

VISIÓN DE **enfermería** ACTUALIZADA

MARZO 2018 | AÑO 15 | NÚMERO 53

vea

determinantes sociales
que afectan a los
estudiantes **PÁG 17**
universitarios

La incidencia de factores
sociales en la realización
del estudio de
papanicolau **PÁG 13**

**El rol de la enfermera
de enlace en la **PÁG 35**
continuidad de la
atención del binomio
madre-hijo**

 **Adecra**

ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS, SANATORIOS Y
HOSPITALES PRIVADOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

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 | EVALUACIÓN

Algo de historia, anécdotas y reflexiones sobre la enfermería argentina

Lic. Lorena Gonzalez / Lic. Rossana Fabio / Mg. Adriana Camio
Ac A Miguel Larguia

13 | INFORME 1

La incidencia de factores sociales en la realización del estudio de papanicolau

Angélica Beatriz Farfán

17 | INFORME 2

Determinantes sociales que afectan a los estudiantes universitarios

Dra. Correa Rojas, María del Valle / Lic. Mayorga, Meri / Lic. Poderti, Verónica

29 | FICHA 52

Administración de Rituximab® por vía subcutánea

Lic. Prof. Walter Leguizamón

31 | INFORME 3

Universidades saludables y calidad de vida

Lic. Dra. María del Valle Correa Roja

35 | GESTIÓN 51

El rol de la enfermera de enlace en la continuidad de la atención del binomio madre-hijo

Lic. Sandra Coronel

45 | RINCÓN LITERARIO

Para mis días

Luisina Bruno y Juan Nieva

46 | GESTIÓN 2

Familia activa (segunda parte)

Dr. Daniel Gallo / Lic Nestor Orfeo / Ing. Franco Vinciarelli

61 | GACETILLA

II Jornada De Enfermería Neonatológica organizada por ADECRA+CEDIM y la Fundación Larguía

STAFF

DIRECCIÓN

Prof. Lic. Miriam Cañete

COORDINACIÓN EDITORIAL

Alejandra Fuente

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Prof. Magdalena Villaverde

JEFA DE REDACCIÓN

Lic. María del Valle Correa Rojas

EDICIÓN

Susana Prieto

Adecra

Montevideo 451 - Piso 10° (C1059ABI)

C.A.B.A. Argentina

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

www.adecria.org.ar

www.enfermeria.adecria.org.ar

e-mail: revistavea@adecria.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 N° 399943

ISSN: 1669-385X

Base de datos de indexación:

CUIDEN - Tipo de indexación: EC-E

EBSCO

Periodicidad trimestral

(marzo, junio, septiembre y diciembre)

AÑO 15 | N° 53 | MARZO 2018

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

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

Editorial

El concepto de salud ha ido transformándose a lo largo del tiempo, abarcando nuevas dimensiones, hasta comprender a las personas y sus comunidades como un todo. Desde esta perspectiva holística se entiende que el estilo de vida y los hábitos, del individuo y de los grupos humanos que integra, son factores fundamentales a atender para garantizar el cuidado de la salud.

En este sentido, especialmente en los países desarrollados, se están llevando adelante acciones para generar nuevos hábitos en las poblaciones. En septiembre de 2015 los países miembros de la ONU acordaron 17 objetivos para el Desarrollo sostenible (ODS), también conocidos como **objetivos mundiales**, los cuales son un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad.

Estas acciones se relacionan de manera directa con las conductas saludables como eje de la promoción de la salud, los esfuerzos para erradicar la pobreza y el logro de mejores condiciones de vida que favorezcan el desarrollo de las personas y las comunidades de manera sustentable. Mediante el esta-

blecimiento de una red de colaboración y asistencia internacional, este programa aspira a determinar las prioridades cada país y contribuir al diseño de políticas específicas.

En palabras de la Administradora del **PNUD** (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), Helen Clark, “este acuerdo marca un hito importante al poner nuestro mundo en un curso integrador y sostenible. Si todos trabajamos juntos, tenemos la oportunidad de cumplir las aspiraciones de los ciudadanos de paz, prosperidad y bienestar, y de preservar nuestro planeta”.

En Argentina el PNUD cumple tareas de cooperación y asistencia técnico-financiera enmarcadas en las prioridades del país; impulsa y provee apoyo técnico sustantivo y de gestión a proyectos ejecutados por organismos gubernamentales y de la sociedad civil.

La suma de voluntades políticas, el trabajo mancomunado de los gobiernos, así como de los distintos sectores económicos, sociales y culturales en el desarrollo de estos programas, es fundamental para hacer realidad las metas planteadas por esta iniciativa en el plazo de 13 años.

Prof. Lic. Miriam Cañete
Directora

CURSOS 2018 Adecra+Cedim

INFORMES E INSCRIPCIÓN: (011) 4374-2526 / capacitacion@adecra.org.ar
alejandrafuente@adecra.org.ar

ASISTENCIA EL RECIÉN NACIDO DE BAJO Y ALTO RIESGO

Coordinadores: Lic. Natividad Barreto y Lic. Aníbal Ávila
Del 4 de mayo al 16 de noviembre
Viernes de 9 a 14 hs
Lugar: Auditorio ADECRA - Montevideo 451 10°, CABA.
Arancel: \$7.000.-



SEGURIDAD DEL PACIENTE

Director y coordinador docente: Prof. Lic. Walter Oscar Piceda
Del 10 de mayo al 12 de julio
Jueves de 15 a 18 hs
Lugar: Auditorio ADECRA - Montevideo 451 10°, CABA.
Arancel: \$2.300.-



GESTIÓN EN ENFERMERÍA

Coordinadores: Lic. Miriam Cañete - Lic. Walter Leguizamón
Del 11 de mayo al 9 de noviembre
Viernes de 9 a 13 hs
Lugar: Auditorio ADECRA - Montevideo 451 10°, CABA.
Arancel: \$7.000.-



ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA

Disertantes: Farmacéuticas Andrea M. Mosconi - Silvia Robilotti - María Nilda Rodríguez
Del 15 de mayo al 9 de octubre
Martes de 15 a 17 hs
Lugar: Auditorio ADECRA - Montevideo 451 10°, CABA.
Arancel: \$10.400.-



LIMPIEZA DE SUPERFICIES

Disertante: Lic. Stella Maimone
Del 9 de agosto al 13 de septiembre
Jueves de 10 a 12 hs
Lugar: Auditorio ADECRA - Montevideo 451 10°, CABA.
Arancel: \$2.300.-



La evaluación de los aprendizajes en la formación de grado

Lic. Lorena Gonzalez*

Lic. Rossana Fabio **

Mg. Adriana Camio ***

La evaluación debe tomar en consideración los aspectos cognitivos, habilidades y actitudes diseñadas por la carrera para tal fin, en vistas a optimizar el desempeño de los estudiantes en la práctica profesional.

INTRODUCCIÓN:

La evaluación es parte integrante del proceso de interacción que se desarrolla entre profesor y alumno; se fusiona con el aprendizaje, al tiempo que lo convalida o lo reorienta, regulando el proceso de enseñanza (Camilloni:1997). La calidad de la evaluación depende de los instrumentos empleados a tal fin, los cuales deben cumplir

requisitos tales como validez, confiabilidad, practicidad y utilidad.

La importancia de una adecuada elección de los instrumentos de evaluación en el nivel de grado radica en evitar que el estudiante pase por una situación aparentemente exitosa en su formación sin recibir la preparación necesaria para afrontar las actividades profesionales.



Ilustración: Lic. Enf. Yamila Mangialardi

El presente estudio se llevó a cabo entre el cuerpo docente de la carrera de Licenciatura en Enfermería en una universidad privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el segundo semestre de 2017.

OBJETIVOS

- Determinar el concepto sobre evaluación que posee el cuerpo docente de la carrera.
- Conocer qué instrumentos elijen de acuerdo a los objetivos que intentan lograr en cada asignatura y la aceptación que estos tienen por parte de los estudiantes.

MATERIAL Y MÉTODO

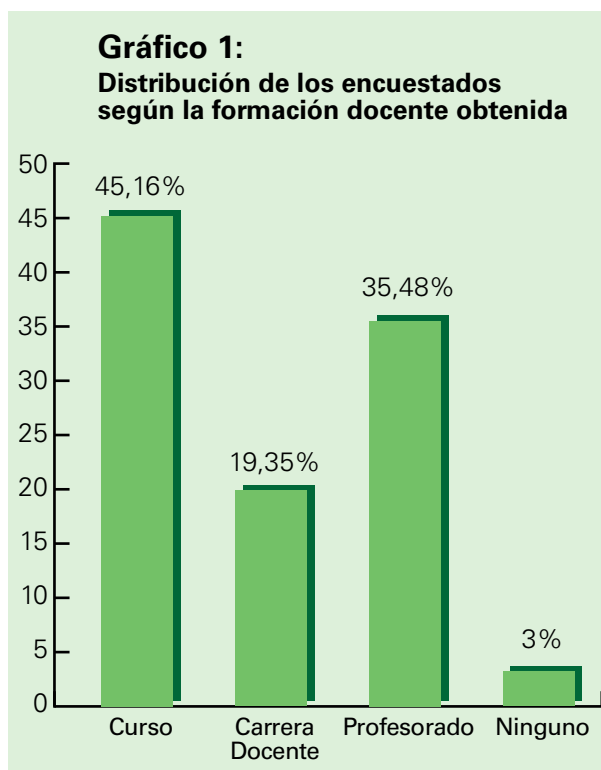
- La información fue recabada a través de un cuestionario electrónico, voluntario y anónimo dirigido a los profesores con funciones asignadas en la Carrera de Licenciatura de Enfermería.
- El instrumento fue creado por las investigadoras con el fin de obtener datos que permitieran describir las características generales de los encuestados, su formación académica, conceptos sobre evaluación y experiencia en el uso de diferentes tipos de evaluación.
- Sobre cada variable se realizó un análisis cuantitativo con distribución de frecuencias; se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión cuando era aplicable.

RESULTADOS

1 Características de la muestra.

- La muestra estuvo compuesta por 53 docentes, de los cuales respondieron al cuestionario 32 (60% de la población en estudio). Se trata de 25 mujeres y 7 hombres, con una edad promedio de 43 años con un rango de oscilación de entre 27 y 63.

- En cuanto al nivel académico, el 84% cuenta con título de grado (Licenciado en Enfermería en su mayoría, una bioquímica, una médica y una Licenciada en Psicología); el 16% posee además un título de posgrado (dos doctoras, dos especialistas en Enfermería neonatal y una especialista en cuidados críticos).
- Con respecto a la formación docente se observa lo siguiente:
 - 45.16% (14) ha completado un curso de formación docente.
 - 19.35% (6) ha completado la carrera docente.
 - 35.48% (11) posee título de profesor universitario.
 - Únicamente el 3% (1) no posee formación docente o posee alguno de los niveles anteriores incompletos.
- La antigüedad en el desempeño docente es muy variable (menos de 1 año hasta 12 años).
- El 73% de los encuestados se desempeña en el área asistencial.



Fuente: Elaboración propia en base al cuestionario de la investigación.

2 Información sobre la evaluación de los aprendizajes de los estudiantes.

Definición de evaluación con la cual se identifica como docente

- Es una instancia más de aprendizaje, sin ella no sería posible cotejar el valor del trabajo realizado por los estudiantes y los docentes, ni organizar procesos de mejora: 73%.
- Es un proceso sistemático continuo e integral destinado a determinar hasta qué punto fueron logrados los objetivos educacionales previamente determinados: 27%.
- Es el juicio del maestro respecto a la actuación del alumno, que permite controlar y orientar su comportamiento: 0%.

Condiciones en las que decide una instancia de evaluación

- Evalúo de manera permanente a través de la observación e instrumentos que no llevan calificación, además de hacerlo en las instancias previstas por la carrera (parciales y finales): 97%.
- Los docentes desestimaron otras opciones como:
 - Evalúo únicamente en las instancias programadas por la carrera (parciales y finales).
 - Evalúo en las instancias previstas por la carrera (parciales y finales) y en situaciones en las cuales observo que los estudiantes no prestan atención a la asignatura.
 - No presto atención a las instancias programadas por la carrera (parciales y finales) y evalúo cuando creo que los estudiantes están preparados para rendir

Aspectos tenidos en cuenta para definir una calificación

- Las respuestas en el examen (TP escrito u oral / demostración) y el desempeño durante las clases: 85%.
- El desempeño durante las clases independientemente de las respuestas en el examen (TP escrito u oral / demostración): 12%.
- Sólo las respuestas en el examen (TP escrito u oral / demostración): 3%.
- Su potencial independientemente del desempeño en las clases y las respuestas en el examen (TP escrito u oral / demostración): 0%.

Aspectos tenidos en cuenta para definir una calificación

Contenidos teóricos.	Técnicas / habilidades procedimentales.	Desempeño durante un procedimiento.
A desarrollar: 7,14%	Demostración con simuladores: 32,14%	Lista de cotejo: 39,29%
Resolución de casos: 28,57%	Demostración en la práctica con pacientes: 28,57%	Ninguno. Observo el desempeño de manera general: 14,29%
Multiple choice: 17,86%	No corresponde en mi asignatura: 28,57%	No corresponde en mi asignatura: 21,43%
Otros: 46,43%	Otros: 10,71%	Rúbrica: 10,70%Otros: 14,29%

Los alumnos presentan dificultad para comprender las consignas de un examen de desarrollo:

- Nunca: 3,70%.
- Rara vez: 62,96%.
- Muchas veces: 25,93%.
- Nunca evaluó con este tipo exámenes: 3,70%.
- Otros: 3,70%.

Instrumento utilizado para registrar el desempeño de los estudiantes en las prácticas hospitalarias:

- PAE escrito únicamente: 4,57%.
- PAE oral únicamente: 0%.
- Planilla de evaluación de aspectos cognitivos, habilidades y actitudes: 8,14%.
- PAE oral o escrito y planilla de evaluación de aspectos cognitivos, habilidades y actitudes: 47,43%.
- No corresponde a mi asignatura: 37,86%.

Aplicación del método de portafolio para registrar el desempeño de los estudiantes:

- Nunca: 21,43%.
- Rara vez: 39,29%.
- Muchas veces: 21,43%.
- No conozco en qué consiste este método: 17,86%.

Recibe reclamos de los estudiantes sobre las evaluaciones:

- Nunca: 17,86%
- Rara vez: 75%
- Muchas veces: 7,14%

Aquellos que admitieron recibir reclamos los relacionan con:

- No comprender las consignas o considerarlas mal formuladas: 37%.
- No haberse desarrollado el tema en clase o haberse desarrollado de manera superficial: 13%.
- No haber contado con el tiempo suficiente para resolver las consignas: 13%.
- Otros: 37%.

Al advertir en el momento de la evaluación que la misma presenta un error:

- Anula esa pregunta: 21,43%.
- Lo corrige y lo trasmite a los alumnos: 75%.
- Da por válida la pregunta: 0%.
- Otra: 3,57%.

Personas que participan en la formulación del examen:

- Solo: 28,57%
- Otros docentes: 67,86%
- Psicopedagogas: 0%
- Otros: 3,57%

Realiza una devolución (feedback) luego de la evaluación:

- Nunca: 0%
- Algunas veces: 0%
- Muchas veces: 14,29%
- Siempre: 85,71%

Calcula el índice de dificultad que cada pregunta tuvo para el estudiante:

- Nunca: 3,57%
- Rara vez: 3,57%
- Muchas veces: 25%
- Siempre: 46,43%
- No sé calcular el índice de dificultad de una pregunta: 21,43%

Los formatos de evaluación se adecúan al tipo de aprendizaje que se intenta reflejar en los mismos: exámenes de contenidos teóricos (múltiple choice, consignas de desarrollo, resolución de casos, entre otros) para la adquisición de conceptos, principios, datos, etcétera; para evaluar habilidades prácticas se privilegian las demostraciones con simuladores así como la observación de situaciones reales con pacientes, preferentemente mediante la utilización de listas de cotejo.

CONCLUSIONES

La evaluación se realiza en proceso, de manera continua, a través de la observación e instrumentos que no llevan calificación pero influyen en las mismas, además de hacerlo en las instancias previstas por la carrera (parciales y finales). Hay, además, una marcada tendencia a trabajar de manera grupal, unificando criterios.

Aunque en forma incipiente, se evidencia también el uso del portafolio como una selección coherente de materiales que incluyen evidencias y reflexiones sobre el proceso de enseñanza que ponen de manifiesto la calidad de la práctica docente en relación al aprendizaje y desarrollo de los estudiantes.

Los docentes que participaron del estudio valoran la evaluación como una instancia más de aprendizaje, que los involucra, y a través de la cual pueden mejorar su práctica educativa. Se trata de docentes con formación de grado en su totalidad; la mayoría cuenta con algún nivel de formación docente y se desempeña también en el área asistencial, lo cual les permite contar con las herramientas suficientes para evaluar el desempeño de los estudiantes tanto en los aspectos teóricos como prácticos sin desvincularse de las realidades socio-contextuales del ejercicio de la profesión.

