

vea

VISIÓN DE enfermería ACTUALIZADA

Plan de estudios y
práctica profesionalizante
en el cuidado enfermero
y sus competencias

PÁG 29

La importancia de
movernos

PÁG 41

Enfermería
Comunitaria y
APS: Un estudio
de caso

PÁG 15

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



Sumario

- 5 | EDITORIAL
- 7 | GESTIÓN
La triple meta en la atención de la salud.
Dr. Fabián Vítolo
- 15 | INVESTIGACIÓN 1
Enfermería Comunitaria y APS
Un estudio de caso
Andrea Lorena Albornoz
- 29 | INVESTIGACIÓN 1
Plan de estudios y práctica profesionalizante en el cuidado enfermero y competencias.
Mg. María Carina Benito
- 39 | RINCÓN LITERARIO
Onirismo
Walter Piceda
- 41 | ENFOQUES
La importancia de movernos.
Lic. Romina Ledesma
- 48 | BASES
Bases para la publicación de artículos
- 51 | FICHA 60
Medición de drenaje pleural
Lic. Rosa Monzón
- 55 | SALUD PÚBLICA
Recomendaciones para equipos de salud.
Ministerio de Salud de la República Argentina

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 (C1059ABI)

C.A.B.A. Argentina

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

www.adecra.org.ar

www.enfermeria.adecra.org.ar

e-mail: revistavea@adecra.org.ar

Esta publicación es propiedad de:
Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina

Autorizada su reproducción mencionando la fuente.

Registro de Propiedad Intelectual Nº 399943

ISSN: 1669-385X

Base de datos de indexación:

CUIDEN - Tipo de indexación: EC-E

EBSCO

Periodicidad trimestral

(marzo, junio, septiembre y diciembre)

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, AECAF (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 Vercher. 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

En las últimas décadas el CIE y la OMS vienen señalando el sostenido descenso del número del personal formado en Enfermería, así como el de estudiantes que eligen la profesión, con las consecuencias esto implica en el presente y futuro de la salud de toda la población. Según datos de la OMS, en 2019 el déficit de enfermeras y enfermeros asciende a nueve millones en todo el mundo.

Esta escasez y la exigua participación de Enfermería en el nivel de atención primaria de la salud (APS) pone en peligro los objetivos de los sistemas de salud y desafía la capacidad para cubrir las necesidades de los ciudadanos. Las recientes epidemias que han surgido en distintas regiones del mundo acrecientan la necesidad de fortalecer y ampliar con urgencia la dotación del recurso humano enfermero, así como la formación y la participación en APS.

Con la aparición del nuevo coronavirus (COVID-19), la emergencia de salud pública ha alcanzado nivel internacional y ha dejado en evidencia las carencias antes mencionadas. En este escenario, las organizaciones nacionales e internacionales de Enfermería desempeñan una función primordial ante las administraciones (gobiernos e instituciones), a fin de hacerles tomar conciencia de la importancia que

tiene Enfermería para la población: como promotor del desarrollo humano, ya que no sólo produce cuidados de salud, sino cualidades que apuntan al mejoramiento integral de la persona, consigo misma y en su vínculo con toda la comunidad.

En este sentido, la participación de Enfermería puede resultar clave en la estrategia para afrontar la actual crisis mundial, ya que la detección precoz, el diagnóstico, aislamiento y atención de posibles casos dentro de las instituciones de salud, así como las actividades de promoción de estilos de vida saludables y para la prevención de enfermedades, constituyen la base de su especificidad como disciplina.

A las organizaciones y los líderes de Enfermería corresponde abogar por el diseño e implementación de políticas sólidas que permitan contar con la estructura y los recursos necesarios para la formación de nuevos profesionales, propiciando condiciones favorables para su desarrollo en todos los niveles de la atención. Los recursos y esfuerzos que se destinen para el crecimiento de este importante eslabón del equipo de salud se verán reflejados en los años venideros en una mejora en la atención y en garantizar, verdaderamente, el derecho de acceso a la salud.

Lic. Mercedes Sosa

Curso de posgrado **Gestión de Jefaturas en Áreas de Enfermería**



Directora:
Prof. Lic. Isabel Vera
Doctora en Enfermería
*Declaratoria de Interés en trámite
Facultad de Medicina*



Del 27 de marzo
al 18 de diciembre



Auditorio Adecra+Cedim
Montevideo 451 10°



Viernes de 8 a 18 hs
(1 vez por mes)

Dirigido a:
Licenciados en Enfermería
que estén ejerciendo el cargo
y quienes aspiren a ejercerlo.

Modalidad:
Presencial con talleres y
dinámicas grupales.



Matrícula: \$1500
Valor del curso: \$25.000
(Se puede abonar en 10 cuotas)

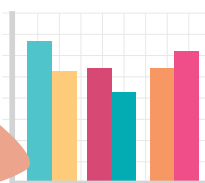


**Efectivo, tarjeta de crédito VISA,
transferencia o cheque.**

Se realizan descuentos por más de una persona por institución

Presentar: Fotocopias de título, DNI y matrícula.

- CUPOS LIMITADOS -



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



Del jueves 26 de marzo
al 17 de diciembre



Auditorio Adecra+Cedim
Montevideo 451 10°



Jueves de 8 a 16 hs
(1 vez por mes)



Matrícula: \$1.500
Valor del curso: \$18.000
(Se puede abonar en 10 cuotas)



**Efectivo, tarjeta de crédito VISA,
transferencia o cheque**

SE REALIZAN DESCUENTOS POR MÁS DE UNA PERSONA POR INSTITUCIÓN

INFORMES E INSCRIPCIÓN

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

La triple meta en la atención de la salud.

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Compañía de Seguros

Numerosos sistemas de salud en todo el mundo se han propuesto la tarea de rediseñar su marco organizacional para lograr una efectiva contribución a la mejora en la salud de la población y una racionalización de los costos de atención *per capita*.

INTRODUCCIÓN

Pese a los enormes esfuerzos que todos los días realizan los profesionales y administradores del sector, la brecha entre la salud que tenemos y la que deberíamos tener por el mismo costo continúa siendo enorme.

Un diagnóstico a partir de los seis postulados para definir la calidad asistencial descriptos en el informe del Institute of Medicine (IOM) "Crossing the Quality Chasm" (2001) muestra que todavía estamos lejos de cumplirlos:

- 1 La atención no es **segura**: millones de personas en todo el mundo mueren o son lesionadas por eventos vinculados a su atención que pudieron haber sido evitados (errores quirúrgicos o de medicación, infecciones asociadas al cuidado, úlceras por decúbito, caídas, etcétera).
- 2 La atención no es **efectiva**: demasiados pacientes son sometidos a estudios y tratamientos innecesarios sin ninguna apoyatura científica.

- 3 La atención no está **centrada en la persona**: se basa, en cambio, en los intereses de los médicos y las instituciones; es decir, no se contemplan a fondo las necesidades de los pacientes, sus preferencias ni sus valores.
- 4 La atención no es **oportuna**: muchas personas deben aguardar meses para ver a un médico o acceder a procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
- 5 La atención no es **eficiente**: se malgastan muchísimos recursos y tiempo en actividades que no agregan ningún valor (llenado de formularios, estudios duplicados, etcétera).
- 6 La atención no se brinda con **equidad**: hay una enorme distancia entre la atención que reciben los ricos y la que sufren los pobres.

No se trata, hay que decirlo, de un problema de mala voluntad, ni de falta de aptitud o compromiso de la fuerza laboral. Son muchas las personas que quieren hacer bien su trabajo y que terminan también siendo víctimas de paradigmas anacrónicos y de sistemas que arrastran defectos históricos de diseño.

En el año 2008, tomando como punto de partida la lista elaborada por el IOM, Don Berwick, Tom Nolan y John Whittington, investigadores del Institute for Health Improvement (IHI), desarrollaron el concepto que hoy es conocido mundialmente como “Triple Meta”, el cual hace referencia a la necesidad social de una mejor atención de la salud que haga foco de manera simultánea en tres objetivos centrales:

- Mejorar la experiencia de los individuos con su atención.
- Mejorar la salud de la población.
- Reducir el costo *per capita*.

1 Mejorar la experiencia de los individuos: procurar que cuando las personas acudan al sistema de salud su atención sea oportuna, segura, efectiva, eficiente, centrada en la persona y brindada con equidad.

2 Mejorar la salud de la población: muchos determinantes del estado de salud o enfermedad se encuentran por fuera del sistema de atención, pero su abordaje resulta vital si queremos lograr este objetivo.

3 Reducir el costo *per capita*: mediante la optimización de los recursos con los que se cuenta, no a través de recortes generalizados ni limitando la atención médica para quien la necesita. Se debe llegar a un menor costo mejorando el sistema. En otros temas de nuestras vidas, cuando algo es defectuoso tiende a costar más que cuando funciona bien. Lo mismo ocurre con la atención de la salud cuando se gastan fortunas para atender complicaciones que podrían haber sido evitadas y se malgastan recursos por una pobre coordinación entre los distintos ámbitos de atención.

DEFINIENDO LA “TRIPLE META”.

El IHI desarrolló la triple meta como una declaración de voluntad para el rediseño de los sistemas de salud, a fin de que puedan contribuir de manera efectiva a brindar una mejor salud de la población a menor costo. Desde entonces, se ha transformado en el marco organizacional de numerosos sistemas de salud en todo el mundo.

En su artículo original, Berwick y col. sostienen que, si bien se debe continuar con los esfuerzos para desarrollar y expandir mejoras específicas en la atención de los individuos en los distintos puntos de atención, no podremos alcanzar la excelencia si las iniciativas no apuntan a un sistema más amplio de objetivos interrelacionados. Estos objetivos combinados constituyen para los autores la triple meta (como se mencionó antes: mejorar la experiencia de los individuos con su atención, mejorar la salud de la población y reducir el costo de atención *per capita*).

Estos componentes no son independientes uno del otro: los cambios que se producen en la búsqueda de un objetivo pueden afectar los otros dos, a veces de manera positiva y otras, negativamente.

Por ejemplo, la mejor experiencia individual suele muchas veces traducirse en un aumento de costos, sobre todo si esta mejor experiencia se asocia con la utilización de nuevas tecnologías que pueden ser muy efectivas pero caras. En cambio, el combate contra la sobreutilización o mala utilización de estudios diagnósticos o terapias puede llevar a mejores resultados y menores costos. La situación se hace aún más compleja porque los efectos de las medidas de mejora se manifiestan en distintos tiempos para cada objetivo: mientras que la satisfacción individual es inmediata, el retorno de la inversión en atención primaria y acciones preventivas para conseguir una población más saludable y un menor costo per capita puede llevar años.

La búsqueda de la triple meta es un ejercicio de balance que está sujeto a decisiones políticas, tales como las de cuánto presupuesto asignar a salud, qué tipo de cobertura brindar y a quién. En la visión de Berwick, la más importante de estas políticas debería ser la promesa de equidad: la mejora de la salud de una subpoblación no debería ser alcanzada a expensas de otra. Pero este tipo de decisiones pertenecen al ámbito de la política y de la ética; no son técnicamente inherentes a la triple meta.

Por otra parte, la búsqueda equilibrada de la triple meta no parece estar muy en línea con el modelo de negocios de muchas organizaciones de salud. Para la mayoría, sólo una, o tal vez dos de las tres dimensiones resultan estratégicas, pero no las tres. Según los autores, la triple meta nos enfrenta a una paradoja: desde el punto de vista del país en su conjunto (en su caso, los EEUU) resulta esencial, pero desde el punto de vista de muchos actores del sector salud que responden a las fuerzas del mercado, la búsqueda de los tres objetivos puede ir contra sus propios intereses.

Tomemos como ejemplo los hospitales privados: bajo la actual dinámica del mercado y del sistema de pagos, resulta absolutamente racional que los hospitales traten de llenar sus camas y expandir sus servicios, aun cuando muchos trabajos predicen que el efecto neto de esta estrategia son mayores costos sin mejora de la calidad. La mayoría de los hospitales parecen creer que la mejor forma de proteger sus finanzas es protegiendo y aumentando sus ingresos.

Por supuesto que una mayor eficiencia en la producción local puede contribuir a la rentabilidad, pero la eficiencia sistémica que aumenta la salud de la población, disminuyendo las tasas de admisión y los ingresos por prestaciones costosas puede ser vista como una amenaza para el negocio. La dinámica misma de financiamiento lleva a menudo a que los hospitales sólo se focalicen en lo que ocurre dentro de sus paredes, considerando, por ejemplo, que las reinternaciones que se producen por deficiente manejo ambulatorio de condiciones crónicas son un problema de otros sobre el que no tienen responsabilidad.

Asimismo, uno de los problemas que tienen muchas naciones para cumplir con la triple meta es el dilema descrito por Garret Hardin en su artículo "La tragedia de los comunes" ("The tragedy of the commons", publicado en 1968 en la revista *Science*). Se trata de una situación en la cual varios individuos, motivados sólo por su interés personal y actuando de manera independiente pero racional, terminan por destruir un recurso compartido pero limitado (el común), aunque a ninguno de ellos, sea en tanto individuos o en tanto conjunto, le convenga que tal destrucción suceda. Los estudiosos de esta problemática suelen ilustrar este concepto con el siguiente ejemplo:

"Imagínese un pastizal cuyo uso es compartido entre un número determinado de individuos. Cada uno de estos pastores tiene un número dado de animales en ese pastizal. Con el tiempo, los pastores observan que, a pesar de ese uso, queda suficiente pasto no consumido como para pensar que se podría alimentar aún a más animales. Consecuentemente, uno tras otro, comienzan a hacerlo. Pero en algún punto de ese proceso de expansión de la explotación del pastizal la capacidad del mismo para proveer suficiente alimento para los animales es sobrepasada; con lo cual, todos los animales perecen debido al agotamiento o la sobreexplotación del recurso."

Los cambios necesarios para movilizar el logro de la triple meta son muchos y los obstáculos son abrumadores. Como señala el propio Berwick, el gran desafío político consiste en evitar abordar el problema sosteniendo que los individuos actúan de manera irracional, y lograr, más bien, que las nuevas medidas les resulten también racionales

PRECONDICIONES PARA ALCANZAR LA TRIPLE META.

A pesar de la necesidad social y de la posibilidad de contar con indicadores para medir el progreso hacia cada uno de los tres objetivos, la búsqueda de la triple meta continúa siendo una excepción y no la regla. ¿Cuáles serían las precondiciones para cambiar esto? Berwick y colaboradores sugieren que su cumplimiento efectivo depende de tres condiciones básicas:

- La definición de cuál es la población sobre la que se actuará.
- Las limitaciones políticas externas (tales como el presupuesto asignado o el requisito de que todos los subgrupos sean tratados equitativamente).
- La existencia de un “integrador” que sea capaz de focalizarse en la población elegida y de coordinar los servicios para ayudarla en las tres dimensiones simultáneamente.

1 Definir la población de interés.

El concepto de población no remite aquí a una condición geográfica sino, en palabras de los ideólogos de la triple meta, al “enrolamiento”. Esto es: una población es creada mediante un registro que sigue a un grupo definido de personas a lo largo del tiempo.

Algunos ejemplos de poblaciones así definidas serían: “todos los diabéticos de la Provincia de Buenos Aires”; “todas las personas por debajo de la línea de pobreza”; “todos los afiliados al PAMI”; “todos los habitantes de este municipio”; o incluso “todos los pacientes que dicen que el Dr. Pérez es su médico de cabecera”.

Sólo definiendo la población será posible, en principio, tener un conocimiento sobre sus experiencias con la atención, su estado de salud y el costo *per capita* de los servicios. Este tipo de registros son todavía muy escasos en los EEUU y en otros países del mundo, aun cuando la población se encuentre geográficamente definida. Crearlos requiere de investigaciones, desarrollos e inversión.

2 Limitaciones políticas.

Las limitaciones políticas que modelan el balance buscado entre los tres objetivos no son automáticas ni tampoco inherentes a la idea. Derivan, más bien, del proceso de toma de decisiones, de la política y del contrato social que quiera establecerse con la población involucrada. Una nación o provincia, por ejemplo, puede decidir que la cobertura de salud en su territorio sea universal o no; la comunidad de una ciudad o un empleador, al negociar con un gremio, puede decidir que se gastarán o no más de tantos pesos *per capita* por año en salud. Lógicamente, de manera matemática, la optimización simultánea de las tres metas requiere de restricciones en al menos dos de ellas.

3 Un integrador.

Como no existe un sector que tenga la capacidad de mejorar por sí sólo la salud de la población, la triple meta requiere explícitamente que las organizaciones de salud, los ministerios de salud, los servicios sociales, los sistemas escolares y los empleadores cooperen entre sí. El fomento de esta cooperación requiere de un integrador que acepte la responsabilidad de luchar por la triple meta para toda su población.

Un integrador es una entidad que acepta la responsabilidad por los tres componentes de la triple meta para una población específica. Es importante destacar que, por definición, un integrador no puede excluir a miembros o subgrupos de la población por la cual es responsable. Un ejemplo muy simple de esto es el modelo de Kaiser Permanente, una de las principales gerenciadoras de salud de los EEUU, que ha podido integrar por completo su financiamiento con la totalidad de sus prestaciones, ya sea como dueña de distintos centros o bien estableciendo alianzas exclusivas con su red prestacional. Hoy Kaiser sigue a más de diez millones de norteamericanos en cinco estados del país.

Berwick y sus colaboradores del IHI creen, sin embargo, que otros modelos pueden también tener un fuerte rol integrador, aún sin un financiamiento unificado o sin prestadores propios. Este papel integrador podría ser asumido por un asegurador de salud, una obra social, un grupo grande de atención primaria o incluso un hospital.

Un integrador efectivo, de alguna u otra manera, logrará vincular y coordinar la acción de distintas organizaciones de salud cuyas misiones se superponen, articulará políticas con salud pública y con los servicios sociales, reconocerá y responderá a las necesidades y preferencias individuales de los pacientes, estará atento a las necesidades y oportunidades de la población en su conjunto (ya sea que la gente busque o no ser atendida) y conocerá el costo total de la atención. Esta importante función de conectar a distintas organizaciones en la continuidad de la atención obliga a que el integrador sea una sola organización que pueda inducir conductas coordinadas y lograr que los distintos prestadores trabajen como un sistema para la población definida. El rol de integrador no debería dejarse a la dinámica del mercado.

