente.

PERSONAL

- Enfermera/o
- Auxiliar de Enfermería

PROCEDIMIENTO

La comunicación terapéutica debe procurar seguir los siguientes pasos:

- Acérquese al paciente con actitud firme pero sin prisa; esto facilita una interacción controlada pero no amenazante.
- Identifíquese ante el paciente. Hacerle conocer la relación a establecer inicia la fase de orientación en la relación enfermera-paciente.
- Disponga el medioambiente de manera que apoye el tipo de interacción necesaria. Elimine las distracciones causadas por el entorno.
- Colóquese frente al paciente, mantenga un contacto visual y una postura abierta. Transmite así interés atención sinceridad y ausencia de actitud defensiva.
- Utilice expresiones o preguntas con fines abiertos. Permita que se expresen aquellos sentimientos y preocupaciones más importantes para el paciente en ese momento.
- Reafirme o parafrasee las expresiones del paciente cuando corresponda. De este modo confirma la importancia de los comentarios del paciente.
- Aclare los comentarios no claros. Garantiza el mensaje que se envía.
- Recorra al contacto y el silencio cuando corresponda. Transmite compasión y otorga tiempo para que el paciente recobre la compostura.
- Emplee las técnicas de escucha activa: no interrumpir al paciente en la mitad de un comentario, usar indicadores verbales de aceptación y comprensión; enfocarse en el mensaje verbal y no verbal a fin de prevenir la distracción, expresar interés.
- Observe los gestos no verbales del paciente a medida que se le está hablando (gestos faciales, sonrisas, cruce de los brazos, etcétera). Facilita la detección de claves que indican la aceptación o la no-aceptación del mensaje.
- Hacia el final de la interacción, resuma los aspectos destacados de la conversación para evitar una interrupción brusca e incompleta.
- Documente en hoja de enfermería naturaleza y elementos destacados de lo expresado, barreras de comunicación (si existieran) e intervenciones usadas, gestos no verbales significativos, etcétera.

OBSERVACIONES

A fin de mejorar la comunicación interpersonal procure evitar:

- Bloqueos de la comunicación terapéutica.
- Dar consejos.
- Utilizar respuestas que impliquen aprobación o desaprobación.
- Estar de acuerdo o en desacuerdo.
- No escuchar con atención.
- Aparentar distracción.
- Usar estereotipos.
- Proporcionar falsas expectativas.
- Realizar sondeos excesivos.
- Efectuar cuestionamientos sin fundamentos.
- Responder de manera defensiva.

(*) Fuente: Protocolo 94. López, María Rosa. *Manual de procedimiento para Enfermería*.

Ante la situación de tener que comunicar algo a otra persona es muy importante tener en claro qué aspectos deben ser evitados, qué curso es preferible o no transitar en una comunicación. Pero a la vez, se debe procurar siempre ser uno mismo. Como lo conocen los amigos, en el club, los parientes en las reuniones familiares. Estudiar, mantenerse actualizados, estar atentos a todo posible

aporte, practicar, son formas de desarrollar y fortalecer estas habilidades. Pero, por sobre todo, la diferencia está en ser espontáneos y en poner ese mismo entusiasmo que hemos puesto en los logros más importantes de nuestras vidas (el amor de los seres queridos, los discípulos, los amigos, la vocación).

Para ampliar la mirada sobre el tema

- Los cuatro acuerdos, de Migue Ruiz (corto animado). Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=iW6wygwg4AQ>
- ¿Te atreves a soñar? (video). Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=i07qz_6Mk7g

BIBLIOGRAFÍA

- Drutman, J. (2008) “Equipo de salud”. En: *Calidad y calidez en el ámbito de la salud*. Editorial Arrayanes.
- Goleman, D. (1999) *La inteligencia emocional en la empresa*. Madrid: Editorial Vergara.
- Goleman, D. (1996) *La inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Joint Commission (2009) *The Joint Commission Guide to Improving Staff Communication*. Chap. 1: “Setting the Stage for Effective Communication”. Illinois: Joint Commission Resources. Second edition.
- Kofman, F. (1999) *Metamanagement: La nueva conciencia de los negocios*. Tomos I, II, III. Buenos Aires: Ediciones Granica SA.
- López, MR (2016) Proecri - Programa de actualización de Enfermería en cuidados críticos. Módulo 2: Rol profesional. Comunicación efectiva. Buenos Aires: Panamericana.
- O'Connor J. y Seymour J. (2013) *Introducción a la programación neurolingüística*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Ribeiro, L. (1999) *La comunicación eficaz*. Barcelona: Editorial Urano.
- Sambrano, J. (1997) *PNL para todos*. Caracas: Editorial Alfa.
- Senge, P. (2010) *La quinta disciplina. El arte y la práctica de una organización abierta al aprendizaje*. Buenos Aires: Ediciones Granica SA.
- Spencer Johnson, MD (1998) *¿Quién se ha llevado mi queso? Cómo adaptarnos a un mundo en constante cambio*. Madrid: Ed. Empresa Activa.

El Proceso de Enfermería en tiempos de pandemia

Cecilia L. Rossi*

Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario

Implementar y registrar en forma adecuada el proceso de Enfermería, teniendo en cuenta que el cuidado es el objeto de estudio y de trabajo de la disciplina, genera evidencia sobre la eficacia y eficiencia de las acciones e intervenciones de Enfermería en todos los niveles de atención a la salud y contribuye a visibilizar la profesión.

RESUMEN

La pandemia de SARS-CoV-2 ha puesto de manifiesto las dificultades y temores relacionados con varios determinantes en la práctica profesional diaria. En este contexto, el Proceso de Enfermería (PE) ofrece un ejemplo de sistematización que puede servir como base fundante y estructurante de la construcción del conocimiento y de la práctica profesional en salud. Al mismo tiempo, el escaso registro de dicho proceso (ya sea en el historial del paciente o en otros documentos propios de la Enfermería) contribuye no sólo a la poca visibilidad y reconocimiento profesional, sino que además constituye un obstáculo para la evaluación de su propia práctica, lo que dificulta el avance de la Enfermería como disciplina científica.

PALABRAS CLAVE

Proceso de Enfermería, campo disciplinar, cuidado humanizado, pandemia

ABSTRACT

The SARS-CoV-2 pandemic has exposed difficulties and fears related to various determinants in daily professional practice. In this context, the Nursing Process (NP) presents an example of systematization that can serve as a founding and structuring basis for the construction of knowledge and professional practice in health. At the same time, the scarce record of this process (either in the patient's history or in other documents of Nursing) contributes not only to the low visibility and professional recognition, but also constitutes an obstacle to the evaluation of their own practice, which hampers the advancement of Nursing as a scientific discipline.

KEYWORDS

Nursing Process, disciplinary field, humanized care, pandemic

*Licenciada en Enfermería (UNR). Docente e investigadora de la Escuela de Enfermería (UNR). Profesora Titular de Cuidado Integral de Enfermería y de Enfermería en la Atención del Adulto y Anciano II en la Escuela de Enfermería de la UNR. Directora de investigaciones e Integrante de la comisión evaluadora de tesis de la Maestría en Administración de Servicios de Enfermería de la Escuela de Enfermería (UNR). Coordinadora a nivel nacional de la RED ESAM (desde 2013) y co-fundadora de la RED ESAM a nivel internacional (2006). Integrante del Grupo coordinador de Redes Argentinas de Enfermería. Co-fundadora de Red de Teorías de Enfermería, en Argentina y a nivel internacional.

INTRODUCCIÓN

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, incluye 17 objetivos de desarrollo sostenible y 169 metas de aplicación universal. Esta nueva Agenda es la expresión de los deseos, aspiraciones y prioridades de la comunidad internacional para los próximos años: se trata de una iniciativa ambiciosa que integra las dimensiones económica, social y ambiental. Es una agenda transformadora, que pone a la igualdad y dignidad de las personas en el centro y llama a cambiar nuestro estilo de desarrollo, respetando el medio ambiente.

Desde aquel momento Enfermería ha planificado estrategias y trabajado para colaborar en la consecución de esos objetivos. En 2017 el CIE eligió como lema “Enfermeras: una voz para liderar. Alcanzando los Objetivos de Desarrollo Sostenible”. Desde distintos escenarios y lugares del mundo empezamos a preguntarnos de qué otra manera contribuir a estos logros, siendo que venimos haciéndolo desde hace mucho tiempo a nivel local, nacional e internacional. En 2019, el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud aprobó la propuesta de declarar al 2020 como Año de la Enfermería, en homenaje al bicentenario del nacimiento de Florence Nightingale.

En aquel momento, Annette Kennedy, presidenta del CIE, destacó que esa iniciativa supondría una herramienta para evidenciar la necesidad de contar con personal adecuadamente formado, así como también para formular estrategias de contratación y retención de los recursos humanos formados que se tradujeran en la supresión de los impedimentos para el desarrollo profesional.

Hoy los desafíos son mayores. La crisis sanitaria desatada en 2020 por la pandemia de COVID-19 ha suscitado problemas éticos en la prestación de los cuidados de Enfermería en los centros hospitalarios de todo el mundo. Esos problemas tienen que ver específicamente con la prestación de cuidados en contextos de escasez de recursos y alto riesgo de contagio, con el necesario (auto) cuidado que corresponde al personal de Enfermería y con la preservación de los derechos del paciente, entre otros. En previsión de futuras situaciones como la que estamos viviendo, la consecución de los objetivos planteados por la Agenda 2030 hace necesario conocer con más detalle los desafíos que se presentan y el modo correcto de abordarlos.

La próxima generación de profesionales de Enfermería deberá desarrollar una profunda comprensión de las necesidades del ser humano y recibir formación continua, centrada en la persona, y en planteamientos holísticos para la resolución de problemas. Se trata de la capacidad de tomar decisiones con inteligencia y compasión, considerando el factor de la incertidumbre en la situación en la que se están prestando cuidados, y recurriendo, según sea necesario, a la comprensión crítica de los códigos de conducta ética, la experiencia clínica, el aprendizaje académico y el autoconocimiento, con la capacidad adicional para anticipar las consecuencias y tener el valor de actuar (1).

ENFERMERÍA, DISCIPLINA PROFESIONAL Y CIENTÍFICA

Tanto las enfermeras como la Enfermería a nivel mundial tienen por delante el desafío de crecer y mantener su base como profesionales del cuidado de la salud. Sin embargo, no es posible avanzar en el cumplimiento de su mandato social sin claridad respecto de sus fundamentos disciplinarios. La disciplina enfermera es diferente, pero se cruza con la evolución de la profesión de Enfermería: sin una orientación disciplinar clara y una base para guiar el desarrollo de la profesión es fácil perder el rumbo.

Dicho de otro modo: sin la base disciplinaria para el conocimiento y la práctica, la profesión de Enfermería puede ser fácilmente conducida por la cultura hospitalaria y la presión para ajustarse a los modelos de atención medicalizados. Esta visión curativa de las experiencias humanas en salud y enfermedad contrasta con la cosmovisión disciplinaria unitaria de la Enfermería. Esto es: una cosmovisión comprometida basada en valores atemporales, una orientación filosófica hacia la unidad cuerpo–mente–espíritu, la salud de la persona entendida como un todo, el cuidado humano en tanto conocimiento de cura que sostiene a la humanidad (2).

Retomando los aportes de distintos autores, Durán de Villalobos (2002) lo sintetiza de la siguiente manera: una disciplina profesional se define por su relevancia social y la orientación de sus valores. Su núcleo básico se deriva de un sistema de valores y creencias acerca del compromiso social de la profesión, de la naturaleza de sus servicios y el área de responsabilidad para el desarrollo de su conocimiento. Estos requisitos necesitan una expresión nuclear clara y precisa, y es por eso que parte fundamental del crecimiento de la disciplina radica en el crecimiento de las teorías que dan sustento al conocimiento de esa disciplina (3).

Para el caso de Enfermería es este conocimiento el que permite desarrollar una práctica autónoma, científicamente fundamentada, que expresa el núcleo de saberes propio de la disciplina.

La metodología propia de la disciplina enfermera se pone de manifiesto en el Proceso de Enfermería (PE), el cual requiere conocimientos científicos para valorar, interpretar, determinar las necesidades de las personas o la comunidad, hacer sus diagnósticos y brindar cuidados prioritarios. Exige, además, habilidades de pensamiento crítico y un razonamiento clínico sumamente desarrollados, así como la habilidad para planificar, ejecutar a plena conciencia y evaluar las intervenciones.

Es esta metodología de trabajo la que posibilita brindar el cuidado de Enfermería en cualquier ámbito de desempeño profesional, garantizando la integridad de una asistencia que enfatiza los aspectos biológicos, sociales, psicológicos y espirituales en el cuidado de la persona (4). Es también una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados, ya que promueve un sentido humanístico centrado en resultados, aporta continuidad a las intervenciones y se convierte en un instrumento para evaluar de forma continua la

calidad del cuidado brindado. El PE constituye, por todo esto, un ejemplo de sistematización de la atención (5).

Este tema ha sido y es investigado aun hoy en tiempos de pandemia. Por caso, la investigación “Beneficios de la sistematización de la atención de Enfermería para el paciente y para la Enfermería”, publicada en 2020 por Dos Santos y Filho (6), señala que gran parte de la atención o cuidado de Enfermería no se registra ni documenta de ninguna manera, lo cual no sólo dificulta la descripción estadística del servicio, sino que impide dar visibilidad a las enfermeras y a la profesión. La autonomía en la profesión de Enfermería sólo se adquirirá cuando toda la clase comience a utilizar la metodología científica presentada por PE, de acuerdo con sus acciones. Es decir: cuando la aplicación del sistema de procesos de Enfermería esté en la práctica.