BIBLIOGRAFÍA:

- Anijovich, R. y González, C. (2011). Evaluar para aprender: conceptos e instrumentos. Buenos Aires: Aique, colección Nueva carrera docente.
- Camilloni, A. (1989). Las apreciaciones personales del profesor. Mimeo. Buenos Aires: CEFyL, UBA.
- Camilloni, A. (1997) "La calidad de los programas de evaluación y de los instrumentos que los integran". En: AA.VV: La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo. Buenos Aires: Paidós.
- <http://www.telam.com.ar/notas/201605/147108-enfermeros-argentina.html>

La incidencia de factores sociales en la realización del estudio de papanicolau

Angélica Beatriz Farfán
Universidad Nacional de Salta

Conocer los determinantes sociales que influyen en la realización del PAP es fundamental para comprender por qué muchas mujeres no consiguen o no buscan este servicio en los centros de salud, ya que esto las expone a mayores riesgos para su salud.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas ha crecido el interés por parte de los profesionales médicos en varios aspectos de las lesiones preinvasoras del tracto genital inferior (TGI) femenino y en particular del cuello uterino. Gori y Larusso afirman que esto se debe a varios factores, siendo el más importante “el marcado incremento del número de pacientes en quienes se diagnostican lesiones del TGI producidas por el papiloma virus humano (HPV)” (Gori y Larusso, 2008: 353).

La salud de las mujeres se ve afectada por diversos factores vinculados con la función reproductiva y de género, por ello se considera de gran importancia la atención de su salud en las diferentes etapas de

la vida y no sólo en la edad reproductiva (Huamán Cubas: 2010). La evidencia científica muestra que el conocimiento acerca del cáncer de cuello de útero (CCU) y su prevención está asociado a la participación de las mujeres en los programas de tamizaje (Zamberlin: 2013).

JUSTIFICACIÓN

Según datos del Ministerio de Salud de la Nación cerca de 2.000 mujeres mueren al año en Argentina por esta causa y más del 99% de los casos se vinculan con infecciones genitales por HPV. Por su parte, el Instituto Nacional del Cáncer (INC) informa que el cáncer de cuello de útero es la segunda causa de muerte en el país por enfermedad oncológica en

* Licenciada en Enfermería. Especialista en Salud Pública y Metodología de Investigación Científica

mujeres.

De los 4900 diagnósticos de CCU que se realizan al año, la mortalidad alcanza aproximadamente los 2000 casos.

La tasa de mortalidad en 2015 fue de 7.2/100.000 a nivel nacional y en la provincia de Salta, de 11/100.000 según reporta el Programa Nacional de CCU en base a los datos proporcionados por la Dirección de Estadística de Información en Salud (2017).

En el Centro de Salud N° 56 de la ciudad de Salta se realizaron 80 PAP en el primer semestre de 2014 a mujeres con una edad promedio de 30 ± 12 años, siendo el rango de edad de 17 a 60; según ronda 124 de atención primaria de la salud, la población de 15-64 años fue de 2065 mujeres.

Aunque el número de PAPs realizados en la institución se ha incrementado, esta práctica se centra en mujeres jóvenes que acuden a los servicios de atención materna y/o de salud reproductiva, siendo la franja de población que presenta menor riesgo de padecer cáncer cervical.

OBJETIVOS

- General:
Determinar la asociación entre factores sociales que inciden en la realización del estudio de Papanicolaou en mujeres que asisten al Centro de Salud N° 56 de la ciudad de Salta en el período 2015-2016.
- Específicos:
 - Caracterizar la muestra de estudio según edad, antecedentes de cáncer de cuello uterino (CCU) y realización de PAP.
 - Conocer los determinantes (factores sociales) que intervienen en el cumplimiento de la realización de PAP en las mujeres del presente estudio.

METODOLOGÍA

El estudio observacional de tipo descriptivo de corte transversal.

- Características de la muestra:
 - Sobre una población aproximada de 1257 mujeres, de 35 a 64 años, según ronda 124 de APS (Atención Primaria de la Salud), se establece una muestra $n=100$.
 - El muestreo fue de tipo probabilístico estratificado proporcional, considerando la distribución poblacional de las mujeres del área de responsabilidad del Centro de Salud en relación a los 11 sectores de trabajo del Programa de APS, según criterios de: distribución geográfica, número de familias y población de riesgo (niños menores de 6 años, embarazadas, mujeres en edad fértil).
 - Se establecieron 11 estratos. Para realizar el cálculo de la proporción de las mismas en la conformación de la muestra se tuvo en cuenta la representatividad del número de mujeres por cada estrato en relación al total.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres con residencia en cada sector de trabajo del área de responsabilidad.
- Mujeres de edad mayor o igual a 35 y menores de 65 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino.
- Mujeres que no deseaban participar del estudio.

Se realizó una entrevista domiciliaria. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento un cuestionario con preguntas abiertas, cerradas y de opción múltiple.

Se tomaron en consideración los siguientes factores sociales: procedencia, estado civil, nivel

de educación, situación económica, cobertura de salud, realiza actividad productiva (trabaja), accesibilidad al centro de salud, nivel de trato del personal, distancia del servicio y disponibilidad de turnos para PAP.

Los datos se procesaron, sistematizaron y analizaron a través del programa SSPS 15.0 y Excell. Se aplicó la prueba de chi-cuadrado de tendencias para medir la asociación entre la realización del PAP y los factores sociales que intervienen en el cumplimiento de la realización del tamizaje.

Se llevó a cabo la prueba de regresión logística binaria para comprobar los resultados antes encontrados y explicar el comportamiento del fenómeno realización del PAP.

RESULTADOS

DISCUSIÓN

Con un chi-cuadrado de 0,256 ($p=0.05$) se establece que no existe asociación entre la variable antecedente familiar de CCU y la realización del estudio preventivo de cáncer.

Si bien Lazcano y col. (1999)¹ observan “una relación directamente proporcional entre la prevalencia de utilización de PAP y el nivel de escolaridad de las mujeres y de sus parejas sexuales”, con un chi-cuadrado de 0,08 ($p=0.05$) en el presente estudio se establece que no existe asociación entre el nivel de instrucción y la realización del PAP, en coincidencia con los resultados del estudio de Lucena y col. (2011), quienes sostienen que el grado de instrucción de las mujeres entrevistadas no incide en la realización del examen preventivo. Asimismo, estos resultados difieren de los hallazgos de García (2009), en cuyo estudio la escolaridad fue un factor importante que determinó la negación para la citología cérvico-vaginal, así como la falta de difusión oportuna y adecuada.

- % de la muestra de estudio es adulta joven (promedio de edad de 46 ± 8 años⁷¹).
- 72% no se realizaron el PAP en los últimos dos años.
- 14% no recuerda cuándo se realizaron la citología; 10% fue hace más de 10 años; 9% entre 5-10 años, 37% 5 años o menos y el 2% nunca se realizó el estudio.
- 88% no presenta antecedentes de cáncer de cuello uterino.
- 60% presenta un nivel de educación ampliado (más de la educación primaria).
- 76% está en pareja.
- 75% de las parejas no prohíben a la mujer realizarse este estudio.
- 53% realiza alguna actividad productiva (trabaja).
- 66% refiere que su situación económica es deficiente.
- 52% solamente tiene cobertura de salud.
- 97% considera que la institución sanitaria se encuentra a una distancia accesible.
- 62% considera que el trato del personal del centro de salud es bueno.
- 46% no asiste al centro de salud.
- 12% no consigue turno para PAP.
- 57% no busca este servicio en el centro de salud.

¹ Citado en Ybarra Sagarduy y col. (2012)

El 76% de las mujeres se encuentran en pareja. Con un chi-cuadrado de 6,059 ($p=0.05$) se establece que existe una asociación significativa entre el estado civil y la realización del PAP. En coincidencia con los resultados obtenidos por Gutiérrez y colaboradores (2010), quienes sostienen que en los años 1996, 2000 y 2008 el estado civil y la realización de PAP presentaron una asociación significativa ($p=0.001$).

En este sentido, se hallan coincidencias con el trabajo de Valdés (2004)² quien refiere que “la prevalencia de uso de PAP se incrementa cuando la pareja sexual masculina está de acuerdo con la exploración ginecológica.”

Finalmente, los resultados aquí hallados difieren de los presentados por Figueroa Solano (2010), donde sólo un porcentaje menor al 10% trabaja (como empleada o trabajadora independiente) y la cuarta parte de las mujeres encuestadas no se encuentra afiliada al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), mientras que el 58% se encuentra afiliada al régimen subsidiado.

CONCLUSIONES

De las mujeres que accedieron a participar del estudio –una población adulta joven, con una edad promedio de 46 años–, la mayoría no se realizó PAP y las que sí lo hicieron fue en los cinco años anteriores a la realización de esta investigación.

El análisis de los datos obtenidos y el contraste con los resultados de otros estudios sobre la incidencia de distintos determinantes sociales permite afirmar, junto con Zamberlin (2011), que “las malas experiencias propias y ajenas con la calidad de la atención recibida también aparecen como barreras para la realización del PAP y para el tratamiento de lesiones precancerosas”. Así lo demuestran los hallazgos del este estudio, que presenta porcentajes elevados en relación a la distancia del servicio y el trato del personal.

Sin embargo, es de destacar que el hecho de estar en pareja parece ser el factor de mayor incidencia en la realización de PAP. El estado civil presenta una asociación con la realización de PAP que si bien no puede considerarse un factor que permita predecir

por qué las mujeres no se realizan este estudio, es preciso hacer notar que la mujer que está en pareja tiene cinco veces más riesgo de no realizarse el PAP respecto a las que no lo están.

AGRADECIMIENTOS

A la Mg. Dora Berta por su asesoramiento y acompañamiento en el trabajo de Tesis de la Maestría.

A la Lic. Catalina Farfán por guiar mi formación en la docencia y la investigación.

A la Dra. María de Valle Correa Rojas por compartir sus conocimientos y motivar la publicación de los trabajos de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, C. y col. (2012) “Actualización de la estadificación del cáncer de cuello uterino.” En: *Oncología Puesta al día*. Vol.76; n°2: 169-171.
- Gutiérrez, C. y col. (2010) “Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008.” En: *Revista Peruana de Epidemiología*. Vol.14; n°1: 5.
- Gori, J. y A. Larusso (2008) *Ginecología de Gori*. 2° edición, Buenos Aires: Ateneo. 353.
- Hernández-Hernández, D y col. (2007) “Factores asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix”. En: *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. Vol.45; n°4; 313-320.
- Huaman Cubas, M., (2010) “Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas”. En: *Revista UCV – Scientia*. Volumen 2; N°2: 35.
- Ministerio de Salud de la Nación (2010) *Revista Argentina de Salud Pública*, Vol. 1.
- Ministerio de Salud de la Nación (2011) “Programa Nacional de Cáncer Cervico Uterino”. Buenos Aires, Argentina.
- Ponce, M., (2012) “Percepción de riesgo y opiniones sobre el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en mujeres adultas de la ciudad de Buenos Aires”. En: *Revista Argentina Salud Pública*. Vol.3; n°13: 12.
- Tourinho de Leucena, L. y col. (2011) “Factores que influyen en la realización del examen preventivo de cáncer cervico uterino en Porto Velho, Estado de Rondonia, Brasil”. En: *Revista Pan-Amaz Saude*. Vol.2; n°2: 45-50.
- Ybarra Sagarduy, J., (2012) “Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios”. En *Revista Psicología y Salud*. Vol 22, n°2; 187-194.
- Zamberlin, N. y col. (2013) “Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización de PAP”. OPS, OMS Unicef. Bs.As.: 44 y 46.

² Citado en Ybarra Sagarduy y Col. (2012).

Determinantes sociales que afectan a los estudiantes universitarios

Dra. Correa Rojas, María del Valle*
 Lic. Mayorga, Meri**
 Lic. Poderti, Verónica***
 Facultad de Ciencias de la Salud – UNSa

Resumen: El estudio tiene como objetivo conocer la calidad de vida de los estudiantes universitarios a partir del análisis de ciertas variables socioeconómicas y de qué manera impactan en sus trayectorias académicas.

De este modo es posible evaluar las estrategias institucionales (sus fortalezas y limitaciones) orientadas a mejorar las condiciones que faciliten su permanencia en la universidad.

Palabras clave: calidad de vida, hábitos, políticas universitarias.

Abstract: The aim of this study is to know the quality of life of university students based on the analysis of certain socioeconomic variables and how they impact on their academic trajectories. In this way, it is possible to evaluate the institutional strategies (their strengths and limitations) aimed at improving the conditions that facilitate their stay in the university.

Keywords: quality of life, habits, university policies.

INTRODUCCIÓN

La posibilidad de acceso a la educación universitaria constituye una oportunidad social que abre a los sujetos un camino de mejoramiento de su calidad de vida (Sen: 2000). Considerar a la universidad como un escenario (una situación de interacción social que remite a una localidad espacial, intervalo

temporal y personajes concretos) permite comprender mejor la manera en que las diferentes realidades atraviesan el proceso de formación de los futuros profesionales, recuperando una perspectiva que reconoce la producción y reproducción de la vida social a través de regímenes de prácticas colectivas características de lo cotidiano.

* Docente Investigadora Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta. Profesora Regular Asociada. Licenciada en Enfermería. Diplomada en Salud Pública. Máster en Administración de Servicios de Enfermería. Especialista en Identificación, Formulación y Evaluación de Proyectos de Inversión. Doctora en Salud Pública. Doctora en Enfermería.

** Docente Investigadora. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta. Licenciada en Nutrición. Especialista en Administración de Servicios y Empresas de Alimentación.

*** Docente Investigadora. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta. Licenciada en Nutrición. Especialista en Salud Social y Comunitaria.

OBJETIVO

Conocer la calidad de vida y percepciones de salud de los estudiantes universitarios, según indicadores de desigualdad social, cultural, política y económica.

JUSTIFICACIÓN

El análisis relacional de las variables e indicadores socioeconómicos permite reconstruir el complejo escenario en el cual los estudiantes llevan adelante su formación académica y lograr una mejor comprensión del mismo en base a la interacción entre sus condiciones de existencia (sociales, culturales, políticas, ambientales) y su calidad de vida.

Este enfoque recupera los aportes teóricos que confieren valor central al concepto de **calidad de vida**, en tanto hace referencia a las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y representaciones sociales que los miembros de todo conjunto social experimentan en relación a su entorno y la dinámica social en la que se encuentran inmersos, incluyendo los servicios que se les ofrecen y las intervenciones sociales de las que son destinatarios a través de políticas específicas (Tonon: 2009).

De este modo, es posible valorar la participación de los propios actores y las posibilidades que contribuyan a la construcción de alternativas orientadas al bienestar de los individuos en su entorno inmediato.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, analítico, de corte transversal.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción del objeto. Procedimientos.

- Se desarrolla un cuestionario que se aplica como encuesta para caracterizar a la población en estudio, incluyendo aspectos que den a

conocer estilo de vida y entorno, así como las percepciones sobre calidad de vida relacionadas con la salud. Se aplica para la medición de la calidad de vida y las desigualdades de la población joven el instrumento elaborado y aprobado por la Dra. Tonon¹.

- Se estudiaron diversos determinantes sociales: vivienda – salud – hábitos poco saludables o adicciones – factor nutricional – estado de salud – relaciones sociales – relaciones socio-comunitarias – creencias espirituales – género – valores personales – diversidad cultural – participación cultural – discriminación – bienestar subjetivo – seguridad personal – situación económica – satisfacción con la vida – política e instituciones – medio ambiente.

Criterios de inclusión / exclusión

ser alumno regular y aceptar responder la encuesta.

RESULTADOS

1 Características de la muestra.

Sobre un total de 511 alumnos de las 6 unidades académicas:

- 76% tiene entre 17 y 24 años.
- 56% son mujeres.
- 92% están solos (no son casados ni están en pareja).
- 69% no trabaja y los que lo hacen son empleados (15%)
- 16% consiguió su actual empleo por medio de amigos o familiares.
- 13% tiene por lo menos una semana anual de vacaciones, lejos de su casa.
- 17% de los que no vacacionan lejos de su casa no lo hacen por falta de dinero.

Al caracterizar a la población en estudio según variables sociodemográficas se observa que en su mayoría los estudiantes son jóvenes, solteros, no trabajan, por lo cual su tarea principal es estudiar.

¹ Directora de UNI-COM (relaciones universidad-comunidad) y del Programa de Investigación en calidad de vida (UNLZ).

Un pequeño grupo afirma que obtuvo su trabajo por medio de amigos o familiares, pero de ello no puede inferirse que el resto no cuente con una red social que lo contenga.

Los alumnos sin empleo podrían considerarse como un grupo con un nivel muy bajo de bienestar

subjetivo, incluso cuando se controlen las diferencias por nivel de ingresos con grupos de pares con empleo. Esto sugiere que el no poseer empleo tiene un impacto devastador sobre el nivel de bienestar subjetivo, más allá de las dificultades económicas que eso significa.

2 Análisis por determinantes.

Vivienda	Tabla 1
• 10% son propietarios • 0,2% tiene préstamo hipotecario • 29% alquila la vivienda que habita • 2% tiene su vivienda por plan nacional de gobierno • 55% vive en la casa de la familia • 86% considera que su actual alojamiento es adecuado a sus necesidades. • 9% considera que es muy inadecuado.	

Tabla 1

Actualmente se acepta que la salud es el resultado de las condiciones generales en las que vive una persona y que la vivienda abarca dos aspectos: la propia salud y la seguridad en el hogar.