Funciones de un integrador

El papel del integrador incluye al menos cinco componentes:

- 1 Creación de una sociedad con los pacientes y sus familias.
- 2 Rediseño de la atención primaria.
- 3 Gerenciamiento de la salud de la población.
- 4 Manejo financiero.
- 5 Integración entre el macro y el micro sistema.

1 Creación de una sociedad con los pacientes y sus familias.

La búsqueda de la triple meta requiere que la población a la que se sirve esté mejor y continuamente informada, tanto sobre los determinantes de su propio estado de salud como también de los beneficios y limitaciones de las prácticas y procedimientos individuales. Más que

restringiendo el acceso, estableciendo copagos o generando trabas burocráticas, un integrador efectivo debería trabajar con persistencia para cambiar la cultura de “más es mejor” a través de la transparencia, la capacitación sistemática, la comunicación y la toma de decisiones compartidas con sus pacientes y comunidades. Muchos miembros de la población, especialmente aquellos con enfermedades crónicas, necesitan de alguien que pueda trabajar con ellos para establecer un plan que atienda sus necesidades de manera continua, guiarlos a través de la jungla tecnológica de la atención aguda, abogar por ellos e interpretarlos.

2 Rediseño de la atención primaria.

Un integrador efectivo fortalecerá la atención primaria de la población. Para cumplir con esto no se requiere que los médicos sean los únicos o principales prestadores. Recientemente, se han propuesto principios para expandir el rol de la atención primaria bajo el título de medicina domiciliaria. Esto incluye el establecimiento de relaciones a largo plazo entre los pacientes y su equipo de atención primaria, el desarrollo compartido de un plan de atención, la coordinación de la misma (incluyendo el acceso a especialistas y hospitales), la provisión de accesos innovadores a los servicios a través del gerenciamiento de turnos, la conexión a recursos de la comunidad y nuevas formas de comunicación entre los individuos, familias y el equipo de atención primaria facilitada por una historia clínica personalizada bajo control del paciente. El integrador asumiría la responsabilidad de construir estas capacidades y de aportar la infraestructura necesaria para este nuevo rol de la atención primaria.

3 Gerenciamiento de la salud de la población.

El integrador sería el responsable de desplegar ante la población definida todos los recursos disponibles, o bien de especificar a otros de qué manera se utilizarán estos recursos. La segmentación de la población, quizás de acuerdo a su estado de salud, nivel de apoyo familiar o nivel

socioeconómico, facilita una asignación eficiente y equitativa de los recursos. A su vez, la creciente disponibilidad de información de salud de alta calidad y confiable en Internet puede ayudar a que todos los segmentos manejen mejor su salud y comprendan las opciones diagnósticas o terapéuticas.

Hoy los procesos de atención están en general diseñados para responder a las necesidades específicas de pacientes individuales y no para anticiparse y modelar los patrones de atención de importantes subgrupos. Un integrador actuaría de manera diferente, asignando mucho más valor y recursos, por ejemplo, al control e interceptación de signos precoces de deterioro entre los 100 pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva a cargo de un médico o de los 1000 pacientes en esa condición que visitaron tal hospital en el último año.

Es sabido que el mayor número de muertes en casi todos los países es ocasionado por patrones de conducta que son mayormente desatendidos por la mayoría de los actores del sistema de salud: tabaquismo, obesidad, abuso de sustancias, violencia, mala nutrición, elecciones inseguras. Un integrador reforzaría los esfuerzos preventivos y estimularía la cooperación con los programas gubernamentales tendientes a desalentar estas conductas.

4 Control y manejo financiero.

El actual sistema de financiamiento de la salud es un reflejo de la fragmentación del sector. Un integrador efectivo debería garantizar que la asignación de recursos y el pago de las prestaciones se encuentren alineados con la triple meta.

Un primer paso para abordar el control de gastos sería definir, medir y transparentar el costo *per capita* de la atención de la población definida. Refiriéndose a los Estados Unidos, Berwick y colaboradores sostienen que, por ejemplo, las compañías podrían comenzar a mostrar en los recibos de sueldo de sus empleados lo que pagan en concepto de seguro de salud. El Medicare y Medicaid podrían, a su vez, brindar a las distintas regiones la información del costo por

beneficiario, lo que permitiría la comparación de costos y de inflación a lo largo y ancho del país. La racionalización y el control de costos *per capita* se verían muy apuntalados si existieran iniciativas anuales tendientes a reducir el malgasto en todas sus formas, especialmente en procedimientos, análisis y consultas que se originan de la repetición de trabajos ya hechos, de errores, de cuidados no científicos o de servicios que no agregan ningún valor.

George Isham, Director Médico de Health Partners de Minneapolis, ha abogado por un proyecto que permita identificar las diez formas más comunes de malgasto en cada una de las especialidades médicas. Cualquier integrador interesado en generar valor debería interesarse en este tipo de listas. Un indicador del progreso hacia la triple meta sería ver a los médicos liderando activamente los esfuerzos para reducir el malgasto.

Pero tal vez el mayor desafío radique en cortar con la dinámica de la atención dirigida por la oferta y comenzar a asignar mejor los recursos según las necesidades subyacentes. Un integrador inteligente abordaría con cierto escepticismo las inversiones en nuevas tecnologías, requiriendo un análisis previo profundo de su relación costo–efectividad. Los presupuestos operativos deberían estimular un pensamiento sistémico que vaya más allá de los límites de las propias instituciones. La pregunta típica de un integrador sería, por ejemplo: “¿Qué es mejor para la triple meta: incorporar dos nuevas enfermeras de atención domiciliaria o un nuevo cardiólogo?”

Por último, los autores señalan que en un sistema comprometido con la triple meta, tanto las políticas gubernamentales como los contratos de compra y los mecanismos del mercado llevan a establecer topes en el gasto total, con objetivos de crecimiento anual estrictamente limitados. Los buenos integradores deberían estimular a través de incentivos (y, si es necesario, de regulaciones) límites muy estrictos al crecimiento no planificado de servicios o instituciones.

5 Integración del sistema a nivel macro.

Un integrador consciente debería aspirar a que todas las prestaciones que brinda o que contrata para la atención de su población (tanto las prestaciones individuales como las intervenciones a nivel poblacional) estén basadas en la evidencia y sean altamente confiables. Para conseguir esto, todos los involucrados en el sistema de atención deberían tener un fácil acceso a fuentes de conocimiento médico actualizado, definiciones estandarizadas de calidad y de costos y a indicadores sobre el funcionamiento del sistema recolectados y distribuidos por un cuerpo confiable. De hecho, lo ideal sería que tanto los pacientes como los prestadores, administradores y organizaciones en general recibieran de manera regular reportes acerca del “estado del sistema”, en cuanto a su confiabilidad, adherencia a la evidencia, costos y progresos realizados en busca de los tres objetivos de la triple meta.

En la mayoría de los casos, no se requiere que sea al integrador quien brinde la totalidad de los servicios necesarios de manera directa. Muy probablemente deba tercerizar algunas prestaciones mediante acuerdos comerciales diseñados a conciencia para facilitar el cumplimiento de la triple meta.

Michael Porter y Elizabeth Teisberg (2004) han llamado a redefinir el concepto de “competencia” en la atención de la salud. Sostienen que el verdadero valor se agrega cuando se obtienen los mejores resultados al menor costo posible de manera sostenida en el tiempo. Siguiendo esta lógica, un integrador debería contar con un grupo multifuncional de proveedores que sirvan a una subpoblación específica.

CONCLUSIÓN

Es preciso reconocer que muchas veces la búsqueda racional del bien común se encuentra en conflicto con la búsqueda, también racional, del bienestar personal. Entre las principales barreras para el logro de la triple meta se encuentran la demanda dirigida por la oferta de nuevas tecnologías (muchas de las

cuales tienen un impacto muy limitado sobre el resultado final), la atención centrada en el médico y la falta de una visión sistémica por parte de los profesionales y organizaciones, que los lleva a ignorar el impacto que sus acciones individuales tienen sobre el conjunto.

Un sistema de salud capaz de mejorar de manera continua en el camino hacia los tres objetivos de la triple meta, independientemente de las limitaciones políticas que pueda tener, se verá muy diferente a un sistema pensado para cumplir sólo con el primero (experiencia de los pacientes). Hay mucho en juego en esto y, de hecho, el Santo Grial de la cobertura universal seguirá siendo una quimera si no logramos una acción colectiva y racional que se anteponga a intereses individuales y permita disminuir los costos de atención per capita.

BIBLIOGRAFÍA

—Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. (2008) “The Triple Aim: Care, Health, and Cost”. *Health Affairs*; 27:3759-769. Disponible en:

<https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.27.3.759>

—Porter, ME y Teisberg, OE (2004) “Redefiniendo la competencia en el sector salud”. En: *Harvard Business Review*, Vol. 82, N°6, pp. 56-69. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1466143>

—Institute of Medicine (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US). Disponible en:

<http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>



AECF como Organización Miembro de la Federación Argentina de Enfermería se adhiere a la Campaña NURSING NOW ARGENTINA, planificando actividades para toda la Enfermería de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el área de influencia.

La Campaña Nursing Now apunta a 4 pilares básicos:

- ✓ Impacto Global (informar e influir en el diseño de las políticas sanitarias)
- ✓ Empoderamiento de los miembros (Fortalecer las Asociaciones)
- ✓ Crecimiento Innovador (Identificar oportunidades de negocios)
- ✓ Liderazgo Estratégico (Liderazgo en sistemas de salud y la formación de enfermeras)

Es hora de dar a las enfermeras más reconocimiento, inversión e influencia. Como profesionales de la salud más cercanos al público, las enfermeras deben:

- ✓ Estar capacitadas para utilizar sus conocimientos, habilidades y experiencia al máximo.
- ✓ Ser valorados y respetados por su papel fundamental en el corazón de la mayoría de los equipos de salud.
- ✓ Recibir apoyo para impulsar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento y rehabilitación de la salud, mediante el uso de nuevas tecnologías, una mayor participación de los pacientes y un principal enfoque en la comunidad y la atención primaria de salud.
- ✓ La toma de decisiones en salud necesita que las enfermeras estén más involucradas.

La Asociación de Enfermería de la Capital Federal contribuirá a esta campaña con los siguientes ejes:

- ✓ Continuar con el reclamo del Ingreso de los Licenciados a la Carrera Profesional en el GCBA.
- ✓ Contribuir a la formación profesional a través de una amplia oferta educativa brindada por colegas reconocidos (ECG, Emergentología Básica y Superior, Cuidados Cardiológicos, ARM y Ventilación Mecánica No Invasiva, Accesos Vasculares en Pediatría, RCP Pediátrico, Recepción Recién Nacido Prematuro, Monitoreo Hemodinámico y Soporte Vital, Terapia Intensiva Pediátrica, Cuidados Neonatológicos, RCP Neonatal, Hemodiálisis, PAI, Farmacología, Enfermería Oncológica, Auditoria y Calidad en Enfermería, Gestión Estratégica en Enfermería, Enfermería Laboral, Excel para Enfermería)
- ✓ Creación del Laboratorio de Investigación, para impulsar y apoyar la producción científica en Enfermería.
- ✓ Participación en mesas ministeriales de dialogo, trabajo y toma de decisiones de políticas de salud y del desarrollo de la profesión.
- ✓ Planificar de jornadas de actualización y perfeccionamiento en técnicas innovadoras en Enfermería.
- ✓ Fortalecer vínculos con Enfermeras que ocupan posiciones de liderazgo y trabajar en conjunto para lograr nuevas posiciones y reconocimiento para las mismas.

La Asociación de Enfermería de la Capital Federal invita a colegas a sumarse a estas actividades, consultado nuestros sitios:

Informes: Avda. Rivadavia 3518 1er Piso. Lunes a viernes de 10 a 19hs. TE: 4861-0602 WhatsApp: 1170124872



www.aecaf.com.ar



aecafatencion@gmail.com



[facebook@aecaf.com.ar](https://www.facebook.com/aecaf.com.ar)



[AsociaciónAecaf](#)

Enfermería Comunitaria y APS: Un estudio de caso:

Autora: Andrea Lorena Albornoz*

Supervisión: Lic. Mónica Schanz; Lic. Mabel Fortunato

Tutor Temático: Lic. Paula Derossi

Universidad Nacional de Lanús - Departamento de Salud comunitaria.

La visión interdisciplinaria de los equipos de trabajo en los CAPS debe contar con la participación activa de todos los profesionales a fin de lograr una mirada holística para la valoración, planificación, ejecución y evaluación de las actividades a desarrollar en función de resolver las problemáticas de la comunidad.

Resumen: Uno de los objetivos de la atención primaria es garantizar el derecho al acceso a la salud en todas las comunidades. De allí que las actividades principales de Enfermería comunitaria tengan como ejes la prevención, la promoción y el mantenimiento de estilos de vida saludables, la coordinación entre los niveles asistenciales, la movilización de recursos disponibles y la educación para la salud, a fin de generar un vínculo entre el sujeto de atención (la comunidad) y el equipo interdisciplinario.

Sin embargo, la concepción y el rol de la Enfermería comunitaria que emergen del presente estudio tienden a replicar aspectos característicos del modelo médico hegemónico. El hecho de no formar parte de los equipos interdisciplinarios y de que su actividad principal siga limitándose a la inmunización ponen de manifiesto la persistencia de una concepción de la Enfermería comunitaria como profesión subordinada.

Palabras clave: Enfermería comunitaria, atención primaria de la salud, trabajo interdisciplinario.

Abstract: One of the aims of primary health care is to guarantee the right to access to health in all communities. It is therefore the main activities of Community Nursing are based on the prevention, the advancement and the maintenance of healthy lifestyles, the coordination between the levels of care, the mobilization of the available resources and health education, in order to generate a connecting link between the subject of care (the community) and the interdisciplinary team.

However, the conception and the role of the community nursing that emerge from this study tend to replicate characteristic aspects of the hegemonic medical model. The fact that they are not part of the interdisciplinary teams and that their main activity continues to be limited to immunization indicates the persistence of a conception of the community Nursing as a subordinate profession.

Keywords: community nursing, primary health care, interdisciplinary work.

* Estudiante de grado. El presente artículo es una adaptación del trabajo final presentado para la materia Metodología de la investigación aplicada a la Enfermería (Licenciatura en Enfermería, Universidad Nacional de Lanús)...

INTRODUCCIÓN: ENFERMERÍA Y SALUD COMUNITARIA

El Consejo Internacional de Enfermería define a la disciplina como la profesión que abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos; incluyendo la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas (CIE, 1991).

El cuidado, a la vez objeto de estudio y eje central de la práctica enfermera, abarca distintos aspectos: la estimulación, el mantenimiento de la vida, el confort, el fortalecimiento de la autoestima e identidad, la comprensión, el alivio del dolor o la relajación (Jaquier y col. 2014). Además, los profesionales de Enfermería forman parte del primer contacto directo de las instituciones de salud con las personas, familias y comunidades.

Junto con el cuidado, el CIE destaca como funciones esenciales de la disciplina el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y el sistema de salud y la formación (CIE, 1991). De allí la necesidad de contar con planes capacitados y actualizar sus conocimientos sobre temas relacionados con la disponibilidad, comportamiento, motivación y factores determinantes que le permitan proporcionar un clima de confianza y seguridad a las personas y, a su vez, desarrollar su potencial profesional y humano (Alvarado, 2012).

La Enfermería comunitaria tiene como sujeto de atención a la comunidad en general y desarrolla sus acciones con el objetivo de promover, mantener, restaurar la salud de la comunidad (OPS) mediante el diagnóstico y la identificación de sus necesidades de atención, así como la vigilancia las tendencias en la salud y la detección de grupos de individuos que compartan las mismas necesidades en salud (Jaquier y col. 2014).

En tanto función social, brinda cuidados desde un enfoque integral e interdisciplinario, de manera de potenciar las capacidades y recursos internos de las personas, promover el desarrollo humano

haciendo énfasis en el bienestar de la población durante todo el proceso de crecimiento (Jaquier y col. 2014). Desde este enfoque, la comunidad y sus individuos dejan de ser objetos de intervención para ser identificados como sujetos de atención, que participan y toman decisiones sobre los problemas de salud y enfermedad que les incumben, asumiendo responsabilidades específicas frente a ellos (Conde, Leal, & Schmunk, 1998).

Las actividades principales de Enfermería comunitaria se centran en la promoción y mantenimiento de la salud, así como la prevención de problemas de salud particulares de la zona y de acuerdo al ciclo de vida del sujeto de atención (Jaquier y col. 2014).

- La **promoción de la salud** comprende las acciones que impulsan el desarrollo de la persona, la familia y la comunidad; el enfoque está puesto en fortalecer los factores protectores de salud, entre ellos, los estilos de vida saludables. Actualmente, se la concibe como un ejercicio que comprende acciones en diferentes niveles de la sociedad: educación, formación, investigación, legislación, coordinación de políticas y desarrollo comunitario (Jaquier y col. 2014).
- La **prevención** hace referencia a todas aquellas acciones orientadas a evitar daños, anticiparse a las amenazas de problemas específicos de salud o evitar discapacidades o limitaciones ante problemas concretos. El enfoque tiene que ver con educar a la persona, la familia y la comunidad en la percepción del riesgo; identificar factores de riesgo en personas, familias y comunidades, para diseñar estrategias que permitan evitar la aparición de la enfermedad; lograr reducir los riesgos y detectar los peligros potenciales (Jaquier y col. 2014).

Una de las actividades que caracteriza a Enfermería comunitaria, que funciona como articulador de las dos anteriores, son las visitas domiciliarias, las cuales combinan la aplicación de conocimientos científico-técnicos y capacidades prácticas o psicosociales que permiten efectuar

diversas observaciones y valoraciones relacionadas. Por sus características, este trabajo debe realizarse de manera interdisciplinaria, teniendo en cuenta la coordinación entre los niveles asistenciales, la movilización de recursos disponibles y la educación para la salud (Jaquier y col. 2014).

ENFERMERÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.

Los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) son identificados como servicios estratégicos, que tienen por objetivo otorgar acceso y proporcionar integridad al tratamiento de la salud de forma regional. Por tal motivo es importante la definición de criterios y la aplicación de legislaciones que mejoren los servicios y la atención del trabajo en red. Diversas investigaciones muestran que, si bien los CAPS cuentan con una estructura mínima recomendada y con un equipo de profesionales completo, la comunicación y el intercambio de información con otros niveles de la red de atención era deficiente en la mayoría de los servicios.

Una investigación de 2014 llevada a cabo en Brasil con el objetivo de evaluar las instalaciones físicas, los recursos humanos y las actividades desarrolladas en los CAPS de la región de Medio Paraopeba, Minas Gerais, muestra que 12 de los 14 CAPS estudiados contaban con todas las estructuras físicas recomendables y con un equipo completo de profesionales, pero con respecto a la utilización de espacios comunitarios, la comunicación y el intercambio de información con los demás puntos de la red de atención, era deficiente, en gran parte de los servicios (Silva & Lima, 2017).

De manera similar, otra investigación llevada a cabo en 2016 con el objetivo de identificar el estado actual de la regulación, educación y práctica avanzada en Latinoamérica y el Caribe, y la percepción de los líderes de Enfermería de la región respecto de la importancia de las prácticas avanzadas de Enfermería dentro de la atención primaria para apoyar las iniciativas del acceso

universal a la salud y a la cobertura universal de salud, concluye que los profesionales estaban familiarizados con el rol de la enfermera de prácticas avanzada pero gran parte de ellos desconocía la legislación. Los participantes mencionaron la necesidad de mejorar la preparación docente y de incorporar reformas curriculares para apoyar los programas de atención primaria de la salud. En este sentido, la gran mayoría consideró que las poblaciones de sus países podrían verse beneficiadas con un rol de prácticas avanzadas de Enfermería en atención primaria de la salud (Zug y col. 2016).

Finalmente, otras investigaciones apuntan la importancia de la heterogeneidad en la forma de implementar las actividades comunitarias, ya que si bien la mayoría de las actividades comunitarias identificadas cumplen algunos criterios de calidad, con frecuencia se detectan deficiencias en su institucionalización y reconocimiento. Esto sucede porque dependen del voluntarismo de los profesionales y de la participación de la comunidad, la cual tiene mayormente una participación pasiva (March, Martin Jordan y col. 2014). Estas dificultades recurrentes han impulsado iniciativas para definir las competencias profesionales actuales y las necesarias para el futuro, tanto específicas como transversales. Dentro de las competencias transversales, es necesario que los profesionales de la salud compartan un marco teórico general (sobre la disciplina y la institución), el cual debería hacer énfasis en la gestión del conocimiento, las habilidades comunicativas, el trabajo en equipo interdisciplinario, la orientación intersectorial, conocimientos jurídicos, habilidades en inglés e informática (Rodríguez y col., 2013).

Es importante destacar que cada profesional de la salud debe disponer de competencias específicas en su disciplina, desde en un enfoque que concibe a la salud pública como un área de conocimiento multidisciplinario, en el cual se establecen alianzas para lograr colaboración y organización entre diferentes disciplinas. Este debería ser el resultado de la interacción entre profesionales de la salud que obtengan competencias transversales y específicas (Rodríguez y col. 2013).

Perfil profesional de Enfermería comunitaria

Ejes que orientan las competencias profesionales:

- Posee saberes, capacidades y aptitudes adquiridos durante la formación que dan el aval para ejercer la disciplina.
- Cuenta con las herramientas para resolver los problemas de forma autónoma y flexible.
- Se encuentra capacitado para colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo.

En cuanto a las competencias vinculadas con la formación profesional:

- Capacidad de liderazgo, para intervenir positivamente en la coordinación del personal de salud, en la resolución de conflictos y en la toma de decisiones. Esto impacta no sólo en el logro de los objetivos preestablecidos, sino también al momento de proponer nuevos proyectos y métodos novedosos de intervención (Quezada Torres, Illesca Pretty, & Cabezas González, 2014).
- La capacidad de interpretación de la información epidemiológica de la población.
- La empatía durante la visita domiciliaria, la entrevista y en otros espacios sociales, así como la capacidad de planificar y ejecutar actividades de participación comunitaria (Jaquier y col. 2014).

ENFERMERÍA Y TRABAJO INTERDISCIPLINARIO: EL MODELO DE ALIANZA.

El trabajo interdisciplinario es considerado un camino de construcción, que incluye a todas las disciplinas vinculadas a la salud y propone replantear las problemáticas de un modo holístico. Esta práctica requiere de habilidades para visualizar las alteraciones en la salud desde diferentes perspectivas disciplinares con el objetivo de tomar la decisión más adecuada (Álvarez Gómez, 2018).

En el año 2018, se realizó en Brasil una investigación sobre el trabajo multiprofesional de los centros de atención de salud del Estado de Sao Paulo, enfocado en el análisis de cómo los profesionales entendían la multi, inter y transprofesionalidad y cómo se desarrollaban estas prácticas en los CAPS. La investigación se organizó a partir de dos líneas: la primera estuvo direccionada a la definición de trabajo en equipo multiprofesional, interpersonal y transprofesional y los aspectos profesionales; la

segunda, a la concepción sobre el trabajo en equipo de los profesionales en lo cotidiano.

Se identificaron dificultades en la conceptualización de las disciplinas de integración, así como también una escasa problematización sobre esto por parte de los trabajadores; más bien, hubo cuestionamientos en la práctica específica de cada área y se identificaron dispositivos problemáticos y distanciamiento respecto de las políticas públicas (Telles Jafelice & Marcolan, 2018).

Con la implementación del Sistema Único de Salud en la década del '90, el concepto de salud se fue ampliando en el paradigma de la Producción social de la salud, el cual requiere de la interdisciplinariedad. Desde este enfoque los CAPS son concebidos como equipos estratégicos en la red de atención primaria. No obstante, los resultados de la investigación muestran una coexistencia persistente de los paradigmas biomédicos en los discursos de los equipos. En la práctica, surge la idea de integración y la interdisciplinariedad auxiliar y no la de una construcción efectiva de los proyectos

terapéuticos en conjunto (Telles Jafelice & Marcolan, 2018).

Esta modalidad integrada de trabajo requiere el conocimiento y la aplicación de los instrumentos básicos que constituyen los equipos interdisciplinarios: la práctica, la discusión y el análisis constante. Se trata de un proceso colectivo, en el cual los profesionales se reúnen con una actitud receptiva y flexible, para aportar sus conocimientos personales, habilidades e ideales (Benitez, Chemez, & Rodríguez, 2015).

Resulta cada vez más evidente que la capacitación continua de los profesionales es esencial para el proceso de formación de los equipos de salud que puedan contribuir de manera efectiva a la mejora en la calidad de atención de los pacientes. La eva-

luación de la salud comunitaria es también un proceso continuo que el equipo realiza en forma permanente con el fin de mantener una percepción actualizada sobre la salud de la comunidad (Klainberg, Holzemer, Leonard Margaret, Jurk Saitis, & Luna Torres, 2001).

El Modelo de Alianza es uno de los instrumentos utilizados por estos equipos para elaborar una representación completa de la salud y las enfermedades de la comunidad. Entre sus aspectos más importantes se destaca el vínculo que se genera entre el sujeto de atención y el equipo interdisciplinario: una alianza bien desarrollada será aquella en la cual las personas y los proveedores de la atención estén posibilitados de evaluar las fortalezas o dificultades de su interacción (Klainberg y col. 2001).

Presentación del estudio

La investigación se llevó a cabo en el partido de Almirante Brown (Provincia de Buenos Aires), en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del municipio, durante el período marzo a octubre de 2019.

Objetivos

- **General:**

Determinar cómo es la integración de Enfermería dentro del equipo interdisciplinario y el perfil del enfermero comunitario en los Centro de Atención de Salud de Alte. Brown en el periodo marzo-septiembre del 2019.

- **Específicos:**

- Identificar el nivel de integración de las enfermeras comunitarias dentro del equipo interdisciplinario en las actividades de promoción.
- Detectar las actividades de prevención que realiza Enfermería de manera autónoma.
- Identificar las actividades asistenciales y de cuidado realizadas por Enfermería.
- Describir y caracterizar el perfil de Enfermería de los CAPS de Almirante Brown.
- Identificar si las enfermeras comunitarias participan en la producción de datos epidemiológicos.

Hipótesis:

La integración de Enfermería comunitaria al equipo interdisciplinario de los Centros de Atención Primaria de la Salud de Almirante Brown se encuentra limitada a un rol asistencial, a la atención en la área de vacunación, debido a la falta de reconocimiento de la disciplina como autónoma y de su capacidad para el abordaje comunitario.

Diseño metodológico

- **Tipo de estudio:** cualitativo y cuantitativo (se utilizaron los aspectos cuantitativos para identificar el nivel académico y las instituciones de formación pública o privada).
- **Recolección de datos:** se utilizaron dos tipos de fuentes denominadas primarias y secundarias. Como primera instancia se indagó sobre estudios ya realizados que estén relacionados con el objeto de estudio, a los cuales se los clasifica como fuentes secundarias. Como segunda instancia, se confeccionó una entrevista abierta, formato que permite llevar un orden estipulado, recabar puntualmente los datos primarios.
Muestra: conformada por las enfermeras que trabajan en los CAPS de Alte. al momento de realizarse la investigación (marzo - octubre 2019).
 - criterios de inclusión: profesionales de Enfermería de los CAPS de Alte. Brown que trabajan en las instituciones.
 - criterios de exclusión: profesionales de otras disciplinas y los demás empleados que realicen sus labores dentro de los CAPS (empleados administrativos, de limpieza, de seguridad, etcétera).
- **Matriz de datos:**
 - Para la variable *Perfil de Enfermería* se consideraron cuatro dimensiones:
 - La **formación académica**.
 - La **antigüedad laboral en el puesto**.
 - La **capacidad de liderazgo**, empleando como indicadores las modalidades de intervenciones y toma de decisiones realizadas por Enfermería en las reuniones de equipo.
 - La **autonomía profesional**, tomando en cuenta las actividades autónomas que realiza Enfermería (la valoración del sujeto de atención, *triage*, educación incidental, educación preventiva y el registro de actividades realizadas).
 - Para la variable *Nivel de participación de Enfermería comunitaria en el equipo interdisciplinario* se consideraron cuatro dimensiones:
 - El **trabajo interdisciplinario dentro de las actividades de promoción de la salud**.
 - Las **actividades de prevención de enfermedades desarrolladas dentro del equipo interdisciplinario**.
 - La recolección y procesamiento de **datos epidemiológicos**.
 - Las **visitas domiciliarias realizadas por el equipo interdisciplinario**.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO.

El acceso a la salud es un derecho que tienen todas las comunidades. Garantizarlo es una de las características de las estrategias de APS, por ello las acciones que se desarrollan en este primer nivel apuntan a la promoción de la salud, la prevención y la protección de la salud, al actuar directamente sobre el individuo y la comunidad para evitar la enfermedad (Conde, Leal, & Schmunk,

1998). Para que dichas acciones puedan concretarse es necesario contar con diversos recursos (humanos, físicos y financieros), así como lograr una articulación eficiente con los niveles de mayor complejidad (Conde, Leal, & Schmunk, 1998). En nuestro país, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social define a la Atención Primaria en Salud como una estrategia de intervención centrada en la atención, que se basa en la promoción de la salud y la

prevención de enfermedades a través del trabajo con los vínculos y lazos sociales, entendidos como parte de la salud integral (De Pietri, Dietrich, & Carcagno, 2013).

Los CAPS cumplen un rol fundamental en la realización de esas intervenciones, ya que son éstos los que implementan y difunden las actividades de prevención y reducción de los riesgos de enfermedad, así como las inequidades regionales. Su ubicación estratégica facilita el acceso y la posibilidad de brindar un tratamiento integral de la salud a las comunidades.

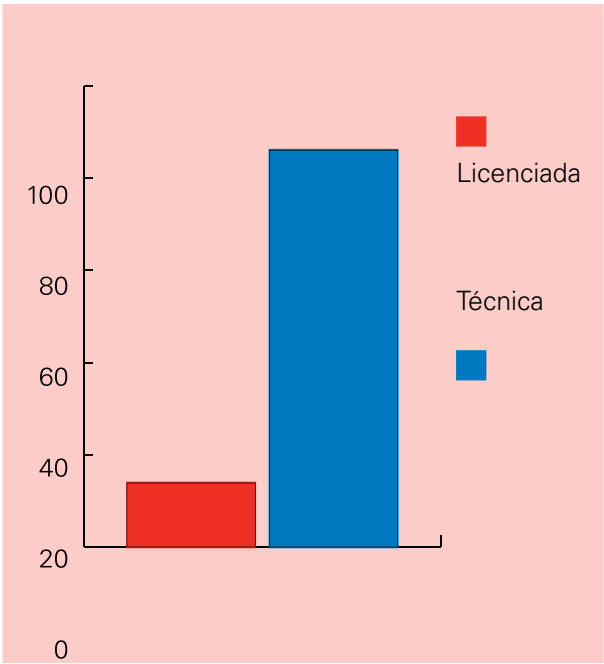
Dentro de esta estructura de atención primaria de la salud, Enfermería tiene como función social brindar cuidado a los individuos, las familias y las comunidades desde un enfoque integral e interdisciplinario. En el Municipio de Almirante Brown, la Secretaría de Salud es el área responsable de

planificar y ejecutar las políticas tendientes a mejorar la salud de la comunidad, integrándose como agente activo al desarrollo local (planificación, programación y promoción de la salud). Los CAPS cuentan con diversos programas que brindan, junto con la atención y el seguimiento, herramientas, recursos, insumos y medicación a personas que no cuentan con obra social, prepagas, ni recursos para afrontar distintos tratamientos (diabetes, epilepsia, asma infantil) y programas integrales de atención y acompañamiento de embarazadas, recién nacidos, niños y adolescentes. En los centros se registran los datos del paciente, los datos referidos a la medicación y se relevan datos que luego se vuelven en las historias clínicas ampliadas (antecedentes perinatales, antecedentes familiares, conformación familiar, datos de la vivienda y vacunas, etcétera).

RESULTADOS

Gráfico 1

Nivel académico de las enfermeras comunitarias (CAPS Almirante Brown).



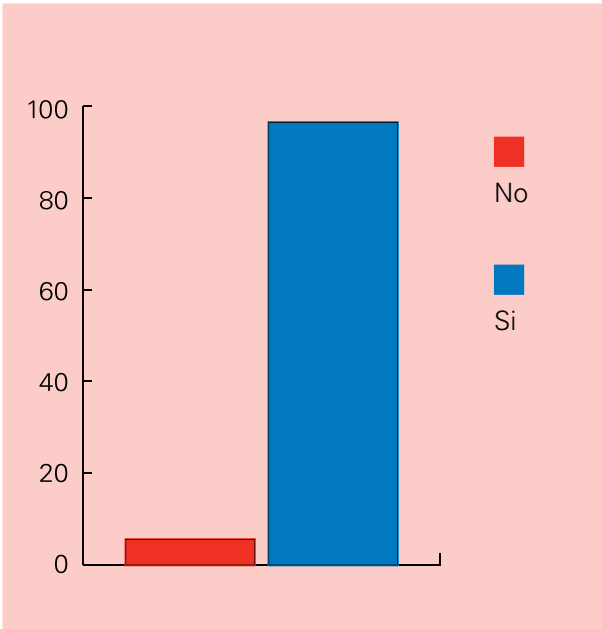
Mediante una perspectiva cuantitativa se logró identificar que el 86,11% del nivel académico de las enfermeras entrevistadas corresponde a la formación en tecnicatura, mientras que el 13,89% poseen título de licenciada. Esto evidencia que la mayoría de las profesionales cuenta solamente con competencias generales, propias de una formación básica en la disciplina.

El 83,3% de las entrevistadas realizó su formación en instituciones terciarias públicas o privadas, mientras que el 16,7% lo hizo en instituciones universitarias públicas o privadas.

La capacitación continua hace referencia al proceso de formación de los equipos de salud, la cual debe ser fomentada por los directivos de la institución o solicitada por el mismo profesional, teniendo en cuenta el marco legal Nacional y Provincial por el cual se regula la profesión.

Gráfico 2

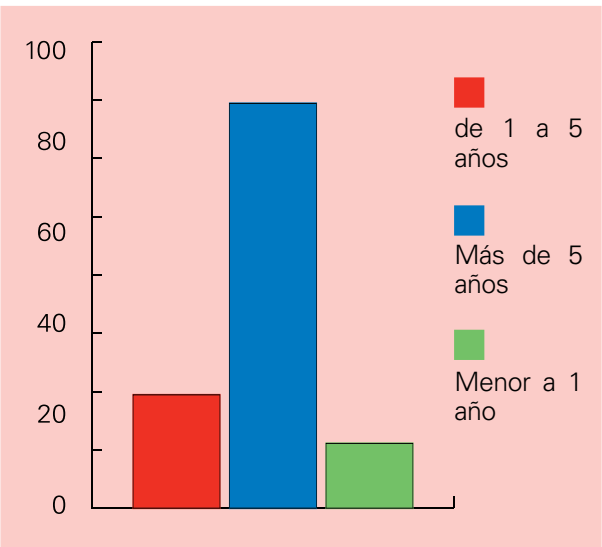
Capacitación continua de las enfermeras comunitarias (CAPS Almirante Brown).