APORTES Y REFLEXIONES DESDE LA PRÁCTICA

La pandemia de COVID-19 ha dejado al descubierto la vulnerabilidad de los sistemas de salud, así como el déficit de profesionales de Enfermería para enfrentar la situación desde la primera línea de atención. Es fundamental contar con equipos de protección individual idóneos y suficientes, acciones de formación continua, condiciones laborales dignas, protocolos acordes a los estándares internacionales, equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios, herramientas tecnológicas en el marco de la telemedicina y voluntad política desde las instancias directivas de las instituciones de salud. Si se tienen en cuenta y se implementan las medidas anteriores, los profesionales de Enfermería tendrán la oportunidad de

demostrar todo su potencial como gestores del cuidado mediante acciones de educación y orientación, implementación de prácticas de autocuidado, y comunicación asertiva dirigida a la persona, la familia y la comunidad. El apoyo que puede brindar el personal de Enfermería en este escenario es fundamental para mitigar las dificultades que presentan los servicios de salud, así como para favorecer las medidas de protección personal y la acción en beneficio del ser humano (7).

Por sus características, el trabajo de Enfermería se desarrolla en todos los entornos clínicos y de la práctica, con personas de todos los contextos culturales, abarca la totalidad del ciclo vital y del espectro de necesidades de atención sanitaria. Cabe preguntarse, en este contexto de cambio mundial tan rotundo, ¿es posible aplicar el proceso de Enfermería?

La dificultad de aplicar el PE radica en interpretarlo exclusivamente como un simple método sistemático que permite la intervención individualizada. Esto genera en ocasiones sentimientos de inseguridad, temor a lo desconocido o a la limitación de recursos. Para seguir avanzando en el desarrollo disciplinar y en la utilización de una metodología propia, además de la adaptación de la teoría a la práctica, la formación y la creación de entornos favorables para implementar el proceso, Enfermería debe considerar necesario que el profesional asuma el PE como herramienta científica para aplicar el cuidado (8).

Al respecto, presentamos algunas opiniones de colegas que llevan adelante la práctica diaria en este tiempo de pandemia.

A.P. es Licenciada en Enfermería. Se desempeña en la Coordinación de Enfermería de una institución privada:

“Esta pandemia ha llegado para cambiar la vida. Son cambios profundos de paradigmas sobre el cuidado enfermero, donde se ve afectada en su mayoría la relación vincular con el otro. El escenario de atención es un escenario distinto, donde no existen demasiadas posibilidades para la construcción de un plan de cuidados individualizado que nos permita ver al ser desde la singularidad. Más bien, se protocolizada casi todo desde una construcción colectiva de atención. No se contemplan las miradas sociales ni psicológicas. De hecho, no hay participación en la asistencia de psicólogos y el contacto con sus seres queridos queda reducido o es nulo. El paciente sufre el despojo desde sus pertenencias hasta la desvinculación de sus seres queridos. La muerte y la preparación del cadáver es sinónimo de la objetivación del ser, producto de los protocolos existentes. Realmente el cuidado enfermero sufre una desnaturalización y franca reducción del alcance y la visión de las dimensiones reales.”

J.P., también Licenciado en Enfermería, trabaja en una institución para adultos mayores:

“La atención de Enfermería en pandemia inició con mucha incertidumbre... No estábamos preparados para dicha situación y estuvimos mucho tiempo expectantes a la espera de los pacientes con COVID. Los adultos mayores se hospitalizaban por alteraciones meramente biológicas. Estas personas

quedaban aisladas y las atendíamos con todos los elementos de protección personal, con lo que apenas se nos veían los ojos. Fue un cambio realmente en la atención, que impactaba tanto en el profesional enfermero como en el sujeto de atención. Ya no se sentía el contacto de la piel ni se veían sonrisas y lejos habían quedado las visitas y el acompañamiento de los familiares...

¿Cómo dar un cuidado bajo estas condiciones? No fue ni es fácil. Nos fuimos adaptando. Los pacientes pasaron a ser parte de nuestra familia porque compartíamos más tiempo con ellos que en nuestros hogares, ya que hacíamos guardias extra muchos días.

La valoración se hizo de manera más minuciosa, el diálogo se profundizó con aquellos pacientes que tenían las condiciones para comunicarse, y con el transcurrir del tiempo y la estadía de los pacientes pasamos a ser enfermeros y familiares.

Con pacientes totalmente aislados, la calidad del cuidado para mí fue mi motor y mi objetivo: me centré en eso para fomentar la recuperación de los pacientes que podían llegar a ser externados de la institución y en garantizar cuidados de confort para una muerte digna en los pacientes que estaban transitando el final del camino de la vida”.

Lamentablemente el PE ha sido visto y concebido como un requisito para aprobar materias o como una forma ociosa de llenar espacio. En este sentido, la actitud de muchos profesionales es un factor decisivo y la resistencia a aplicarlo quizá sea uno de los aspectos más importantes para integrarlo en la práctica cotidiana.

Por otro lado, resulta muy satisfactorio en este contexto ver y comprobar cuántos colegas que solían trabajar con el PE hoy en día han podido elaborar protocolos ante la pandemia empleando esa metodología.

La insuficiente disponibilidad de recursos humanos como consecuencia de esta crisis sanitaria puede poner a la enfermera en situación de tener que decidir a quién prioriza en los cuidados. Esas decisiones pueden llegar a ser dramáticas cuando se trata de priorizar un recurso que no alcanza para todos. Y para poder determinar estos criterios debe saber valorar y hacer su diagnóstico enfermero y brindar los cuidados correspondientes con la profesionalidad que la caracteriza y manteniendo la eticidad.

Aunque los criterios de priorización no se hayan adoptado con antelación, la enfermera igualmente debe tomar decisiones y tiene que hacerlo con la profesionalidad que la caracteriza, dentro del marco del ordenamiento jurídico vigente. En este sentido, el CDCIE (Cross Domain Collaborative Information Environment – Entorno de información colaborativa entre dominios) señala que la distribución de recursos debe hacerse con equidad y prestando especial aten-

ción a los colectivos vulnerables (9). En la medida de lo posible, conviene que la decisión sea consultada con el equipo de salud. No solo porque la complejidad del contexto puede hacer más difícil el acierto en la decisión sino porque, actuando de ese modo, la enfermera obtiene un apoyo para su decisión que la previene frente al riesgo de distrés moral.

Cuando una pandemia como la actual colapsa los sistemas de salud, las carencias no se limitan a las plazas de UCI y a los servicios más directamente relacionados con la asistencia a los afectados, sino que alcanza a todo el sistema y repercute en la asistencia y los cuidados de pacientes con otras patologías u otras necesidades. La insuficiencia de recursos exige un reparto equitativo, en el que deben primar las urgencias vitales, pero sin olvidar aquellas situaciones que, de no recibir la atención debida, pueden degenerar en cuadros irreversibles (10).

La pandemia de COVID-19 ha puesto en crisis los sistemas de salud a nivel mundial: los recursos humanos son insuficientes, la atención de los más afectados se ha visto o puede verse afectada. Enfermería debe estar preparada para dar prioridades y brindar un cuidado seguro y ético.

En enero de 2021 la OMS y el CIE presentaron el borrador de las Orientaciones estratégicas para el fortalecimiento de enfermeras y matronas (2021–2025). Annette Kennedy, presidenta del CIE se refirió a esto de la siguiente manera (11):

“Hemos visto el impacto del COVID-19 en los sistemas sanitarios de todo el mundo y cómo ha afectado a nuestros compañeros. Los gobiernos han invertido miles de millones en salud, inversiones que llegan tarde, pero que si se hubiesen hecho antes hubiesen salvado miles de vidas. Ahora es necesario que los gobiernos den respuesta, porque no estoy convencida de que hayan aprendido de este tsunami que

nos ha arrastrado. El COVID terminará, pero llegará el tsunami de la falta de enfermeras y creo que los gobiernos no son conscientes de ello. Las enfermeras, las asociaciones de Enfermería, tenemos que estar alertas para que sean conscientes del problema que se avecina, pues actualmente faltan seis millones de enfermeras en todo el mundo y cuatro millones se van a jubilar en los próximos años”.

A su juicio, esta escasez de la que el CIE lleva años alertando “va a desbaratar todos los sistemas sanitarios. Entre todos tenemos que esforzarnos para dar unas buenas orientaciones estratégicas, para que los gobiernos rindan cuentas y para que tengan un sistema de seguimiento sólido de las propuestas”. Para la presidenta del CIE “no se puede dejar todo en manos de los gobiernos. Tenemos que asegurarnos de que protegen a las enfermeras, que son las que más han trabajado y sufrido [durante la pandemia]. Sabemos lo que está pasando en el terreno y los gobiernos tienen que escucharnos”.

José Luis Cobos, vicesecretario general del Consejo General de Enfermería de España, lo ha expresado en estos términos: “para la Enfermería española lo siguiente sería hablar de cuántos somos,

pero no sólo de números, sino para qué: qué práctica profesional debemos desarrollar, para qué queremos a las enfermeras (...) hay que hablar de empleo y de políticas de empleo como algo transversal al resto de las políticas” (11).

Estos temas fueron y son discutidos desde hace mucho tiempo. Sin embargo, con esta pandemia se puso de manifiesto que es una discusión pendiente de resolver en todo el mundo. Cuando hablamos de Enfermería como disciplina, de gestionar el cuidado, de aplicar procesos específicos, no podemos dejar de mencionar y pensar las vivencias de todos los colegas en su lugar de trabajo, en todos los niveles de atención.

L.R., Licenciada en Enfermería, lo expresa así:

“La pandemia para nosotros fue un antes y después. Un antes de miedos, incertidumbre, donde debíamos enfrentarnos a lo desconocido y con los pocos recursos que contábamos [ya que es un SAMCO de primer nivel]. La situación nos sometió a nivel personal y como equipo de trabajo a generar cambios no solo en tecnologías sino para manejar información excesiva y cambiante, porque a medida que se conocía más sobre el virus debíamos asimilar lo real y lo que los medios de comunicación exhibían. Esto generaba enojo y miedo, no solo a la población sino a todo nuestro equipo. Por ello nos comprometimos a capacitarnos e involucrarnos con otras entidades institucionales del pueblo para trabajar conjuntamente. Esto trae un después... El del compromiso con tu par, la empatía en el trabajo, el perder los miedos y aportar a tu comunidad todo lo aprendido. Porque para aprender también tuvimos que padecer aislamientos, contagios en nuestro equipo y pérdidas de seres queridos... Nos preparó para responder cada pregunta de nuestros hijos, de cada hogar, y aprender a relacionarnos con y desde experiencias vividas.”

Afirma Edgar Morin en su libro *Cambiamos de vía: lecciones de la pandemia*: “la historia ha conocido muchas pandemias, pero la novedad radical del COVID-19 es que ha provocado una polícrisis

mundial de componentes, interacciones e incertidumbres múltiples e interrelacionadas” (12).

L.G., Licenciada en Enfermería, se desempeña en una UCI de alta complejidad:

“Desde mi experiencia y en el Servicio donde trabajo, en esta pandemia nos tuvimos que ir adaptando en todo sentido: desde aprender a vestirnos para recibir a un paciente, a brindar los cuidados necesarios manteniendo las precauciones para no contagiarnos.

El agotamiento y estrés que se vive en estos momentos se debe también a la falta de personal, al incremento de las horas de trabajo, las vacaciones suspendidas, entre otras cosas. Todo eso también va afectando al servicio. Los que seguimos en batalla y en primera línea sacamos más fuerzas y garras para seguir en pie en esta pandemia.

Se fueron adaptando varias cuestiones para cuidar al personal de salud: la forma de vestirnos y desvestirnos a la hora de estar en contacto con el paciente o de hacer alguna práctica con él, también entender sus miedos, su soledad, su desapego, etcétera. Realmente fue y sigue siendo todo un aprendizaje.

En lo personal viví muchas experiencias: miedo, unión de grupo, temor a llegar a contagiar a algún familiar. . .

Una de las cosas que más nos afectó fue tener que atender a nuestras propias compañeras, con todos los miedos e incertidumbres con respecto a su evolución. Desde otro lado, entendimos el miedo del paciente sobre cómo iba a ser su evolución, pensando preocupado en su familia, y también en los familiares, que no podían entrar a ver a su ser querido internado.”

Las reflexiones de Morin (2020) nos devuelven a la relación teoría—práctica, práctica—teoría, como dos aspectos complementarios, inseparables uno del otro. “Morin extrae lecciones de la crisis que vivimos y del inimaginable confinamiento de más de la mitad del planeta. Desde su visión filosófica deja en su texto una secuela de consideraciones sobre la existencia, la condición humana, la incertidumbre de nuestras vidas. También sobre nuestra relación con la muerte, nuestra civilización, el despertar de la solidaridad y la desigualdad social en el encierro” (13).

Si recordamos que la Enfermería surge como una disciplina de orientación práctica, el momento actual nos exige repensarla atendiendo a lo que Conway (1985) señalaba años atrás: “el error de reconocer la existencia de la disciplina y verla como un cuerpo separado de las actividades de los profesionales ha contribuido a que se vea a Enfermería como un hacer y no como una disciplina profesional, lo cual conduce a la confusión de si realmente la disciplina de Enfermería existe”.

El escaso o nulo registro del proceso de cuidado, ya sea en la historia clínica del paciente o en otros documentos propios de la Enfermería, resulta no sólo en la ausencia de visibilidad del trabajo y de reconocimiento profesional, sino en un obstáculo para la evaluación de su práctica, lo que tal vez sea más grave, ya que dificulta el avance de nuestra disciplina.

CONCLUSIÓN

Las limitaciones de los EPI, el agotamiento de materiales básicos, la creciente demanda de atención de pacientes sospechosos y confirmados de COVID-19, la exposición constante a la enfermedad, el agotamiento personal, los temores al contagio personal, de familiares o amigos generan una combinación de factores que ha con-

tribuido al debilitamiento de los sistemas de salud y al aumento del ausentismo por parte de los profesionales de la salud en algunos países del mundo.

Señala Morin que el mundo después de la pandemia se presenta como “una aventura incierta en la cual se desarrollarán las fuerzas de lo peor y de lo mejor, aunque estas últimas todavía son débiles y están dispersas. Pero lo peor no es seguro, y lo improbable puede acaecer”. No obstante, no podemos desconocer que Enfermería constituye la primera línea de atención y cuidados, y tiene por ello un rol crucial en la mejora del acceso y de la calidad de la atención de salud.