Salud	Tabla 2
• 11% afirma padecer alguna enfermedad. • 8% se siente limitado por su salud de alguna manera (en sus actividades diarias o comparándolo con la mayoría de las personas de su edad). • 56% posee obra social. • 34% están insatisfechos en algún grado con su salud actual. • 19% son indiferentes. • 73% no usa ni ha hecho uso de alguna técnica de otra medicina que no sea la tradicional alopática (homeopatía, yoga, tai chi chuan, chi kong, acupuntura, ayurveda, medicina china, hierbas, etc.). • Quienes más utilizan otras medicinas son los estudiantes de las Facultades de Ciencias de la Salud y de Humanidades.	

Tabla 2

En esta determinante es donde más claramente se advierte la inequidad: casi el 50% de la muestra no posee obra social. Si bien los estudiantes afirman poseer en general buena salud, el hecho de que no tengan el acceso al sistema de salud merece especial atención.

Hábitos poco saludables o adicciones **Tabla 3**

- 74% no fuma.
- 4% se considera fumador pasivo.
- La cantidad de cigarrillos y frecuencia de fumar arrojan valores poco significativos.
- 45% no consume bebidas alcohólicas.
- 75% no consume medicamentos o drogas.
- Los alumnos que consumen medicamentos lo hacen por indicación médica (7%) o automedicación (1%).

Salud **Tabla 4**

- 54% presenta un peso corporal adecuado
- 29% presenta sobrepeso
- 61% cocina en su casa (no compra comida elaborada).
- 33% obtiene sus alimentos en kioskos.
- Realiza las comidas diarias:
 - Almuerzo: 6,7%
 - Desayuno: 0,8%
 - Cena: 0,4%
 - Merienda: 0,2%
- Sólo el 9% realiza las cuatro comidas más colaciones.
- 74% consume alimentos o bebidas (agua, aguas saborizadas, mate, jugos, chocolates, sandwichs) fuera del horario de las comidas principales.
- 92% no consume suplementos dietarios. Los que sí lo hacen (por lo general, vitaminas) dan como razón: anemia, bajas defensas, consumo insuficiente, deportes.
- Los principales factores que condicionan la alimentación son:
 - Enfermedad: 5%
 - Nivel de ingresos: 20%
 - Espacio físico: 3%
 - Tiempo: 53%
- 59% destina 15 a 30 minutos para comer.
- 65% no le agrega sal una vez servida su comida.

Tabla 3

Las enfermedades causadas por los estilos de vida insanos ocasionan al sistema de salud un elevado coste económico, por lo que existe un cambio de prioridades de salud pública: derivar los recursos hacia la prevención y la educación sanitaria. Los resultados muestran que si bien el hábito de fumar no está extendido, más de la mitad consume bebidas alcohólicas. Allí debe enfocarse la educación para la salud, a fin de revertir esta situación.

Tabla 4

Con respecto al déficit en la cantidad de comidas diarias, si bien se cuenta con ayuda de parte de la universidad (becas en el comedor universitario, desayunos a través de los centros de estudiantes) no todos los alumnos más necesitados son beneficiarios por diversas razones (desconocimiento, pudor, tiempo, etc).

Solamente el 54% de los estudiantes tiene un peso corporal adecuado, encontrándose un porcentaje considerable de sobrepeso.

Estos datos adquieren mayor relevancia por cuanto se trata mayormente de una población de adultos jóvenes, menores de 30 años. Dado que estos factores son susceptibles de intervención, sería importante que desde la universidad se implementen diversas estrategias de mayor alcance para mejorar las conductas alimentarias, conjuntamente con los estilos de vida de los estudiantes.

Estado de salud	Tabla 5
	• 15% trabaja y se encuentra sometido doblemente a este estrés psicológico. • 55% en los últimos 6 meses acudió a un profesional de la salud; 38% por control y 15% por una emergencia. • 55% no tiene limitaciones. Sin embargo: – 19% tiene problemas para ver – 4% tiene problemas para oír – 1% tiene problemas para hablar – 1,4% tiene problemas para caminar • 50% considera que no es importante en su vida la actividad sexual. • 64% está satisfecho con ello. • 85% considera que su salud es entre excelente y buena. • 12% durante el último mes su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales mucho y demasiado. • 64% se siente nervioso, ansioso, estresado en su vida en general. • 53% ha sufrido algún evento estresante en el último mes sin consecuencias académicas.

Tabla 5

Relaciones sociales	Tabla 6
	• 85% se encuentra tanto con su familia como con sus amigos, para tomar algo o comer, al menos una vez al mes. • 50% no se encuentra con sus amigos o con su familia para tomar algo o comer más a menudo por falta de dinero (30%) o porque no tiene tiempo para hacerlo (20%). • 74% dispone de tiempo libre. • 60% lo satisface en lo que lo ocupa. • 43% realiza alguna actividad física (caminar, vóley, futbol, nadar, ciclismo, gym, bailar, hockey, deportes, boxeo) con su pareja y/o amigos.

Tabla 6

Estos resultados muestran que más de la mitad de la muestra (57%) no realiza actividad física. Revertir esta situación es un desafío que puede lograrse a mediano plazo, puesto que la universidad ofrece una serie de actividades físicas pero su difusión es insuficiente.

Reacciones socio-comunitarias	Tabla 7
• En una escala de 1 al 10, el 40% se siente satisfecho (entre 6 y 8) con la calidad de vida de la comunidad en la cual vive. • 64% no participa de algún grupo u organización comunal. • 45% manifiesta que cuando un miembro de su comunidad sufre un problema los vecinos lo ayudan. • 56% manifiesta que en los últimos 5 años los vecinos se han organizado para resolver algún problema del barrio. • 47% afirma que los vecinos de su barrio cuidan la infraestructura pública. • 50% considera que no existen en su comunidad espacios de encuentro para los vecinos.	

Creencia espiritual/ religión	Tabla 8
• 83% tiene alguna creencia espiritual y/ o religiosa. • 67% practica alguna religión • Predomina la religión católica apostólica romana (79%), seguida de otras ramas del cristianismo (5,5%).	

Género	Tabla 9
• 63% está de acuerdo con el casamiento entre personas del mismo sexo. • 51% no está de acuerdo con la adopción por parte de personas del mismo sexo.	

Género	Tabla 10
Los principales valores que consideran importantes los estudiantes universitarios son: <i>afectos familiares, alegría, sinceridad, amistad, honor, amor, familia, honestidad, compañía, cultura, salud, amistad, humildad, bondad, compañerismo, felicidad, respeto, igualdad, responsabilidad, servicio, solidaridad, sinceridad, fe, paz, amor a dios, honrar, amor al prójimo, esperanza, perdón, confianza, empatía, verdad, justicia, convivencia, ayuda, sinceridad, honestidad, códigos, respeto, comunicación, lealtad, disciplina, seguridad, compromiso, creencia, dignidad, aprendizaje, dios, deber, educación, enseñanza, esfuerzo, generosidad, estudiar, hacer bien las cosas, ética, moral, contención, diversión, vivienda, amigos, armonía, justicia, empleo, lealtad, madurez, matrimonio, fe, modales, inteligencia, obediencia, diligencia, orden, igualdad, tolerancia, vida, libertad.</i>	

Tabla 7
Se observa en los resultados obtenidos que los estudiantes no están muy consustanciados con la comunidad en la que viven. Tienen un desconocimiento de la vida en común en su barrio o zona de influencia. Esto puede deberse a diferentes razones: muchos provienen del interior provincial, de otras provincias, de países vecinos, alquilan, por seguridad, por estar todo el día en la universidad, entre otras.

Tabla 8
Destaca el alto porcentaje de estudiantes que manifiesta alguna creencia espiritual y/o religiosa; factor que se considera muy positivo para la calidad de vida y el afrontamiento de condiciones adversas, estrés y enfermedades.

Tabla 9

Tabla 10

Diversidad cultural Tabla 11

- 80% manifiesta que no existen grupos inmigrantes en Argentina que le generen admiración, respeto, confianza. A los que sí dicen conocer grupos inmigrantes mencionan a bolivianos, coreanos, franceses.
- 67% considera que no existe grupo inmigrante en Argentina que le genere desconfianza, rabia, miedo. Los que sí sienten desconfianza mencionan a árabes, bolivianos, japoneses, paraguayos, gitanos, asiáticos, alemanes.
- 53% disfruta del contacto con personas de otros grupos culturales (gitanos, japoneses, armenios, bolivianos, chilenos, ingleses).
- 14% considera que hay grupos sociales / culturales vulnerables que deben ser ayudados (europeos, aborígenes, bolivianos, chilenos, colombianos, mexicanos, japoneses, musulmanes, extranjeros, senegaleses, niños, ancianos, huérfanos).
- 71% no desarrolla actividad solidaria para ayudar a cualquiera de esos grupos o personas. Los que sí lo hacen ayudan a pobres, ciegos, adictos, brindan alfabetización, caridad, catequesis, ayudan a los animales y en comedores.

Tabla 11

Diversidad cultural Tabla 12

Principales actividades recreativas

- mirar TV todos los días: 42,5%
- escuchar radio todos los días: 21,5%
- mirar videos alguna vez en la semana: 32%
- escuchar música todos los días: 65%
- ir al cine alguna vez al año: 45%
- bailar alguna vez al mes: 32,4%
- leer libros alguna vez en la semana: 47,4%
- visitar museos alguna vez al año: 48%
- visitar monumentos alguna vez al año: 62%
- ir al teatro alguna vez al año: 70%
- ir a exposiciones alguna vez al año: 67%
- asistir a eventos deportivos alguna vez al mes (17,4%) y alguna vez a la semana (13,2%).

81% realiza alguna de las actividades anteriormente mencionadas a través de su computadora / internet.

Tabla 12

Se observa que los estudiantes centran su interés en actividades como mirar televisión y escuchar radio o música, que realizan diariamente. Esto podría ser utilizado positivamente para implementar institucionalmente acciones de promoción de nutrición y hábitos saludables, entre otras.

Discriminación	Tabla 13
40% los estudiantes encuestados manifestaron que alguna vez fueron discriminados por motivo de: • Raza 6,2% • Religión 4,8% • Apariencia 19% • Lugar de residencia 3,2% Del 63% que buscó alguna vez empleo, 76% nunca experimentó discriminación en dicha instancia.	

Tabla 13

Bienestar subjetivo Tabla 14		
Aspectos de la vida más importantes	Aspectos de la vida menos importantes:	Respecto a su satisfacción con las relaciones, prefieren:
• Familia 71,3% • Salud 30,6% • Amistad 28,7% • Carrera profesional 26,8%	• Relaciones (pareja) 19,2% • Ingresos 18% • Aspecto 36,2% • Cultura 27,4%	• Amigos 30,5% • Relaciones 25,9% • Compañeros 25,9% • Vecinos 18,1%.
• 82% acuerda con la siguiente afirmación: “ <i>Tengo un plan claro de cómo me gustaría que fuera mi vida</i>”. • 80% evalúa cómo conduce su vida <i>todo el tiempo</i> y hacia dónde va su vida <i>a menudo</i>. • 84% considera que su situación personal mejorará en los próximos 5 años.		

Tabla 14

Es de destacar la importancia que asignan los estudiantes a la familia, la presencia de un proyecto de vida y la visión optimista de su situación personal, siendo estos factores importantes para mantener una calidad de vida satisfactoria.

Seguridad personal	Tabla 15
• 62% se siente seguro caminando solo en el área cercana a su casa/vivienda durante el día. • 40% se siente seguro caminando solo en el área cercana a su casa/vivienda luego de oscurecer. • 53% nunca fue alguna vez víctima de cualquier forma de ataque violento (no de violencia familiar). • 20% considera que puede ser víctima de un ataque con violencia en el futuro.	

Tabla 15

Medio ambiente	Tabla 16
Dando un orden de prioridad manifiestan:	
• Proteger cursos de agua (ríos, arroyos, lagos, mares, océanos): 33% • Proteger los bosques y selvas: 29% • Proteger a las distintas especies animales de la caza: 17% • Reducir la contaminación asociada a la polución: 11 % • Reducir la contaminación asociada al ruido: 12,5% • Prohibir el uso de animales en circos, laboratorios, etc.: 13% • Clausurar los zoológicos: 12%. • Educar sobre la relación y convivencia con las distintas especies en el planeta: 14% • 69% manifiesta contribuir al cuidado del medio ambiente.	

Tabla 16

Política e instituciones	Tabla 17.1
• Sólo el 63% manifiesta conocer los planes de gobierno. • Se enteraron de los mismos a través de la televisión (11 %), la radio (4,4%), por Internet (5,9%). • 66% no recibe alguna ayuda del gobierno nacional. • Los que reciben algún beneficio consignan: asignación universal (2%); becas varias (25%); programas como “Ellas hacen” y Progresar (20%). • 80% nunca percibió ayuda extraordinaria por parte del gobierno. • 82% nunca dejó de votar. Los que lo hicieron consignaron 2013 como el año de no voto. • 85,5% leyó alguna vez la Constitución Nacional.	

Tabla 17.1

Tabla 17.2

Grado de satisfacción	Con respecto a	Tabla 17.2
"ni satisfecho, ni insatisfecho"	• la calidad de vida en el país: 37% • el sistema público de salud: 39% • el acceso al sistema público de salud: 33% • las oportunidades laborales: 36% • los programas sociales del gobierno: 33% • la ayuda brindada por el gobierno a las personas en situaciones de emergencia: 39% • el sistema de recaudación de impuestos: 37% • las libertades políticas que tienen las personas: 32% • el respeto que manifiestan las personas a las diversidades culturales: 39% • el respeto que manifiestan las personas a las diversidades religiosas: 37%	
"totalmente insatisfecho"	• la posibilidad de acceder a una vivienda propia: 28% • la situación económica del país: 37% • la transparencia de las decisiones del gobierno: 38%	
Solamente "insatisfecho"	• satisfacción con la seguridad diaria en la vía pública: 52% • satisfacción con el cuidado del medio ambiente: 44% • satisfacción con el sistema de seguridad social en el país: 33% • satisfacción con las decisiones del gobierno en relación a las necesidades de las personas: 33% • satisfacción con el cuidado de los espacios públicos por parte de las personas en Argentina: 36%	
"Satisfecho"	• el sistema educativo público: 30% • el acceso al sistema público educativo: 33%	

Situación económica

Tabla 18

El ingreso económico familiar es adecuado a sus necesidades:

- 58% opina que es parcialmente adecuado.
- 11% lo considera completamente adecuado.

Suma que mejoraría el ingreso mensual para cubrir las necesidades familiares:

- 72% opina que necesitaría más de \$1000
- 2% cree que sólo necesitaría \$250

Calidad de vida

En una escala del 1 (completamente insatisfecho) a 10 (completamente satisfecho):

- 29% eligió el puntaje 8.
- 71% están dispersos en los puntajes, no siendo significativo ninguno de ellos.
- Sólo un tercio de los estudiantes de la muestra respondieron contundentemente su satisfacción (puntaje 10).

Con respecto al año anterior:

- El 88% manifiesta estar igual o mejor.
- Un 11% considera estar en peores condiciones.

Satisfacción con la vida

En una escala del 1 al 10 (completamente insatisfecho) a 10 (completamente satisfecho):

- 53% manifiesta estar satisfecho (7–8).
- 2% manifiesta tener un mínimo de satisfacción (1).

Tabla 19

Con respecto al indicador *calidad de vida*, pese a constituir un porcentaje menor dentro de la muestra total (488 estudiantes), se advierte que no todos los estudiantes se encuentran en las mejores condiciones para realizar sus estudios.

El 96% de los encuestados respondió sobre el indicador *satisfacción de vida*. Si bien el porcentaje de encuestas no respondidas es un mínimo estadísticamente no significativo, socialmente merece ser estudiado para comprender sus causas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Estudiar los determinantes sociales que afectan a los estudiantes universitarios permite identificar los principales factores de riesgo. Constituye también un punto de partida para orientar el sentido de la intervención educativa mediante el desarrollo de programas específicos de carácter preventivo.

Del presente estudio se desprende que los dominios más afectados son:

- VIVIENDA: Para un 9% es muy inadecuada

(posiblemente estudiantes que provienen del interior y todavía no logran acomodarse).

- SEGURIDAD: Un 40 % no posee obra social; el 11% padece alguna enfermedad y al 8% lo limita su salud de alguna manera en sus actividades diarias, comparándolo con la mayoría de las personas de su edad.
- CONSUMO: Más del 50% de los alumnos consume bebidas alcohólicas.

La iniciación en el consumo de alcohol se produce a edades muy tempranas. Se observa un cambio en el patrón de consumo, en el cual pese a disminuir el consumo diario éste se intensifica durante los fines de semana, asociado al consumo de otras sustancias adictivas.

El consumo de alcohol se ha convertido en un componente esencial del tiempo de ocio. La tolerancia social al respecto y la escasa percepción del riesgo asociado a su ingesta contribuyen a la generalización del consumo y a una normalización de esta conducta. Muchos jóvenes asumen que el consumo de bebidas alcohólicas permite el acercamiento al otro. La naturalización de este tipo de consumo y forma de vida hace que se perciba como extraño, como ajeno al grupo de pares, a quien no comparte esta práctica.