El 94,44% de las entrevistadas afirma realizar capacitaciones de manera continua (frecuencia mensual) en la Casa de la Cultura de Alte. Brown. Dichas capacitaciones tienen como eje central aspectos referidos a la inmunización. Esta limitación se ve reflejada en la percepción del rol profesional: los datos obtenidos en las encuestas indican que el 99,6% reconoce la inmunización como única actividad autónoma y como función central de Enfermería, vinculada a la prevención de enfermedades. Durante el desarrollo de las entrevistas se hizo mención a otras actividades, que las profesionales no perciben como propias: la valoración del sujeto, la recolección de datos, la educación preventiva. Estas actividades están naturalizadas como parte del procedimiento de inmunización y no se perciben como independientes del acto de vacunar.

Gráfico 3

Antigüedad laboral de las enfermeras comunitarias (CAPS Almirante Brown).



Con respecto a la antigüedad laboral, el 69,44% de las profesionales cuenta con una permanencia en el puesto de más de cinco años; mientras que el 19,44% tiene entre uno a cinco años de experiencia laboral; el 11,11% restante cuenta con una permanencia menor de un año en el puesto de trabajo.

Tabla 1

Comparativa de las incumbencias de Enfermería establecidas por la normativa vigente y las tareas desempeñadas en los CAPS de Almirante Brown.

Incumbencias de Enfermería
Según marco legal de referencia. Fuente: Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería de la Provincia de Buenos Aires. (Ley 12.245, art. 3: “Conceptos y alcances”) – Realizar la planificación, implementación, ejecución, dirección, supervisión y evaluación de la atención dentro del contexto de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población. – Formar parte de la planificación, implementación y evaluación de los programas de salud con el equipo interdisciplinario e intersectorial, participando activamente en la toma de decisiones. – Participar en la formación y actualización de las competencias propias de la profesión.
Según relevamiento de campo. Fuente: datos recabados a través de entrevistas y encuesta (ver ANEXO I). • Como aspecto positivo (pero no aprovechado), la antigüedad del personal en su puesto permite identificar, definir e intervenir en el funcionamiento de los centros de salud desde la experiencia adquirida a través del tiempo (conocimiento del personal y su desempeño, de los pacientes que concurren con frecuencia al centro, etcétera). • Las principales limitaciones tienen que ver el desempeño y formación restringidos al área de inmunización. Esto condiciona las actividades que podrían realizarse en el ámbito comunitario (prevención, educación, asistencia, en jardines y escuelas), pues las propuestas de intervención frente a necesidades puntuales (brote de sarampión) encuentran la resistencia de las autoridades del nivel superior (“la directiva de Secretaría fue no salir del CAPS”). • La vacunación es la única actividad que se realiza de manera independiente, siempre dentro del servicio. A veces, esta instancia se aprovecha para breves intervenciones informativas y educativas (por ejemplo, explicar a las madres aspectos vinculados a la higiene y los controles pediátricos de sus hijos). • Las reuniones de equipo son de carácter informativo (se exponen los objetivos planificados por la Secretaría de Salud). Enfermería tiene participación activa sólo en aquellas cuestiones vinculadas con su función específica (“el manejo del vacunatorio depende exclusivamente de nosotras”) y la toma de decisiones e intervenciones novedosas recae sobre un nivel superior (“si queremos modificar o implementar algo, nosotras hablamos con el coordinador y, si él está de acuerdo, lo hacemos”). • Todas las actividades realizadas de manera autónoma deben ser registradas formalmente. El registro es un instrumento que tiene como fin, por un lado, asentar las acciones realizadas por los profesionales durante su horario laboral, y, por otro, constituye un instrumento legal ante cualquier situación que lo requiera.

- En la mayoría de los CAPS los profesionales de Enfermería no cuentan con un libro de registro, sino que utilizan planillas donde vuelcan de manera cuantitativa el resultado de las inmunizaciones realizadas (“No usamos libro de registro, utilizamos planillas. Cada vacuna tiene su propia planilla y a su vez hay otra planilla en donde marcamos la edad del paciente atendido”).
- Cabe destacar que sí cuentan con un libro de actas en el cual se registran las urgencias que llegan al Centro y las derivaciones (“Cuando llega una urgencia, usamos el libro de actas y registramos: hora, nombre y apellido, edad, motivo de la descompensación, horario en el que llega la ambulancia y Hospital al que se lo deriva. Nos pasó más de una vez que los pacientes se niegan a ir al Hospital, eso también lo asentamos y pedimos que el paciente o el familiar firme el acta, es una manera de resguardarnos a nosotros”). Las únicas personas que pueden manipular el libro e ingresar los datos relevados son los empleados del Centro, sin excepción.
- En cuanto a las actividades de promoción de la salud, Enfermería no tiene participación en ellas (“Nosotras, más que charlas con las personas que vienen a vacunarse, no hacemos [otras actividades]”) pues ese rol recae exclusivamente en las promotoras de salud: son ellas quienes interactúan con la comunidad de diferentes formas (generan el vínculo con las instituciones del barrio, realizan charlas de manera espontánea en el hall del CAPS, arman la cartelera para difundir las novedades del centro, como por ejemplo cursos de parto, actualización de campañas de vacunación, charlas de educación sexual integral).

- En cuanto a las actividades de prevención el trabajo de las enfermeras se centra en lo asistencial: “la actividad que realizamos desde la prevención es la vacunación. También hacemos curaciones, pero estas son derivadas de los consultorios (mayormente de la médica generalista y ginecología). Sobre el control de signos vitales, solo vienen a Enfermería cuando quieren tomarse la tensión arterial, y son personas que saben que son hipertensas y cuando se sienten mal vienen hasta acá”. Cabe destacar, desde la interdisciplinariedad, el trabajo en equipo con algunas de las especialistas que atienden en los consultorios, siempre en el marco asistencial de la práctica.
- En cuanto a las visitas domiciliarias, una de las actividades principales de los CAPS, todos utilizan la misma dinámica: las promotoras de salud son las primeras en llegar al domicilio; luego solicitan al profesional de salud que creen conveniente para la intervención. Dicho trabajo lo realizan, en una primera instancia, en conjunto con la trabajadora social y/o la psicóloga del centro. Luego incorporan a los demás profesionales. Enfermería es convocada cuando algún participante del grupo familiar tiene el calendario de vacunación atrasado o cuando hubo algún caso de brote y se solicita hacer un “bloqueo”.

“A veces pasa que llega una mamá y sus hijos tienen el calendario muy atrasado, y no le puedo dar todas las vacunas juntas. Entonces le administro algunas y la cito para dentro de siete o quince días a que venga a terminar de completarlas. Cuando nosotras las citamos las tenemos agendadas. Si vemos que no vinieron, solicitamos a la promotora que se acerque al domicilio y, de ser posible, que venga con ella.”

- Cuando las actividades realizadas se dan por fuera de la institución se utiliza un vocabulario determinado: se habla de “bloqueo” para hacer mención a un brote de alguna enfermedad infectocontagiosa en donde se debe realizar un control de las vacunas de las personas que tuvieron contacto con el sujeto de atención afectado; se utiliza el término “rescate” cuando algún profesional de la salud ha citado de manera programada a una persona o grupo familiar y este se ausenta a la consulta. Ante dicha situación se solicita a las promotoras de salud acercarse al domicilio y averiguar cuál es el motivo por el que no fue al centro de salud, y de ser posible lo lleva consigo en ese momento.
- La recolección, el registro, el análisis y la evaluación de datos epidemiológicos se utilizan para diagnosticar e identificar las necesidades y problemáticas de la comunidad, así como para obtener una vigilancia exhaustiva de la salud de la población. Esto permite detectar cualquier patrón que se replique dentro de la comunidad. En los CAPS, Enfermería sólo realiza la primera parte del proceso, debido a que la recolección de datos sistemáticos y el registro de los mismos forman parte de las actividades cotidianas (“Nosotras llenamos las planillas y las cargamos al sistema, el resto se hace desde Secretaría de Salud”).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La estructura de organización de intervención de la mayoría de los CAPS de Almirante Brown no cumple con las características que identifican a un equipo interdisciplinario. Sus acciones se enfocan en la atención individual por parte de cada uno de los profesionales, que sólo en ocasiones trabajan en conjunto con otros de manera temporal. Enfermería no forma parte del equipo interdisciplinario ya que sus actividades están orientadas hacia otros aspectos: tiene a su cargo las tareas de inmunización y las diferentes actividades que realiza se encuentran fuertemente relacionadas con ello.

En aquellos sectores en los cuales Enfermería no participa son las promotoras de salud quienes llevan adelante las actividades propias de vinculación con la comunidad. Esto puede explicarse desde una perspectiva económica de la gestión, ya que es mucho más redituable capacitar en cuestiones comunitarias a personas pertenecientes a la comunidad para que sean quienes realizan el trabajo de campo (bajo el rol de promotoras de salud), mientras que la capacitación específica de profesionales de En-

fermería genera un costo mayor y la necesidad de aumentar la dotación de personal enfermero de los centros.

Con respecto al perfil de Enfermería, las profesionales tienen experiencia en el puesto (una antigüedad igual o mayor a cinco años), conocen bien su ámbito laboral (al plantel profesional, a los pacientes); cuentan con título habilitante y han realizado sus estudios en instituciones públicas y privadas de nivel terciario no universitario (es decir, se trata de una formación desarrollada por conocimientos básicos). En este punto, cabe preguntarse si la mera especialización en el área de inmunización está relacionada con un interés del personal o si corresponde a la visión que desde la Secretaría de Salud pretenden construir de la Enfermería comunitaria.

De manera general, la concepción y el rol de la Enfermería comunitaria que emergen del presente estudio responden a una misma matriz: tienden a replicar aspectos característicos del modelo médico hegemónico, expresado en diferentes niveles.

Por un lado, la conducción de la Secretaría de Salud del municipio (el área donde se planifican y ejecutan

las políticas tendientes a mejorar la salud de la comunidad) se encuentra a cargo de un profesional médico. Desde el área se fomenta la capacitación continua, pero enmarcada en un modelo que coincide con el perfil de los profesionales de Enfermería que forman, integran y capacitan: se enfoca solamente en el plano asistencial, referido a inmunización, no permitiendo otro tipo de capacitación. Esto impide, además, generar la dinámica propia de los equipos interdisciplinarios; en consecuencia, las intervenciones sólo se desarrollan de manera individual. Por otro lado, aunque la Enfermería comunitaria cuenta con herramientas que permiten la intervención directa mediante la valoración comunitaria, las

visitas domiciliarias, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, dichas actividades no son realizadas por profesionales de Enfermería sino por las promotoras de salud. Son estas referentes quienes llevan a cabo el primer contacto extramuros con la comunidad, se ocupan de difundir las actividades de promoción y prevención de la salud y son quienes determinan, en función de la valoración que realizan, si la presencia de Enfermería es necesaria o no en las visitas domiciliarias. Estos dos aspectos evidencian que, tanto en la estructura organizativa de los CAPS (verticalismo, atomización), como en los espacios en los cuales está ausente, Enfermería sigue siendo considerada una

Dificultades detectadas	Aportes sugeridos
- La estructura de organización de los CAPS y su funcionamiento no cumplen con los requisitos básicos para la conformación de equipos interdisciplinarios. - En cuanto al perfil de Enfermería, predomina la formación técnica, con competencias básicas. - El servicio de inmunización es la actividad autónoma principal y, de manera general, las intervenciones se reducen al plano asistencial. - La Enfermería comunitaria tiende a replicar aspectos característicos del modelo médico hegemónico: - su práctica es biologicista (su principal función es prevenir enfermedades a través de la inmunización); - su capacitación se enfoca en perfeccionar su práctica (es decir busca la especificidad); - considera que es la comunidad la que se debe acercar al centro de salud; - por diferentes motivos, las enfermeras no realizan actividades por fuera del contexto institucional.	- Proponer e incentivar, como requisito excluyente, la capacitación continua de los profesionales de los centros de atención primaria de la salud genera un doble impacto positivo: primero, porque se contará con una dotación de profesionales altamente calificados; segundo, porque permite alcanzar de una manera eficaz los objetivos preestablecidos desde el municipio. - Desde una mirada organizacional, se hace necesario mejorar la dotación de personal en los CAPS mediante la incorporación de un referente de Enfermería que trabaje en conjunto con las promotoras de salud en las actividades extramuros. Dicho referente tendrá a su cargo, desde la conducción del equipo, las tareas de planificar, implementar, ejecutar, dirigir, supervisar y evaluar las actividades a desarrollar. - En base al modelo de atención implementado, se recomienda reorganizar el enfoque de intervención a través de propuestas concretas (la educación escolar, los talleres de promoción y prevención extramuros) que permitan intervenir en la comunidad desde diferentes ángulos, con aprovechamiento de todos los recursos físicos y humanos disponibles por parte de un equipo interdisciplinario fuerte y proactivo.

profesión basada en la subordinación.

Como consecuencia de las reformas en el sector de salud y las crecientes necesidades sanitarias de la población, el entorno de las prácticas de Enfermería se ha ido modificando hasta ser considerada indispensable, en la actualidad, la incorporación de Enfermería comunitaria en el nivel de atención primaria. Esta disciplina se centra en el cuidado de la población por medio de la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables, y cuenta con las competencias académicas para identificar de manera autónoma el tipo de cuidado a desarrollar de manera holística, valorando las respuestas humanas a las situaciones de salud y los procesos vitales.

Por las herramientas con las que cuenta como disciplina autónoma para ejercer su actividad de manera óptima, llevar a cabo la intervención y resolución de problemáticas en colaboración con las demás profesiones que componen el equipo de salud, la participación de Enfermería en estos equipos interdisciplinarios puede realizar importantes contribuciones, ya que el carácter holístico de su abordaje enriquece los conocimientos del equipo y permite determinar objetivos claros para dar respuesta a las problemáticas sociales emergentes.

BIBLIOGRAFÍA

—Alvarado, F. A. (2012). *Administración y mejora continua en Enfermería*. México: MC. Graw Hill.

—Alvarez Gomez, J. E. (2018). *Enfermería como apertura a la interdisciplina*. Revista Latinoamericana de Bioética.

—Ann, T. M. (2007). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Barcelona: Elsevier.

—Benitez, R. B., Chemez, S. A., & Rodriguez, M. Y. (2015). *el abordaje interdisciplinario y comunitario. Mirar (nos) dificultades para una intervención comunitaria e interdisciplinaria desde el trabajo social en el campo de la salud mental comunitaria*. Misiones: Universidad Nacional de Misiones.

—Camejo Gimenez, R. A., & Rebolledo Malpica, D. (2013). *Significados de la Vinculación Universidad-Comunidad para los actores sociales involucrados en la cátedra Enfermería Comunitaria del Decano de Ciencias de la Salud en la Universidad Centro occidental "Lisandro Alvarado"*. Enfermería Global.

—Conde, S., Leal, M., & Schmunk, S. (1998). *Salud Comunitaria: Diagnósticos, Estrategias y participación*. Buenos Aires.

—Consejo Internacional de Enfermería. (1991).

—De Pietri, D., Dietrich, A., & Carcagno. (2013). *Indicadores de accesibilidad geográfica a los Centros de Atención Primaria para la gestión de inequidades*. Revista Panamericana de la Salud Pública. Enfermería, C. I. (1991).

—Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2019). *Programa de salud*. La Plata.

—González-Robledo, M. C., González-Robledo, L. M., Caballero, M., & Aguilar-Martínez, M. E. (2011). *Formación de médicos y enfermeras para la detección temprana del cáncer de mama en Ciudad de México*. Revista Salud Pública, 966-979.

—Henrique-Suárez, M., & Espinoza-Portilla, E. (2019). *Retos para la formación de profesionales en derechos en salud. El caso de Perú*. Ciencias de la Salud.

—Isabel, PM & Elia, D. (2013). *Salud comunitaria: una actuación necesaria*. Gaceta Sanitaria, 477-478.

—Jaquier, N. M., Dos Santos, L., Wolhein, L. E., & Martínez, R. N. (2014). *Introducción a la Enfermería comunitaria. Una contribución a la Salud Colectiva*. Posadas: Universidad Nacional de Misiones.

—Klainberg, M. B., Holzemer, S. P., Leonard Margaret, A. J., Jurk Saitis,

—L.O., & Luna Torres, L. (2001). *Enfermería comunitaria: una alianza para la salud*. Bogotá: MC Graw Hill Interamericana.

—March, S., Martin Jordan, M., Montaner Gomis, I., Benedé Azagra, C. B., Soto, L. E., & Maria, R. (2014). *¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de Promoción de la Salud en Atención Primaria: Proyecto frAC*. Gaceta Sanitaria.

—Ministerio de Salud Desarrollo Social. (2019). *Direcciones, Programas y Planes*.

—Moreno, M & Paravicklijn, T. (2009). *Enfermería como profesión*. Revista Cubana de Enfermería.

—Mussi, R. J. (2001). *Decreto de la Ley 12.245*. Buenos Aires.

—OPS (1976). *Enseñanza de Enfermería en Salud Comunitaria. informe del Comité del Programa de libros de texto de la OPS/OMS*. Washington, DC.

—Quezada Torres, C., Illesca Pretty, M., & Cabezas González, M. (2014). *Percepción del liderazgo en las (os) enfermeras (os) de un Hospital del Sur de Chile*. Ciencia y Enfermería.

—Rodríguez, D., Berenguer, A., Pujol-Ribera, E., Capella, J., de Peray,

—Roma, J.L. (2013). *Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la Salud Pública*. Gaceta Sanitaria.

—Secretaría de Salud, Almirante Brown. *Planificación, programación y promoción de la salud*.

—Silva, SN., & Lima, MG (2017). *Estructura de la evaluación de los servicios de salud mental en la región del Medio Paraopeba, Minas Gerais*. Epidemiologia y Servicios de Salud, 149-160.

—Telles Jafelice, G., & Marcolan, J. F. (2018). *El trabajo multiprofesional en los Centros de Atención Psicosocial del estado de Sao Paulo*. revista Brasileira Enfermagem.

transmisibles, D. N. (2016). *capacitación*. Buenos Aires: secretaria de gobierno de salud.

—Zug, K. E., De Bortoli Cassiani, S. H., Pulcini, J., Bassolobre Garcia, A., Aguirre-Boza, F., & Jeongyoung, P. (2016). *Enfermería de Práctica avanzada en América Latina y el Caribe: regulación, educación y práctica*. Revista Latinoamericana de Enfermagem.