En este sentido, el proceso de cuidar en Enfermería (Proceso de Enfermería) es un ejemplo de sistematización de la atención que debería ser el eje fundante y estructurante de la construcción del conocimiento y de la práctica profesional en salud. Teniendo como base y razón de ser el cuidado, en tanto objeto de estudio y de trabajo, la Enfermería debe fortalecerse y transformarse para estar en condiciones de dar respuesta a los desafíos del mundo actual y futuro, desde todos los ámbitos de aplicación: enseñanza, asistencia, investigación, gestión y administración.

La pandemia ha venido a recordarnos, desde el dolor y las limitaciones externas, la importancia de valorar el tiempo que estamos en este mundo, la propia vida y la de los demás, con concientización y responsabilidad. Nos cabe a nosotros, a las enfermeras y los enfermeros, asumir el desafío de implementar el proceso de Enfermería y registrarlo adecuadamente, para generar evidencia sobre la eficacia y eficiencia de nuestras acciones e intervenciones en todos los niveles de atención a la salud. Así como una contribución a su desarrollo científico, también lo será para incrementar la visibilidad de la profesión y el reconocimiento que merece en la valoración social.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- 1) Weaver, K., Morse, J. y Mitcham, C. (2008) Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *J Adv Nurs*, 62(5): pp. 607-18.
- 2) Watson, J. (2017) Clarificando la disciplina de la Enfermería como aspecto fundamental para el desarrollo de la Enfermería profesional. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 26 (4). Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400201&Ing=en&nrm=iso&tIng=es
- 3) Durán de Villalobos, MM. (2002) “Marco epistemológico de la Enfermería”. *Aquichan*, vol.2 n°1. Bogotá Enero/Diciembre. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100003
- 4) Parra-Loya KM, García-Granillo ML, Carrillo-González E, Pizarro N, León-Hernández G. (2017) Experiencia en la aplicación del proceso enfermero por el personal de enfermería en una unidad asistencial de segundo nivel, Chihuahua (México). *ALADEEFE Rev. iberoam. Educ. invest. Enferm*; 7(2):32-43. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/247/experiencia-en-la-aplicacion-del-proceso-enfermero-por-el-personal-de-enfermeria-en-una-unidad-asistencial-de-segundo-nivel-chihuahua-mexico/>.
- 5) Ribeiro García, T. (2016) “Sistematización de la asistencia de enfermería: Aspecto substantivo de la práctica profesional.” *Esc Anna Nery*, 20(1):5-10. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/es_1414-8145-ean-20-01-0005.pdf
- 6) Dos Santos, G.G. y FILHO, J.J. (2020) “Beneficios de la sistematización de la atención de enfermería para el paciente y para la enfermería.” *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*; 05 (07): 16-28. Disponible en: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/salud/beneficios-de-la-sistematizacion>
- 7) Cassiani SHB, Munar Jimenez EF, Umpiérrez Ferreira A, Peduzzi M, Leija Hernández C. (2020) “La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19.” *Rev Panam Salud Publica*, 44. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52081>
- 8) Ibáñez LE y Sarmiento LV. (2003) *El proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planeación y evaluación*. Bucaramanga, Colombia: Ediciones Universidad Industrial Santander. Citado por Parra-Loya KM et al (2017) - cf 4)
- 9) UNESCO (2020) Declaración del Comité Internacional de Bioética (CIB) y Comisión Mundial de Ética del Conocimiento Científico y la Tecnología (COMEST) sobre el COVID-19: Consideraciones éticas desde una perspectiva global. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115_spa
- 10) Bellver Capella, V. (2020) “Problemas bioéticos en la prestación de los cuidados enfermeros durante la pandemia del COVID-19.” *Index Enferm*, vol. 29 n° 1-2. Granada, enero-junio 2020. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100011&Ing=es&nrm=iso
- 11) Consejo General de Enfermería de España. “La OMS y el CIE presentan el borrador de las orientaciones estratégicas para el fortalecimiento de enfermeras y matronas (2021-2025)”. Gacetilla publicada el 29 de enero 2021. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/noticias/item/84864-la-oms-y-el-cie-presentan-el-borrador-de-las-orientaciones-estrategicas-para-el-fortalecimiento-de-enfermeras-y-matronas-2021-2025>.
- 12) Morin, E. (2020) *Cambiamos de vía: lecciones de la pandemia*. Barcelona: Paidós.
- 13) “Edgar Morin y la pandemia: es hora de que cambiemos de vía”. Reseña publicada por Mariela León en Cambio16.com, el 16 de noviembre de 2020. <https://www.cambio16.com/edgar-morin-y-la-pandemia-es-hora-de-que-cambemos-de-via/>

El cuidado del adulto mayor en la Atención Primaria de Salud en tiempos de COVID-19

PORTUGUÊS



El 12 de marzo de 2021 se realizó el lanzamiento del libro electrónico (EBOOK) de la RED ESAM (Red de Enfermería de Salud del Adulto Mayor) en su versión portuguesa y española.

El libro, resultado de un gran trabajo colaborativo, presenta la producción de 107 investigadores de Argentina, Chile Brasil, Uruguay, Perú, Ecuador, El Salvador, México, Colombia, Cuba, Costa Rica, Estados Unidos, Portugal, Canadá.

La obra fue parcialmente financiada por la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud OPAS/OMS, por medio de su filial en Brasil, como parte de los esfuerzos para afrontar la pandemia de COVID-19.

Link de acceso: <http://www.eerp.usp.br/caed/ebook/5/>

Para la versión en español: http://conteudosdigitais.eerp.usp.br/ebooks/El_cuidado_del_adulto_mayor_en_la_atencion_primaria_en_salud_en_tiempos_de_covid-19.pdf

Más allá de la Pandemia “Dengue y Zyka”

Dr. Gerardo Laubé*
Médico Pediatra e Infectólogo (MN 51819)

Se calcula que a nivel mundial unas ochenta millones de personas por año se ven afectadas por el dengue. En el contexto actual de pandemia el nivel de demanda de atención podría causar el colapso de los sistemas de salud.

ESTADO ACTUAL DE SITUACIÓN

El dengue y el zika pertenecen a un grupo de enfermedades infecciosas denominadas Arbovirus, transmitidas por vectores de algún tipo; en este caso, mosquitos del género Aedes. Es importante que el monitoreo de estas afecciones y su evolución sea permanente, no sólo para tener una dimensión precisa de la cantidad de personas afectadas sino también de las características de su propagación por las diferentes regiones geográficas.

En el transcurso de 2020 se registraron en Argentina 59.385 casos confirmados y probables de dengue desde la semana epidemiológica 1 hasta la 47, con dos picos de casos en las semanas 14 y 17. Esta situación se tornó crítica al alcanzar un récord histórico, aunque éste se vio disminuido en su repercusión frente a la irrupción de la pandemia de COVID-19.

Entre las semanas epidemiológicas 1 y la 47 de 2020 se notificaron en la Región de las Américas 2.163.354 casos de dengue, con una

incidencia promedio de 221,6 casos cada 100.000 habitantes, que causaron al menos 872 muertes.

Desde el inicio de la temporada 2020/2021, entre las semanas 31 y 43 se han notificado casos sospechosos de encefalitis de Saint Louis, fiebre Chikungunya, fiebre del Nilo Occidental y fiebre amarilla. Todos ellos han arrojado resultados de laboratorio negativos o se encuentran aún pendientes de respuesta. Con respecto a la vigilancia de la fiebre zika y sus complicaciones, durante el mismo período se han notificado doce casos sospechosos.

Por otro lado, se notificaron cuatro casos con sospecha de infección por virus de zika en el embarazo, el estadio más crítico para pacientes que contraen esta enfermedad. En cuanto al síndrome congénito asociado a dicho agente, se notificaron tres casos sospechosos con estudios aún pendientes; respecto de la transmisión vertical del virus zika sin síndrome congénito, se ha reportado un caso sospechoso.

*Profesor titular de Microbiología e Infectología de la carrera Medicina - Fundación Barceló
Profesor de Microbiología de la carrera Licenciatura en Enfermería - Fundación Barceló
Jefe de Guardia del Hospital F.J. Muñiz

DENGUE

El dengue es una enfermedad de causa infecciosa y de evolución aguda, producida por un virus y transmitida a través de la picadura de mosquitos del tipo *Aedes aegypti*. La presentación clínica puede variar desde una afección con muy pocos síntomas, un cuadro febril inespecífico, hasta un cuadro sumamente severo, conocido como dengue hemorrágico o grave. Debido a la gran cantidad de casos anuales en la región de las Américas esta afección es considerada uno de los mayores problemas de salud pública. La magnitud de esta epidemia se halla en estrecha relación con las condiciones habitacionales que favorecen la sobrevida y reproducción rápida del mosquito, particularmente en ámbitos con una elevada densidad poblacional.

El mosquito suele encontrarse en contacto con los seres humanos, como se verifica en su adaptación a los domicilios y a las comunidades. La hembra de mosquito deposita los huevos en pequeñas colecciones de agua (recipientes diversos como macetas, floreros, latas en desuso, cubiertas abandonadas, tanques de agua, etcétera). Con las condiciones apropiadas de humedad y temperatura, en apenas 48 horas los huevos eclosionan en larvas que al cabo de unos siete días pueden aparearse, repitiendo el ciclo y multiplicando los agentes de transmisión de la enfermedad. La picadura a un enfermo con dengue en período virémico infecta al mosquito, que a su vez puede transmitir la infección al siguiente huésped.

Hasta hace pocos años el ciclo mayoritariamente aceptado en la comunidad científica era “hombre con viremia, mosquito, hombre susceptible de contagio”. Pero luego se ha demostrado la transmisión transovárica del virus, lo que indica que la infección puede mantenerse en la población de mosquitos sin necesidad de la participación humana. Este ciclo enzoótico es un factor importante en el mantenimiento de la endemia y complica el control de la enfermedad.

El virus dengue presenta cuatro serotipos (DEN 1-4), lo que explica la importancia de la reinfección por un serotipo distinto al del episodio previo, ya que esta situación puede condicionar la aparición de la forma grave o hemorrágica. Por este motivo, si bien la pandemia de COVID-19 ha acaparado todos los titulares y la preocupación mundial, el dengue debe ser considerado una enfermedad igual de crítica en cuanto a sus complicaciones, algunas de ellas de gravedad.

LA AMENAZA MÁS GRANDE

La Argentina se ha visto afectada en los últimos años por brotes significativos que tuvieron al distrito de la Ciudad de Buenos Aires como centro significativo. En este sentido, si bien la pandemia de COVID ocultó en parte la situación epidémica que durante los pri-

meros meses del año se había producido en varias regiones del país, los datos epidemiológicos dan cuenta de una realidad alarmante en cuanto a la cantidad de casos que se han producido, así como al daño que representa para las poblaciones afectadas y sus sistemas sanitarios.

Las cifras demuestran que en nuestro país la notificación de casos de enfermedades transmitidas por mosquitos, particularmente la de dengue, fue en 2020 al menos seis veces superior a las tasas registradas años anteriores.

En este sentido, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires ha informado que durante los primeros meses de 2020 se registraron más de 9.400 casos de dengue en las diferentes regiones sanitarias. El estudio de serotipos demostró la circulación de distintos tipos, lo que marca la situación crítica que puede representar que un mismo individuo sea infectado por un serotipo distinto al del episodio previo de infección por la picadura del mosquito.

Por su parte, durante todo el transcurso del mismo año, en la Ciudad de Buenos Aires se notificaron más de 9.000 diagnósticos positivos de dengue, de los cuales más de 6.000 no reportaron haber viajado, lo que indica una presencia local o comunitaria significativa. Según los datos oficiales, los principales serotipos que circulan actualmente son los DEN 1 y DEN 4, siendo bajo el porcentaje de circulación de DEN 2.

ZIKA

El virus de zika, perteneciente a la familia de los flavivirus, también es transmitido por mosquitos. La sintomatología suele ser en general de poca magnitud y dura en promedio unos cinco a seis días. Consiste de fiebre, cefalea, manifestaciones dermatológicas, mialgias y artralgias. En muchos casos los síntomas son tan leves que ni siquiera motivan la consulta médica.

Un aspecto importante a considerar es cuando la infección por zika ocurre durante el embarazo, ya que puede ser causa de que el recién nacido presente malformaciones congénitas (particularmente microcefalia), así como la posibilidad de provocar un parto prematuro, e incluso un aborto espontáneo. También se ha asociado esta afección con la aparición de complicaciones y secuelas neurológicas en niños.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Estas enfermedades son diagnosticadas habitualmente a partir de la sospecha clínica y los aspectos epidemiológicos, es decir, los antecedentes de personas afectadas en la misma región geográfica. La confirmación se realiza con pruebas serológicas específicas que permiten identificar con certeza la enfermedad, algo de suma importancia dada la similitud de síntomas que presentan los individuos afectados.

El tratamiento se basa en los síntomas que presentan los pacientes, en particular la fiebre, siendo recomendable la indicación de paracetamol. No deben utilizarse fármacos del tipo de la aspirina o salicilatos, ya que pueden asociarse con la aparición de complicaciones, como sangrados.

Es fundamental que todos los pacientes que consultan y las personas en quienes se sospecha alguna de estas afecciones sean alertados con respecto a los signos de alarma, con especial hincapié en la realización de un control clínico de los mismos dentro de las 48-72 horas de la primera consulta. En caso de detectarse alguna de las complicaciones mencionadas (en particular las asociadas con el dengue grave o hemorrágico) o bien ante una evolución complicada de otras manifestaciones de la enfermedad, la indicación es la internación, a fin de tener un control adecuado y un tratamiento oportuno. Esto resulta de especial importancia en personas con algún tipo de comorbilidad.

A raíz de que muchas de las manifestaciones clínicas no suelen ser relevantes y que a menudo su escasa magnitud no es considerada motivo determinante para realizar una consulta a los sistemas de salud, la cantidad de casos comunicados de manera oficial suele ser significativamente inferior a los que existen en realidad.