El consumo de sustancias adictivas está relacionado, entre otros factores, con la percepción del riesgo y la facilidad de acceso al producto. Los jóvenes consideran que la enfermedad y la muerte son fenómenos muy lejanos en su vida, por lo que no valoran los riesgos que conlleva.

El consumo del alcohol y la utilización de drogas por parte de los estudiantes merecen especial atención de parte de las instituciones académicas, puesto que se trata de los futuros profesionales, referentes de salud, de la sociedad. Es imperativo entender los factores que influyen y facilitan este tipo de comportamiento.

- Más del 40% manifiesta tener alguna limitación relacionado con ver, oír, hablar y caminar.
- No surgen problemas en relación a creencias religiosas, género, discriminación.
- Los estudiantes poseen valores personales.
- En relación a diversidad cultural, medio ambiente y participación cultural, los estudiantes conocen se integran y participan.
- El bienestar subjetivo es adecuado.
- En seguridad personal se observa que no hay demasiados problemas o al menos es la percepción de la muestra.
- Más de un 30% considera su situación económica poco adecuada y sufre carencias.

- En relación a satisfacción con la vida, un 11% considera estar en peores condiciones que el año anterior.

Del análisis de los datos obtenidos se deduce que la calidad de vida de los estudiantes universitarios no es óptima pero sí adecuada. Si bien no se observan desigualdades significativas y los determinantes sociales estudiados no muestran un especial deterioro en la población estudiantil, la universidad debe prever con antelación las estrategias que eviten el impacto de las desigualdades sociales.

La universidad es un escenario en el cual los sujetos desarrollan gran parte de su vida cotidiana. Hablar en términos de sujeto implica reconocer que cada uno es único e irrepetible. Recuperando la afirmación de Sen (2000), es posible afirmar que los estudiantes en tanto sujetos obtienen en la universidad satisfacción en lo académico, compañerismo, solidaridad, amistad, participación socio-política, apoyo emocional, asesoramiento, consejo, interacción social positiva, etc.

De allí la importancia de promover estrategias y condiciones que fomenten su bienestar.

AGRADECIMIENTOS

A los estudiantes que respondieron las encuestas.

BIBLIOGRAFÍA:

- Correa Rojas, M. et al (2016) *Calidad de vida y la búsqueda de una Universidad saludable*. Ed. HANNE
- Delgado, P. y Salcedo, T. (2008) *Aspectos conceptuales sobre los indicadores de calidad de vida*. Universidad de Antioquía. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas.
- Giraldo Osorio, A. et al. (2010) "La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables." En: *Hacia la promoción de la salud*, Vol. 15, N°1, enero-junio, pp. 128–143.
- Nussbaum M., y Sen, A. (1998). *La calidad de vida*. México: FCE.
- OMS (2009) 62ª Asamblea Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de la Secretaría.
- Romero Vega, R. (2009) Informe comisión determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud.
- Sen, A. (2009) *Desarrollo y Libertad*. Bogotá: Planeta. (Cap. 4: "La pobreza como privación de capacidades.")
- Tonon, G. (2003) *Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome de burnout*. Bs. As.: Espacio Editorial.
- Tonon, G. (2005) "Un lugar en el mundo: la universidad como espacio de integración social para los estudiantes." *Revista Hologramática*. Edición N° 3. Diciembre. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Lomas de Zamora. Disponible en: www.cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=134

Administración de Rituximab® por vía subcutánea

FICHA
52

Lic. Prof. Walter Leguizamón
Sanatorio Anchorena



1) DEFINICIÓN

Rituximab es un tipo de fármaco que se utiliza en el tratamiento para linfoma folicular (LF), linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) y leucemia linfocítica crónica (LLC). Actúa como anticuerpo monoclonal al unirse a la proteína CD20 de las células B, iniciando una respuesta inmunitaria contra las células B y la destrucción de las mismas. La formulación subcutánea combina Rituximab con la enzima hialuronidasa y permite la administración por inyección en 5 o 7 minutos en lugar de infusión intravenosa (IV) que puede llevar varias horas de tratamiento. Sin embargo, esta combinación subcutánea no está indicada según la FDA para el tratamiento de enfermedades no malignas.



De acuerdo con un estudio realizado en pacientes en tratamiento¹, el 81% optó por la administración subcutánea del anticuerpo monoclonal por disminuir el tiempo de la estancia clínica, sentirse más cómodos durante la administración del fármaco y percibir menor tensión emocional. Por este motivo es de gran importancia que el personal de Enfermería se encuentre perfectamente capacitado en cuanto al conocimiento del fármaco, sus contraindicaciones, la técnica de aplicación y sus eventos adversos a fin de brindar al paciente el mayor grado de seguridad en su tratamiento.

¹ Pilnik, N.; Riveros, D. et al. (2013) Estudio aleatorizado que compara el tratamiento de mantenimiento con Rituximab subcutáneo continuado hasta la progresión de la enfermedad con observación únicamente, en pacientes con linfoma no-Hodgkin indolente, recidivante o farmacorresistente, que completaron y respondieron al tratamiento de inducción con inmunoterapia a base de Rituximab y al tratamiento de mantenimiento inicial de 2 años con Rituximab administrado por vía subcutánea. ROCHE SA.

2) OBJETIVOS:

- Establecer los requerimientos necesarios para la correcta y segura administración de Rituximab® por vía subcutánea.
- Orientar a los pacientes acerca del tratamiento, brindando la información necesaria que permita empoderarlos como parte del proceso de medicación seguro.

3) CONSIDERACIONES GENERALES:

Estabilidad fisicoquímica del Rituximab®: una vez diluido, conservar 48 horas en heladera y 8 horas a temperatura ambiente en luz difusa.:

a **Efectos secundarios relacionados con la administración.**

Aunque las reacciones locales relacionadas con la inyección son muy frecuentes en la mayoría de los casos son de intensidad leve o moderada. Entre las reacciones se incluye dolor, hinchazón, hematomas, sangrado, enrojecimiento de la piel, picazón y sarpullido.

Los efectos secundarios que se describen son los que se experimentan con mayor frecuencia en pacientes en tratamiento con Rituximab® SC para la LNM (se informaron más de 1 en 10 pacientes). Otras reacciones que pueden presentarse:

- Infecciones como neumonía (bacteriana) y herpes (viral) o inflamación en los bronquios (bronquitis).

- Bajo recuento de glóbulos blancos, con o sin fiebre, y bajo recuento de plaquetas en sangre.
- Reacciones alérgicas después de la infusión.
- Náuseas.
- Sarpullido cutáneo, picazón, áreas sin pelo en el cuero cabelludo, fiebre, escalofríos, debilidad física y cefalea.
- Disminución de la inmunidad.

b Efectos secundarios que el paciente deberá reportar al médico:

Debido al aumento de la probabilidad de contraer infecciones, el paciente deberá informar al médico en caso de presentar fiebre, tos, dolor de garganta, ardor al orinar, debilidad con malestar general, pérdida de la memoria, problemas de razonamiento, dificultad para caminar o pérdida de la visión.

4) EQUIPO Y MATERIALES:

- Gasa estéril.
- Alcohol al 70%.
- Jeringa de 20ml con luer lock.
- Aguja 40/12 (18G X 1 ½).
- Aguja 25/6 (23G X 1).
- Guantes de examinación.

5) PROCEDIMIENTO:

1 Chequear la indicación médica.

Controlar protocolo: Nombre y apellido del paciente, número de habitación, número de documento, fecha de inicio del ciclo (1º vez de Rituximab®), fecha del protocolo, dosis, dilución, firma y sello del profesional.

2 Chequear la infusión previa.

Rituximab® SC sólo podrá administrarse habiendo existido evidencia de administración previa mediante infusión EV sin presencia de efectos adversos.

3 Premedicar.

Antes de cada administración de Rituximab® siempre se debe suministrar premedicación consistente en un antipirético y un antihistamínico (por ejemplo, paracetamol y difenhidramina).

4 Cargar la medicación.

- Informar al paciente acerca del procedimiento.
- Realizar lavado de manos y colocación de guantes de examinación. Descontaminar el tapón del frasco ampolla con gasa estéril y alcohol al 70%.

- Prever la utilización de jeringa tipo luer-lock de 20ml para evitar desconexiones accidentales del sistema, aguja 40/12 para extraer el producto y 25/6 para su administración. La aguja hipodérmica para inyección debe introducirse en la jeringa inmediatamente antes de la administración para evitar el riesgo de coagulación de la aguja.

5 Inyectar la medicación.

- El sitio de punción será exclusivamente la región abdominal periumbilical. Nunca se deben utilizar áreas en las que la piel presente irritación, hematomas, sensibilidad, durezas o en zonas con lunares o cicatrices.
- La administración del producto deberá llevarse a cabo en no menos de 5 minutos.
- La dosis no podrá ser fraccionada en dos o más aplicaciones.

6 Valorar la reacción.

- Observar cuidadosamente al paciente durante la infusión y en los 15 (quince) minutos posteriores a la misma a fin de detectar precozmente un síndrome de liberación de citoquinas.
- Ante evidencia de reacciones como rash, disnea, bronco espasmo, HTA, taquicardia o hipoxia, se deberá interrumpir la administración y se avisará inmediatamente al médico clínico de guardia.
- Se han descrito reacciones locales frecuentes como rash y eritema que no han requerido ningún tratamiento.

6) FINALIZACIÓN:

• Descartar el material.

- Colocar todas las agujas y jeringas en un recipiente descartable para objetos punzantes.
- La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa institucional.

• Registrar.

Llevar registro escrito del procedimiento.

BIBLIOGRAFÍA:

- Hoffmann, F. Rituximab S.C. Prospecto información para profesionales. La Roche S.A., Kaiseraugst, Suiza. (Adaptado a la Disposición ANMAT N° 5904/96).
- Canales, M. (2014) "New molecules and new ways administration of monoclonal antibodies." *Hematología*. Vol 18, Número Extraordinario, pag 25-27.

Universidades saludables y calidad de vida

Lic. Dra. María del Valle Correa Roja
Universidad Nacional de Salta

Es importante comprender que la calidad es algo necesario para la vida en general y para el ser humano en particular; pero no se trata sólo de hablar de calidad de vida sino de llevar a cabo acciones que conduzcan a su logro.

INTRODUCCIÓN

La salud es uno de los recursos para el progreso personal, económico y social que contribuyen de manera fundamental a la mejora de la calidad de vida de las comunidades. Hablar de calidad de vida y de universidades saludables sirve para comprender conceptos cotidianos desde una nueva perspectiva. La situación de salud de una población está estrechamente vinculada al modo de vida de la sociedad como un todo, a las condiciones de vida de la sociedad en cuestión y al estilo de vida personal de los individuos que la integran. Lograr un cambio de conducta depende del propio concepto de salud y

de la percepción de las capacidades que tengan las personas para modificar sus hábitos y actos. Al tratar la problemática desde diferentes perspectivas, tales como el análisis de los actos cotidianos, la tendencia a aferrarse a conductas conocidas y el darse oportunidades para los cambios, se promueve un sentido de la vida responsable y eficiente que impulsa al individuo a comprometerse consigo mismo y con la sociedad toda.

Fomentar un estilo de vida saludable involucra la reflexión sobre una serie de factores psicológicos, sociales, culturales y económicos que tienden a mantener un adecuado estado de salud física y mental. Las estrategias que a partir de allí se di-

* Docente Investigadora de la Facultad de Ciencias de la Salud (Universidad Nacional de Salta). Profesora Regular Asociada (Licenciada en Enfermería). Diplomada en Salud Pública. Máster en Administración de Servicios de Enfermería. Especialista en Identificación, Formulación y Evaluación de Proyectos de Inversión. Doctora en Salud Pública. Doctora en Enfermería.

señan deben proyectarse en la salud ecológica, ambiental, el fomento de una sexualidad responsable y segura, de aspectos psicosociales como la reducción del estrés, convivencia armónica, un entorno saludable libre de violencia y consumo de drogas, entre otros.

Puede verse así que la reflexión desde las instituciones educativas sobre los cambios de conducta relacionados con factores condicionantes de la vida y la salud (alimentación, actividad física, adicciones) favorece el desarrollo del bienestar de la comunidad toda.

INICIATIVAS: EL PLAN NACIONAL ARGENTINA SALUDABLE.

En 2008 el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos, formuló una estrategia destinada a la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo: el Plan Argentina Saludable. **La estrategia incluye líneas de acción en salud destinadas a promover la alimentación saludable** (suscitando el menor consumo de sal en los alimentos para evitar la hipertensión arterial y mejorar la ingesta de frutas y verduras); **la actividad física**, para evitar el sedentarismo, **y la lucha contra el tabaco**. Sobre la base de que pequeñas modificaciones en estos factores de riesgo producen grandes beneficios en la salud pública, en relación a la disminución de enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer.

Como parte de dicha estrategia, el Plan proporciona información nutricional tanto para el público en general como para la industria alimentaria, puesto que son las dos vías a modificar para poder cambiar hábitos de fabricación y consumo. Se trata no sólo de saber qué alimentos consumir sino también de comprender la necesidad de que éstos sean accesibles (se debe, por tanto, generar una transformación también en la oferta).

El Plan formula entre sus objetivos **el establecimiento de ambientes de trabajo y estudio saludables**. Esto incluye a las universidades, no sólo por el número de personas que trabajan y estu-

dian en ellas, sino por el rol que desempeñan en la formación de miles de jóvenes y el impacto que tienen en la comunidad circundante.

La posibilidad de acceso a la educación universitaria constituye una oportunidad social que abre a los sujetos un camino de mejoramiento de su calidad de vida (Sen: 2000).

CALIDAD Y ESTILO DE VIDA.

El estudio de la calidad de vida remite al entorno material y psicosocial, reconociendo dos esferas de bienestar: el social y el psicológico. Este último corresponde a la experiencia y evaluación que las personas hacen de su situación: incluye apreciaciones positivas y negativas, y una visión global de su vida llamada **satisfacción vital** (Tonon: 2007).

Esa satisfacción personal con la vida es el bienestar que surge de un intercambio entre el individuo y su entorno micro y macrosocial, el cual le brinda determinadas oportunidades de realización personal. El individuo percibe la calidad de vida en forma interna y personal (no es posible proporcionársela sólo por una acción externa a él); afecta a quien la vive y percibe; solamente él puede con mayor autoridad apreciarla, calificarla e implementarla. Además, es dinámica, porque evoluciona junto con las personas e incluye no sólo la realización de necesidades físicas sino también las intelectuales, emocionales y espirituales.

Por otra parte, los estilos o modos de vida, estrechamente relacionados con la calidad de vida, caracterizan las principales propiedades existentes en una determinada población. El modo de vida está definido por las cualidades biológicas, psicológicas y sociales de cada persona en particular, lo que determina un estilo de vida específico para cada individuo. Ese

estilo de vida refleja el comportamiento del sujeto en su contexto social y su especificidad psicológica en la realización de su actividad vital. Tiene un carácter activo y está regulado por la personalidad, representando el conjunto de conductas del individuo en su medio social, cultural y económico.

El estilo de vida abarca los hábitos y la realización personal en todas las esferas de la vida de las personas.

La calidad de vida refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a su vida. Consiste en un desarrollo integral de las dimensiones física, mental, social, económica y espiritual, lo cual le confiere un equilibrio consigo mismo y con el entorno. Es el conjunto de condiciones formales y materiales necesarias para la configuración de una vida auténtica, con plenitud, satisfacción, bienestar y dignidad. Por lo tanto representa un reto, pues implica gestionar el propio proyecto de vida y reconocerse como persona en los mundos físico, social y simbólico que constituyen su universo. Además, propicia la interacción con otros seres humanos en los diferentes espacios de la cotidianidad, para comprender el sentido que otorgan a sus proyectos de vida y de salud, y de esta manera contribuye al desarrollo individual y colectivo.

En tanto espacios de formación académica, las universidades constituyen los escenarios indicados para llevar a cabo una reflexión sobre los estilos de vida y el desarrollo de estrategias que mejoren la calidad, partiendo de la formación integral de profesionales desde un punto de vista humanístico, científico y tecnológico, a través de una gestión basada en principios del desarrollo humano sostenible.

UNIVERSIDADES SALUDABLES

Se denomina así a aquellas casas de estudio que realizan acciones sostenidas destinadas a promo-

ver la salud integral de la comunidad universitaria, actuando sobre el entorno físico, social en la formación de estilos de vida saludables. Estas instituciones incorporan estratégicamente la promoción de la salud en las funciones de docencia, investigación y extensión universitaria. Se trata de un movimiento fuerte en todo el mundo, con ejemplos exitosos en España, Chile, Cuba, Colombia, Perú, Ecuador, entre otros.

En 1986, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud establecía como una de las cinco áreas de acción prioritarias “la creación de entornos que apoyen la salud”. Los entornos o escenarios son definidos como aquellos lugares y contextos sociales donde las personas desarrollan actividades diarias, en los cual intervienen factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar de las personas.

La universidad reúne varias de las características de estos entornos: por un lado, es un centro de trabajo, un centro educativo y es también una institución de especial relevancia, por cuanto las tareas de investigación que realiza apuntan a garantizar el avance de la sociedad a través de la formación de los cuadros profesionales del futuro. Se trata, por otra parte, de entornos vivos donde interactúan factores ambientales, organizativos y personales. Para ser considerada saludable una universidad debe asumir un compromiso sanitario y desarrollar su potencial como agente promotor de salud, de bienestar y de calidad de vida de quienes estudian y trabajan en ella.