Entrevista

¿Cuál es el nivel académico alcanzado? • Tecnicatura. • Licenciatura. • Enfermería profesional. ¿Dónde realizó su formación académica? • Institución terciaria pública. • Institución terciaria privada. • Universidad pública. • Universidad privada. ¿Cuál es su antigüedad en el puesto? • Menor a 1 año. • De 1 a 5 años. • Más de 5 años. ¿Realizó alguna capacitación con orientación en Enfermería comunitaria? SÍ • ¿En dónde? _____ • ¿Hace cuánto? _____ NO • Motivo: _____ En las reuniones de equipo, ¿propone métodos de intervenciones novedosas? SÍ • ¿De qué tipo? _____ NO • Explique: _____ ¿Interviene en la toma de decisiones? SÍ • ¿De qué manera? _____ No • Explique: _____ ¿Cuáles son las actividades que realiza de manera autónoma? • Valoración del sujeto. • <i>Triage</i>. • Educación incidental educación preventiva. • Recolección de datos relevantes.	¿Cuenta con un registro de novedades? SÍ • ¿Qué información registra? _____ NO • ¿Por qué? _____ ¿Realiza actividades enfocadas en promover estilos de vida saludable? SÍ • Folletería. • Charla. • Cartelera. • Otro. NO • Motivo: _____ ¿Dichas actividades las realiza con algún otro profesional? SÍ • ¿Con quién? _____ NO ¿Cuáles son las acciones que desarrolla desde la prevención de enfermedades? • Vacunación. • Control de signos vitales. • Curaciones. • Otras. ¿Participa de la recolección de datos epidemiológicos? SÍ • En la recolección sistemáticas de datos. • En el registro de los datos. • En el análisis de los datos. • En la evaluación de los datos. NO Desde el CAPS, ¿se realizan visitas domiciliarias? SÍ • ¿Quiénes participan? _____ NO
---	---

Plan de estudios y práctica profesionalizante en el cuidado enfermero y sus competencias.*

Mg. María Carina Benito**

Resumen: Esta investigación se centra en el análisis comparativo del Plan de estudios de la carrera de Enfermería y las evaluaciones que realizan los docentes durante las prácticas profesionalizantes de los estudiantes, a fin de detectar los puntos de coincidencia y las posibles incongruencias entre ambos.

Se analizan, por un lado, los diversos componentes del plan de estudios y los conceptos relativos al cuidado de Enfermería y a las competencias necesarias para proveer dicho cuidado; por otro, la explicitación de los mismos en las evaluaciones de la práctica profesionalizante.

Palabras clave: educación superior, evaluación, formación profesional, cuidado enfermero.

Abstract: *This research focuses on the comparative analysis of the Nursing Career Curriculum and the evaluations that teachers perform during the professionalizing practices of the students, in order to detect the points of coincidence and the possible incongruities between them.*

On the one hand, the various components of the curriculum and the concepts related to nursing care and the skills required to provide such care are analysed; on the other hand, their explanation in the evaluations of the professionalizing practice.

Keywords: *higher education, evaluation, professional training, nursing care.*

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad la expresión del cuidado se ha ido diferenciando en sus presupuestos, funciones y manifestaciones. Esto ha dado como resultado la necesaria evolución desde un conocimiento empírico hacia un conocimiento basado en la experiencia y en las asociaciones (Souza: 2002).

* El presente artículo es un resumen de la tesis presentada para la obtención del título de Magister en Gestión de Proyectos educativos en la Universidad CAECE en octubre de 2017.

** Magister en Gestión de Proyectos educativos (Universidad CAECE). Licenciada y Profesora en Enfermería. Docente titular de la Universidad Isalud. Docente titular Instituto Amado Olmos. Creadora de Cursos virtuales relacionados con salud y actividad física. Asesora de docentes en el diseño de proyectos educativos, REDAF. Ministerio de Desarrollo Social. El presente artículo es un resumen de la tesis presentada para la obtención del título de Magister en Gestión de Proyectos educativos en la Universidad CAECE en octubre de 2017.

En su libro *Notas sobre Enfermería* (1859), Florence Nightingale realiza las primeras aproximaciones sobre el cuidado, con énfasis en la importancia de la observación sistemática como instrumento para la implementación del cuidado (Santiago & Arruda: 2003). Ya en el siglo XX, en la década de los '80, un conjunto de investigadoras norteamericanas, de la mano de Madeleine Leininger, comenzó a discutir sobre las dimensiones teóricas, filosóficas y epistemológicas de cuidar y el reconocimiento del rol de cuidador de Enfermería. Desde entonces, el cuidado ha dejado de ser colectivo para ser responsabilidad del profesional de Enfermería (Malvarez: 2006).

En América Latina, los años '90 ven la ampliación teórica y filosófica del concepto, pudiéndose distinguir diversos aspectos: cuidado como

característica humana, como imperativo moral, como interacción personal y como intervención terapéutica (Souza: 2002). Esta ampliación de las dimensiones desde las cuales se piensa el cuidado va de la mano con una reformulación de su enseñanza como contenido específico y central (distintivo) de la formación enfermera. En este sentido, Marriner (2007) señala como uno de los atributos de la enseñanza sobre los cuidados el saber gestionar los recursos necesarios para proveerlos y ser capaz de ejercer influencia sobre otros individuos “para el logro de objetivos y metas organizacionales y personales”. Más recientemente, un estudio a cargo de las autoras Morales, Rubio y Ramírez (2012), concluye que la Enfermería es reconocida como “disciplina científica y humanística del arte de cuidar, que nace del esfuerzo creativo de un ser humano por ayudar a otro u otros seres humanos” en el cual “se establece una relación terapéutica interpersonal con un perfil profesional específico, ejerciendo roles dentro de un equipo transdisciplinar”.

JUSTIFICACIÓN

Durante las prácticas profesionalizantes, los docentes realizan el seguimiento y evaluación de los estudiantes mediante registros escritos (anecdóticos) y completando planillas prediseñadas. Estas evaluaciones permiten dar cuenta de los progresos de los estudiantes en relación a las competencias y saberes específicos del cuidado de Enfermería. Ahora bien, investigaciones recientes sobre el cuidado y su enseñanza apuntan a una cuestión que merece ser analizada y revisada cuidadosamente: en la práctica profesional no siempre aparece una clara articulación de los conceptos y competencias que involucra.

Daza (2005) plantea el interés de trabajar sobre las prácticas de cuidado de Enfermería y la validación de las mismas. A partir de la indagación sobre los conceptos de persona, entorno, salud y Enfermería, instala la reflexión acerca de cómo el cuidado se expresa en los planes de formación y en diversas interacciones (enfermera-paciente, intervención terapéutica, el paciente y su relación con el ambiente). Respecto de la enseñanza y aprendizaje del cuidado enfermero, Hawes y Corvalán (2005) realizaron la

exploración de documentos generados en Europa y Latinoamérica sobre la construcción de perfiles de competencias profesionales en el nivel superior. Especialmente en Latinoamérica, la formulación de competencias se basa en las aspiraciones o intencionalidades educativas. Dichas competencias responden a los lineamientos formulados por el Cinterfor (Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional, dependiente de la OIT) y resultan insuficientes para definir los requerimientos en el nivel superior o en la formación profesional de un individuo. Los autores comparten el planteo de Le Boterf (1995; 2003), quien afirma que la formación profesional debe permitir la empleabilidad del sujeto. Resulta necesario lograr la integración de diversas competencias durante la formación, tales como el saber, el saber-hacer, las experiencias previas, cualidades, la capacidad para relacionarse, la motivación y la identidad profesional.

De allí la necesidad de trabajar la formación desde la perspectiva de la integración y el mejoramiento de la calidad educativa. Así también lo indica la investigación de Medina y Sandín (2006), al señalar la contradicción que se produce entre la propuesta del abordaje integral del ser humano y, en contraposición, las estrategias pedagógicas simples, rígidas y mecánicas que se utilizan para enseñar el cuidado enfermero. Por un lado, se enfatiza la importancia de desarrollar la autonomía y pensamiento crítico del estudiante; por el otro, se observa el poder coercitivo ejercido por el docente, limitante del desarrollo del potencial de cada individuo. Esto plantea también la dificultad para establecer la común unión entre los conocimientos teóricos y los de la práctica.

El estudio de Waldow (2009), que aborda la enseñanza del cuidado a partir de los enfoques tradicional (vinculado a la asistencia de Enfermería, las patologías y los problemas propios de la disciplina) y fenomenológico (centrado en las características del “cuidado humano”), realiza además un análisis filosófico del concepto de cuidado y cómo las prácticas pedagógicas empleadas para su enseñanza deben priorizar el cuidado humano y los procesos involucrados en el mismo.

Finalmente, la investigación de Mantilla-Pastrana y Gutiérrez-Agudelo (2013), centrada en la evaluación del aprendizaje del cuidado en la práctica

de estudiantes de Enfermería de dos universidades privadas, muestra resultados semejantes en los dos programas: “bajo número de competencias, elementos de competencias u objetivos de aprendizaje relacionados explícitamente con el conocimiento de cuidado de Enfermería como parte del componente disciplinar”. Sólo en aquellas

asignaturas a cargo de docentes con formación de Maestría la coincidencia entre competencias y objetivos de aprendizaje resultó ser mayor. Sin embargo, señalan las autoras, no pudo detectarse un modelo de evaluación del aprendizaje del cuidado en la práctica que permita orientar el proceso de enseñanza y aprendizaje.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO:

- **Objetivos:**

- Analizar los diversos componentes del Plan de estudios y los conceptos relativos al cuidado de Enfermería y a las competencias necesarias para proveer dicho cuidado.
- Analizar la explicitación de dichos conceptos en las evaluaciones de la Práctica profesionalizante a lo largo de la carrera.
- Detectar los puntos de congruencia e incongruencia entre el Plan de estudios y las evaluaciones que realizan los docentes durante la Práctica profesionalizante.
- Sugerir líneas posibles de trabajo para el mejoramiento de la articulación entre el Plan de estudios y las Prácticas profesionalizantes.

- **Hipótesis inicial:**

- Se toma como punto de partida la consideración de que las diferencias entre el plan de formación y las evaluaciones de las prácticas profesionalizantes, en relación al cuidado enfermero y a las capacidades ligadas al mismo, se encuentran determinadas por los criterios empleados por los docentes al evaluar.

- **Tipo de estudio:** exploratorio, con abordaje cualitativo; diseño no experimental; transversal y descriptivo.

- **Fuentes:**

- Plan de estudios de la Tecnicatura Superior de Enfermería (Resolución 2932/11) de un instituto terciario.
- Documentación generada por los docentes durante la práctica profesionalizante de los estudiantes (anecdóticos y evaluaciones).

- **Selección de la muestra:**

- En la elaboración del plan de estudios de la Tecnicatura Superior de Enfermería (Res. 2932/11) participaron 11 instituciones terciarias. Para realizar este estudio se abordaron los evaluaciones de la Práctica Profesionalizante de una de estas.
- Todas las evaluaciones de la práctica profesionalizante generadas durante los años 2014 y 2015 (112 en total) provenientes de un instituto terciario en particular.

- **Métodos, técnicas e instrumentos empleados.**

Recolección de datos: se realizó de modo sistemático. En primer lugar se procedió a la lectura y análisis del Plan de formación y las evaluaciones de la Práctica Profesionalizante; luego fueron seleccionados todos los conceptos o definiciones ligadas al cuidado y/o capacidades vinculadas al cuidado, procedentes de los documentos.

Análisis documental:

- **Plan de estudios de la Tecnicatura Superior en Enfermería (Res. 2932/11).**
 - Fueron analizados todos los componentes del plan en los que se hallaron expresados de forma explícita o implícita aspectos del cuidado enfermero y capacidades ligadas al mismo. Los datos relevados se volcaron en tablas diseñadas para tal fin. Para no alterar la naturaleza del contenido, fueron copiados textualmente los conceptos que se consideró que respondían al objeto de estudio.
- **Evaluaciones de la práctica profesionalizante generadas los ciclos lectivos 2014 y 2015 (112 en total), realizadas por los docentes de 1°, 2° y 3° año de la carrera. Se examinaron los datos procedentes de las planillas estructuradas y de los anecdóticos. En el caso de los últimos resultó necesario interpretar y agrupar la información en función de lo que se pretendía estudiar.**
 - Los instrumentos para la recolección de datos se elaboraron luego de realizar el abordaje teórico y se ajustaron a partir del análisis de las evaluaciones.

Tabla 1: Definición de categorías de análisis (no incluye los indicadores).

Variable 1: Componentes del Plan de estudios (explicitación del cuidado enfermero).		
Subvariable 1.a Componentes del plan de estudios en los que se pone de manifiesto el cuidado enfermero.		
Categorías 1.a.1. Justificación 1.a.2. Marco teórico 1.a.3. Perfil del egresado 1.a.4. Alcances del título 1.a.5. Finalidad	Campos de formación 1.a.6 General 1.a.7 de Fundamento 1.a.8 Específica	Práctica profesionalizante 1.a.9 Práctica Profesionalizante I 1.a.10 Práctica Profesionalizante II 1.a.11 Práctica Profesionalizante III 1.a.12. Práctica Profesionalizante en la comunidad.
Subvariable 1.b Aspectos del cuidado que se explicitan en cada componente.		
Categorías 1.b.1 Cuidado como rasgo humano. 1.b.2. Cuidado como imperativo moral. 1.b.3. Cuidado como afecto. 1.b.4. Cuidado como Interacción personal. 1.b.5. Cuidado como Intervención terapéutica.		
Subvariable 2.b Desarrollo de capacidades ligadas al cuidado enfermero.		
Categorías 2.a.1 Cuidado como rasgo humano. 2.a.2. Cuidado como imperativo moral. 2.a.3. Cuidado como afecto. 2.a.4. Cuidado como Interacción personal. 2.a.5. Cuidado como Intervención terapéutica.		

Variable 2: Evaluaciones de la Práctica profesionalizante

Subvariable 2.a

Aspectos del cuidado que se explicitan en las evaluaciones de la práctica profesionalizante.

Categorías

- 2.a.1 Cuidado como rasgo humano.
- 2.a.2. Cuidado como imperativo moral.
- 2.a.3. Cuidado como afecto.
- 2.a.4. Cuidado como Interacción personal.
- 2.a.5. Cuidado como Intervención terapéutica

Subvariable 2.b

Desarrollo de capacidades ligadas al cuidado enfermero.

Subvariable 2.b

Desarrollo de capacidades ligadas al cuidado enfermero.

Categorías

- 2.b.1. Resolución de problemas / conocimiento.
- 2.b.2. Responsabilidad y cumplimiento de la tarea.
- 2.b.3. Capacidad para el trabajo en equipo.
- 2.b.4. Pensamiento crítico-creativo.

RESULTADOS

1. Relaciones establecidas entre los componentes del Plan de estudios y las evaluaciones de la Práctica profesionalizante.

El componente que presenta el mayor grado de congruencia con las evaluaciones es el Campo de formación específica.

a) Coincidencias (congruencia) respecto del Cuidado enfermero

- Los más señalados en las evaluaciones de la Práctica profesionalizante son los vinculados al cuidado como: intervención terapéutica, interacción personal y rasgo humano (ayuda en el proceso vital, con las actividades que esto implica como curar, tratar el dolor, medicar; todas ellas íntimamente relacionadas con el cuidado como intervención terapéutica).

El cuidado como intervención terapéutica incluye la elaboración del PAE. Estos cuidados coinciden con lo expresado en el Plan de estudios. Por otra parte, el cuidado como afecto resultó ser el menos evidenciado en el Plan de estudios.

- Todos los cuidados que incluyen la actividad de educar fueron especialmente valorados en la Práctica profesionalizante III y en la Práctica en comunidad.

Esto puede relacionarse con que los estudiantes de tercer año, por estar avanzados en su formación, cuentan ya con herramientas (conocimientos, destrezas y habilidades) para desempeñar la tarea.

- Las actividades de suplencia o ayuda, expresadas en el Campo de formación específica y en los espacios de la Práctica profesionalizante, aparecen especialmente en las evaluaciones de la Práctica de primer año.

En el primer año de la formación el estudiante realiza principalmente tareas como las de higiene y confort, movilización de pacientes, asistencia en la alimentación, en el vestido y desvestido de las personas. Las actividades de suplencia o ayuda están destinadas a brindar apoyo al sujeto que lo necesita, hasta tanto pueda lograrlo por sí solo a través del autocuidado.

b) Coincidencias (congruencia) respecto de las capacidades ligadas al cuidado enfermero.

- Cooperación / Participación: varios componentes del Plan de Estudios y también las evaluaciones de la Práctica Profesionalizante I la mencionan.

Esto se encuentra relacionado con que los estudiantes de primer año realizan inicialmente tareas vinculadas al trabajo colaborativo. Aprenden observando y realizando procedimientos, junto a enfermeros y docentes, en los servicios.

- Reflexión sobre la acción: tanto el Plan de estudios como las evaluaciones de la Práctica coinciden en cuanto a esta capacidad.
- Resolución de problemas/ conocimiento: tanto en el Plan de estudios como en las evaluaciones aparecen indicadores vinculados a esta capacidad.

c) Incongruencias respecto del cuidado enfermero.

- El Plan de estudios explicita la empatía en el espacio de la Práctica profesionalizante I y II, sin embargo no pudo hallarse en las evaluaciones de dichas áreas.

Tampoco pudo evidenciarse la compasión en dichas evaluaciones. Sólo en las evaluaciones de tercer año se expresan la empatía, la compasión y la comprensión.

- Ni el Perfil del egresado, Plan de estudios mencionan cuidados como alimentar, abrigar, brindar amor, higienizar y contener.

Los aspectos del cuidado señalados anteriormente forman parte de la identidad de Enfermería.