CÓMO PREVENIR

Hasta el momento no se cuenta con un tratamiento específico ni vacunas para evitar el contagio. Es por ello que la prevención se basa principalmente en el control de la reproducción y la erradicación del mosquito transmisor. Este control debe incluir, ante todo, el saneamiento ambiental con una activa participación de la comunidad, en razón de los hábitos domiciliarios y peridomiciliarios del mosquito. Estas medidas deben basarse en la eliminación de desechos, recipientes, neumáticos, control de tanques y todo lugar en el que pueda acumularse agua estancada que sirva de criadero para los insectos. El control químico es secundario a las acciones de saneamiento ambiental. Este tipo de control debe efectuarse en tres niveles:

- 1) Focal: en aquellos recipientes que no puedan eliminarse (por ejemplo, floreros de cementerios). Se puede utilizar una sustancia larvicida de baja toxicidad para los animales mamíferos, como es el temefós, el cual puede ser incorporado en el agua de bebida.
- 2) Perifocal: se aplica en recipientes y su vecindad, utilizando polvos o emulsiones de aplicación mecánica a base de compuestos organofosforados o piretroides, que destruyen larvas y adultos. Debido a su potencial tóxico no deben aplicarse en contenedores de agua potable.
- 3) Aplicación espacial: este tipo se basa en diversos insecticidas que matan las formas adultas. Se aplican en forma de aerosoles, con equipos manuales o fumigaciones desde aviones o vehículos terrestres. Se utilizan en situaciones de brote epidémico agudo.

IMPORTANCIA DE LA ACCIÓN CONJUNTA

Pese a tratarse de dos “viejos conocidos” (conocemos los efectos y el dramatismo de los cuadros que el dengue y el zika producen en épocas de altas temperaturas), las cifras siguen siendo alarmantes, así como la potencialidad de picos de casos. Estas afecciones presentan características endémicas en nuestra región y en nuestro país en particular, razón por la cual se debe insistir en la educación para la salud y promover todas las medidas tendientes a que esta situación (a veces subestimada) no determine nuevos episodios de brotes epidémicos, a veces escondidos por otras situaciones epidémicas, como ha sucedido con el COVID-19.

Las condiciones actuales que atravesamos a causa de la pandemia hacen que nuestro sistema sanitario esté en máxima tensión, tanto desde el punto de vista de los recursos humanos como de los materiales. Es por ello que los profesionales de la salud nunca podemos enfatizar y repetir lo suficiente que:

PARA GANARLE AL MOSQUITO:

- atención para la prevención
- automonitoreo
- atención rápida ante los primeros síntomas

Hoy, más que nunca, es necesaria la acción conjunta para prevenir la multiplicación de pacientes que requieran tratamiento médico.

CURSO DE POSGRADO GESTIÓN DE JEFATURAS EN ÁREAS DE ENFERMERÍA

DIRECTORA:
Prof. Lic. Isabel Vera
Doctora en Enfermería

DIRIGIDO A:
Licenciados en enfermería que
ejercen el cargo de
Jefes de Enfermería y quienes
aspiran a ejercerlo.

VIERNES DE 8 A 10 HS.
De abril a diciembre
Modalidad online
A través de la plataforma zoom

MATRÍCULA: \$1.900
VALOR DEL CURSO: \$35.000
- Se puede abonar en 9 cuotas
- Transferencia bancaria o cheque
- Descuentos por más de una persona por
institución
- Descuentos a instituciones asociadas a
Adecra+Cedim

Fechas

MÓDULO 1	9 Y 16 DE ABRIL
MÓDULO 2	7 Y 14 DE MAYO
MÓDULO 3	4 Y 11 DE JUNIO
MÓDULO 4	2 Y 9 DE JULIO
MÓDULO 5	30 DE JULIO Y 6 DE AGOSTO
MÓDULO 6	27 DE AGOSTO Y 3 DE SEPTIEMBRE
MÓDULO 7	24 DE SEPTIEMBRE Y 1 DE OCTUBRE
MÓDULO 8	22 Y 29 DE OCTUBRE
MÓDULO 9	19 Y 26 DE NOVIEMBRE
MÓDULO 10	10 Y 17 DE DICIEMBRE

CURSO DE ESTADÍSTICA APLICADA A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA BÁSICO Y AVANZADO

DIRECTORA:
Prof. Lic. Isabel Vera
Doctora en Enfermería

DIRIGIDO A:
Licenciados en enfermería
interesados en aprender y saber
manejar los métodos estadísticos
que se utilizan en las Ciencias de la Salud.

VIERNES DE 8 A 10 HS.
De abril a diciembre
Modalidad online
A través de la plataforma zoom

MATRÍCULA: \$1.900
VALOR DEL CURSO: \$21.000
- Se puede abonar en 9 cuotas
- Transferencia bancaria o cheque
- Descuentos por más de una persona por
institución
- Descuentos a instituciones asociadas a
Adecra+Cedim

Fechas

MÓDULO 1	23 DE ABRIL
MÓDULO 2	21 DE MAYO
MÓDULO 3	18 DE JUNIO
MÓDULO 4	23 DE JULIO
MÓDULO 5	13 DE AGOSTO
MÓDULO 6	10 DE SEPTIEMBRE
MÓDULO 7	8 DE OCTUBRE
MÓDULO 8	5 DE NOVIEMBRE
MÓDULO 9 y 10	3 DE DICIEMBRE

**CUPOS
LIMITADOS**

INFORMES E INSCRIPCIÓN

alejandrafuente@adecra.org.ar | (011) 4374-2526

Regulación de la telemedicina en Argentina

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Compañía de Seguros

La ley 27553, sancionada en 2020, establece para todo el territorio nacional que las prescripciones puedan ser redactadas y firmadas a través de firmas manuscritas, electrónicas o digitales, en recetas electrónicas o digitales. Asimismo, la utilización de plataformas de teleasistencia en salud, de conformidad con la ley de Protección de los Datos Personales (25.326) y la ley de Derechos del Paciente (26.529).

INTRODUCCIÓN

El uso de la telemedicina puede afectar jurídicamente a los usuarios, al cumplir o no con los principios generales del sistema salud y la normativa estatal o provincial, o bien responsabilizándolos en lo civil o penal (por ejemplo, ante riesgos en el uso de datos personales y sensibles). Impacta además en las múltiples relaciones que se establecen entre el paciente, los profesionales de la salud y la institución que gestiona el servicio. Asimismo, en el ámbito privado, tiene implicancias sobre el sistema de pagos, en las relaciones con la administración pública, e incluso con los trabajadores de la institución ofertante del servicio.

Es por ello que el desarrollo de la telemedicina requiere de protocolos de auditoría que garanticen su ejecución responsable, legal y ética. Sin embargo, en nuestro país todavía se carece mayormente de estudios normativos y jurisprudencia que la doten de seguridad jurídica.

Por otra parte, como en la Argentina las competencias de legislar en salud no fueron delegadas por las Provincias a la Nación, la falta de acuerdos federales constituye una barrera legal para estos desarrollos tecnológicos. Se requiere de una plataforma sólida y

acordada que la soporte y de una legislación específica, aplicable a las múltiples relaciones referidas, incluso para garantizar la seguridad en el manejo de los datos.

Antes de que el Congreso de la Nación sancionara, en agosto de 2020, la Ley 27.553 de prescripción electrónica o digital (que habilita formalmente la modalidad de teleasistencia para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración) ya existía en nuestro país una profusa legislación sanitaria que le brindaba a la telemedicina suficiente sustento legal. Por caso, la Ley de Ejercicio de la Medicina 17.132/1967, que en su art.20, inciso 7 prohíbe a los profesionales que ejerzan la medicina "aplicar en su práctica privada procedimientos que no hayan sido presentados o considerados o discutidos o aprobados en los centros universitarios o científicos reconocidos del país", disposición que, por defecto, habilita las prácticas de telemedicina, en razón de la presencia y evolución de esta actividad en medios científicos de todo el mundo y locales. La telemedicina también aparece sugerida en el art. 2 de la mencionada ley, que incluye "anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico,

pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud; el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales comprendidos en el art. 13°". La telemedicina, en todas sus variantes, es un procedimiento que contempla tales fines.

DAR RESPUESTA A UN VACÍO LEGAL

La creación del Plan Nacional de Telesalud 2018-2024 (aprobado por Resolución n° 21/2019 de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación) se da en el marco de la estrategia de Cobertura Universal de Salud y como parte de la Estrategia de Salud Digital. Ese mismo año, la Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social aprobó el documento "Recomendación para el uso de la telemedicina: encuentro entre el profesional de la salud y el paciente utilizando las tecnologías de la información y comunicación en tiempo real" (Disposición 1/2019, art. 1°). Dicho documento fue elaborado por el Grupo Asesor creado por la Resolución N°21/2019, del cual participaron expertos en telemedicina, representantes de universidades, entes gubernamentales, hospitales públicos y privados, asociaciones, sociedades y empresas de desarrollo de software. Dada la ausencia en Argentina de un marco legal y regulatorio claro sobre telesalud y telemedicina, las recomendaciones elaboradas por este grupo asesor se transformaron de hecho en una suerte de "manual de buenas prácticas en telemedicina", al que seguramente se recurra una vez reglamentada la ley 27.553.

Las recomendaciones del grupo asesor indican cómo desarrollar una teleconsulta sincrónica entre un profesional de la salud y un paciente, de manera segura, eficiente, ética y centrada en la persona. Para ello, se abordó la problemática de la telemedicina desde seis áreas o categorías: acceso, encuentro virtual, entorno e infraestructura, tecnología y estándares, capacitación e investigación, y remuneración. Se establecieron luego veinticinco recomendaciones que surgieron a partir de varias reuniones y análisis FODA. Estas recomendaciones fueron luego sometidas a una encuesta de valoración otorgando como opciones "de acuerdo", "en desacuerdo" y "observaciones". Se completaron diecisiete encuestas a representantes de distintos grupos de interés. Finalmente, se determinaron como "Recomendaciones" aquellas afirmaciones que alcanzaron más del 70% de consenso entre los expertos, mientras que las que obtuvieron menos de dicho valor fueron emitidas como "Sugerencias". Las recomendaciones son consideraciones que se aconseja sean aplicadas para cada una de las dimensiones propuestas, mientras que las sugerencias son consideraciones que deberán ser evaluadas en cada contexto clínico apropiado. Del universo de veinticinco recomendaciones se obtuvo más del 70% de acuerdo en veintidós de ellas (92% de las recomendaciones). En tres de ellas (nro. 7, 8 y 10) se obtuvo menos del 70% de acuerdo (dos con 64,71% y una con 52,94%.) Como se mencionó anteriormente, estas últimas tres corresponden a la categoría sugerencias.

A continuación se presenta una versión simplificada de estas recomendaciones. Nótese que ello no sustituye la lectura del documento original.

SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES

I. Sobre el acceso a la telemedicina

Se debe garantizar en ciertos escenarios donde ésta pueda facilitar el contacto del individuo en su comunidad con el sistema de salud. En el caso de áreas rurales o de difícil acceso, incluso áreas urbanas que no cuentan con profesionales o especialistas de la salud, se recomienda la teleconsulta sincrónica para aumentar la accesibilidad a servicios sanitarios generales o especializados.

Se *recomienda* utilizar sistemas de teleconsulta sincrónica mediante videollamada o videoconferencia, fundamentalmente para aquellos pacientes que carecen o tienen dificultado el acceso a la consulta presencial con los integrantes del equipo de salud. Para mantener una adecuada relación equipo de salud-paciente, éste último debe poder elegir el profesional y la modalidad del encuentro que sienta más acorde para resolver su problema de salud (presencial o virtual), en tanto estén disponibles. Para las prestaciones y coberturas que cuenten con soluciones de telemedicina, se *recomienda* establecer un sistema de comunicación al paciente sobre las modalidades de atención existentes para el encuentro presencial o virtual, las cuales dependerán del consejo profesional, teniendo en cuenta el mejor interés del paciente. Se *recomienda* que los programas de telemedicina sean acompañados con material de apoyo educativo para el usuario, ciudadano y/o paciente, con el fin de que pueda comprender sus beneficios y pueda elegir libremente su uso.

II. Sobre el encuentro a distancia entre el profesional de la salud y el paciente.

El Grupo Asesor entiende a la telemedicina como el fortalecimiento de las prácticas sanitarias existentes (mediante tecnologías, técnicas y métodos para mejorar la atención tradicional), no como una especialidad médica que deba reemplazar la práctica médica actual. Para permitir una relación profesional de la salud-paciente de la misma calidad y respeto que en un encuentro presencial, se deben promover los siguientes tres puntos:

- a) Un paciente con determinada dolencia identifica la necesidad de ser ayudado por un integrante del equipo de salud.
 - b) El integrante del equipo de salud que cuenta con servicio de telemedicina evalúa la factibilidad de su uso, acepta y se responsabiliza por ayudar al paciente.
 - c) Se desarrolla un acto médico basado en los conocimientos científicos actualizados y vigentes.
- Tal como ocurre en el caso del encuentro presencial, será el profesional integrante del equipo de salud el que propone el tipo y modalidad de práctica y es el paciente el que tiene derecho de aceptar o rechazar la propuesta de uso de ciertas tecnologías (por ejemplo, la realización de procedimientos diagnósticos). Es importante mencionar que son los médicos y/o profesionales de la salud quienes, bajo su juicio, evalúan el uso de la telemedicina para un paciente en un contexto determinado. En cuanto a los roles, habitualmente el integrante del equipo de salud propone una determinada práctica basada en evidencias científicas, y el paciente acepta o no dicha práctica. En el mismo sentido, ambos deben tener la posibilidad de entender, consensuar y consentir sobre el uso de la telemedicina para una práctica determinada.