Una universidad saludable favorece cambios en la situación de salud del país a través de la generación de estudiantes y profesores que fomentan las acciones necesarias para lograr el bienestar tanto en las instituciones y comunidades en las que trabajan como en las familias que forman.

Algunas de las iniciativas que la universidad promueve para la generación de espacios saludables es la instalación “kioscos saludables”, a fin de modificar los hábitos de consumo en los niños; los espacios libres de humo; programas especiales, en diversos horarios y espacios, para incentivar la actividad física.

Este entorno protege la salud mediante la promoción de conocimientos y habilidades orientados a la adquisición de estilos de vida saludables, proporcionando la infraestructura necesaria y favoreciendo la socialización y las actividades de ocio saludables.

La salud se construye y es vivenciada por las personas en su ambiente cotidiano, allí donde trabajan y aprenden; involucra una serie de tradiciones, hábitos y conductas que conllevan la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y una vida más satisfactoria mediante comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar (un adecuado control y tratamiento de las tensiones, de las emociones negativas, un buen régimen de ejercicio, de sueño, una correcta distribución del tiempo de ocupaciones y de ocio, entre otros).

Una calidad de vida adecuada se expresa en términos de satisfacción, alegría, felicidad y capacidad para afrontar apropiadamente los acontecimientos vitales. Esto se resume en el concepto de ADAPTACIÓN, que articula a su vez los de calidad de vida, afrontamiento y apoyo social.

CONCLUSIÓN

La modificación de conductas y actitudes para generar una cultura saludable no depende únicamente de las personas sino también de las estructuras institucionales, de las políticas y decisiones estratégicas que adopten. La universidad debe preocuparse más y ocuparse en proporcionar un contexto de oportunidades para las actividades de promoción de la salud y de la calidad de vida de su comunidad.

Como parte de su acción educativa, promover el desarrollo de las potencialidades del pensamiento, valorativas, comunicativas y creativas, de la comprensión histórica, política y social del entorno, permite generar un perfil de egresados con sentido de la responsabilidad y compromiso en el pensar y el actuar de un “saber ser” y “saber hacer”.

El desafío es grande pero el horizonte es alcanzable: se trata de lograr el compromiso de todas las partes involucradas en la construcción de una universidad saludable.

BIBLIOGRAFÍA

- Correa Rojas, M. et al (2016) Calidad de vida y la búsqueda de una Universidad saludable. Ed. HANNE
- Nussbaum M., y Sen, A. (1998). La calidad de vida. México: FCE.
- Sen, A. (2000) Desarrollo y Libertad. Bogotá: Editorial Planeta.
- Tenreiro, D. (2012) Universidad saludable y sustentable. Disponible en: www.diegotenreiro.com.ar
- Tonon, G. (2005) “Un lugar en el mundo: la universidad como espacio de integración social para los estudiantes.” Revista Hologramática. Edición Nº 3. Diciembre. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Lomas de Zamora. pp. 41-49. Disponible en: www.cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=134
- Presentaciones del Plan Argentina Saludable <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/plan/argsal.html>

El rol de la enfermera de enlace en la continuidad de la atención del binomio madre-hijo

Lic. Sandra Coronel*
Casa Hospital San Juan de Dios

La educación del paciente se ha convertido en una función prioritaria de los agentes de salud. El rol de la enfermera de enlace permite brindar una mejor calidad de atención y seguimiento de los pacientes y su entorno, evitando la fragmentación de la atención.

Resumen: Este trabajo propone una estrategia para la continuidad en la atención del binomio madre-hijo basada en el rol de Enfermería denominado "enfermera de enlace", cuya función es garantizar la continuidad de los cuidados al coordinar las tareas entre el nivel hospitalario y el resto de la estructura asistencial, actuando como facilitador para la paciente y su familia cuando estos requieran servicios asistenciales.

Palabras clave: maternidad segura y centrada en la familia, binomio madre-hijo, puerperio, lactancia materna.

Abstract: *This work propounds a strategy for continuity of care of the mother-child binomial based on the role of Nursing called "liaison nurse", whose function is to ensure the continuity of care by coordinating tasks between the hospital level and the rest of the healthcare structure, acting as an enabler for the patient and her family when they require assistance services.*

Keywords: *safe and family-centered motherhood, mother-child binomial, puerperium, breastfeeding.*

INTRODUCCION

Los valores personales y grupales juegan un papel importante en la comprensión de la enfermedad y en la práctica del cuidado de la salud. Esos valores son los que definen el concepto de salud-enfermedad de cada persona, estableciendo a la vez las funciones sociales tanto del paciente como del equipo de salud, interconectándolos unos con otros.

Dentro de ese equipo, Enfermería desarrolla sus propias funciones: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el dolor (CIE). Enfermería se ha identificado como una profesión humanística cuyas acciones se desarrollan en beneficio del paciente, que es el centro de su trabajo. Esto implica brindar información y educación sobre la salud, así como acompañamiento en la recuperación de una enfermedad, de forma tal que el paciente pueda contar con las herramientas para elegir la mejor opción luego de evaluar los riesgos y beneficios de cada una de ellas.

La función de Enfermería se basa en la atención autónoma y en colaboración que brinda a los pacientes, su familia, y a la comunidad en toda circunstancia. Comprende acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención brindada a enfermos, discapacitados y en situación terminal (OMS: 2017).

De este modo, el profesional de Enfermería actúa como enlace entre los profesionales de la salud, el individuo y su familia, al crear relaciones en base al conocimiento mutuo con el paciente sobre sus percepciones, valores y necesidades; esto le permite negociar el cuidado con el fin de

alcanzar los objetivos propuestos desde un punto de vista holístico. Esta función permite, además, la integración de los esfuerzos, ya que evita la fragmentación en relación a la especialización y la atención básica orientada al cuidado de la salud (Zabalegui Yáñez: 2003).

JUSTIFICACIÓN

Argentina cuenta con un sistema de salud complejo y fragmentado en subsistemas (sistema público, de la seguridad social y el privado), lo cual dificulta la posibilidad de brindar una cobertura más homogénea, que pueda estar dada por la horizontalidad en la asignación de los recursos humanos en salud (Maceira: 2010). Resulta por ello más complejo en la actualidad dar respuesta a los cambios en el perfil epidemiológico del país, a los desafíos vinculados con la cronicidad de las enfermedades no transmisibles y los patógenos cada vez más resistentes a los antibióticos.

Existen diversos factores de riesgo que hacen a los pacientes más vulnerables en su recuperación. A Enfermería le corresponde la tarea de adaptar los medios técnicos, junto con los recursos necesarios, a fin de detectar esos riesgos y tratarlos a tiempo. Esto se logra a través del énfasis en la educación y el autocuidado. Así, un sistema más integrado permite a los individuos y sus familias acceder a una atención unificada, desde la consulta hasta la internación, que incluyera su posterior seguimiento hasta la recuperación definitiva, acompañando sus dudas y preparándolo para el alta hospitalaria definitiva.

En Argentina, todavía, el rol de Enfermería se contempla como el accionar profesional dentro de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en el inicio o continuidad de la atención dentro del sistema de salud. En países como España, cumple un rol fundamental en la atención de la salud de sus habitantes: se ha transformado en la puerta de entrada al sistema y en el eslabón de continuidad y coordinación entre los distintos niveles de complejidad. Dicha continuidad está dada por la figura de la enfermera de enlace, quien facilita soluciones para establecer

una relación apropiada a la cultura institucional y con las organizaciones, entre los distintos niveles asistenciales, definiendo la responsabilidad de la atención primaria y la atención especializada.

En muchas ocasiones el tener un trabajo que brinde cobertura asistencial a través de coberturas privadas o de seguridad social no garantiza que las personas tengan la continuidad de la atención necesaria para recuperarse luego de una hospitalización, ya sea por una patología –con secuelas o no–, e incluso por situaciones felices para la familia como es el nacimiento de un bebé.

Frente a esta situación se plantea esta investigación acerca del rol de la enfermera de enlace en la continuidad asistencial, del sector privado y de la seguridad social, del sistema de salud argentino (continuidad que se ve dificultada para el paciente y su familia tras un período de hospitalización), tomando como universo de estudio los binomios madre–hijo que se asistan en la Casa Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía.

En cuanto a la atención del binomio posterior al alta, mediante este accionar se permitiría a la madre contar con las herramientas necesarias para su propio autocuidado en el período del puerperio y la correcta atención de su bebé a fin de evitar complicaciones prevenibles durante el período perinatal.

Los resultados de esta investigación favorecerán la promoción y recuperación de la salud en la población tras un período de hospitalización, su inserción a la vida cotidiana a partir de la atención y la educación del individuo, su familia o cuidadores. Además, se lo podrá abordar terapéuticamente a través de la detección temprana de signos y síntomas de complicaciones a fin de derivarlo en forma preventiva a la consulta médica.

OBJETIVO GENERAL

- Establecer el rol de la enfermera de enlace en la continuidad asistencial del binomio madre–hijo y su accionar en la prevención de las complicaciones relacionadas a la lactancia materna desde el puerperio precoz hasta el puerperio alejado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer el impacto del rol de la enfermera de enlace en la continuidad de atención desde el puerperio precoz hasta el puerperio alejado de los binomios madre–hijo asistidos en el departamento materno infantil de la Casa Hospital San Juan de Dios.
- Prevenir potenciales riesgos de complicaciones perinatales relacionados a la lactancia materna, informando a las madres sobre los cuidados de su bebé y su propio autocuidado.
- Detectar en forma precoz los signos y síntomas de alarma que se desvían de la fisiología hasta el puerperio alejado.
- Coordinar las distintas actividades a fin de mantener la continuidad asistencial durante el puerperio, fomentando la asistencia de las actividades grupales que puedan realizarse.

ASPECTOS DEL MARCO TEÓRICO

Desde diciembre del año 2015 la Casa Hospital San Juan de Dios incluye la atención en la maternidad con una concepción de binomio madre–hijo basado en el modelo MSCF.

Esta modalidad de atención facilita la transición de la vida intrauterina a la extrauterina mediante un alojamiento conjunto de la puérpera con su hijo recién nacido sin interferencias, fortaleciendo así la relación inmediata entre ambos. Los controles y exámenes físicos programados se efectúan en la cuna del recién nacido, en la cama con su madre, o lo más cerca ella, con la idea de evitar separaciones innecesarias.

El acompañamiento y la contención de la madre es muy importante, especialmente en el caso de haberse realizado cesárea, de madres adolescentes o de aquellas que poseen situaciones limitantes (dificultades visuales o motoras, por ejemplo), al darle la posibilidad de que pueda elegir a quién desea que la acompañe.

El puerperio corresponde al período de tiempo –entre 45 y 60 días– posterior al nacimiento, durante el cual se producen cambios anatómicos y

funcionales que restituyen en forma progresiva las modificaciones gravídicas a su estado pregravídico. Desde el punto de vista clínico, el puerperio tiene diferentes etapas de acuerdo a su evolución:

- a Puerperio inmediato: abarca las primeras 24 horas luego del nacimiento.
- b Puerperio precoz: comprende entre el segundo y el décimo día posterior al nacimiento.
- c Puerperio alejado: período que va desde el día 11 al día 42 luego del parto.

- d Puerperio tardío: abarca a partir del día 43 hasta el día 60 luego del parto.

Durante este período se debe brindar a la mujer información oportuna y relevante, cada vez que lo solicite o cuando el equipo de salud lo determine, a fin de que pueda brindar sus propios cuidados tanto a su bebé como a sí misma. Si bien la mayor parte de las mujeres cursan esta etapa sin complicaciones, el cuidado del binomio madre-hijo debe garantizar una correcta prevención, diagnóstico y tratamiento que permita detectar a tiempo cualquier desvío que impida una satisfactoria recuperación.

Cuidados de Enfermería durante el puerperio

- En la sala de partos, al recibirlo en el nacimiento se debe evitar la pérdida del calor, facilitar el contacto piel a piel con la madre, favorecer la lactancia y evaluar el estado de salud del RN.
- En forma inmediata al nacimiento, secar al RN y colocarlo sobre el abdomen de la madre en forma temprana para favorecer el contacto piel a piel, teniendo presente el estado de salud del mismo.
- Cortar el cordón umbilical cuando su circulación haya cesado (el cordón se observa plano y no tiene pulso; esto sucede aproximadamente a los tres minutos posteriores al parto). Este es el momento en el cual baja las medidas de higiene y limpieza necesarias, se pinza y corta el cordón. Se debe tomar muestra de sangre del cordón en un tubo a fin de determinar grupo y factor del RN, o según la indicación médica correspondiente.
- Aplicar gotas oftálmicas al RN a fin de evitar infecciones. También se debe aplicar vitamina K en forma intramuscular para evitar complicaciones, ya que su hígado es inmaduro y sus mecanismos de coagulación no están desarrollados.
- Se debe evaluar la adaptación del RN a la vida extrauterina. Para ello se utiliza la escala de APGAR, que permite valorar el estado físico y detectar rápidamente cualquier necesidad de cuidados adicionales. Aquí se evalúan cinco factores: color de la piel, frecuencia cardíaca o pulso, actividad y tono muscular, respuestas a estímulos y por último respiración. El profesional que realiza esta evaluación suma las puntuaciones de estos cinco factores, cuyo valor oscila entre 0 y 10 puntos, siendo el máximo 10 puntos. La valoración se realiza en tres oportunidades: la primera se realiza un (1) minuto después del nacimiento, la segunda a los cinco (5) minutos después del nacimiento y la tercera a los diez (10) minutos posteriores al nacimiento.
- Luego de este procedimiento y al colocar al RN sobre el abdomen de la madre, se fomentará la lactancia en forma inmediata. Es recomendable que permanezca con su madre y se eviten procedimientos que puedan resultar dolorosos o molestos.
En este momento se debe colocar la triple pulsera numerada de identificación al RN según protocolos propios de la institución, en presencia de la madre o familiar designado por la misma, consignando datos filiatorios del mismo.
- Posteriormente, realizar un examen físico completo y detallado al RN, el cual se repetirá antes del alta institucional y se constatará que la madre reciba toda la información necesaria sobre los cuidados que deberá tener con ella misma y con el RN.

Tanto Enfermería como el resto del equipo de salud tienen la responsabilidad de brindar una correcta y completa información sobre lactancia materna, planificación familiar y la concurrencia a los controles programados en el seguimiento durante el puerperio (Larguía et al.: 2011).

En el período comprendido entre el puerperio inmediato y el tardío –que abarca el nacimiento, pasando por el alta y el primer mes de vida– el recién nacido requiere cuidados particulares acordes a cada momento, los cuales se detallan a continuación:

Como se mencionó antes, es importante la atención conjunta de la madre y el niño desde el momento mismo del nacimiento. Este estilo de asistencia permite que el bebé pueda estar en todo momento con la familia, bajo la responsabilidad de la enfermera de atención conjunta (binomio madre-hijo), dentro de un marco de contención, personalizando la atención en pos de la seguridad de los cuidados brindados.

Conforme al modelo de Maternidad Segura Centrada en la Familia (MSCF) se otorga un lugar prioritario a la seguridad del binomio; se fomenta la protección y el respeto de los derechos de la mujer y de su hijo a través de prácticas seguras. El equipo de salud promueve las técnicas apropiadas para el inicio temprano de la lactancia materna y Enfermería cumple un rol fundamental en la continuidad del cuidado desde el momento mismo del nacimiento (Larguía et al.: 2011).

El profesional de Enfermería crea lazos: conoce las percepciones y necesidades de su paciente y negocia los cuidados a fin de alcanzar los objetivos establecidos en el plan de cuidados. En el desarrollo de su función es común que surjan dicotomías entre la teoría y la práctica, las

cuales deben ser solucionadas a fin de alcanzar los objetivos del cuidado del paciente desde un punto de vista holístico.

Uno de los aspectos más importantes para garantizar la continuidad del cuidado es una correcta planificación del alta individualizada. Esto garantiza que el alta se dé en el momento oportuno y con el debido aviso, con lo cual se reducen la estadía hospitalaria y los reingresos hospitalarios no planificados y se optimiza la coordinación entre los servicios. Por otra parte, una correcta atención domiciliaria posterior al alta evita la fragmentación de la atención, la variación en los cuidados y lleva al equipo de salud hacia un objetivo común de atención (Rodríguez et al.: 2007).

La función de la enfermera de enlace es garantizar la continuidad de los cuidados, coordinando las actividades necesarias entre el nivel hospitalario y el resto de la estructura asistencial, pero fundamentalmente actúa como facilitador para el paciente y su familia cuando este necesite de servicios asistenciales. Su actividad comienza durante la internación hospitalaria, visitando al paciente junto a la supervisora del área cuando se prevé el alta del paciente. Durante las visitas, la enfermera de enlace realiza la valoración correspondiente y elabora el documento del alta de Enfermería, donde describe las necesidades alteradas, los diagnósticos enfermeros y el diagnóstico médico establecido. Una vez obtenidos estos datos, realiza el plan de cuidados con la participación de la enfermera tratante, el médico y, de ser posible, el propio paciente.