- Respecto del cuidado como imperativo moral aparecen diferencias entre lo expresado en el Plan de estudios y las evaluaciones de la Práctica.
 - El Plan destaca el respeto como derecho humano; también enfatiza el bienestar de la persona. Quizás, al diseñar el plan se incluyó el respeto dentro del aspecto de bienestar de la persona.
 - En las evaluaciones de la Práctica profesionalizante el cuidado más destacado es el de justicia y equidad, pero los conceptos relativos de solidaridad y respeto no aparecen explicitados en las evaluaciones de la Práctica profesionalizante II.

d) Incongruencias respecto de las capacidades ligadas al cuidado enfermero.

- Responsabilidad y Cumplimiento de la tarea: no se encuentra plena coincidencia entre el Plan de estudios y las evaluaciones de la Práctica.

Mientras que en el Plan de estudios los aspectos más enfatizados son el desarrollo del perfil profesional y la regulación de la conducta, en las evaluaciones de la Práctica profesionalizante los aspectos más ponderados son el uso del uniforme, la asistencia y puntualidad. Estos últimos no aparecen mencionados en ninguno de los componentes del plan de estudios.

- Transferencia y confrontación de conocimientos, Valoración, Planificación de cuidados, Procedimientos y Comunicación son los aspectos más enfatizados en el Plan.

Cabe señalar, sin embargo, que los tres últimos no son mencionados en el Perfil de egresado, Alcances del título y en la Finalidad. Esto resulta llamativo ya que resulta importante que el enfermero cuente con dichas habilidades para brindar el cuidado que lo identifica.

2. Hallazgos realizados entre las evaluaciones de la Práctica profesionalizante.

a) Respetto del cuidado.

- Las mayores coincidencias se observaron entre las evaluaciones de la Práctica profesionalizante I y III, mientras que se encontraron diferencias entre los datos obtenidos provenientes de las evaluaciones de la Práctica profesionalizante II.

Las evaluaciones de la Práctica en comunidad difieren completamente de las anteriores dado que se encuentran diseñadas por competencias. Muchos de los indicadores señalados fueron inferidos. Otros no pudieron correlacionarse con las actividades mencionadas en las evaluaciones de la práctica Profesionalizante I, II y III.

- Cuidados relacionados con brindar amor, alimentar, abrigar, educar: son indicados en escasas oportunidades en las evaluaciones de 2° año.

En las evaluaciones de la Práctica en comunidad no fueron señalados. Tampoco se hace referencia al respeto, la equidad y la justicia (el cuidado como imperativo moral)..

b) Respetto de las capacidades ligadas al cuidado enfermero.

- Regulación de la conducta, responsabilidad y cumplimiento de la tarea: fue posible obtener datos de las evaluaciones de 2° y 3° año, no así en las de 1°.

Esto puede deberse a que los estudiantes novatos aún no poseen conocimientos deontológicos y legales que les permitan regular la propia conducta. En este caso, el docente actúa como referente externo que orienta el proceder del alumno.

- La planificación de cuidados aparece de modo creciente en las evaluaciones.

Es de esperar que a medida que el estudiante avanza en su formación adquiera mayor destreza para realizar la valoración y planificación de cuidados del sujeto de atención.

- A medida que el estudiante avanza en la formación, disminuye la cantidad de veces que los docentes evalúan el uso del uniforme, la asistencia y puntualidad como parte de la representación del rol enfermero.

De hecho, no se menciona como criterio en las evaluaciones de la práctica en comunidad. Tal vez porque se presupone que los estudiantes más avanzados ya han incorporado los aspectos anteriormente mencionados en la dinámica de su desempeño.

- La capacidad de resolución de problemas y el conocimiento específico: en las evaluaciones de la Práctica profesionalizante II no aparece registro.

Además de tratarse de una herramienta que permite la comunicación entre los integrantes del equipo de salud, el registro posee valor legal. Tampoco se obtuvieron datos relativos a cuidados del entorno y a la organización, herramientas necesarias para el desenvolvimiento profesional en la resolución de problemas.

c) Otros aspectos observados.

- La comunicación eficaz es señalada tanto en el Plan de estudios como en las evaluaciones de la Práctica profesionalizante.

La capacidad de concertación, necesaria para establecer una comunicación eficaz, no se explicita en muchos de los componentes del Plan. Lo mismo ocurre en las evaluaciones de la Práctica I, donde se evalúa la comunicación eficaz pero no la capacidad de concertación. Cabe destacar que en las evaluaciones de la Práctica profesionalizante II no aparece el registro, herramienta fundamental para la comunicación eficaz entre los integrantes del equipo de salud.

- La autocrítica, herramienta que permite profundizar en el análisis de las acciones realizadas, los procesos de pensamiento, en el metaconocimiento, no es mencionada en diversos componentes del Plan estudios.

Esto pudo evidenciarse también en las evaluaciones de Práctica de 1° y 2° año. Dado que no es posible esperar reflexión sobre la acción sin capacidad de autocrítica, puede inferirse tal vez que los docentes hacen referencia al primero, en las evaluaciones, incluyendo al segundo (aunque no lo explicitan).

- La deducción y sentido común aparecen especialmente en las evaluaciones de la Práctica profesionalizante en comunidad.

Esto coincide con la capacidad de resolución de problemas y la utilización de estrategias por parte de los estudiantes más avanzados.

- El Plan de estudios menciona pocas veces la creatividad, y lo hace sólo en algunos componentes.

Cabe preguntarse por qué este indicador sólo se menciona en las evaluaciones de la Práctica en comunidad, ya que se trata de un recurso valioso para la resolución de problemas y en el desarrollo del perfil profesional.

3. Revisión de la hipótesis planteada.

- Frente a la consideración inicial, pudo detectarse que dichos criterios se encontraban vinculados al diseño de las evaluaciones.

De alguna manera, en el diseño de los instrumentos de evaluación intervienen los criterios de los docentes, dado que ellos son quienes definen los aspectos que serán evaluados.

- Una vez confeccionadas, las planillas de evaluación (estructuradas) serán empleadas por todos los docentes que acuden a la práctica.

Al realizar la evaluación del estudiante los profesores completan con una cruz la casilla correspondiente a la actividad valorada. En el anecdotario adjunto a la planilla cada docente puede expresar de modo más “personal” su apreciación respecto de los aprendizajes logrados por el alumno u otras observaciones que considere necesarias.

CONCLUSIONES

El componente del plan de estudios que presenta mayor coincidencia con las evaluaciones de la práctica profesionalizante es el campo de formación específica. Esto resulta coherente dado que es allí donde se explicitan los contenidos de las asignaturas afines a la formación de Enfermería.

Un análisis por niveles indica que en el espacio de la Práctica profesionalizante I aparecen especialmente en las evaluaciones las actividades de suplencia o ayuda (expresadas tanto en el campo de formación específica como en los espacios de la práctica profesionalizante); las tareas de cooperación o participación vinculadas al trabajo en

equipo (mencionada en varios componentes del Plan de estudios); los cuidados (la ayuda en el proceso vital y actividades implicadas como curar, tratar el dolor, medicar) en términos de intervención terapéutica, interacción personal y como rasgo humano. Entre estas dimensiones, que coinciden con lo expresado en el Plan de estudios, las evaluaciones no enfatizan en igual medida el cuidado como afecto.

Algunos datos obtenidos apuntan a una lógica según la cual se asume que en determinado momento de la formación los alumnos cuentan ya con las herramientas conceptuales, procedimentales y actitudinales para desempeñar las tareas (tal es el caso, por ejemplo, de la tarea educativa que desempeñan los estudiantes más avanzados). En este sentido, resulta llamativo encontrar incongruencias entre el Plan de estudios y las evaluaciones con respecto a ciertas herramientas, como la empatía, que aparece explicitada en el Plan pero, sin embargo, no pudo ser relevada a partir de las evaluaciones de la Práctica profesionalizante I y II. La empatía es una habilidad que debe desarrollarse en la adquisición de herramientas para el cuidado, por lo que debería quedar registro en las evaluaciones. El hecho de que las planillas prediseñadas no la explicitan podría indicar que no fue considerada a la hora de evaluar. Si se toma en cuenta que los docentes son enfermeros que trabajan el concepto en el aula, cabe preguntarse por qué no lo señalan en las evaluaciones, dado que es esencial para el cuidado. Las diferencias encontradas en las planillas, respecto de la naturaleza del contenido a evaluar, influyen como sesgo al valorar la adquisición de saberes. Si bien el docente puede expresar sus apreciaciones en el anecdotario adjunto, es posible que el instrumento prediseñado determine de modo taxativo y lineal lo que se espera como parte de la evaluación.

La descripción del Perfil de egresado debe explicitar los alcances de la formación y las competencias que debe poseer el enfermero al completar

la carrera. Al analizar en forma contrastiva el perfil del egresado, los alcances del título y la finalidad de la carrera, no se halla una formulación explícita de la planificación de cuidados y procedimientos, ni de la comunicación. Estos aspectos sí son señalados en las evaluaciones de la Práctica profesionalizante (son, de hecho, las actividades explicitadas con mayor frecuencia).

Los aspectos del cuidado señalados anteriormente forman parte esencial de la identidad de Enfermería. Respecto de las capacidades ligadas al cuidado, la responsabilidad y el cumplimiento de la tarea se expresan de modos diferentes en el Plan de estudios y en las evaluaciones de la práctica. Mientras que en el Plan los aspectos más enfatizados son el desarrollo del perfil profesional y la regulación de la conducta, en las evaluaciones de la Práctica los aspectos más ponderados son el uso del uniforme, la asistencia y puntualidad, los cuales no aparecen en ninguno de los componentes del Plan.

Más allá de los hallazgos realizados y las relaciones establecidas entre el Plan de estudios y las evaluaciones de la Práctica profesionalizante, es preciso destacar algunas apreciaciones surgidas a partir del análisis de las evaluaciones.

Si bien las evaluaciones de los tres niveles están diseñadas de modo similar, se encontraron diferencias en relación a los contenidos sobre el cuidado y a las competencias vinculadas al mismo, especialmente en las evaluaciones de segundo año. Por otra parte, las mayores coincidencias se observaron entre las evaluaciones de la Práctica profesionalizante I y III. Cabe recordar que las evaluaciones de la Práctica en comunidad se encuentran formuladas por competencias, a diferencia de las evaluaciones de las Prácticas profesionalizantes I, II, III que presentan una serie de ítems o acciones a evaluar por parte de los docentes.

El procesamiento de datos resulta complejo cuando deben compararse aspectos tan disímiles, ya que la adquisición de competencias incluye el dominio de otros saberes. Por lo anterior

es que muchos de los indicadores señalados fueron deducidos, interpretados de modo transversal, para poder correlacionarlos con los datos provenientes de las otras evaluaciones. Otros no pudieron correlacionarse con las actividades mencionadas en las evaluaciones de la Práctica profesionalizante I, II y III.

DISCUSIÓN: LÍNEAS POSIBLES DE GESTIÓN E INVESTIGACIÓN.

Esta investigación aspira a brindar el sustento teórico necesario para realizar mejoras en el plan de estudios de la carrera, dado que fue posible analizar en detalle cada uno de los componentes que lo conforman. Las importantes diferencias halladas en los criterios empleados para evaluar el cuidado de Enfermería y las capacidades ligadas al mismo pueden incentivar el impulso de revisar, mejorar o diseñar nuevos instrumentos de evaluación (por caso, la unificación de los criterios antes de crear nuevas evaluaciones).

Durante las prácticas el estudiante aborda cotidianamente la problemática del cuidado. Dado que este espacio es esencial para su profesionalización, resulta necesario reflexionar acerca de las estrategias empleadas en el proceso de enseñanza y aprendizaje, así como de la evaluación del desempeño de quien aprende.

Teniendo en cuenta los hallazgos realizados en este estudio, una línea posible de investigación sería abordar los criterios de evaluación empleados por los docentes. Al hacerlo, es seguro que surjan nuevas inquietudes, interrogantes y propuestas de acción que permitan revisar el plan de formación y replantearse el modo de evaluar a los estudiantes en la adquisición de las herramientas propias de la profesión.

BIBLIOGRAFÍA

—Daza de Caballero Rosita (2005) Cuidado y práctica de Enfermería: Línea de Investigación. *Index Enferm.*; 14(50): pp. 57-60. Disponible en <http://scielo.isciii.es>

<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000200012>.

—Hawes B. Gustavo & Corvalán V. Oscar (2005) Construcción de un perfil profesional. Proyecto Mecsup Tal 0101. Universidad de Talca.

—Malvarez S. (2006) El reto de cuidar en un mundo globalizado. En: Conferencia Inaugural del 6º Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria y 1º Simposio Internacional de Enfermería Comunitaria; Valencia (España); noviembre. Savar- Revista Nursing in movimiento / Serial on Internet/ 2007 jul / citado 12 de julio de 2007. Disponible en: [Http://www.nursing.nelmovimento.org/savar/07-2el%20reto.htm](http://www.nursing.nelmovimento.org/savar/07-2el%20reto.htm)

—Mantilla-Pastrana, M. I., & Gutiérrez-Agudelo, M. C. (2013). Procesos de evaluación del aprendizaje del cuidado en la práctica de estudiantes de Enfermería. *Enfermería universitaria*, 10(2), 43-49.

—Marriner, A. (2007) Teorías de la enfermería de importancia histórica. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Elsevier. Barcelona. p.54.

—Medina Moya, J. L. y Sandín Esteban, M. P. (2006) La Complejidad del Cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad. *Texto & ContextoS Enfermagem*, Abril-junho/vol. 15, número 002. Universidad federal de Santa Catarina. Florianópolis- S.C. Brasil. p.p 312-319.

—Morales Valdivia E., Rubio Contreras, A.M., Ramírez Durán, M del V. (2012) Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería

Universidad de Huelva. RECIEN. Revista Científica de Enfermería. Nº 4 mayo. Obtenido el 7 de agosto de 2014 desde: http://www.recien.scele.org/documentos/num_4_may_2012/proced_metaparadigma_teorizac_teorias_modelos_enfermer.pdf

—Santiago, M. M. de A., Arruda, A. A. (2003). Interdisciplinaridade na produção do conhecimento de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 7 (2), 167-175.

—Souza AMA. (2002). Problemas de Investigación y diseños en estudios cualitativos. En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C, editores. Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara. p.p 551-562.

—Waldow, Vera Regina. (2009). Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. Aquichan,

Diciembre, 246-256. Obtenido el 20 de septiembre de 2014 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112147005>

Onirismo

Walter Piceda

Vivir es absurdo, sabiendo que vamos algún día a morir.

Albert Camus

El cuerpo no responde. La mente, obnubilada, se mueve oscilante entre el sueño y la realidad. El único madero en esta confusa inmensidad es esta absoluta confianza en quién sos, hijo. A veces no podés llegar a tiempo y ahí el abismo se acerca... ¿Cómo puede ser que me hayan secuestrado estas personas que no conozco? Yo sólo vine a buscar ayuda porque no podía comer, no le encontraba sabor ni gracia a las comidas, los alimentos se iban pareciendo cada vez más a la vida...

Escucho, como a lo lejos, "¡Tranquilo, viejo! ¡Es solo una película en tu imaginación!". Sí, sí, puede ser... Pero vos estás ahí, ¡en esa película! ¡Te pedí tantas veces que no opines tan terco de política! Te pueden lastimar. Pensá en tu familia... En mí, que estoy debilitado para defenderte...

Pero decís que estás bien... Te creo, hijo.

Me sereno cuando me contás que esa calabaza para el mate que trajiste para mí, ya está lista. La curaste como te enseñé, ¿no? ¡Ah! ¡Cómo voy a disfrutar sentarme en la puerta de mi jardín, bajo mi árbol preferido! Por favor, te pido, no dejes que corree muy lejos nuestra perra, ya no puedo gritar como antes para que vuelva...

Pero, ¿que será este dolor que tengo en la garganta? ¿Así que me pusieron un tubo para mirarme el estómago? Pero, si estoy bien... Bueno, no importa... Vos sabés, y si los dejaste es porque está bien... Lo escuché al exagerado del médico diciendo que hay mucho líquido en los pulmones también... Explicale, por favor, que estoy bien y que me quiero ir a mi casa ya... Llévame ahora... Deciles que, si no me permiten ir, voy a declarar todo lo que me hicieron... Se va a quedar con la boca abierta más de uno cuando se enteren de lo que pasó...

Nota: El delirio o síndrome confusional agudo es uno de los trastornos más frecuentes en pacientes mayores de setenta años durante su hospitalización. La mortalidad se ve incrementada en estos casos.

Fuente: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802004000500001

¿Así que nunca te conté que tuve un caballo que hacía correr en las cuadreras del pueblo? Fui un jinete bárbaro, ¡si pesaba sólo 62 kilos! También supe ser futbolista, que decían era muy bueno... boxeador, monaguillo en la iglesia del pueblo, hasta cazador de yacarés... ¡Tantas cosas hice, hijo, en mi juventud en el campo! Pero en esos lugares, cuando hay necesidades, el destino impone venir a la ciudad... Cuando lo conseguí me olvidé de todo aquello y me empeñé en construir esa vida que nos contaron como la ideal, la que había que buscar para ser un hombre decente, una vida normal... Nací para trabajar y, bueno, eso hice siempre... ¡Pero no me quejo! Pude hallar en el camino a esa mujer que fue tu madre... ¡Pucha, che, cómo la extraño! Fueron cincuenta y tres años juntos... Hace dos que partió y la soledad es intolerable... Fue una compañera ideal, me guió para que juntos creciéramos en la vida, mientras formábamos una familia... En definitiva, eso es lo más importante, es para lo que uno pasa por esta vida, ¿no?

¿Por qué me preguntás si fui feliz? Lo fui, hijo. De a ratos. Cada tanto, había momentos de mucha alegría, como cuando nos juntábamos a cantar con mis hermanos en las fiestas familiares. ¡Qué lindo cantábamos esa canción que tanto me gusta! Ayúdame a recordar el nombre... ¡Sí, "Palmeras"!