- 1) En el contexto de la teleconsulta sincrónica, se *recomienda* contemplar y adecuar los medios para implementar lo dispuesto por la Ley 26.529 "Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado" en sus cinco capítulos y veinticinco artículos.
- 2) El paciente debe otorgar el consentimiento informado para la atención mediante telemedicina. En este punto se *recomienda* que cada institución cuente con el procedimiento necesario que garantice el total entendimiento de beneficios y potenciales riesgos del uso de las tecnologías para su atención a distancia.
- 3) Se *sugiere*, de ser factible, que las teleconsultas sincrónicas con pacientes se realicen previa visita presencial con el mismo profesional de la salud. De este modo, el contacto virtual posibilitará la continuidad del cuidado, manteniendo y reforzando la relación profesional de la salud-paciente.
- 4) En el caso de que los médicos y/o profesionales de la salud no hayan entablado un contacto previo con el paciente se *sugiere*, de ser posible, que otros profesionales del equipo de salud, como enfermeros, acompañen al paciente al primer encuentro. Para ello, se sugiere que los mismos hayan realizado un examen clínico preliminar del paciente, acorde al motivo de consulta del programa de telemedicina específico. De esta forma se podrá presentar el caso eficientemente ante el médico o especialista consultor.
- 5) Se *recomienda* que el profesional consultado tenga acceso a la información clínica del paciente, previo a la teleconsulta sincrónica.
- 6) Se *sugiere* establecer criterios explícitos para convertir la consulta en presencial en los casos donde la teleconsulta es el primer contacto entre el profesional y el paciente, especialmente cuando este no está acompañado por un miembro del equipo de salud, o no se disponga de antecedentes clínicos. Ante el criterio del profesional tratante a la distancia, y en caso de entenderlo necesario, éste deberá indicar al paciente que contacte personalmente al sistema de salud, con la celeridad que cada caso requiera (o según criterio médico) con un turno priorizado, para concluir la atención.
- 7) Dado que cada entidad nosológica tiene su propia propedéutica que permite un diagnóstico preciso, se *recomienda* que para cada teleconsulta orientada a ciertas problemáticas se utilicen guías de práctica clínica por programas de tele-especialidad. Estos programas deberían definir entre otras cosas los objetivos y responsables del programa, la oferta de servicios, los escenarios de atención (por ejemplo: consejería, atención del evento agudo, atención de primera vez, monitoreo de condiciones crónicas, criterios de inclusión/exclusión, etcétera).
- 8) Se *recomienda* desarrollar manuales de uso, estrategias de sensibilización y capacitación para los ciudadanos sobre el uso de telemedicina para la atención del paciente por tecnologías sincrónicas.
- 9) Se *recomienda* desarrollar los mecanismos y procedimientos necesarios para que tanto el paciente como el profesional de la salud puedan convertir la teleconsulta virtual y elegir la consulta presencial.
- 10) Finalizado el encuentro virtual sincrónico, se *recomienda* que el encuentro sea registrado en la historia clínica del paciente, en formato digital o en papel.

Como se puede ver, los puntos 3, 7, y 8 son “sugerencias” y no “recomendaciones” porque el grado de consenso fue menor al 70% (64,71%). La razón del disenso de casi el 40% de los expertos encuestados fue que, considerando la falta de accesibilidad a profesionales o especialistas de la salud en ciertas áreas, no se puede obligar a una visita previa. Si bien hay consenso en que la teleconsulta puede verse fortalecida con una visita previa, ésta no debe ser una condición obligatoria para que se lleve a cabo la teleconsulta sincrónica, sino que debe quedar a criterio del equipo

III. Sobre el entorno, infraestructura y pautas de procedimiento

Existe vasta bibliografía que recomienda un entorno adecuado para realizar teleconsultas por medio de dispositivos que envían audio y video en forma simultánea (videoconferencia). Tener en cuenta cuestiones instrumentales como procedimentales asegurará la calidez, seriedad y reforzará la relación profesional de la salud-paciente en el encuentro virtual. De la misma manera se desaconseja la atención fuera de entornos institucionales y bajo acuerdos previos.

–Se *recomienda* el uso de un espacio edilicio apropiado, a prueba de ruidos, con luz ambiental indirecta, con mobiliario y equipamiento acorde a la especialidad y pintado de colores que no comprometan la buena visibilidad de los involucrados, al ser vistos los mismos a través de los monitores.

–A la hora de usar videoconferencias, se *recomienda* que el personal interviniente sea capacitado con anterioridad en lo relativo a las normas de etiqueta (en particular, lo relativo a gestos, vestimenta, uso de la cámara, uso del celular, enfoque de la cámara y uso del micrófono).

–Se *recomienda* tener impreso y a resguardo (plastificado, enmarcado, etcétera) una guía rápida de cómo iniciar la sesión de consulta virtual, el protocolo de atención incluyendo los saludos, el esquema de presentación del caso, el paso a paso del examen virtual y las pautas para la discusión de los casos clínicos, con o sin el paciente presente.

–Se *recomienda* confeccionar encuestas de satisfacción para ser entregadas tanto al paciente como a los médicos consultores y los remotos que solicitan la consulta. Las encuestas han de incluir temas tales como calidad de audio, calidad de video, criterios de usabilidad, factores de conveniencia, y sobre todo, acerca del nivel de satisfacción y de expectativas logrados (ej. grado de resolutivez) preguntando al final no sólo si volverían a la consulta, sino si lo recomendarían a un familiar o amigo.

IV. Sobre la tecnología y estándares de calidad

Las tecnologías utilizadas para la teleconsulta deben asegurar la calidad, seguridad y protección de los datos personales y sensibles, conforme a lo establecido por la Ley 25.326. Las tecnologías deben estar sometidas a las más rigurosas evaluaciones técnicas, sanitarias, éticas y legales vigentes para su uso en telemedicina. Cualquiera sea el modo de comunicación (e-mail, WhatsApp, SMS, etcétera), cada uno de ellos deberá contar con estándares mínimos de seguridad que por lo menos acrediten el resguardo de la información sensible, inalterabilidad y perdurabilidad de los registros.

–Se *recomienda* que la tecnología utilizada cuente con los estándares para sistemas de información en salud y protocolos de seguridad y ciberseguridad para la inviolabilidad de la información.

–En caso de uso de tecnologías con transmisión de audio y video en simultáneo, se *recomienda* el uso de sistemas con cifrado y encriptado, vigentes, actualizados y que aseguren los estándares de mayor calidad y seguridad posibles.

–Para una atención con información del paciente integrada e integral, se *recomienda* que las soluciones de telemedicina, sean síncronas o asíncronas, se encuentren desarrolladas e integradas a los Sistemas de Información en Salud mediante los estándares internacionales de interoperabilidad en salud recomendados por la Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud.

de salud local, que es quien se encuentra al lado del paciente/ciudadano.

Con respecto al punto 10, el tercero de aquellos temas en los que el consenso fue menor al 70% (52,94%), se reforzó la idea de establecer criterios explícitos para abandonar una teleconsulta según la patología atendida (por ejemplo, en casos como la atención de cuadros de gripe, se debe explicitar que ante síntomas como la falta de aire la consulta debe ser presencial).

V. Sobre la capacitación del personal de salud e investigación

Los integrantes del equipo de salud deben conocer cuáles son los alcances, las técnicas y el uso debido de la telemedicina. Por otro lado, existen cada vez más estudios que permiten evaluar la efectividad de la telemedicina, lo que favorece la recomendación de prácticas basadas en la evidencia.

1. Se *recomienda* la capacitación en el uso de la tecnología para realizar teleconsulta sincrónica a todos los integrantes del equipo de salud involucrado en los proyectos que cuenten con telemedicina.

2. Se *recomienda* introducir la telesalud y telemedicina como materia en las currículas de grado de las casas de estudios para las ciencias de la salud, como así también en cursos y capacitaciones de posgrado para todos los integrantes del equipo de salud. Tales capacitaciones se deben poder certificar y/o acreditar.

3. Se *recomienda* la realización de estudios adicionales en telemedicina, que permitan una evaluación continua con metodologías de investigación rigurosas (meta-análisis, revisiones sistemáticas, etcétera).

VI. Sobre la remuneración

Uno de los desafíos más significativos para la adopción de telemedicina es el reembolso. La investigación muestra que la telemedicina es más rentable y sostenible cuando los proveedores reembolsan dichos servicios.

4. Se *recomienda* introducir a la telemedicina como una prestación de los sistemas y servicios de salud, remunerando la práctica tanto para la institución/profesional que realiza la teleconsulta como para la institución/profesional que la responde.

LEY DE PRESCRIPCIÓN DIGITAL Y TELEASISTENCIA EN SALUD

En agosto de 2020, en el marco de la pandemia, el Congreso Nacional sancionó la Ley 27.553 de recetas electrónicas o digitales. En ella confluyen siete proyectos de ley de distintos bloques con estado parlamentario; representa, también, el esfuerzo de muchos legisladores que habían presentado proyectos de este tipo en las últimas décadas y que por una u otra razón no habían prosperado. La nueva normativa modifica la ley 17.132 de Ejercicio de la Medicina, la cual, por haber sido sancionada en 1967, sólo consideraba como válida la firma manuscrita. En este sentido, recoge como antecedente la Ley de Firma Digital de 2001 que consagró la validez de la firma electrónica, de la firma digital y del documento digital en las mismas condiciones que la escritura. Asimismo, viene a dar una solución definitiva a la decisión transitoria del Ministerio de Salud de la Nación, que a consecuencia de la pandemia COVID-19 había autorizado que las recetas pudieran ser fotografiadas y enviadas por medios digitales a las farmacias mientras durara la pandemia (resolución 696/2020). La nueva ley busca que las recetas sean digitales de ahora en más, independientemente de la actual contingencia. Para ello establece criterios y exigencias para el resguardo de datos personales y el almacenamiento de las recetas emitidas. En este sentido, hace referencia a la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales y a

la Ley 26.529 de Derechos del Paciente, en cuanto a que la reglamentación deberá respetar lo establecido en las mismas. Por último, extiende a tres años la guarda y archivo de las recetas en farmacias, para adecuarse a los nuevos plazos de prescripción de las acciones civiles.

A continuación se presenta un resumen del contenido principal de los artículos de la nueva ley.

–Se establece que la prescripción y dispensación de medicamentos (y toda otra prescripción) pueden ser redactadas y firmadas a través de recetas electrónicas o digitales, en todo el territorio nacional (Art. 1°).

–Se establece que pueden utilizarse plataformas de teleasistencia en salud en todo el territorio nacional (Art.1°).

–Los medicamentos prescritos en recetas electrónicas o digitales deben ser dispensados en cualquier farmacia del territorio nacional (Art. 2°).

–Se podrá prescribir o certificar en recetas manuscritas, electrónicas o digitales (Art. 5, modificatorio del inciso 7 del artículo 19° de la Ley 17.132).

Aerosolterapia con inhalador presurizado

Lic. Leonardo Raga
UTI/UCO Sanatorio Itoiz

–Se habilita la modalidad de teleasistencia para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración de las mismas. La teleasistencia puede desarrollarse solo para prácticas autorizadas a tal fin, de acuerdo a protocolos y plataformas aprobadas para la misma por la autoridad de aplicación (Art.6°, que se incorpora como art.2°bis al Título I de la Ley 17.132).

–El psicólogo puede ejercer su actividad a través de plataformas de teleasistencia previamente habilitadas para tal fin y autorizadas por la autoridad de aplicación, de acuerdo a protocolos y plataformas aprobadas por la misma (Art.7°, modificatorio del artículo 3° de la Ley 23.277 de Ejercicio profesional de la Psicología).

A MODO DE CONCLUSIÓN

La nueva legislación habilita por primera vez, de manera explícita, la teleasistencia, entendiendo que esta práctica es hoy una realidad en la Argentina y en el mundo. La ley exige al Ministerio de Salud de la Nación y a los distintos ministerios provinciales la obligación de regular las plataformas de telemedicina para que garanticen la protección de los datos y los derechos de los pacientes. De este modo, se busca llenar el vacío legal existente en la actualidad, a la vez que viene a dar una solución definitiva a la decisión transitoria del Ministerio de Salud de la Nación, adoptada como consecuencia de la pandemia COVID-19.

Es importante notar que la nueva ley habla de “prácticas autorizadas para tal fin” y de “protocolos y plataformas aprobadas por la misma autoridad de aplicación”. Estas prácticas, protocolos y plataformas se conocerán cuando se reglamente la nueva ley.

1) DEFINICIÓN

La aerosolterapia es un tipo de terapia inhalatoria que consiste en la administración, con la ayuda de una cámara espaciadora, de un fármaco en forma de aerosol presurizado en las vías respiratorias. Puede estar indicada con fines terapéuticos o diagnósticos.

2) OBJETIVO

Aumentar el calibre de las vías respiratorias y, de este modo, del flujo aéreo, favoreciendo el intercambio gaseoso y disminuyendo el esfuerzo respiratorio.

3) CONSIDERACIONES GENERALES

La administración de fármacos con esta técnica permite que la medicación actúe específicamente en las vías respiratorias inferiores a fin de dilatar los bronquios y aliviar los síntomas de la enfermedad.

–**Inhalador en cartucho presurizado** o de dosis medida (pMDI): es un dispositivo cuyo funcionamiento se basa en la producción de aerosolización; utiliza un gas a alta presión como propelente del fármaco.

–**Cámaras espaciadoras:** son dispositivos que se intercalan entre el pMDI (Inhalador presurizado de dosis medida) y la boca del paciente. Suelen tener una o dos válvulas unidireccionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Madies, C. (2019) La regulación ética y jurídica de los avances de la tecnología en la salud. Revista *Isalud*, vol. 14, n°68, pp. 18-22. Disponible en: http://www.isalud.edu.ar/news/links/isalud_68.pdf
- Maglio, I. y Wierzb, S. (2018) “Medicina digital, inteligencia artificial y nuevos confines de la responsabilidad civil”. En AAVV: *Legal Tech, el derecho a la tecnología*. Suplemento especial, pp. 213–222. CABA: Thomson Reuters La Ley. Disponible en: https://www.thomsonreuters.com.ar/content/dam/openweb/documents/pdf/arg/white-paper/supl._legaltech_preplanta.pdf
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2018) Resolución 680/2018, Estándares. Anexo. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/315000-319999/317230/RES680.pdf>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019) Resolución 21/2019, Plan Nacional de Telesalud. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-21-2019-318632>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019) Disposición 1/2019. Anexo I: 1° Recomendación para el uso de la telemedicina: encuentro entre el profesional de la salud y el paciente utilizando las tecnologías de la información y comunicación en tiempo real. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo_1_recomendacion_uso_de_telemedicina_-_grupo_asesor_1.pdf
- El tucumano* online. Diputados aprobó la Ley de Receta Médica Digital, una iniciativa tucumana. 21 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.eltucumano.com/noticia/actualidad/263854/diputados-aprobo-la-ley-de-receta-medica-digital-una-iniciativa-tucumana>



Colocación de aerocámara con inhalador en cartucho presurizado.