Antes del alta hospitalaria, comienza a ejecutar las acciones necesarias para determinar la adquisición de conocimientos por parte del familiar (u otra persona cercana) que tendrá a su cargo los cuidados principales del paciente. El día anterior al alta, comunica al equipo de atención primaria la valoración de Enfermería y el plan de cuidados realizado, a través del documento de alta de Enfermería. Una vez que el paciente haya llegado a su domicilio luego del alta, recibirá la visita del profesional de Enfermería de atención primaria, solo o acompañado por la enfermera de enlace (Jódar-Solà: 2005).

La enfermera hospitalaria de enlace desarrolla su actividad a fin de brindar una asistencia de mayor calidad, adaptándose a los cambios epidemiológicos que va sufriendo la población. Cuando una parte de esa población padece una incapacidad o algún tipo de disminución en la posibilidad de satisfacer sus necesidades de autocuidado luego de una estancia hospitalaria, esta situación provoca problemas en el afrontamiento del individuo e incluso de su familia al volver a su hogar.

Es aquí cuando la enfermera de enlace establece un plan de trabajo a través del cual se favorece al paciente y su familia a fin de cumplir con los objetivos previstos en el tratamiento, previos al alta. Asimismo moviliza los recursos necesarios y facilita la intervención de distintos servicios y profesionales que fueren necesarios, de forma tal de obtener mejores resultados (Rodríguez et al.: 2007).

En el sistema de salud argentino esa continuidad e interacción entre niveles se ve dificultada por varias razones, lo que se traduce en un desempeño por debajo de su rendimiento.

Como se dijo antes, uno de los aspectos que caracterizan al sistema de salud argentino es la complejidad, ya que la cobertura de salud está dada por subsistemas (el público, el de obra sociales y el privado) y por un financiamiento dispar de cada uno y entre ellos. Esta interacción tiene tres formas de subsidios relacionados entre sí: el que brinda el subsector público, el de obras sociales y el subsector privado cuando alguno de sus afiliados recibe atención en los servicios de salud públicos. Esto se observa también cuando un beneficiario de una obra social la utiliza como nexo para acceder a una medicina prepaga, y el que existe en los casos en que se da una doble cobertura.

Otro de los aspectos es la dilución de la responsabilidad en la aplicación de los cuidados de salud en la población. Un sistema integrado es aquel que reconoce a un único responsable (o a los más importantes) que pondrá en práctica los cuidados a brindar a la población. Si bien la diversidad de la oferta no significa precisamente fragmentación, cuando los responsables son varios y no hay una división de trabajo coordinada y explícita, la responsabilidad se diluye.

Estas dos causas dificultan el correcto funcionamiento del sistema de salud y de ellas se derivan dos consecuencias principales: por un lado, el incorrecto funcionamiento produce desigualdad en el

acceso, la forma de financiamiento y los resultados de la salud; por otro, produce un pobre desempeño del sistema, dada la relación entre la salud que se obtiene y los recursos asignados.

Mientras existan en Argentina personas que concurren a un financiador para recibir algunas prestaciones de salud y a otras para recibir otras diferentes, no habrá integración, lo cual seguirá afectando la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención (Tobar et al.: 2012).

- **Tipo de estudio:**

- Observacional: está diseñado con el objetivo de observar y registrar los acontecimientos durante el transcurso de los mismos.
- Longitudinal: implica la toma de medidas repetidas a lo largo de un seguimiento. Esto posibilita interferencias a nivel individual y permite analizar diferentes variables.
- Prospectivo: los datos serán recogidos con posterioridad al planteamiento del problema.
- Cualicuantitativo: el enfoque cualitativo utiliza los datos recolectados sin medición numérica para afirmar la pregunta de investigación; por su parte, el enfoque cuantitativo usa los datos recolectados para probar la hipótesis a través de una medición numérica y su posterior análisis estadístico.
- Investigación de campo: los datos serán recogidos directamente donde ocurren los hechos, sin manipulación de las variables.

- **Universo:**

constituido por mujeres que son asistidas por el servicio de obstetricia de la casa Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía.

- **Muestra:**

todas las mujeres que tengan sus hijos en la maternidad de la casa Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía durante el período agosto–noviembre de 2017.

- **Criterios de inclusión:**

mujeres que se internen para tener familia en la maternidad de la Casa Hospital San Juan de Dios.

- **Criterios de exclusión:**

mujeres que no acepten participar del programa; mujeres que tengan feto muerto; mujeres que tengan su bebé pero fallezcan con posterioridad al parto.

Asimismo, serán descartados de la muestra aquellos casos en que las mujeres seleccionadas decidan abandonar el estudio durante el desarrollo del mismo.

• **Variables a considerar:**

- Edad de la madre.
- Estado civil.
- Cantidad de hijos.
- Nivel de estudio.
- Actividad laboral.
- Tipo de parto.
- Lactancia previa.
- Duración de la lactancia previa.
- Necesidad de apoyo de a la lactancia que ha tenido luego del alta hospitalaria.
- Conformidad del cumplimiento de cuidado posterior al alta por parte de la enfermera de enlace en relación a la prevención de complicaciones en la lactancia materna.
- Conformidad del cumplimiento de cuidado posterior al alta por parte de la enfermera de enlace en relación a la prevención de otro tipo de complicaciones o dudas que pudan haber surgido.

FUENTES E INSTRUMENTOS

La enfermera de enlace realizará un seguimiento de cada binomio madre-hijo similar al aplicado en el Hospital General San Juan de Dios de Barcelona (Institut Català de la Salut): desde el alta del binomio hasta el puerperio alejado.

Este seguimiento comprende varias instancias, que se detallan a continuación, e incluye la recolección de datos a través de formularios, los cuales serán procesados con posterioridad para evaluar los resultados del programa.

CONSIDERACIONES FINALES

La educación es en la actualidad una de las funciones más importantes de la Enfermería, permitiéndole anticiparse a las situaciones que pueden surgir y prevenir aquellos riesgos para la salud. La educación esta es centrada en el paciente, ya que es él quien debe tomar su propia decisión sobre el tratamiento y cuidado a aplicar. Por otra parte, el

Funciones de la enfermera de enlace en el seguimiento del programa

- Realizar la primera entrevista con la madre una vez programada el alta del binomio.
- Realizar el primer llamado 48 horas después del alta a fin de evacuar las primeras dudas.
- Reiterar llamados con una frecuencia semanal.
- En esos llamados realizará una serie de preguntas de respuesta afirmativa o negativa referidas a la madre y al bebé.
- Ante la insuficiencia de cualquiera de las respuestas, orientará a la madre para una pronta consulta con la guardia de Obstetricia o Neonatología, según corresponda.
- Garantizar la comunicación de la madre con la enfermera de enlace a través de un celular, un mail o por whatsapp, ante cualquier duda que pueda tener más allá de los llamados telefónicos semanales que realiza la enfermera.
- Realizar talleres de lactancia en los cuales la madre pueda evacuar las dudas relacionadas con este tema. Una vez finalizados, evaluará los resultados mediante una encuesta de satisfacción (ver anexo 4a).
- Realizar la encuesta de satisfacción con el programa una vez finalizado el mismo (al cabo de 30 días) y antes del egreso del binomio de seguimiento. Se hará hincapié en identificar qué pediatra seguirá la atención del niño y qué ginecólogo seguirá la atención de la madre (ver anexo 7).

profesional de Enfermería debe ser el enlace o el vínculo entre el equipo de salud y el paciente junto a su familia. El propósito de esta función es evitar la fragmentación de los servicios relacionada a la especialización de la atención, logrando así la continuidad del cuidado (Zabalegui Yáñez, A. 2003).

El rol de la enfermera de enlace, desde la conceptualización moderna de la salud, es brindar continuidad de atención de los binomios madre-hijo en la prevención de riesgos de complicaciones relacionadas a la lactancia materna, desde el puerperio precoz hasta el puerperio alejado.

El desarrollo de esta investigación busca, además, recuperar como eje el encuentro entre los profesionales de la salud con el paciente, su familia y las estructuras del sistema sanitario para potenciar una cultura sensible frente al dolor y el sufrimiento, acompañando también a la paciente y su familia en los momentos de felicidad como es la llegada de una nueva vida. Se trata de enfatizar un nuevo rol de Enfermería que permita brindar cuidados de calidad más allá de la mera estructura hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

–Casa Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía. Web oficial:

http://www.sanjuandedios.org.ar/quienes_somos.php

–Correa Casado, M. (2014) El informe de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria. En: *Rev Esp Comun Salud*, 5(2): 102-111. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/311651831_El_informe_de_continuidad_de_cuidados_como_herramienta_de_comunicacion_entre_atencion_hospitalaria_y_atencion_primaria

–Dirección Nacional de maternidad e infancia. (2013). Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. (pp. 114–128).

–García Terol, C. y Caballé Bel, T (2013). Taller d'alletament: "mares del parc". Protocolo del área materno-infantil hospital general. Parc Sanitari, Sant Joan de Deus, Barcelona.

–Hernández Zampieri R., Fernández Collado C., Baptista LP. (2004). *Metodología de la investigación*. 4° ed. McGraw-Hill, Interamericana. México. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/33/63>.

–Institut Català de la Salut (2016) "Millorar la coordinació en els processos transversals amb els Hospitals de referència: Atenció puerperal. Protocolo de trabajo de atención primaria." En: Parc Sanitari. Sant Joan de Deus, Barcelona.

–Jódar-Solà, A.; Cadena-Andreua, N.; Parellada-Esquiús, J.; Martínez-Roldán (2005) "Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace." *El Prat de Llobregat*. Barcelona. 36(10): 558-62. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-continuidad-asistencial-rol-enfermera-enlace-13082489>

–Larguía, A., González, M., Solana, C., Basualdo, M., Di Pietrantonio, E., Bianculi, P. y Esandi, M. (2011) *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)*. Conceptualización e implementación del modelo. UNICEF Argentina, Sección 1

–Maceira, D., Cejas, C., y Olaviaga, S. (2010). "Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino." Documento de trabajo, (49). Disponible en: [file:///C:/Users/Sandra/Downloads/49%20DT%20Salud,%20Coordinacion%20e%20Integracion,%20Maceira,%20Cejas%20y%20Olaviaga,%202010%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Sandra/Downloads/49%20DT%20Salud,%20Coordinacion%20e%20Integracion,%20Maceira,%20Cejas%20y%20Olaviaga,%202010%20(5).pdf)

–Manterola, C. y Otzem, T (2014) *International Journal of morphology*. Vol.32, n°3. Temuco. Ministerio de Salud y Protección Social de Chile – Col. Ciencias. Guía n° 2.

–Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013) *Guía de práctica clínica del recién nacido sano*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

–Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. (pp. 332–423).

–OMS 2017. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

–Pérez, C. y Martín Moreno, JM. (2004) "Sobre los estudios longitudinales en epidemiología." *Revista Española de Salud Pública*. Vol.78, n°2.

–Rodríguez, VF, Verdugo, AM, Fernández, IP, y Martín, MG. (2007). "Enfermeras hospitalarias de enlace: gestoras de casos." *Enfermería Global*, 6(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/202>

–Savino C. y Reyes J. (1999) *El proyecto de investigación*. Guía para su elaboración. 3° edición. Caracas: Editorial Episteme.

–Tobar, F., Olaviaga, S., Solano, R. (2012). Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. Documento de Políticas Públicas, Análisis (108). Disponible en: [http://www.fmed.uba.ar/depto/saludpublica/108%20DPP%20Salud,%20Complejidad%20y%20fragmentacion,%20Tobar,%20Olaviaga%20y%20Solano,%202012\[1\].pdf](http://www.fmed.uba.ar/depto/saludpublica/108%20DPP%20Salud,%20Complejidad%20y%20fragmentacion,%20Tobar,%20Olaviaga%20y%20Solano,%202012[1].pdf)

–Zabalegui Yáñez, A. (2003). "El rol del profesional en Enfermería." *Aquichan*, 3(1), 16-20. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004

–Zurro-Sola (2011). *Atención familiar y salud comunitaria*. España. Ed. Elsevier.

Anexo 4.a

Encuesta de satisfacción – Taller “Lactancia Materna”

Edad: _____

Nacionalidad: _____

Fecha de nacimiento del bebé: _____

Cantidad de hijos: _____

Responda con SI o NO

¿Ha practicado la lactancia antes?: _____

¿Ha podido evacuar sus dudas con el taller? _____

¿Ha tenido complicaciones con la lactancia? _____

Consigne Apellido y Nombre del Profesional

Médico tratante: _____

Enfermera de enlace: _____

Otros aspectos: _____

Circule la respuesta según la escala: 0 = “insatisfecho” y 5 = “muy satisfecho”.

1. La información recibida ha satisfecho tus expectativas

0 1 2 3 4 5

2. La información recibida ha sido suficiente

0 1 2 3 4 5

3. La información recibida ha sido clara y comprensible

0 1 2 3 4 5

4. Has tenido el tiempo y espacio necesario para aclarar tus dudas

0 1 2 3 4 5

Sugerencias: _____

Anexo 7

Encuesta de satisfacción para madres – Seguimiento de la Enfermera de Enlace

Marque con una (X) la opción que considere correcta

1) Edad

Menos de 20 _____
21 a 25. _____
26 a 30. _____
31 a 35. _____
36 a 40. _____
Más de 40 _____

2) Estado civil

Soltera _____
Casada _____
Separada _____
Divorciada _____
Viuda _____
En pareja _____

3) Cantidad de hijos previos

0 1 2 3 4 Más de 4

4) Nivel de estudio

Primario _____
Secundario. _____
Superior o universitario _____
Posgrado universitario _____

5) Actividad laboral

Relación de dependencia. _____
Autónoma _____
Ama de casa _____
Otros _____

6) Tipo de Parto

Parto natural. _____
Cesárea _____

7) ¿Practicó lactancia previa?

Sí _____ NO _____ No sabe/no cont esta _____

8) Duración de la lactancia previa

Menos de tres meses _____
Entre 3 y 6 meses _____
Entre 7 meses y 12 meses _____
Más de 12 meses _____

9) ¿Ha tenido dudas sobre la lactancia?

Sí _____ NO _____ No sabe/no contesta _____

10) ¿Ha sido necesaria la continuidad de los cuidados con posterioridad al alta?

Sí _____ NO _____ No sabe/no contesta _____

11) Conformidad del cumplimiento de cuidado posterior al alta, por parte de la enfermera de enlace relacionado a la prevención de complicaciones relacionadas a la lactancia materna

Muy conforme _____
Conforme. _____
No sabe / no contesta _____
Poco conforme _____
Muy disconforme _____

12) Conformidad del cumplimiento de cuidado posterior al alta, por parte de la enfermera de enlace, relacionado a la prevención de otros tipos de complicaciones o dudas que pudieron haber surgido.

Muy conforme _____
Conforme. _____
No sabe / no contesta _____
Poco conforme _____
Muy disconforme _____

Para mis días

Luisina Bruno y Juan Nieva

Mi casa es una suerte de esperanza colmada de árboles y quimeras.
Cuelgan de las hojas mariposas y se arraiga el agua entre las piedras,
suena el mar en los rincones aunque aquí haya sierras
porque el mar viaja en el viento y desata primaveras.
Hay arroyos y vertientes que amarran cosas buenas
como el agua para la gente que cosecha de su tierra;
saben cantar los grillos cuando la vida oscurece
y a los humanos con el viento, con el mar, se nos florecen
los sueños y los hijos como un amor recurrente.
Aquí no habrá odio que dure porque el odio, como el miedo, nada puede en el mundo:
aunque hachen, aunque peguen, los que cantan son hermanos
y las canciones que quedan son las que tienden las manos. contra nada, contra nadie.
Si a mí el viento me ha contado que en las entrañas del aire
se puede ir con el agua
sin lastimar a nadie.
Mi casa es una suerte de barro y pájaros
donde yacen la guitarra y el hombre que tanto amo.
Si usted ama como yo
plante sereno una semilla:
tan sólo esa humanidad hará del suelo una vida.

Familia activa (segunda parte)

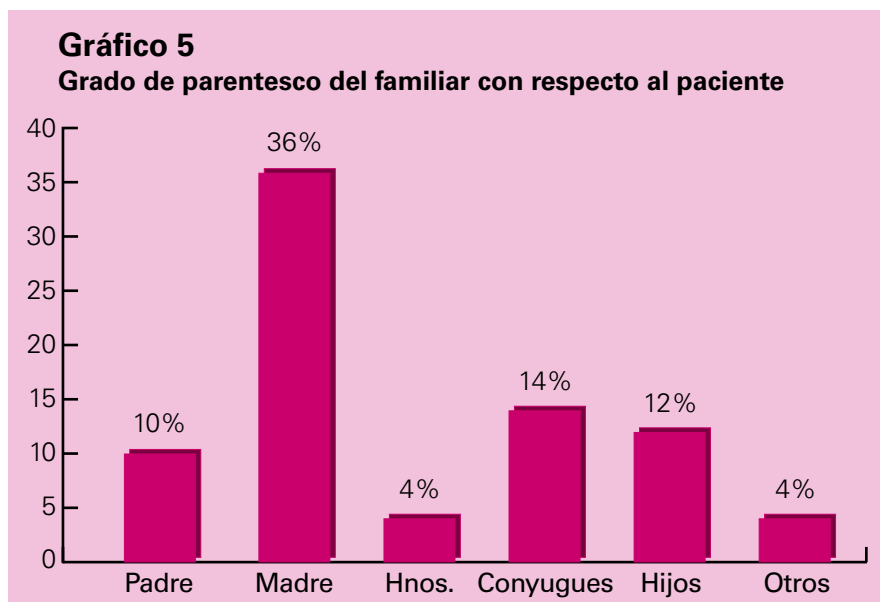
Dr. Daniel Gallo
Lic Nestor Orfeo
Ing. Franco Vinciarelli
Servicio de Enfermería ACIA

Este programa de capacitación prevé que los enfermeros planifiquen intervenciones educativas y de apoyo dirigidas a los familiares o personas allegadas durante la estancia hospitalaria del paciente para que puedan llevar a cabo los cuidados en el domicilio una vez recibida el alta.