Te hablo así, bajito y despacio, porque este lugar está repleto de gente que aún me vigila. Piensan que yo anoche me escapé a la calle... No me creen cuando les digo que ni loco salgo de la cama así desnudo como me tienen... Ya no los contradigo

para que no me vuelvan a llevar. ¡La última vez me ataron y no me escuchaban cuando les pedía que me suelten! ¡Ah! ¿Es otra de esas películas? Te creo, hijo... ¿Cómo no voy a creer en vos? Mejor ya no pienso...

Extraño mucho a la compañera... La estuve viendo bastante más seguido en este último tiempo. Me visita y me dice que me espera... Muchas veces se acercó, hasta el borde de esta cama, y me habló, me despertó y me pidió que empiece a prepararme...

No, querido, esta vez no te creo... Ésta no es una película... Mejor ya dejo de hablar y me duermo... ya estoy muy cansado, hijo...

En *El mito de Sísifo*, Albert Camus señala que, por penosa que sea, la existencia de las personas tiene un cometido. Aceptar esta idea hace soportable el sino irremediable. Sin embargo, la reflexión del filósofo francés (conocido por su existencialismo ateo) pareciera no considerar que la vida nos otorga el tiempo justo y necesario para que esa misión se concrete. Así se deconstruye el significado de la muerte como un apagar la luz y retirarse, para dar lugar a la idea de tránsito a un estado diferente, donde el cuerpo no acompaña, aunque sí la esencia.

¡Misión cumplida, mi viejo querido!

La importancia de movernos.

Lic. Romina Ledesma
Sanatorio Itoiz

En nuestro país, el sedentarismo es una de las diez causas de morbimortalidad y discapacidad, además de constituir el segundo factor de riesgo (después del tabaquismo) de una mala salud, ya que duplica el peligro de sufrir enfermedad cardiovascular, diabetes tipo II y obesidad, entre otras enfermedades.

¿QUÉ ES EL SEDENTARISMO?

El sedentarismo es un estilo de vida de nula o muy escasa actividad física. Nuestra sociedad actual y el ritmo de vida que llevamos (las jornadas laborales, la inseguridad, el aumento del uso de

los medios de transporte pasivos) colaboran para sostener este estilo de vida. Más aún, la OMS señala que “la insuficiente participación en la actividad física durante el tiempo de ocio y un aumento de los comportamientos sedentarios durante las actividades laborales y domésticas también han reducido la actividad física”.

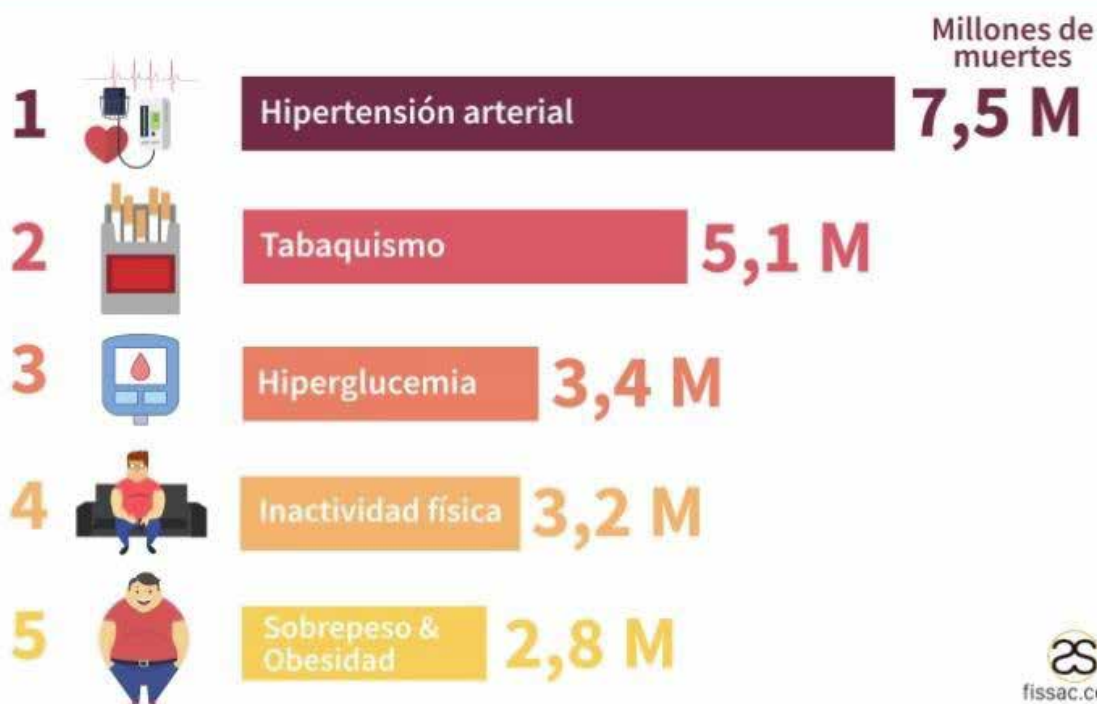
La insuficiente actividad física es uno de los factores de riesgo de mortalidad más importantes a escala mundial: entre las personas que no hacen suficiente ejercicio físico el riesgo de mortalidad es de 20 a 30% superior al de aquellas que son lo suficientemente activas. Los índices muestran un aumento generalizado, lo cual agrava la carga de enfermedades no transmisibles y afecta al estado general de salud de la población en todo el planeta.



LA INACTIVIDAD FÍSICA, 4ª CAUSA DE MUERTE EN EL MUNDO

fissac.com

diseño & edición
ACG
adrián castillo garcía



Referencia: World Health Organization. Global Health Risks-Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Cancer. 2017

¿CÓMO LO EVITAMOS? CON ACTIVIDAD FÍSICA.

Según la OMS, se entiende por actividad física "cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía" e incluye "las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domés-

ticas y las actividades recreativas". Se diferencia así de "hacer ejercicio", una subcategoría de actividad física planeada, estructurada y repetitiva, con otro objetivo (por ejemplo, incrementar la masa muscular).

La actividad física regular, de intensidad moderada (caminar, montar en bicicleta, hacer deporte) tiene considerables beneficios para la salud. Al volvernos más activos a lo largo del día, de formas relativamente simples, es fácil alcanzar los niveles recomendados.



Plaza saludable en Viale, Entre Ríos



Clase sobre plazas saludables, CABA.

En la “Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud”, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004, se describen las medidas necesarias para promover una mayor actividad física en todo el mundo y se insta a las partes interesadas a adoptar medidas a nivel mundial, regional y local para el logro de dicho objetivo



Golfo de San Jorge, Chubut.



Estación saludable - CABA

La actividad física regular y en niveles adecuados:

Mejora el estado muscular y cardiorrespiratorio

Mejora la salud ósea y funcional

Reduce el riesgo de hipertensión, enfermedades coronarias, ACV, diabetes, diferentes tipos de cáncer, depresión.

Reduce el riesgo de caídas y de fracturas vertebrales y cadera

fundamental para el equilibrio energético y control de peso

Como parte de este programa, hoy en día varias ciudades del país cuentan con la adaptación de las “Plazas saludables”, las cuales cuentan con circuitos de caminata y máquinas que integran las postas, especialmente diseñadas para complementar una rutina deportiva utilizando el propio peso del

cuerpo. Son de baja intensidad, pues no fueron desarrolladas para generar musculatura. Cuentan con instructivos de uso y están recomendados para complementar una actividad de tipo aeróbica. Desde los municipios se organizan, además, grupos de ejercicio al aire libre guiados por profesores.



INDICACIONES Y RECOMENDACIONES SEGÚN LA EDAD.

R a n g o de edad	Indicaciones	Recomendaciones
5 a 17 años	- En niños y jóvenes, la actividad física consiste en juegos, deportes, actividades recreativas, desplazamientos, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias. - La finalidad es mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea, así como reducir el riesgo de ENT.	- Deberían acumular un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física moderada o vigorosa. - La actividad física por un tiempo superior a 60 minutos diarios reportará un beneficio aún mayor para la salud. - La actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica. Conveniría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos.
18 a 64 años	- La actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. - La finalidad es mejorar las funciones cardiorrespiratorias, musculares y la salud ósea, así como reducir el riesgo de ENT y depresión.	- Deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas. - La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo. - A fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo pueden aumentar hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa. - Dos veces o más por semana, realizar actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

65 años en adelante	• La actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. • La finalidad es mejorar las funciones cardiorrespiratorias, musculares, la salud ósea y funcional, reducir el riesgo de ENT, depresión y deterioro cognitivo.	• A partir de los 65 años, dedicar 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas, aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas. • La actividad se practicará en sesiones de 10 minutos, como mínimo. • A fin de obtener mayores beneficios para la salud, deberían aumentar hasta 300 minutos semanales la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien acumular 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa. • Los adultos de este grupo con movilidad reducida deberían realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana. • Convendría realizar actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana. • Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.
----------------------------	--	---

CONSIDERACIONES FINALES

Cuando se invierten 150 minutos semanales en actividades de intensidad moderada, las tasas de lesión del aparato locomotor son muy bajas. Para la población en general, es posible disminuir el riesgo de sufrir lesiones del aparato locomotor si se fomenta un plan de actividad física moderado

al inicio, de progresión gradual, hasta alcanzar una mayor intensidad.

Para el conjunto los tres grupos de edad, los beneficios que pueden reportar las actividades aquí recomendadas y la actividad física en general son mayores que los posibles perjuicios.

¡¡A MOVERNOS!!

BIBLIOGRAFÍA

- “El boom de las plazas saludables”. Infogei.com, junio 2015
https://infogei.com/cable/14465/el_boom_de_las_plazas_saludables/
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y control de enfermedades no transmisibles. “Evitar el sedentarismo mejora la calidad de vida”.
- OMS (2010) “Inactividad física: un problema de la salud pública mundial”.
https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/
- OMS (2010) “Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud”.
https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/
- OMS (2018) “Actividad Física”. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/physical-activity>
- Castillo García, Adrián (2018) “Inactividad física: un problema de la salud pública”. Disponible en: <https://www.fissac.com>

IMÁGENES:

1. Viale, Entre Ríos. <http://entreriosaldia.com/viale-tendra-plazas-saludables/>
2. Gran convocatoria en la 2° Master Class de Plazas Saludables <http://www.msaldsgo.gov.ar>
3. Chubut, Golfo San Jorge.
<https://elcomodorenet.net/plazas-saludables-un-aporte-de-pae-a-localidades-del-golfo-san-jorge/>
4. Estación saluable. <https://ideas.mercadolibre.com/ar/bienestar/estaciones-saludables/>

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	Sobre el artículo
• 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).	• Título • Resumen: hasta 300 caracteres Resumen en inglés (Abstract) • Palabras clave: máximo 5 En español e inglés (keywords) • Bibliografía

Bibliografía: Formato de cita

Libros	Revistas
• Apellido, inicial del nombre del autor o autores. • Año de publicación (entre paréntesis). • <i>Título del libro en cursiva, seguido de punto.</i> • Nº 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) <i>Manual de diagnósticos de Enfermería: Guía para la planificación de los cuidados</i>. 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).	• Apellido, inicial del nombre del autor o autores. • Año de publicación (entre paréntesis) • "Título del artículo entre comillas, seguido de coma"; • <i>Nombre de la revista en cursiva</i> • 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", <i>N. Engl. J. Med.</i> 351: 2041-2043. Los números de páginas de referencia se indicarán en NOTA AL PIE, de la siguiente manera: Altman, Clancy y Blendon (2004: 2042).

Gráficos y fotos
• Enviar por separado y con buena resolución de imagen.

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

Los trabajos de investigación deben 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 presentación del trabajo implica la aceptación de esta normativa.
- **Autoría:** la participación podrá ser a título individual o colectivo. No hay límite en el número de participantes por trabajo. Junto con el nombre completo del o los autores, formación profesional y pertenencia institucional, debe incluirse un correo electrónico de contacto.
- Puede incluirse el resumen del trabajo (extensión máxima de 250 palabras).
- **Extensión del trabajo:** mínimo de 500 y un máximo de 9000 palabras.
- Debe incluir citas bibliográficas (ver formato de cita).
- Pueden utilizarse abreviaturas comunes. En caso de abreviaturas especiales o poco conocidas, especificar su significado entre paréntesis la primera vez que aparezca en el texto.
- **Formato:** fuente Arial, tamaño 11, interlineado sencillo; pagina A4, márgenes justificados.
- Se recomienda revisar la ortografía y redacción general antes del envío.

Medición de Drenaje pleural

FICHA 60

Lic. Rosa Monzón*



1) DEFINICIÓN

El drenaje torácico permite la evacuación de aire, líquido, o ambos, de la cavidad pleural en forma continua a través de un sistema de drenaje cerrado de presión negativa que posibilita la expansión pulmonar. I



2) OBJETIVOS

Reestablecer la presión negativa del tórax y favorecer la expansión pulmonar.

3) ROLES Y RESPONSABILIDADES

El enfermero asistencial a cargo del paciente es el encargado de la preparación del mismo, de asistir

en la colocación del drenaje, realizar la valoración y llevar adelante los cuidados pertinentes durante su permanencia en la unidad.

4) CONSIDERACIONES GENERALES

- El drenaje torácico está indicado para la evacuación del depósito de fluidos o aire en la cavidad torácica producto de traumatismo, patología pulmonar (tumores) o pleural: neumotórax; derrame pleural; empiema; hemotórax; quilotórax; post-operatorio de cirugía torácica (toracotomía o esternotomía), o en forma preventiva después de un procedimiento quirúrgico en el tórax

* Supervisora de Enfermería, Sanatorio Itoiz.

Glosario

- Neumotórax: presencia de aire en la cavidad pleural.
- Hemotórax: presencia de sangre en la cavidad pleural.

Ambos pueden obedecer a causas espontáneas (primarios o secundarios), traumáticas o iatrogénicas.

- Quilotórax: líquido linfático de alto contenido de grasa en la cavidad pleural.
- Empiema: presencia de pus en la cavidad pleural.
- Derrame maligno: líquido en la cavidad pleural asociado o provocado por un tumor.

- Los tubos empleados se miden en french y se clasifican en finos, medios y gruesos. El catéter más fino que se utiliza suele ser de 8 F (2,4 mm) y el más grueso de 32 F (10,7 mm). Se colocan mediante la técnica de Seldinger, o disección roma para tubos gruesos.
- El sitio de inserción varía dependiendo del estado del paciente y del drenaje requerido:
 - Neumotórax: el abordaje habitual es en la pared anterior del tórax en la línea media clavicu- lar, en el segundo o tercer espacio intercostal, porque el aire se eleva hasta la parte superior.
 - Hemotórax: el tubo se coloca en la parte infe- rior del tórax o línea media axilar, a la altura del cuarto, quinto o sexto espacio intercostal, ya que el líquido se deposita en los niveles más bajos del espacio intrapleural.
 - Cuando se sospecha de empiema, se debe tomar muestra de líquido para cultivo.

- Las fluctuaciones se detendrán en los siguientes casos:
 - Cuando el pulmón se ha expandido.
 - Obstrucción del tubo por coágulos de sangre o fibrina.
- A fin de evitar reflujo y consecuentemente una infección, nunca elevar el sistema de drenaje por encima del nivel tórax del paciente.
- Si un drenaje torácico se desconecta accidental- mente basta con reconectarlo.

Iatrogénico:

- Tras cateterización de vías centrales, biopsia pleural, toracocentesis, PAAF.

Traumático:

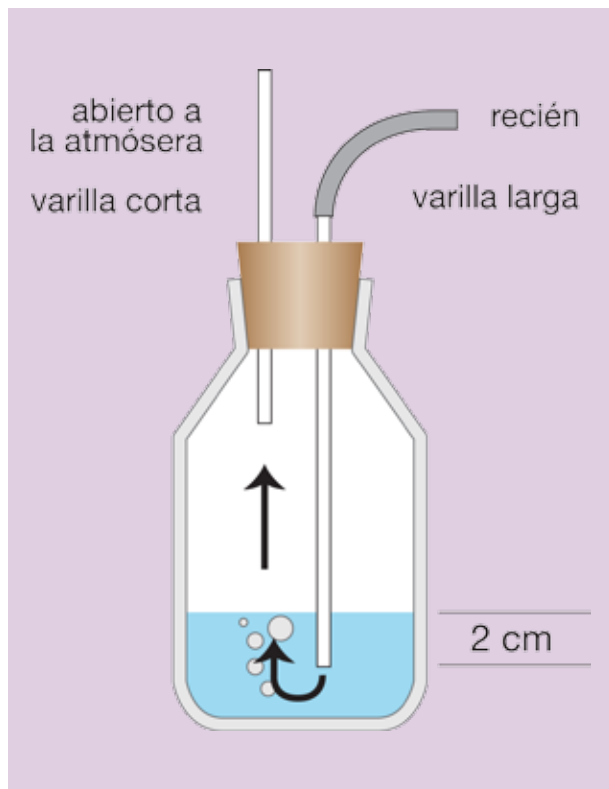
- Heridas abiertas o cerradas.
- Barotrauma.

Espontáneo:

- Primario o idiopático.
- Secundario (lesión pulmonar previo).

Sistemas de drenaje pleural:

El sistema utilizado es el de botellas selladas (hidráulico o sello de agua) o unidades de plás- tico desechables que actúan por gravedad o por succión mediante la conexión a un succionador eléctrico. Esto permite un drenaje continuo y re- gulable, ya que funcionan con una válvula unidi- reccional que evita el retorno de aire o líquido al espacio pleural.



4) EQUIPOS Y MATERIALES

- Guantes estériles y no estériles.
- Campos.
- Gasas estériles.
- Antiséptico para la piel.
- Jeringas.
- Agujas hipodérmicas e intramusculares.
- Anestésico local (lidocaína al 2%).
- Hoja de bisturí.
- Sutura de seda.
- Drenajes.
- Sistema de sello de agua o válvula de Heimlich.
- Pinza tipo Kocher para disección roma para colocación de tubos gruesos.

- Descartador de cortopunzantes.
- Agua destilada de 500ml.
- Cinta adhesiva.

6) PROCEDIMIENTO

A) Preparación del sistema del drenaje.