Las partículas pequeñas (terapéuticamente activas) se mantienen unos segundos en suspensión en espera de ser inhaladas, mientras que las grandes (inactivas) chocan contra las paredes de la cámara. De este modo, disminuye el depósito a la vía aérea superior, a la orofaringe, y con ello la absorción oral y gastrointestinal del fármaco, así como su disponibilidad sistémica y los efectos locales y sistémicos.

4) EQUIPO Y MATERIALES

- Aerocámara o espaciador
- Inhalador de cartucho presurizado (ICP) o de dosis medida

5) ROLES Y RESPONSABILIDADES

Tanto el personal de Enfermería como el personal médico son responsables de instruir al paciente y su familia respecto de la utilización de los dispositivos inhalatorios.

6) PROCEDIMIENTO

- Lavado de manos.
- Verificar los cinco correctos: paciente, medicación, vía de administración, dosis, horario.
- Retirar la tapa del dispositivo.
- Activar el inhalador. Esto se realiza al mover enérgicamente y sosteniéndolo en forma vertical por lo menos 5 o 6 veces.

- Colocar el inhalador en la aerocámara o cámara espaciadora. La misma debe estar limpia y debe usarse de forma personal.
- Indicar al paciente que exhale la mayor cantidad de aire de forma lenta y profunda por la boca.
- Colocar la aerocámara de tal forma que cubra nariz y boca sin dejar que salga el aire.
- Indicar al paciente que realice una inspiración lenta. Coordinar con la realización del puff (cuando se oprime el dispositivo): en ese momento debe hacer una inspiración profunda. De esta forma se asegura que el medicamento llegue hasta los pulmones, su lugar de acción.
- Indicar al paciente que sostenga la respiración, de ser posible por 10 segundos (apnea).
- Indicar al paciente exhalar lentamente por la nariz.
- En caso de tener que realizar un segundo puff, esperar entre 30 y 60 segundos antes de repetir los pasos.
- Es recomendable enjuagar la boca para eliminar residuos que puedan ser dejados por los inhaladores.

7) FINALIZACIÓN

- Al terminar el procedimiento se debe tapar el inhalador, limpiar la aerocámara y guardar los materiales en un sitio limpio, seco y protegido de altas temperaturas, debido a que el envase del inhalador es un dispositivo presurizado.
- Registrar el procedimiento en la Hoja de Enfermería e informar alteraciones que puedan surgir durante el tratamiento.



Aerocámara o cámara espaciadora.

Bibliografía

–García Merino, A. y Carceller, M.E. (2015) “Terapia inhalada: lo que nos queda por saber”. En: AEPAP (ed.) Curso de Actualización en Pediatría. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; pp. 347-61. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/cursoaepap2015p347-361.pdf>

PARTE UNO

¿Qué es la Enfermería?*

2020 es una oportunidad para que las enfermeras expliquemos mejor lo que hacemos, así como para romper los mitos alrededor de la enfermería y defender la inversión en la profesión. Para explicar qué es la enfermería, hemos de echar la vista atrás para ver cómo comenzó la profesión, lo que hemos aprendido de los fundadores de la enfermería moderna y cuáles son los atributos clave que nos permiten destacar respecto a otras profesiones sanitarias. Para celebrar el 200° aniversario del nacimiento de Florence Nightingale y el 120° aniversario del Consejo Internacional de Enfermeras, vamos a echar un vistazo a la repercusión de Florence Nightingale, Ethel Gordon Fenwick y los fundadores del CIE para ver cómo la compasión, la confianza y los cuidados centrados en las personas actúan junto con la evidencia, las estadísticas y el liderazgo para crear la figura de la enfermera moderna.

El tema para el Día Internacional de la Enfermera 2020 se ha elegido precisamente mirando hacia nuestro pasado. En la II Guerra Mundial, la enfermería había sido testigo de las mayores divisiones y sufrimiento que el mundo había visto jamás y, sin embargo, la profesión dispensó cuidados y ofreció esperanza durante y después del conflicto. Respondiendo al sacrificio de las enfermeras para proteger la salud, el Presidente de Estados Unidos, Harry Truman escribió estas emotivas palabras a la entonces Presidenta del CIE, Effie J. Taylor:

“La historia no nos puede dar un programa para el futuro pero sí que puede ofrecernos una mejor comprensión de nosotros mismos, y de nuestra humanidad común, de manera que podamos enfrentarnos mejor al futuro.”

Robert Penn Warren
Escritor norteamericano

‘Las enfermeras... han trabajado infatigablemente al servicio de su país durante la guerra prestando cuidados a las personas discapacitadas. Han compartido la dureza del combate sin pedir recompensa alguna excepto saber que sus sacrificios han permitido que otros vivan. Hoy en día, la necesidad de contar con las enfermeras no es menor que en tiempos de guerra. Hay cuerpos y mentes hechos añicos a causa del conflicto más destructivo de la historia. Es necesario llevar a los enfermos hacia la salud.’

Así reconocía el Presidente Truman que durante la postguerra se seguiría luchando por la salud y el bienestar y que esta lucha sería un reto para muchas generaciones venideras. Su llamamiento a la acción, tan pertinente a día de hoy como lo fue entonces, se puede plasmar en la frase *Llevando al Mundo hacia la salud*.

Al ser el mayor colectivo de profesionales sanitarios en primera línea cuidando de las necesidades de salud de las personas y las comunidades, las enfermeras tienen historias poderosas que contar con capacidad de contribuir a generar un cambio positivo. Una fuerza laboral de enfermería con el debido apoyo y empoderamiento es una solución eficaz para mejorar los resultados de salud.

La enfermería se encuentra en el corazón de los sistemas sanitarios con capacidad de empoderamiento en todo el mundo para lograr una atención de salud de alta calidad, accesible y asequible. Gracias al claro peso que tiene la cifra de profesionales que representamos, así como a nuestro razonamiento científico y a nuestra proximidad al paciente, estamos llevando al mundo hacia la salud.

2020 es un momento importante para la enfermería.

Ofrece la oportunidad de demostrar claramente a quienes formulan las políticas, así como a los profesionales sanitarios y al público, la enorme contribución que las enfermeras realizan a la salud y al bienestar; además de las funciones y

responsabilidades de esta profesión vital; y romper los mitos y estereotipos que se han ido perpetuando y que llevan demasiado tiempo afligiendo a la profesión. Es nuestro momento. Vamos a aprovecharlo no solo por el bien de la enfermería sino por el bien de la salud de nuestro mundo.

*Este texto fue publicado originalmente en 2020, en la Revista del CIE. Lo reproducimos aquí sin modificaciones.

¿Sigue siendo relevante Florence Nightingale hoy?

Profesora Anne Marie Rafferty, Profesora de Políticas de Enfermería, Facultad de Enfermería y Partería Florence Nightingale, King's College, Londres, y **Christophe Debout**, Secretario General, Federación Europea de Educadores de Enfermería (FINE)

Florence Nightingale era un personaje complejo. Nacida para vivir rodeada de privilegios, se benefició de los valores liberales y librepensadores de sus padres y de la tradición familiar de hacer campaña a favor de causas humanitarias. Fue criada por su padre, que ejerció una profunda influencia en su desarrollo intelectual y moral. Su erudición le permitió acceder a la información y al trabajo de reformistas de toda una serie de ámbitos europeos. También fue bendecida con el apoyo de su familia a la formación de las mujeres, lo cual le permitió codearse con la élite intelectual y política, que utilizó como público para sus reformas. Por casa de los Nightingale pasaron grandes pensadores y así fue cómo la joven Florence entró en contacto con algunas de las mentes más brillantes de la era victoriana. En parte, fueron esos contactos los que permitieron a Nightingale visitar el hospital de Kaiserwerth, Alemania, provocando su decisión de trabajar en el ámbito de la enfermería, una decisión inusual para una mujer de su linaje y condición social (origen y posición).

200 AÑOS DESPUÉS, ¿NOS HABLA FLORENCE NIGHTINGALE HOY?

La enfermería de Nightingale estaba entrelazada con un conjunto más amplio de intereses de salud pública, avance de la medicina, higiene, epidemiología, estadísticas y salud militar. En ese sentido, su visión era muy moderna:

intersectorial, interdisciplinar y global. Su forma de entender el entorno físico y psicológico del hospital y el hogar no solo revela una comprensión profunda y científica de la higiene sino también de la salud y la curación junto con detalles de los cuidados que añadían confort además de alimentar el espíritu humano.

La capacidad estadística y analítica de Nightingale formaba los cimientos de sus estadísticas internacionales y comparativas, anticipando así el desarrollo de los códigos actuales de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Su investigación sobre los resultados de los hospitales recuerda el trabajo de Aiken et al. sobre dotación de personal. Ella era, sobre todo, una comunicadora brillante, tanto visualmente, utilizando datos, como verbalmente, gracias a su poderoso y epigramático estilo de prosa. Era experta en la presentación de datos de forma gráfica para enfatizar su mensaje y animar a su público a actuar. Entendía el poder de las estadísticas para cambiar mentalidades y alentar a los políticos a aplicar reformas.

Su estilo claro y persuasivo junto con su enfoque proactivo para la

La interdependencia de su pensamiento teológico y científico le llevaron a considerar que la estadística era la clave de las 'leyes de la naturaleza', lo cual era especialmente importante en el contexto de agitación social, urbanización e industrialización de la Gran Bretaña victoriana en la que la aleatoriedad parecía ser la norma de la condición humana. La estadística se convirtió en un vehículo para dirigir las intervenciones, reducir los riesgos y combatir la pobreza y las penurias. Su búsqueda de algo práctico que hacer no solo estaba impulsada por su empatía por la condición humana y la obligación moral de actuar sino también por la frustración que sentía por el papel que desempeñaban las mujeres.

Nightingale clamaba contra la barrera que suponía el género para participar en la vida pública. Su modelo de enfermería se basaba en trabajar bajo la autoridad de una lideresa en una institución y en conceder a las mujeres la oportunidad de ganarse la vida y forjar carreras independientes.

formulación de políticas hicieron de ella una hábil emprendedora en el ámbito político que ponía la evidencia en manos de los legisladores a través de sus redes de contactos; tras comunicar la evidencia de forma fácil de digerir, presionaba con sus argumentos recurriendo a todas las herramientas que tenía a su disposición. El incremento de los estudios aleatorios controlados y la práctica basada en la evidencia ahora es algo común en la práctica de la enfermería y la atención de salud. De hecho, incluso la definición de enfermería de Nightingale – enfermería tanto para la enfermedad como para la salud – resuena en nuestros planteamientos actuales: *“¿Qué es la enfermería? Ambos tipos de enfermería están dirigidos a situarnos en las mejores condiciones para que la naturaleza restituya o conserve la salud, para prevenir o curar enfermedades y traumatismos.”* Sus enseñanzas en cuestión de higiene siguen siendo ejemplares en nuestra lucha contra la sepsis, el exceso de mortalidad atribuible a las infecciones nosocomiales: SARM y C. difficile. Además de estas, la resistencia a los antimicrobianos (RAM) está destinada a ser una de las principales causas de mortalidad en 2050 para la que el lavado de manos y la higiene podrían ser algunas de las defensas más potentes contra su transmisión. La RAM nos obliga a retroceder a prácticas de la época previa a los antibióticos.

Los escándalos hospitalarios no son algo del pasado y experiencias recientes en EE.UU., Reino Unido y otros lugares demuestran que muchas de las causas subyacentes de los mismos son la escasez de personal y la necesidad de enfermería de buena calidad. El apoyo de Nightingale a la enfermería como ocupación secular, como medio para que las mujeres estuvieran formadas y capacitadas para perseguir una vida independiente, ha amplificado la repercusión de la educación en salud de la población, tanto directa como indirectamente. La evidencia demuestra que invertir en la educación de las mujeres es beneficioso para la salud de la comunidad, para su alfabetización en salud.

Nightingale, sin lugar a dudas, estaría horrorizada por la envergadura de las actuales desigualdades de salud en el mundo, así como por la escasez de enfermería, la amenaza de la RAM, el resurgimiento de enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, y la aparición de nuevas amenazas como el VIH, el Ébola o el cólera, para nuestra salud.

Ella se pondría manos a la obra impulsada por su justificada indignación. Pediría tiempo para abordar la escasez de enfermería y elevaría la cuestión a la agenda política internacional declarándola una emergencia global.

Reuniría apoyo para la celebración de una cumbre mundial de enfermería en la Asamblea Mundial de la Salud 2020, congregaría todas sus redes y recursos políticos con el fin de presionar a los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales para que se comprometieran con un tratado que obligara a los gobiernos a actuar estableciendo un marco jurídico que garantizara suficiente oferta de enfermeras para acelerar el progreso sobre los ODS y la CSU para las poblaciones desatendidas. Convocaría una cumbre de seguimiento con los ministros de finanzas en el Foro Económico Mundial de Davos para establecer un nuevo Fondo Nightingale mundial destinado a lograr la mayor inversión de la historia para la enfermería y la partería.

Instaría a las enfermeras a asumir el liderazgo en la administración de higiene y antibióticos. *Notas de Enfermería* se relanzaría como plataforma online para empoderar a los pacientes y sus familias en el siglo XXI de manera que se mantuvieran sanos y se cuidaran, centrándose en primer lugar en quienes padecen enfermedades crónicas y problemas de salud mental.

Formaría a una nueva generación de enfermeras diseñadoras digitales con el fin de desarrollar soluciones para la prestación de cuidados y sistemas de seguridad del paciente, además de colaborar en innovaciones como blockchain (cadena de bloques). Nos recordaría que la globalización es una oportunidad para conectar con nuestros valores y también entre nosotros, así como para elaborar un manifiesto valiente a favor del cambio. Todo ello requeriría un cambio de poder desde el 'antiguo' poder hasta el 'nuevo poder', además de nuevas modalidades de trabajo colaborativo. Las asociaciones de enfermería tendrían que adaptarse y trabajar juntas en la creación de una superred de colaboración para utilizar su poder colectivo de organización y movilizar a una escala nunca vista antes, trabajando de cerca con el público, los pacientes y las familias.