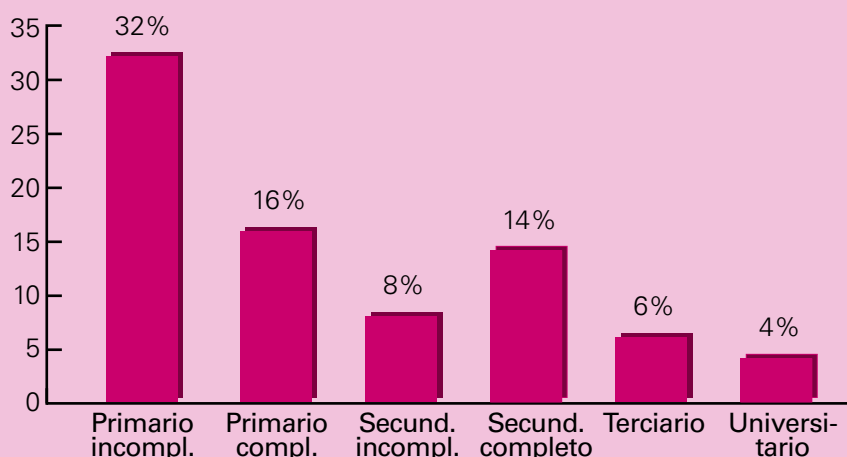
RESULTADOS

Características del grupo en estudio:

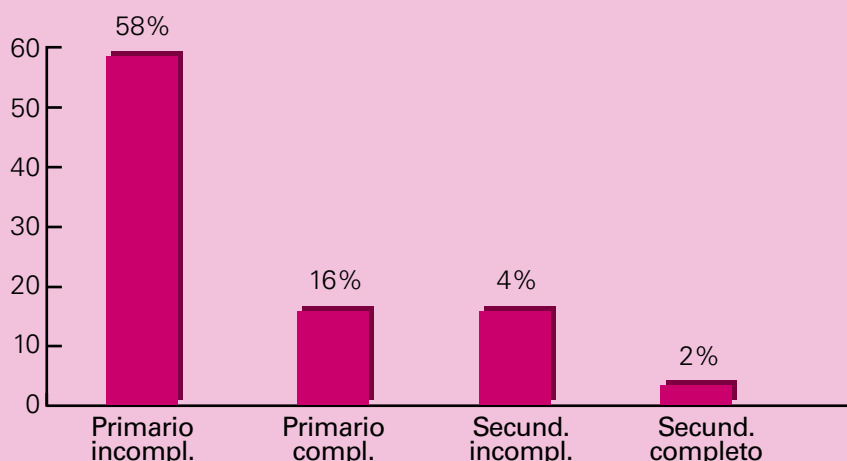
- Ingresaron al programa 80 pacientes con sus respectivas familias, lo cual representó el 20% del total de ingresos admitidos 2016-2017.
- El mayor número de pacientes se concentró en el rango etario entre los 15 y 25 años (42); seguido del rango de 26 a 40 (21); de 40 a 60 (12) y finalmente un grupo menor de más de 60 años (5).
- 36% mujeres
64% varones



La mayor frecuencia de parentesco se concentra en madre (36) y cónyugue (14); le siguen hijo/a (12) y padre (10), hermanos/a (4) y otros (4).

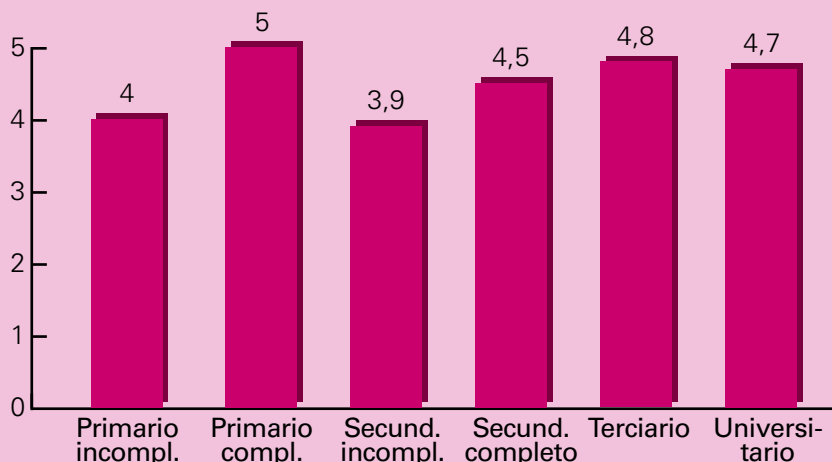
Gráfico 6**Nivel de escolaridad de los familiares**

El nivel primario incompleto concentró la mayor cantidad (40%), seguido del nivel primario completo (20%), nivel secundario completo (17,5%), secundario incompleto (10%), nivel terciario (7,5%) y nivel superior universitario (5%).

Gráfico 7**Especialidades que intervienen en el tratamiento de los pacientes**

Si bien la totalidad de los pacientes del programa (80) han sido atendidos por el servicio de Clínica Médica (CM), en el tratamiento se han sumado otras especialidades (atención conjunta).

En primer lugar, CM en conjunto con Neurocirugía (NC) brindaron tratamiento a 58 pacientes; CM con Cirugía General (CG), 16 pacientes; CM con Traumatología (OyT), 4 pacientes; CM con el servicio de Maxilofacial, 2 pacientes.

Gráfico 8**Relación entre el promedio de días de aprendizaje y el nivel de escolaridad de los familiares**

En la relación entre los días promedio de aprendizaje requeridos y el nivel de escolaridad de las familias participantes no se observan diferencias significativas, ubicándose todas dentro del rango máximo de 5 días.

TIEMPOS DEL PROCESO DE ENSEÑANZA–APRENDIZAJE.

En base a las evaluaciones efectuadas por el equipo de Enfermería se ha podido estimar la cantidad de días demandados por el proceso de enseñanza–aprendizaje para cada uno de los problemas incluidos en este programa. El cálculo se realiza en base a cuatro demostraciones diarias (una por turno).

Promedio de tiempo demandado para el aprendizaje (problemas).

- Cuidados de la alimentación enteral (4 días); Cuidados de la piel (3,6 días); Cuidados de la traqueostomía (3,2 días).
- El tiempo promedio para el aprendizaje del total de los problemas fue de 3,6 días. Estos permite su ejecución dentro del promedio de días de estada de los pacientes en el servicio. Aunque a priori el cuidado de traqueostomía era considerado el más complejo, resultó ser el que demandó menor tiempo de aprendizaje, probablemente por repetirse en función de su necesidad.
- Esta estimación fue realizada para cada uno de los problemas teniendo en cuenta los cuidados que lo integran.
- Protección de los sitios de apoyo (4,3 días); cambio de posición (4 días); lubricación de la piel y observación del estado de la piel (4 días cada uno); colaboración en el baño del paciente (3,4 días).

Tiempo promedio requerido para el aprendizaje (cuidados).

- Limpieza peritráqueo (3,6 días); higiene de la camisa y utilización del fonador (3,4 días cada uno); higiene bucal (3,25 días); retiro de la camisa (2,35 días). Aunque estos cuidados despiertan mayor grado de ansiedad en el familiar (temor de producir daño al paciente), su tiempo de aprendizaje fue menor. El uso del dispositivo de fonación se presentó en casi la mitad de los pacientes.
- Preparación del alimento (5,5 días); conexión del alimento por sonda (4,7 días); control de permeabilidad de la sonda nasogástrica (3,2 días); posición correcta del paciente (3,2 días); lavado de la sonda nasogástrica (3,15 días).

Frecuencia de los problemas en estudio.

- Para cada paciente se seleccionaron los problemas considerados pertinentes según sus necesidades, por lo cual el total de pacientes para cada problema fue diferente.
- Cuidado de la Piel (72 pacientes); Cuidados de la Alimentación Enteral (65 pacientes); Cuidado de Traqueostomía (50 pacientes).

Cantidad de problemas para cada uno de los pacientes.

- El número de problemas asignado a cada paciente no fue uniforme y varía según las necesidades y requerimientos en cada caso. Este aspecto permite destacar la mayor o menor cantidad de contenidos incluidos para el aprendizaje de cada familiar, lo cual posiblemente influyera en la predisposición del mismo debido al grado de complejidad que demandaba la atención.
- La mayor frecuencia corresponde a pacientes con 3 problemas (48), seguido por el grupo con 2 problemas (22) y finalmente pacientes con 1 problema (10).

Derivación de los pacientes incluidos en el programa.

- 38 de 80 pacientes que integraron el programa fueron derivados a su domicilio particular al cuidado exclusivo de su familiar. 16 derivados a su domicilio con apoyo del servicio Internación domiciliaria; 14 a un Instituto de rehabilitación (ILAR); 8 derivados a efectores del 2do nivel de complejidad. De los 4 pacientes restantes ubicados en OTROS, 2 fueron derivados a Unidad de Terapia Intensiva del Hospital y 2 fallecieron.
- Aproximadamente la mitad de los pacientes fueron derivados a su domicilio, quedando los cuidados exclusivamente a cargo del familiar, lo cual justifica la aplicación del programa.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

El programa fue sometido a un proceso de evaluación que contempló

–El seguimiento del resultado del aprendizaje logrado por el familiar (evaluación continua) según los registros efectuados por el equipo de Enfermería y complementado por las encuestas realizadas a las familias (Anexo N°3).

–La metodología utilizada, mediante una encuesta realizada al equipo de enfermeros (Anexo N°4).

–Evaluación final para apreciar el impacto producido por el programa en los pacientes y su familia, equipo de Enfermería e institución.

Evaluación del programa, métodos e instrumentos

• Resultados del aprendizaje

- Los **cuidados de traqueostomía** se asimilaron en la menor cantidad de días, siendo, asimismo, el problema menos frecuente incluido en el programa.
Si bien generó en las familias un mayor grado de ansiedad, el aprendizaje deseado se logró en el menor tiempo. Esto puede atribuirse a la importancia que confieren a la necesidad básica de una respiración adecuada por parte del paciente, para lo cual se les instruye sobre los riesgos que conlleva el uso de este dispositivo.
- El mayor tiempo requerido para el aprendizaje de los **cuidados de la piel** puede atribuirse a la menor frecuencia de ejecución diaria de estos procedimientos (por ejemplo, el cuidado referido al baño en cama).
- Los **cuidados de la alimentación** enteral demandaron el mayor tiempo de aprendizaje; esto puede ser debido a la preparación del alimento, que generalmente se lleva a cabo en el office de Enfermería.

• Material de apoyo didáctico

El tríptico informativo destinado a la enseñanza de las actividades ha sido considerado por las familias de muchísima utilidad; no se detectaron dificultades de comprensión sobre la información ni en los textos ni en las imágenes del folleto.

• Set de entrenamiento

Utilizado para la explicación y demostración previa, resultó ser un elemento importante para la enseñanza y el aprendizaje, ya que se contaba con los elementos necesarios para efectuar los procedimientos en lo que se considera un entrenamiento previo (evitando las prácticas iniciales sobre el paciente).

• Metodología de enseñanza–aprendizaje

La utilización del método didáctico basado en la explicación y demostración de los procedimientos resultó eficaz para el logro de los objetivos de aprendizaje, favoreciendo el vínculo de relación entre los familiares y el equipo de Enfermería.

• Hoja de evaluación

Resultó de utilidad, de fácil comprensión y utilización por parte de los enfermeros.

• Encuestas de satisfacción

- El total de los familiares encuestados coinciden en considerar al programa como *bueno y muy necesario*, destacando que los ha capacitado satisfactoriamente para brindar los cuidados en el hogar.
- La mayoría considera que el tiempo destinado a la capacitación fue suficiente; sólo un familiar lo consideró insuficiente.
- En el apartado destinado a sugerencias, se observó como una necesidad relevante el cuidado de los pacientes diabéticos, tanto en su régimen alimentario, en la utilización de métodos de control

(glucómetros) y el manejo de insulinas. Esta sugerencia será incorporada como un cuidado más en el programa.

- Se sugirió también que se debería trabajar más con el servicio de salud mental, ya que el familiar debe adaptarse a una realidad diferente.
- El equipo de Enfermería destacó en general aspectos positivos del programa en su totalidad y aportó sugerencias constructivas para mejorarlo. Cabe destacar la actitud participativa por parte de todo el equipo de trabajo, y el apoyo de las autoridades del Departamento de Enfermería en el planeamiento, desarrollo y ejecución del programa.

• **Sistema informático**

- El desarrollado y utilización del sistema informático contó en forma permanente con el apoyo de la División Informática del Servicio Traumatología del Hospital. Resultó de gran utilidad en la capacitación de los enfermeros y en el acceso a los registros de Enfermería, tanto en su versión para dispositivos móviles como la plataforma informática.
- Permitió ingresar con mayor rapidez la información y resultados de las evaluaciones, disminuyendo el tiempo de trabajo de Enfermería, mejorando la organización del servicio y posibilitando mayor objetividad y continuidad en la evolución de la enseñanza, además de permitir realizar ajustes educativos tempranamente.
- Teniendo en cuenta la importancia de la incorporación de la tecnología para el cuidado de los pacientes, podemos sostener que es necesaria, constituyendo un aporte innovador en nuestro medio.
- Etapa de difusión y socialización del programa: se participó del concurso realizado por la Dirección de Enfermería de la Municipalidad de Rosario denominado Premios *Florence Nightingale*, obteniendo una mención especial en el rubro Proyecto de Trabajo.
- La presentación del programa a la comunidad científica del HECA, exponiendo los resultados obtenidos durante el período de prueba con un total de 20 familias integradas, recibió primera mención y obtuvo por parte de la Fundación HECA el subsidio “Dr. Roffo” para investigación, los recursos materiales para la continuidad y expansión del programa.

• **Percepciones del equipo de Enfermería**

- A través del seguimiento y evaluación de todas las familias participantes el equipo de Enfermería pudo observar que la mayoría presentó cambios actitudinales en el nivel de afrontamiento de la situación por la cual atraviesan (disminución del temor y la angustia).
- El hecho de compartir con el profesional enfermero la realización de los cuidados (lo cual lleva implícito un proceso de evaluación de su actuación) aumentó notablemente en ellos el sentido de compromiso para con el paciente.
- También se pudo observar un mayor acercamiento al equipo de salud, aumentando la confianza en el mismo.

• **Medición de impacto**

- Al analizar los reingresos de pacientes se advierte que en ninguno de los casos el motivo que originó la reinternación estuvo relacionado con los cuidados brindados por los familiares en su hogar.
- Con respecto al promedio de días de internación (33 días durante el año 2015) se pudo comprobar una disminución de 6 días en dicho promedio en el período 2016 -2017.
Este hecho produce no sólo una disminución de costos a la institución; al paciente, en cuanto a la reducción del riesgo de infecciones cruzadas, y al familiar, con el reintegro anticipado a su hogar.

• **Distintivo de participación**

La utilización de un elemento que permitió identificar a los familiares participantes del programa que lograban la aprobación produjo en ellos un sentido de pertenencia a la Institución al integrarse al equipo que brindaba cuidados a su familiar.

Sistema Integrado Familia Activa



Acceso al Sistema

regresa tu contraseña

Entrar

El sistema Web de acceso en PC de Escritorio: la información contenida en esta sección del programa será para uso del enfermero jefe de unidad y el coordinador del programa.

Familia Activa



Bienvenido al Sistema **Familia Activa** por favor ingrese sus credenciales para ingresar.

Usuario

Clave

Ingresar

La aplicación informática para dispositivos móviles permite transcribir los datos de las evaluaciones. Tienen acceso todos los miembros del equipo de Enfermería participantes de este programa.

CONCLUSIONES

De la información obtenida se puede destacar que el total de los familiares entrevistados, así como los enfermeros que integran el equipo de Enfermería del Área de Cuidados Intermedios Altos 1, aceptaron participar en el programa "Familia Activa".

La totalidad de las familias que finalizaron la ejecución del programa (80) lograron el alcance de los objetivos de aprendizaje fijados para tal fin, aprobando el 60% mínimo establecido.