- Realizar lavado de manos.
- Preparar con técnica estéril, colocando agua destilada dentro del frasco hasta dejar la columna de drenaje, dirigida hacia el paciente, bajo agua por lo menos 2cm.
- Colocar una cinta de medición de volumen de débito en forma vertical a la columna de medición, considerando 0 (cero) al nivel superior del agua destilada.
- Dejarlo cerca de la cama del paciente, a un nivel más bajo que el tórax del mismo.

B) Asistencia en el procedimiento.

- Explicar al paciente el procedimiento a realizar, si su estado de conciencia lo permite.
- Reunir el material y equipo necesarios; trasladarlos a la unidad del paciente.
- Confirmar el lado y el sitio de inserción mediante los datos clínicos y radiografía de tórax.
- Realizar lavado de manos.
- Medir signos vitales.
- Administrar la medicación prescrita (sedante o tranquilizante).
- Asistir al paciente para adoptar la posición dependiendo del lugar a drenar, semifowler o fowler.
- Asistir al médico que realiza el procedimiento en la asepsia de la zona a punzar.

- Cubrir con campos estériles.
- Aplicar anestesia local en la región donde se hará la incisión y colocar el tubo.
- Proceder a la inserción del drenaje torácico y a la conexión al sistema de drenaje. Para facilitar la progresión del mismo es conveniente hacer una pequeña incisión en la piel con una hoja de bisturí.
- Una vez se ha llegado a la cámara pleural, el médico intervencionista dirige la punta de la aguja al ápex y se introduce el catéter hasta que se considere que está correctamente localizada.
- Fijar el tubo con un punto, cubrirlo con apósito oclusivo estéril y conectarlo al sistema de vacío.
- Habilitar el sistema del drenaje con la liberación del clamps.
- Comprobar ubicación del tubo y progresión de la expansión pulmonar mediante rayos X.

C) Cuidados de Enfermería en el mantenimiento.

- Después de colocar el drenaje torácico, vigilar que no haya drenado masivo de fluido.
- Pinzar periódicamente el tubo es una buena práctica (no debe drenar más de 300 ml de una vez).
- Asegurar todas las conexiones.
- Evaluar signos vitales.
- Fijar el tubo del drenaje y asegurarlo a la piel del paciente en el extremo distal, para facilitar el flujo por gravedad.
- Una vez finalizado el procedimiento, se debe observar en forma periódica las características del líquido que drena (cantidad y aspecto del débito); las conexiones; la oscilación en el sistema y que mantenga el nivel de agua (2cm por encima de la columna del drenaje).

7) FINALIZACIÓN

- Realizar lavado de manos.
- Colocar al paciente en posición cómoda, adecuada y segura.
- Acondicionar la unidad y el equipo utilizado.
- Registrar en la Hoja de evolución de Enfermería: fecha y hora de realización del procedimiento; respuesta del paciente; observaciones efectuadas durante la realización del procedimiento (características); por último, consignar firma, aclaración y matrícula del responsable.

BIBLIOGRAFÍA:

- Hernández, C. y col. (2003) Protocolo de drenaje torácico. Hospital de Donostia. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Protocolo24DrenajeToracicoC.pdf
- Belzunegui, T. (s/a) Protocolo de drenaje torácico. Servicio de urgencias del Hospital de Navarra. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/2.Tecnicas%20de%20Urgencias/Drenaje%20pleural-neumotorax.pdf>
- Casal, L. (s/a) "Drenaje pleural: cuidados de Enfermería". Disponible en: <http://epidauro.com.ar/drenaje-pleural-cuidados-de-enfermeria/>

RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD.

Nuevo Coronavirus (COVID-19)

ACTUALIZADO AL 25/02/20



Ministerio de Salud
Argentina

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

El 31 de diciembre de 2019, China notificó la detección de casos confirmados por laboratorio de una nueva infección por coronavirus (COVID-19) que posteriormente fueron confirmados en varios países de distintos continentes. La evolución de este brote motivó la declaración de la OMS de una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).

Para consultar información actualizada sobre número de casos detectados, fallecidos y la localización de los mismos, referirse a ([Reportes de Situación OMS- sólo en inglés](#)).

A la fecha, la Organización Mundial de la Salud continúa la investigación sobre el nuevo patógeno y el espectro de manifestaciones que pueda causar, la fuente de infección, el modo de transmisión, el periodo de incubación, la gravedad de la enfermedad y las medidas específicas de control.

La evidencia actual sugiere que la propagación de persona a persona está ocurriendo, incluso entre los trabajadores de la salud que atienden a pacientes enfermos de COVID-19, lo que sería consistente con lo que se sabe sobre otros patógenos similares como el SARS y el coronavirus causante del MERS- CoV.

Aunque la ocurrencia de casos importados en Argentina es posible, la probabilidad de transmisión sostenida de persona a persona en el país es considerada baja.

DECLARACIÓN DE LA OMS

El 30 de enero de 2020, el Director General de la OMS declaró que el brote del nuevo coronavirus constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) en el marco del Reglamento Sanitario Internacional. Con la consecuente emisión de recomendaciones tanto para el país donde se está produciendo el evento, como para el resto de los países y a la comunidad global. Donde se destacan que se espera que una mayor exportación internacional de casos pueda aparecer en cualquier país. Por lo tanto, todos los países deben estar preparados para la contención, incluida la vigilancia activa, la detección temprana, el aislamiento y el manejo de casos, el seguimiento de contactos y la prevención de la propagación de la infección por COVID-19, y compartir datos completos con la OMS.

VIGILANCIA

El objetivo principal de la vigilancia epidemiológica en la actual situación es detectar de manera temprana casos, permitiendo la atención adecuada de los pacientes y la implementación de las medidas de investigación, prevención y control tendientes a reducir el riesgo de diseminación de la infección en la población.

La vigilancia del nuevo COVID-19 se inscribe en la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas, en la que el país tiene una importante experiencia y la que cuenta actualmente con una estructura que incluye los servicios de atención de los distintos subsectores, las áreas de epidemiología locales, provinciales y nacional, la red nacional de laboratorios de influenza y otros virus respiratorios, laboratorios privados con capacidad para el diagnóstico, los laboratorios nacionales dependientes de la ANLIS, entre otros. Todos ellos participan de manera activa del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, que permite la comunicación en tiempo real entre los actores intervinientes con responsabilidad sanitaria de manera simultánea y desde cualquier lugar del territorio argentino, contando con un sistema de alertas inmediatas ante la notificación de casos y el reporte de resultados de laboratorio, todo bajo estrictas medidas de seguridad informática y protección de la confidencialidad de los datos.

Desde el punto de vista normativo, la identificación de casos sospechosos de COVID-19 constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15465 y debe ser notificado en forma inmediata y completa al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0})¹ al **Grupo de Eventos: Infecciones respiratorias agudas (IRAS), Evento Sospecha de Virus Emergente**.

La información a notificar debe ser recopilada de acuerdo a la *Ficha de notificación, investigación epidemiológica y pedido de estudios de laboratorio ante caso sospechoso de Nuevo Coronavirus (2019-nCoV)* disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas>

¹ Ante dudas acerca de cómo notificar al SNVS consulte en <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia>

DEFINICIÓN DE CASO (25-02-2019)

En función de la evolución de la epidemia de COVID-19, las recomendaciones actualizadas de OPS/OMS y la experiencia de los primeros días de la operativización de las definiciones de caso, se propone actualizar la definición de caso sospechoso de nuevo coronavirus para Argentina:

CRITERIOS CLÍNICOS	Y	CRITERIO EPIDEMIOLÓGICO
Fiebre Y signos de infección respiratoria (tos dificultad respiratoria) Y requerimiento de internación Y sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica	Y	Historial de viaje o residencia en China continental en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas ó
		Trabajador de la salud en un entorno que atiende a pacientes con IRAG de etiología desconocida.
Fiebre Y signos de infección respiratoria (tos, odinofagia, dificultad respiratoria)	Y	Historial de viaje o residencia en la provincia de Hubei (China) en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas ó
		Contacto cercano conocido con un caso probable o confirmado de infección por COVID-19, en los 14 días previos al inicio de síntomas. ó
		Exposición en un centro de salud de un país donde se han asistido casos confirmados por COVID-19 en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas ó
		Visitado o trabajado en un mercado de animales vivos en cualquier ciudad de China

Ante casos sospechosos, la Autoridad Sanitaria Local será responsable de conducir la investigación epidemiológica con el fin de recabar los antecedentes de los casos e identificar potenciales contactos.

El diagnóstico de influenza por PCR deberá realizarse en un laboratorio de la Red Nacional de Laboratorios de Influenza y otros Virus Respiratorios o laboratorios del subsector privado o la seguridad social con nivel de bioseguridad II. Las muestras negativas para Influenza A y B, y las positivas para Influenza A no subtipificable o que no se haya realizado la subtipificación, deberán ser remitidas al Laboratorio Nacional de Referencia para el estudio de coronavirus.

CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico, puede incluir un espectro de signos y síntomas con presentación leves como: fiebre y tos, malestar general, rinorrea, odinofagia, asociados o no a síntomas graves como dificultad respiratoria, taquipnea. Pueden presentarse como neumonía intersticial v/o con compromiso del espacio alveolar.

ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL

La organización del servicio de salud incluye:

- Educación del personal del centro de salud, pacientes y visitantes;
- Carteles con instrucciones para los pacientes y acompañantes.

TRIAGE

Se recomienda realizar triage en el ingreso de pacientes (guardia/sala de espera/orientación) para la búsqueda y atención rápida de casos sospechosos. El agente de salud que realiza el triage, deberá informar la presencia del caso al personal del hospital destinado al manejo de los mismos.

EVALUACIÓN DE TRIAGE

Identificar personas con cuadro respiratorio más

- Antecedentes de viaje a China en los últimos 14 días, y/ó
- Contacto estrecho de casos sospechoso o confirmado de COVID-19

MANEJO DE CASOS

ASLAMIENTO DE PACIENTES SINTOMÁTICOS Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL

a. Ambulatorio (consulta inicial)

Debido a que la dinámica de transmisión aún no se ha determinado, se debe proveer al paciente de un barbijo quirúrgico tan pronto como se identifique explicando el uso del mismo. La evaluación se deberá realizar en una habitación privada con ventilación adecuada y con la puerta cerrada, idealmente destinada para estos casos. Para salas generales se considera adecuada una ventilación natural de 60 L/s por paciente. El personal de atención médica que ingresa a la habitación debe usar las medidas habituales de precaución estándar, de contacto y para transmisión por gota:

- Precauciones estándar y de contacto:
 - Higiene de manos; de acuerdo a las [recomendaciones de la OMS](#)
 - Uso de guantes,
 - Barbijo quirúrgico (se deben colocar y retirar fuera de la habitación del paciente, descartarlo en el lugar apropiado),
 - Se debe realizar la higiene de manos luego de retirarse los elementos de protección personal.
 - Protección para los ojos o máscara facial, dependiendo de la exposición anticipada;
 - Prácticas seguras de inyección o extracción de sangre.
 - Para más información en control de infecciones consultar:
[PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD](#)

Además, los equipos o elementos en el entorno del paciente que puedan haber sido contaminados con fluidos corporales infecciosos deben manipularse de manera que se evite la transmisión de agentes infecciosos (por ejemplo, use guantes para contacto directo, descarte equipos muy sucios en contenedores adecuados, limpie y desinfecte o esterilice adecuadamente equipo reutilizable antes de usar en otro paciente). La extensión de la aplicación de las precauciones estándar durante el cuidado del paciente está determinada por la naturaleza de la interacción entre el personal de salud, el paciente y el grado de exposición anticipada a la sangre o los fluidos corporales.

b. Internación

La OMS, recomienda que a todos los pacientes sospechosos se les realice aislamiento en centros hospitalarios. Esto implica la internación, hasta que los resultados de laboratorio confirmen o descarten el diagnóstico. En los casos confirmados se mantendrá el aislamiento hasta que el paciente se encuentre asintomático. (esta recomendación puede modificarse de acuerdo a la situación)

El aislamiento recomendado es principalmente de contacto y transmisión por gota:

- Colocar al paciente en habitación individual (de ser posible con baño privado), con ventilación adecuada
 - Cuando no haya habitaciones individuales disponibles, los pacientes sospechosos de estar infectado con COVID-19 pueden ser agrupados;
 - Todas las camas de los pacientes deben colocarse al menos a 1 m de distancia independientemente de si se sospecha que tienen infección por COVID-19
- Donde sea posible, los casos sospechosos o confirmados deberían ser asistidos por un equipo de trabajadores sanitarios designados para atenderlos de forma exclusiva, para reducir el riesgo de diseminación.
- Proporcionar barbijo quirúrgico al paciente para cualquier desplazamiento fuera de la habitación.
- Higiene de manos; de acuerdo a las [recomendaciones de la OMS](#)
- Uso de guantes
 - Barbijo quirúrgico, para todas las interacciones que puedan involucrar el contacto con el paciente o áreas potencialmente contaminadas en el entorno del paciente
 - Protección para los ojos o máscara facial
 - Prácticas seguras de inyección o extracción de sangre.

La OMS recomienda el uso de respiradores N95 o de nivel superior para los procedimientos invasivos que pueden provocar aerosolización (tales como intubación, toma de muestras respiratorias o aspiración de secreciones). En el resto de las situaciones, sólo indica precaución de transmisión por gotas y aislamiento de contacto.

El aislamiento del paciente se mantendrá durante el periodo sintomático. Esta recomendación puede modificarse según nuevas evidencias.

MEDIDAS DE DESINFECCIÓN

Se debe realizar la limpieza y desinfección de las superficies con las que ha estado en contacto el paciente. La limpieza y desinfección se realizará con un desinfectante incluido en la política de limpieza y desinfección del centro sanitario o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 1000 ppm de cloro activo (dilución 1:50 de lavandina con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente). Estos virus se inactivan tras 5 minutos de contacto con desinfectantes de uso habitual como lavandina doméstica. El personal de limpieza utilizará equipo de protección individual adecuado para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya: bata impermeable, barbijo, guantes y protección ocular de montura integral.

IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CONTACTOS

Se define contacto estrecho como:

- Toda personas y personal de salud que haya proporcionado cuidados a un caso sospechoso probable ó confirmado mientras el caso presentaba síntomas y que no hayan utilizado las medidas de protección adecuadas.
- Cualquier persona que haya permanecido a una distancia < 2 metros, (ej. convivientes, visitas) con un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas.
- Se considera contacto estrecho en un avión a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de casos sintomáticos durante el vuelo y a la tripulación que haya tenido contacto con dichos casos.

MANEJO DE CONTACTOS

El equipo a cargo de la investigación epidemiológica, deberá identificar de forma sistemática a los contactos estrechos de casos sospechosos y/o confirmados. Los mismos deberán permanecer bajo vigilancia activa durante 14 días a partir del último día de contacto. El equipo que realiza la investigación, mantendrá comunicación telefónica en forma diaria. Ante la aparición de fiebre u otra sintomatología respiratoria, se considerará caso sospechoso y se procederá en consecuencia.

DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

IMPORTANTE:

- Solo se procesaran muestras que cumplan con la definición de caso sospechoso.
- Se debe remitir la muestra con los datos completos según Ficha de notificación, investigación epidemiológica y pedido de estudios de laboratorio
- El caso y los estudios de laboratorio deberán notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud por SNVS 2.0

TOMA DE MUESTRAS

Los laboratorios deben continuar utilizando el algoritmo de influenza recomendado por la OPS para la vigilancia de influenza de rutina y los casos de IRAG e IRAG inusual. El Laboratorio debe reunir condiciones de Nivel de Bioseguridad 2 (BSL2) y poseer una Cabina de Seguridad Biológica tipo 2 certificada.

Ante un caso sospechoso, se deberá en primer lugar descartar Influenza por técnica de PCR. En aquellas jurisdicciones que cuenten con laboratorio capacitado para realizar diagnóstico de Influenza por PCR, se enviará la muestra a dicho laboratorio, para descartar Influenza en primera instancia.

Ante un resultado negativo para Influenza (por PCR), o las muestras de jurisdicciones que no cuentan con laboratorios capacitados para realizar diagnóstico de influenza por PCR, se derivaran, a través del componente laboratorio del SNVS 2.0 al Laboratorio Nacional de Referencia y Centro Nacional de Influenza de OMS: Servicio Virosis Respiratorias, INEI- ANLIS "Carlos G. Malbrán", para que se realice la caracterización viral correspondiente.

Indispensable enviar con ficha de notificación completa.

Las muestras deben ser recolectadas por personal capacitado y teniendo en cuenta todas las instrucciones de bioseguridad y el equipo de protección personal apropiado para virus respiratorios (medidas de precaución para transmisión respiratoria).

Las muestras recomendadas son aquellas del tracto respiratorio bajo, incluyendo esputo, lavado broncoalveolar y aspirado traqueal (siempre que sea posible). De no ser posible la toma de estas muestras, podrán remitirse muestras del tracto respiratorio superior, como ser hisopado nasofaríngeo combinado con un hisopado orofaríngeo (los hisopos deben colocarse y transportarse en el mismo tubo con medio de transporte viral o 2 cc de solución fisiológica).

TRATAMIENTO

No existe un tratamiento antiviral específico recomendado para la infección COVID-19. Las personas infectadas con COVID-19 deben recibir atención para aliviar los síntomas. Para casos severos, el tratamiento debe incluir soporte de las funciones vitales.

Para más información sobre recomendaciones generales para el manejo de Infecciones Respiratorias Agudas Graves y sobre envío de muestras, referirse a [Guía IRAS 2019](#)

ENLACES DE INTERÉS

OMS

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>

[Centros para el Control y Prevención de Enfermedades \(CDC\)](#)

[Centros para el Control y Prevención de Enfermedades Europeo \(CDCE\)](#)

[Gobierno de Reino Unido](#)

Mapas interactivos

<https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

<https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?mid=1S0vCi3BA-7DOCS13MomK7KebkPsvYl8C&ll=31.190363173352242%2C-24.994346223456205&z=2>

Toda la información en www.argentina.gob.ar/salud

O comunícate con el **0800 222 1002** opción 1



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