Por último, instaría a un planteamiento intergeneracional en el que los líderes jóvenes y los más mayores se formarían juntos en métodos organizativos y habilidades para influir en la política. Juntos, actuarían como los Nightingales de nueva generación que liderarían la ofensiva y convertirían la enfermería en un movimiento social mundial por el bien social.



La Sra. Nightingale con su búho domesticado Athena, alrededor de 1850 – A partir de un dibujo de Parthenope Lady Verney

Bases para la publicación de artículos

RECIBIMOS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS RELACIONADAS CON LA DISCIPLINA ENFERMERA

- INFORMES
- MONOGRAFÍAS
- TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
- PROCEDIMIENTOS
- TÉCNICAS
- PROTOCOLOS
- PRESENTACIONES DE CASOS
- EXPERIENCIAS

FORMATO DE PRESENTACIÓN

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

INFORMACIÓN DEL AUTOR

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

SOBRE EL ARTÍCULO

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

BIBLIOGRAFÍA: FORMATO DE CITA

LIBROS

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

Ejemplo:

Ackley, B. J. y Ladwing, G. B. (2007) Manual de diagnósticos de Enfermería: Guía para la planificación de los cuidados. Elsevier Mosby: Madrid.

Los números de páginas de referencia se indicarán en NOTA AL PIE, de la siguiente manera:

Ackley y Ladwing (2007: 234-250).

REVISTAS

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

Ejemplo:

Altman, E., Clancy, C. y Blendon, R. (2004) "Improving patient safety-five years after the IOM Report", N. Engl. J. Med. 351: 2041-2043. Los números de páginas de referencia se indicarán en NOTA AL PIE, de la siguiente manera:

Altman, Clancy y Blendon (2004: 2042).



Te invitamos a participar de la revista con la

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y ARTÍCULOS DE ENFERMERÍA

SOLICITÁ LAS BASES A:
alejandrafuente@adecra.org.ar

GRÁFICOS Y FOTOS

- Enviar por separado y con buena resolución de imagen

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

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS TRABAJOS:

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

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

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

Percepción de los estudiantes sobre el trato recibido en el ámbito hospitalario durante las prácticas profesionalizantes

Emma Abalos*
Verónica Avalos**
Yésica Pizarro***

Instituto Superior de Enfermería Artémides Zatti, CABA

El docente y el profesional del hospital desempeñan roles fundamentales: son quienes transmiten no sólo los conocimientos sino también los principios éticos de la formación, aportando una imagen positiva o negativa para el estudiante sobre la profesión.

RESUMEN

Las prácticas hospitalarias tienen como objetivo que los estudiantes adquieran las competencias necesarias para desempeñarse de manera eficaz y apropiada como futuros profesionales. Por esta razón, el trato y el apoyo que reciben de parte del staff de Enfermería durante esta etapa son factores que inciden fuertemente en el desarrollo de un buen clima de aprendizaje y de la autonomía de los estudiantes.

PALABRAS CLAVE

práctica profesionalizante, rol docente, aprendizaje, autonomía

ABSTRACT

The hospital practice aim for students is to acquire the necessary skills to perform effectively and appropriately as future professionals. For this reason, the treatment and support that they receive from the Nursing staff during this period are factors that strongly influence the development of a good learning environment and the autonomy of students.

KEYWORDS

professionalizing practice, teaching role, learning, autonomy

(*) Licenciada en Enfermería. Docente titular de las materias Enfermería del Adulto y Anciano, Gestión de Servicios de Enfermería, y Procesos de Atención de Enfermería en el Instituto Superior de Enfermería Artémides Zatti. Enfermera de Internación general y Maternidad del Sanatorio de los Arcos, Swiss Medical.

(**) Enfermera profesional (Instituto Superior de Enfermería Artémides Zatti). Profesora de Catequesis. Coordinadora de Catequistas de Comunión, Capilla Santa Marta de Lomas de Zamora.

(***) Enfermera profesional (Instituto Superior de Enfermería Artémides Zatti).

INTRODUCCIÓN

En la formación de los profesionales de Enfermería la experiencia adquirida en las prácticas hospitalarias constituye uno de los principales factores para la adquisición de los conocimientos y las habilidades para brindar un cuidado holístico y de calidad a las personas. En las prácticas profesionalizantes los estudiantes son guiados en la enseñanza por los docentes y por los profesionales de las diferentes instituciones de salud a las que acuden; ambos son los responsables de facilitar el proceso de enseñanza y aprendizaje (1). Desde el punto de vista psicológico, los estudiantes enfrentan la etapa que gira en torno a la pregunta por la identidad: tratan de resolver los conflictos y preocupaciones que surgen en relación con su comportamiento y con la imagen que proyectan ante los demás (esta búsqueda interior se manifiesta en lo externo través del modo de vestir, el peinado, las actitudes). A la pregunta “¿quién soy yo?” le sigue el interrogante por el sentido o el propósito: ¿hacia dónde voy y con quién? Cuando el estudiante no puede dar una respuesta satisfactoria tan rápido como desea, se siente fuera de lugar (2,3). Al respecto, considerando como finalidad el logro del autocuidado y la adaptación, Sánchez-Padilla (4) propone recuperar la clásica formulación de Arthur Chickering (1969) sobre los siete vectores que intervienen en el establecimiento de la identidad del estudiante.

- 1. **Adquisición de competencias:** el desarrollo de habilidades intelectuales, físicas, manuales, de relaciones sociales y personales que faciliten su adaptación.
- 2. **Manejo de las emociones:** la capacidad para aprender a reconocer y controlar en forma eficaz los propios sentimientos. Asimismo, para identificar cómo, cuándo, dónde y con quién se puede decir, hacer y expresar determinadas ideas, acciones y actitudes.
- 3. **Logro de la autonomía:** consiste en aprender a vivir, a tomar decisiones y también a actuar de forma independiente.
- 4. **Establecimiento de la propia identidad:** se trata de un proceso de construcción que le permite reconocer sus propias características, sus necesidades físicas y su apariencia.
- 5. **Adquisición de libertad en las relaciones interpersonales:** aprender a ser menos ansioso, menos defensivo y menos vulnerable, así como a tener la capacidad de ser más espontáneo, amable y confiado como producto de la aceptación de sus propias características.

Características y rol del docente

- Generador de aprendizaje (antes sólo era transmisor de conocimiento).
- Facilitador del aprendizaje, colaborador, entrenador, tutor, guía y participante del proceso de aprendizaje.
- Permite que el alumno sea más responsable de su propio aprendizaje y le ofrece diversas opciones.

- 6. **Reconocimiento de propósitos:** lograr una mayor claridad sobre sus planes vocacionales y aspiraciones intelectuales, así como en el ámbito cultural y recreativo. Desarrollar la aptitud para establecer las metas e intereses en la propia vida.
- 7. **Desarrollo de la integridad:** exige elaborar el conjunto de creencias y valores que sirven como guías del comportamiento individual.

Para muchos estudiantes la percepción del rol profesional puede no ser tan clara, sino más bien confusa, puesto que su visión es en ocasiones frustrante, reflejando una actitud negativa y poco satisfactoria en el campo de prácticas hospitalarias. Esto se debe a que el ambiente de aprendizaje y la cultura de trabajo que se presentan en la realidad de una institución hospitalaria pueden ser totalmente diferentes a los que existen en el aula, los cuales han sido diseñados por los docentes para el cumplimiento de determinados objetivos planteados con anterioridad (5).

EL APRENDIZAJE COMO ACTIVIDAD COLABORATIVA

En el ámbito de Enfermería, el ambiente de aprendizaje y la cultura de trabajo que se desarrollan son de tipo complejo y multifuncional, ya que los estudiantes deben desempeñar distintas acciones tendientes a la gestión del cuidado mediante la interacción constante con el paciente, con otros profesionales de salud de la institución donde desarrollan sus prácticas y con los docentes de la institución educativa. Los estudiantes que enfrentan dichas experiencias están influenciados por numerosos factores que potencian o disminuyen sus capacidades reales para responder a las exigencias del medio, de su objeto de trabajo y de su propio aprendizaje (6). Al cabo de un tiempo, esos estudiantes deben asumir un rol activo y enfrentarse a un contexto sociocultural específico, así como priorizar una reflexión permanente sobre sus acciones (7).

Características y rol del estudiante

- Participante activo del proceso de aprendizaje (antes sólo era receptor pasivo de información).
- Produce y comparte el conocimiento, a veces participando como experto.
- Contribuye al aprendizaje colaborativo con sus pares.

ETAPAS DE ADAPTACIÓN Y RELACIÓN DOCENTE-ESTUDIANTE

Etapa inicial

Los alumnos comienzan la adaptación de lo aprehendido en la teoría y a aplicarlo en la práctica. En esta etapa pueden sentirse desbordados: el manejo de la angustia y la frustración suele ser difícil; es frecuente el enojo consigo mismos por las dificultades para adaptarse. A menudo ese enojo es redireccionado hacia el profesor. Suele haber una marcada dependencia hacia el tutor.

Etapa intermedia

Los alumnos logran la adaptación a través de la perseverancia y el razonamiento crítico, pero aún no logran manejar las emociones. Comienzan a visualizar los resultados positivos (suelen llorar de emoción porque sienten que lo están logrando). Se mantiene la dependencia respecto del tutor.

Etapa de obstáculos

Los alumnos comienzan a resolver casos aplicando de forma madura lo aprendido en clase con la práctica. Hay un control de emociones. Comienzan a independizarse lentamente del tutor, que a esta altura cumple el rol de consultor.

Etapa final

Los alumnos se fortalecen como profesionales y logran el equilibrio emocional. El tutor ya no es percibido como necesario. Los alumnos desean tomar libremente sus decisiones, sin ser observados (8).

Considerando que la educación en la práctica hospitalaria tiene como objetivo desarrollar las competencias de los alumnos para su desenvolvimiento como futuros profesionales, cobran enorme importancia no sólo el rol docente (como formador y guía) sino también del personal de la institución donde tienen lugar las prácticas. De allí el interés por la valoración del clima de aprendizaje que reciben los alumnos en el ámbito hospitalario (9).

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio comprende el período que va del segundo cuatrimestre de 2017 al segundo cuatrimestre de 2018, en las distintas instituciones de salud donde tuvieron lugar las prácticas de los estudiantes de segundo y tercer año de la carrera de Enfermería profesional del Instituto Superior de Enfermería Artémidas Zatti (ISEAZ) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivo

Conocer la opinión de los estudiantes respecto del trato y el apoyo recibidos por parte del staff de Enfermería hospitalario durante la realización de las prácticas profesionalizantes.

Metodología

—Estudio de corte transversal.
—Criterios de inclusión: todos los alumnos que asistieron a las prácticas profesionalizantes de los distintos hospitales públicos y privados de la Provincia de Buenos Aires que desearon participar del estudio.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO (CONT.)

- La muestra estuvo compuesta por un total de 21 estudiantes (6 varones y 15 mujeres).
- La recolección de datos se realizó a través de una encuesta abierta no estandarizada, en formato digital. La misma consta de seis items medibles: *nunca*, *casi nunca*, *a veces*, *siempre*, *casi siempre*, *no sabe no contesta* (N/A).
- Las variables incluidas fueron: indiferencia o exclusión por parte del staff de Enfermería en la realización de tareas; indiferencia ante las consultas, preguntas o comentarios a los enfermeros del área; críticas hostiles realizadas por el staff de Enfermería a los alumnos; comentarios malintencionados, destrato; falta de motivación en la tarea; designación de tarea muy por debajo de sus competencias; sufrimiento de presión psicológica.
- Los datos fueron analizados con el paquete estadístico de Excel.

RESULTADOS

Sobre el total de las encuestas analizadas, los aspectos negativos se distribuyeron entre sentirse a veces excluido o ignorado en la realización del trabajo hospitalario (38%), que a veces sus preguntas o comentarios no fueron escuchados (47%), falta de motivación a veces en su labor (47%), que se le asignaron tareas muy por debajo de sus competencias (23%).

En cuanto a los aspectos positivos, más de la mitad de los estudiantes manifestó nunca haber recibido críticas hostiles sobre su quehacer (57%), nunca sintió que recibió destrato (68%), nunca sufrió presión psicológica (52%). El 36% manifestó nunca haber recibido comentarios mal intencionados.

Gráfico 1. Experimentó indiferencia o exclusión por parte del staff de Enfermería del hospital donde realizó las prácticas.

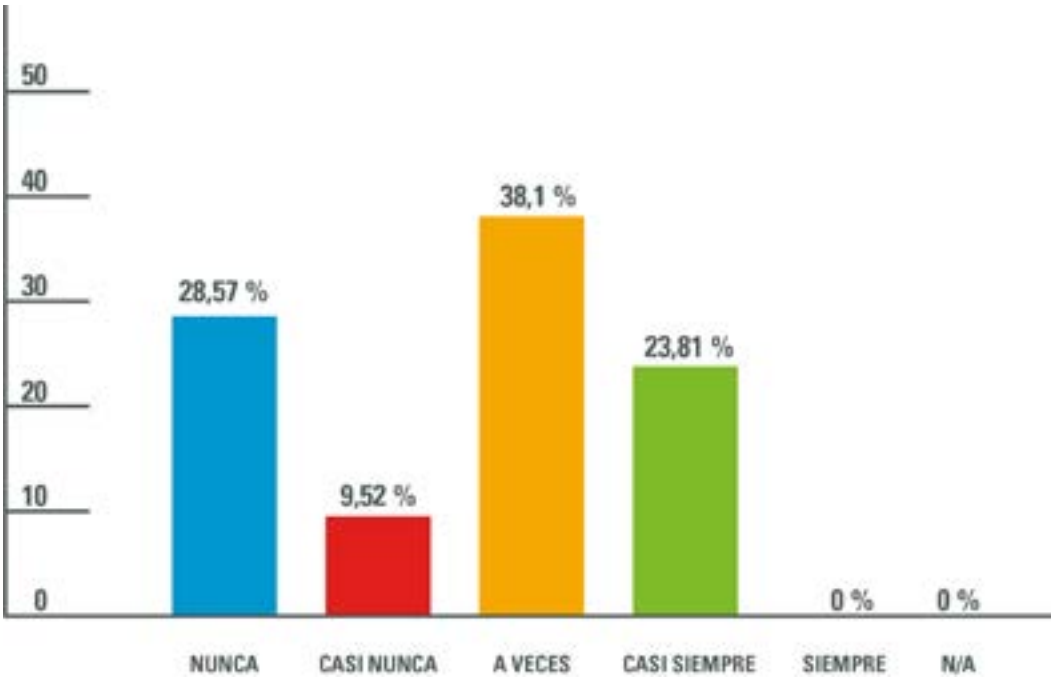


Gráfico 2. Indiferencia hacia las consultas, preguntas o comentarios de alumnos respecto de las tareas a realizar.

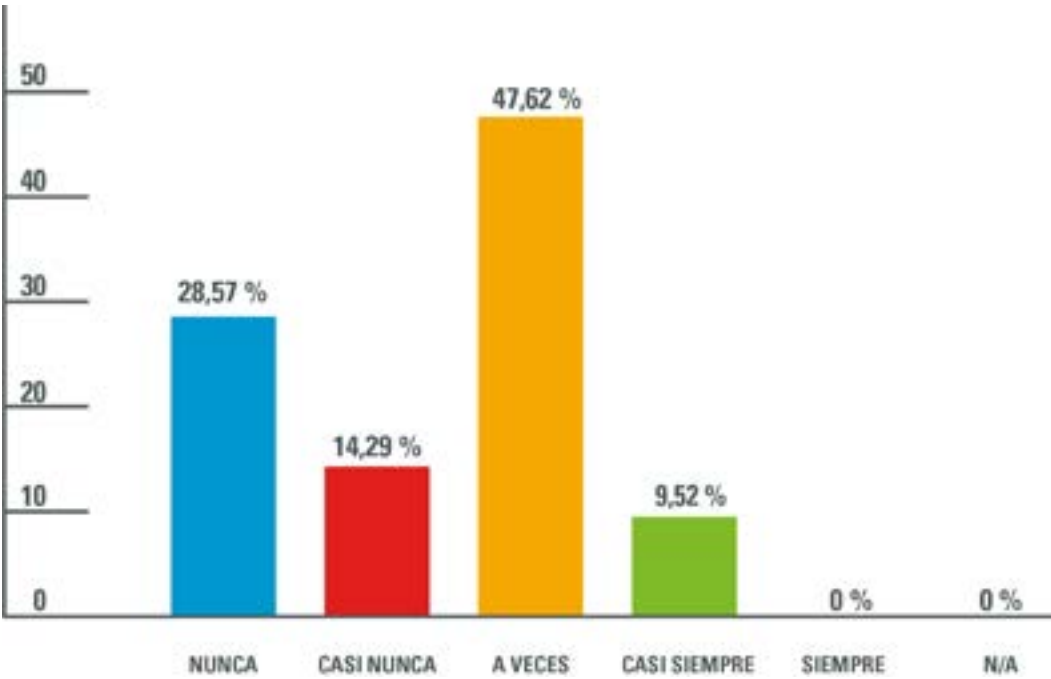
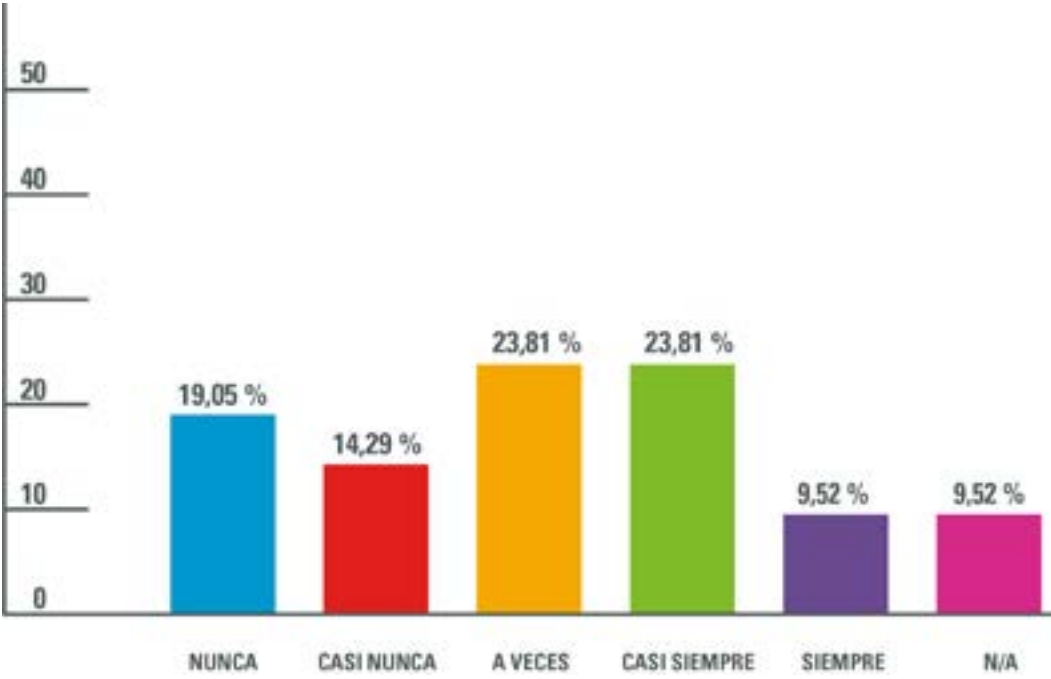


Gráfico 3. Asignación de tareas por debajo de sus competencias.



DISCUSIÓN

Los resultados muestran que, de manera general, el trato y el apoyo recibidos en el ámbito hospitalario han sido considerados positivos y que ha existido un buen clima de aprendizaje. Asimismo, cabe mencionar que a través del trabajo desarrollado por los alumnos quedó demostrado que la existencia de problemas relaciona-

dos con el ambiente de aprendizaje durante el periodo de prácticas genera un alto nivel de estrés, tanto para el estudiante como para el docente.

La bibliografía consultada sobre el tema enfatiza la importancia de la creación de un ambiente hospitalario positivo para el aprendizaje del

alumno. En este sentido, Ayala (2008) señala una relación directa entre tomar las precauciones para lograr un clima de trabajo agradable, que permita trabajar en armonía, con ciertas fallas irremediables que tienen lugar cuando esto no se logra. No sólo afectará la entrega de una formación integral al estudiante, sino que éste, al verse expuesto a situaciones violentas, puede convertirse a su vez en un posible agresor, incrementando así la cadena de violencia, lo cual dista completamente de los principios éticos de la formación profesional en general y en particular de la Enfermería (10).

Con respecto a la labor del cuerpo docente, Rodríguez y col. (2007) mencionan que estos tienen el deber de entregar un conocimiento basado en modelos de aprendizaje reales, que brinden una formación integral al estudiante (11). A ello cabe añadir lo señalado por Arratia (2005), en cuanto a que el cuerpo docente debe entregar valores y modelos de conducta que guíen a los estudiantes hacia una formación sólida y competente (12).

Las enfermeras son capaces de distinguir las características que las hacen más susceptibles de ser hostigadas, o de ejercer ellas mismas un rol de hostigamiento. Esto puede responder a características constitutivas de la persona, o al modo en que ha sido moldeada durante la formación. Es por ello de suma importancia considerar que los modelos profesionales que intervienen en el proceso educativo participan activamente en la construcción de su identidad como enfermeras y su actitud hacia la profesión.

Para lograr que el aprendizaje sea exitoso es preciso que exista participación activa del estudiante: que se le permita explorar, proponer

y encontrar nuevas soluciones, ya que el aprendizaje es un proceso intelectual y emocional. El docente y el profesional del hospital actúan como seres fundamentales en el área de práctica hospitalaria aportando una visión positiva o negativa para el estudiante.

CONCLUSIÓN

Durante el proceso de enseñanza y aprendizaje los estudiantes cuentan con el docente en todo momento como facilitador. A medida que van ganando confianza en sus habilidades y en los saberes adquiridos, esa relación se vuelve gradualmente menos dependiente, hasta alcanzar la autonomía. En forma complementaria, un ambiente de aprendizaje positivo en las prácticas hospitalarias apoya y facilita la adquisición de las características esenciales en el profesional de Enfermería.

Los resultados presentados en este estudio muestran que el trato y el apoyo recibidos en el ámbito hospitalario, así como el clima de aprendizaje, han sido considerados positivos.

Es preciso que quienes trabajan en el ámbito público y privado de la salud tengan la disposición de ser parte de ese aprendizaje y de transmitir sus conocimientos a los alumnos, siempre de la mejor manera posible, ya que esto deja huellas en ellos. Una disposición comprometida trascenderá en los estudiantes, quienes no sólo recordarán a sus docentes por los saberes que les han transmitido, sino que aplicarán esos conocimientos con profesionalismo y calidez humana y los transmitirán a otros, generando así un círculo virtuoso.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- 1) Cid Henríquez, P. y Sanhueza, A.O. (2006) Acreditación de campos clínicos de Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*; 22(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400010&lng=es
- 2) Arreciado-Marañón, A. (2013) Identidad profesional enfermera: Construcción y desarrollo en los estudiantes durante su formación universitaria. Tesis doctoral. Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/49181>
- 3) Albar, MJ y Sivianes-Fernández, M. (2016) Percepción de la identidad profesional de la enfermería en el alumnado del grado. *Enfermería clínica*; 26(3): 194-198. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862115001722>
- 4) Sánchez Padilla, M., Álvarez Chávez, A., Flores Cerón, T., Arias Rico, J., y Saucedo García, M. (2014). El reto del estudiante universitario ante su adaptación y autocuidado como estrategia para disminuir problemas crónicos degenerativos. *Educación y Salud, Boletín Científico del Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. 2 (4). Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/754>
- 5) Letelier-Sanz, P. y (2002) Violencia: Fenómeno relevante de estudio en campos clínicos intrahospitalarios de Enfermería. *Cienc. Enferm.*; 8(2): 21-26. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- 6) Vizcaya Moreno, MF. (2005) Valoración del entorno de aprendizaje clínico hospitalario desde la perspectiva de los estudiantes de Enfermería. Tesis doctoral. Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/13280/1/Vizcaya-Moreno-M-Flores.pdf>
- 7) Meza-Chávez, ELE.; Pinedo Tello, VA; Sinti Hernández, SV (2014) Estresores y estrés percibido en las prácticas clínicas en estudiantes de Enfermería. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Disponible en: <http://repositorio.unapikitos.edu.pe/handle/20.500.12737/3552>
- 8) Viltre Calderón, C.; Mendoza Tauler, L.; Leyva Figueredo, PA (2011) Etapas de la orientación profesional desde un enfoque integrador. *Tlatemoani, Revista académica de investigación*. N°6, junio 2011, pp. 1-10. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/tlatemoani/06/Tlatemoani6.pdf>

Sobrevivir

Sara Ruiz Díaz

Estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería, UNIVERSIDAD ISALUD, Sede Venezuela

¿Qué es la vida, a fin de cuentas?

¿Un conjunto de vivencias reunidas en una sola persona?

¿O solo el ayer, olvidado lo que es el presente, a la espera de un futuro incierto?

¿Sabe alguien qué nos depara el futuro?

En ese futuro cercano, en ese mañana,

cuando todo vuelva a ser claro y firme,

¿seguiremos siendo los mismos?

¿O seremos apenas un recuerdo empedregado?

Preguntas que no son sólo mías,

porque allí afuera hay almas que han pasado por mucho.

Almas que en su momento ocuparon un cuerpo,

una identidad que fue arrebatada

de este mundo contaminado por las ambiciones de aquellos que sólo viven

por algún propósito que a muchos se nos escapa.

¿Quién podrá dar respuesta a padres que no volvieron a ver a sus hijos,

a los nietos que ya no saben de sus abuelos,

a los hijos que sólo pueden velar por los suyos?

El mundo se desmoronó en un instante.

Pero hubo héroes que salieron a su rescate,

héroes que sólo existen en la vida real.

En esta vida.

Una vida que tuvo que mutar para sobrevivir ante el desastre inminente.

Puertas rotas, cerrojos abriéndose, ventanas sin cortinas que se corrieron para dar paso a la luz de una nueva esperanza.

¿Qué es la vida, a fin de cuentas?

¿Qué es lo que fue y ya no lo es?

¿Un conjunto de vivencias reunidas en una sola persona o en una sociedad con pavor?

Es lo que se ha vivido y lo que aún queda por vivir a la humanidad.

Es la supervivencia impulsada por algo más fuerte

que las ambiciones de aquellos que fueron egoístas con la vida misma.

Es todo lo que ha dejado este nuevo universo

en el que muchos héroes lo han dado todo, hasta el último suspiro,

para volver de donde comenzamos.

Para darnos la posibilidad de un mañana:

la libertad de un nuevo amanecer

en el cual sólo quedará el recuerdo

de quienes lo dieron todo.



LaboratoriosRIVERO

Rivero Junto a la enfermería especializada

MATERIALES BIOMEDICOS ORIGINALES RIVERO

Estériles, atóxicos, libres de pirógenos y látex natural

- Equipos para terapia parenteral
- Sondas de alimentación enteral
- Sondas de drenaje torácico
- Productos quirúrgicos especiales
- Bolsas colectoras de orina
- Equipo para medir presión venosa central

 **LaboratoriosRIVERO**

Avenida Boyacá 419 - C1406BHG - CABA
Director Técnico: Dr. Pedro Luis Rivero
Bioquímico y Farmacéutico
Tel.: 4633.8666 Líneas Rotativas | Fax 4631.5634 4633.4754
www.rivero.com.ar | [www.Facebook.com/LaboratoriosRivero](https://www.facebook.com/LaboratoriosRivero)
lab@rivero.com.ar | depcient@rivero.com.ar
Consultas - sugerencias 0800.222.7291

PLANTA MODELO JUNIN

Habilitada por ANMAT Legajo N° 0022

**Investigación, desarrollo y producción de
Materiales Biomédicos Originales Rivero**

Autorizados por ANMAT PM 0022