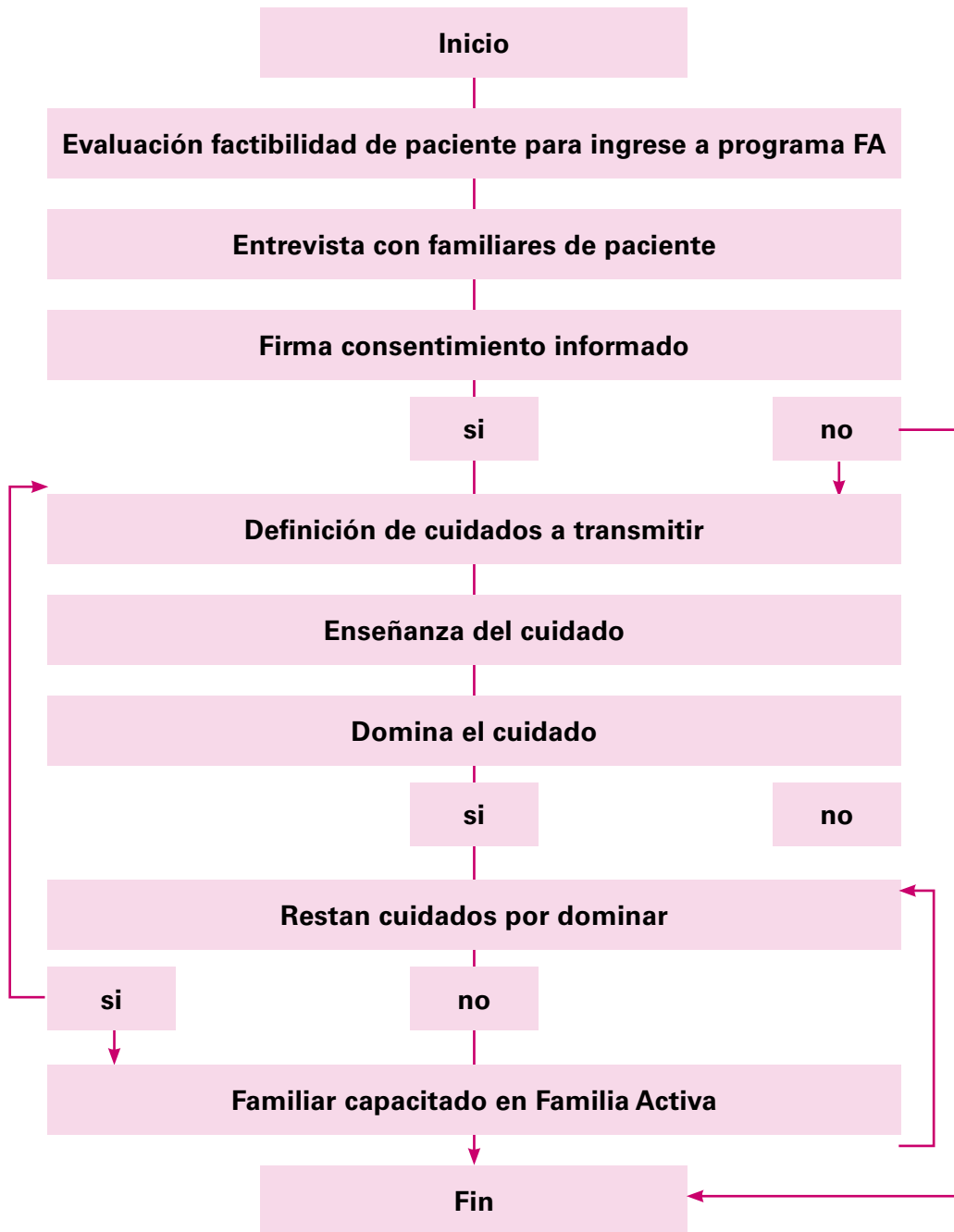
El tiempo utilizado para el desarrollo de la enseñanza se considera aceptable, ya que se produjo en una cantidad de días menor a lo estimado originalmente como necesario (10 días).

El desarrollo de este programa en el ACIA 1 despertó en el equipo de Enfermería del resto de los servicios del hospital la inquietud por participar del mismo, desde la detección de nuevos problemas y el aporte de los respectivos cuidados relacionados con las características propias de cada servicio. Gracias a ello, en la actualidad se cuenta con un total de 25 problemas detectados (Anexo N°6), los cuales pueden ser utilizados en cualquiera de los servicios adheridos al programa.

Este proceso conlleva la idea de institucionalización del programa, su etapa de desarrollo y finalmente su evaluación.

BIBLIOGRAFÍA

- Chirveches Pérez, E. (2013) Repercusiones del cuidar en los cuidadores informales de pacientes quirúrgicos, en su domicilio. Tesis Doctoral, Barcelona.
- Vaquiro-Rodríguez, S. y Stieppovich-Bertoni, J. (2010). "Cuidado informal, un reto asumido por la mujer." En: Ciencia y Enfermería, 16(2), 17-24.
- Shepperd, S., McClaran, J., Phillips, C., Lannin, N., Clemson, L., Mc. Cluskey, A., et al. (2010). "Planificación del alta del hospital al domicilio." (revisión Cochrane traducida). Recuperado el 28 de julio de 2013, de la base de datos La Biblioteca Cochrane Plus.
- Johnson, A., Sandford, J., & Tyndall, J. (2008). "Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas." (revisión Cochrane traducida). Recuperado el 18 de mayo de 2012, de la base de datos The Cochrane Library.
- Rodríguez, M., & Zurriaga, L. (1997). Estrés, enfermedad y hospitalización. 1° ed. España: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Ruiz de Mendoza, A. (2011). "Cuidar en una cultura diferente: Vivencias de cuidadoras de origen latinoamericano en el País Vasco." Index de Enfermería, 20(1-2), 21-25.
- De la Cuesta-Benjumea, C. (2007). "El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades." Revista Investigación y Educación en Enfermería, 25(1), 106.
- Covarrubias, L. y Andrade, R. (2001). "Calidad de vida de cuidadores de pacientes hospitalizados, nivel de dependencia y red de apoyo." Revista Paraninfo Digital, 14.
- Navarro-Diez, M. M. (2010). Estudio experimental sobre la eficacia de la intervención psicoeducativa INFOSA sobre el malestar psicológico de los cuidadores principales de personas ancianas dependientes. Tesis doctoral,



Universitat Jaume I, Castellón de la Plana, España. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/10402>.

–Espinoza-Miranda, K., y Jofre-Aravena, V. (2012). "Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales." *Ciencia y Enfermería*, 18(2), 23-30.

–Navarro-Arquellas, M. (2011). "Relación entre personalidad, sobrecarga y estrategias de afrontamiento en cuidadoras de pacientes mayores dependientes en el área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla." *Nure Investigación*, 8(51), 1-11.

–Aldasoro, E., Sanz, E., Bacigalupe, A., Esnaola, S., Calderón, C., Cambra, K., et al. (2012). "Avanzando en la evaluación del impacto en la salud: Análisis de las políticas públicas sectoriales del gobierno vasco como paso previo a la fase de cribado sistemático." *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 83-90.

–Candy, B., Jones, L., Drake, R., Leurent, B., & King, M. (2011). "Intervenciones para el apoyo de los cuidadores no profesionales de pacientes en la fase terminal de su enfermedad." *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

–Robledo-Cárdena, F. (2007). "Cuidadoras en el hospital: de acompañantes a cuidadoras domiciliarias en breve." *Index de Enfermería*, 57. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962007000200018&lng=en&nrm=iso

–Norton, D. (1987) "Norton revised risk scores". En: *Nursing Times*; 83 (41):6.

–Grupo Europeo de Úlceras por presión (1999) "Directrices sobre la prevención de úlceras por presión". *Gerokomos*, 10(1):30-33.

–OPS (1990) Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud. Serie PALTEX: Guía para técnicos medios y auxiliares.

–Mumphrey, C.J. y Milone P. (2003) *Introducción a la enfermería domiciliaria*.

–Hanner R. y Mary B. (2003) *Cuidados domiciliarios de la salud. Programas de Enfermería*. Ed. Regente College, New York.

–Palamidessi, M. (1998) "El ABC de la tarea docente: curriculum y enseñanza". En: *Enseñanza y filosofía de la enseñanza*. Buenos Aires: Aique.

TRÍPTICO INFORMATIVO



Usted está a punto de iniciar una nueva etapa que le permitirá acompañar a su familiar, a través de un programa de capacitación.

El aprendizaje que logre, le facilitará seguir la evolución del paciente, incrementando su conocimiento en el cuidado para que, de esa manera, sume esfuerzos junto al equipo de salud del H.E.C.A. para la recuperación del mismo.

Este proceso le permitirá capacitarse, posibilitando continuar con los cuidados en su hogar.



Juntos podemos salir adelante

FAMILIA ACTIVA

Departamento de Enfermería




CONTACTOS

Hospital de Emergencia Dr. Clemente Álvarez
Tel. 03 41-4808111
Int. 109—110

Correo electrónico:
familiaactiva@rosario.gov.ar

Cuidados de la piel, traqueostomía y alimentación enteral



FAMILIA ACTIVA

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA FAMILIARES DE PACIENTES

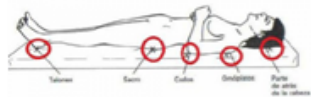
Rosario = salud

Lávate las manos



¿Cómo prevenir las úlceras por presión?

Las úlceras por presión son heridas producidas en la piel en las personas que se encuentran mucho tiempo en cama. Las zonas de localización más frecuentes son la región glútea, los talones, la cabeza y las caderas, para evitar que estas se produzcan debemos:

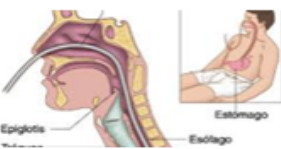


- Efectuar cambios de posición del paciente cada 2 o 3 horas
- Reconocer y proteger con almohadas o protectores locales puntos de apoyo.
- Higienizar al paciente con jabón neutro y detectar signos de deterioro de la piel.
- Observar estado de la piel, color, temperatura, humedad.
- Lubricar con cremas hidratantes o vaselina sólida las zonas de riesgo.

"El cuidado de la piel es fundamental para evitar que se produzcan las úlceras por presión"

Cuidados de la alimentación

Para su recuperación es necesario el aporte de nutrientes a través de un dispositivo, llamado sonda nasogástrica. Para su cuidado tenemos que:



- Luego de la administración del alimento por sonda, colocar 100 ml de agua.
- Controlar la correcta permeabilidad de la sonda
- Correcta fijación de la sonda nasogástrica
- Adecuada posición del paciente
- Administración de medicamentos

Cuidados de la nariz y boca



Cuidados de la traqueostomía

La vía aérea está compuesta por la nariz, la boca y otros órganos internos que intervienen en la respiración. En algunos casos especiales esta función es reemplazada por una traqueostomía, a la cual debemos cuidar.



- Observar que siempre debe ingresar y salir el aire sin dificultad
- Cuando el Venturi (frasco de suero que está conectado al traqueostoma) se encuentra con secreciones retirar y enjuagar.
- Retirar la Camisa interna del traqueostoma, lavar con solución fisiológica.
- Colocar nuevamente la camisa.
- Higiene correcta de la boca con colutorios



"NO SUMERGIRSE AL AGUA NI NADAR"



ENCUESTA ANÓNIMA Y VOLUNTARIA A FAMILIARES PROGRAMA “FAMILIA ACTIVA”

1 ¿Cómo considera al programa Familia Activa?

- ☐ NECESARIO
- ☐ POCO NECESARIO
- ☐ NO NECESARIO

2 ¿Cómo evalúa el programa?

- ☐ BUENO
- ☐ REGULAR
- ☐ MALO

3 ¿Considera que este programa l o/a ha capacitado para brindar los cuidados de su familiar en su hogar? ¿Cuánto?

- ☐ MUCHO
- ☐ MEDIANAMENTE
- ☐ POCO

4 ¿Considera que los cuidados incluidos en el programa son los necesarios?

- ☐ SI
- ☐ NO

¿Incluiría otros?

.....

5 ¿El tiempo destinado a la capacitación es?

- ☐ SUFICIENTE
- ☐ INSUFICIENTE

¡Gracias por su participación!

ENCUESTA ANÓNIMA Y VOLUNTARIA AL EQUIPO DE ENFERMERÍA PROGRAMA “FAMILIA ACTIVA”

1 Considera que los cuidados incluidos en el programa resultaron pertinentes

☐ SI

☐ NO

2 ¿Impartir la enseñanza mientras Ud. realizaba los procedimientos, le pareció? ADECUADO

☐ INADECUADO

¿Qué nivel de capacitación estima que logró el familiar en cada uno de los temas?

☐ MUY BUENO

☐ BUENO

☐ ESCASO

3 ¿Sugiere agregar otros temas al programa?

.....
.....

4 ¿La duración del período de aplicación del programa (10 días) le pareció?

☐ SUFICIENTE

☐ INSUFICIENTE

5 ¿El mecanismo de evaluación y su método de registro, considera que fue?

☐ BUENO

☐ REGULAR

☐ MALO

6 El material de folletería utilizado lo considera:

☐ BUENO

☐ REGULAR

☐ MALO

¡Gracias por su participación!

PROGRAMA “FAMILIA ACTIVA”
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del programa: Familia Activa

Autores: equipo de Enfermería del Área de Cuidados Intermedios Altos 1

Por medio de la presente brindo mi consentimiento para participar del programa **Familia Activa**, el cual me ha sido explicado en todos sus aspectos.

Entiendo que se trata de un programa educativo, sin ningún tipo de riesgo, destinado a brindar a los familiares de los pacientes internados, la información necesaria a fin de dar continuidad de la atención recibida sobre cuidados de la piel, de traqueostomía y alimentación por sonda nasogástrica, en mi domicilio una vez producida el alta hospitalaria.

He sido debidamente informado/a sobre la posibilidad de efectuar cualquier consulta al equipo de Enfermería en caso de presentar alguna duda sobre dichos cuidados.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Autorizo a que los datos obtenidos puedan ser publicados y utilizados con fines investigativos y educativos.

Consiento voluntariamente participar en este programa y entiendo que tengo el derecho de retirarme del mismo en cualquier momento, sin que me afecte de ninguna manera el cuidado médico.

Nombre del paciente:

Nombre del participante:

.....
Firma del Participante

PROBLEMAS Y CUIDADOS

Problemas	Cuidados
1. Cuidados de la piel	• Cambios de posición. • Protege sitios de apoyo. • Lubrica la piel. • Observa estado de la piel. • Colabora en el baño.
2. Alimentación enteral	• Preparación de NET. • coloca el alimento. • Control de permeabilidad de sonda. • Lavado de sonda o gastrostomía. • Posición correcta.
3. Traqueostomía	• Limpieza peritráqueo. • Retiro de la camisa. • Higiene de la camisa. • Higiene de Venturi. • Higiene bucal.
4. Talla o sonda vesical	• Higiene y curación perisonda. • Observación del estado de la orina (calidad). • Vaciado correcto de la orina. • Control de diuresis (cuantifica). • Control de permeabilidad de la sonda.
5. Inyectable vía subcutánea	• Identificación correcta del medicamento. • Llenado de la jeringa. • Antisepsia de la zona. • Sitios posibles de punción. • Técnica correcta de punción.
6. Colostomía e ileostomía	• Vaciado de la bolsa. • Retiro de la bolsa. • Higiene peristoma. • Observar la zona ostomizada. • Colocación de la bolsa.
7. Tutor externo	• Higiene miembro con tutor. • Observa sitio de inserción. • Movilidad de miembro con tutor. • Colocación e heparina. • Signos de alarma.
8. Pie diabético	• Control del estado de los pies. • Revisión del calzado. • Cuidados para evitar heridas. • Humectación de la piel. • Corte de uñas.

Problemas	Cuidados
9. Litiasis renal	• Dieta adecuada. • Importancia sobre la ingesta de líquidos. • Control del dolor. • Control de diuresis. • Signos de alarma.
10. Trasplante de córnea	• Cuidados específicos del ojo trasplantado. • Cuidados a la exposición de luz. • Controles a realizar. • Medicación específica postrasplante (inmunosupresores). • Signos de alarma a tener en cuenta.
11. Quimioterapia	• Cuidados de alimentación–ingesta. • Cuidados de la piel, mucosas y dolor. • Cuidados del Port. • Cuidados en la eliminación. • Control de sangrado.
12. Quemados: curación de heridas	• Preparación de gasas para cada curación. • Retiro correcto de las gasas. • Colocación de ungüentos. • Colocación de gasas estériles. • Vendaje del sitio con quemaduras.
13. Quemados: baño en domicilio	• Control de la temperatura del agua. • Uso de antisépticos adecuados. • Uso de elementos para el baño. • Manejo del dolor. • Complicaciones (sangrado, secreciones, gasas adheridas).
14. Quemados: cicatrización	• Control del prurito. • Control en la evolución de la cicatrización. • Educación sobre ejercicios. • Educación sobre medio ambiente. • Control y signos de alarma.
15. Renal: fístulas	• Cuidados sobre ejercicios a realizar. • Curación de la fístula AV. • Cuidados de la fístula AV. • Cuidados del brazo, peso de los elementos a levantar. • Control de pulso (frémido) diario.
16. Renal: catéter	• Cuidados del catéter durante el baño. • Cuidados del catéter durante la actividad diaria. • Control de signos de alarma. • Control de fijación del catéter. • Cuidados sobre la exclusividad del catéter.
17. Renal: ingesta de alimentos y líquidos	• Alimentos permitidos. • Ingesta de líquidos. • Signos de alarma. • Alimentos que contienen potasio. • Pautas para evitar la sed.

Problemas	Cuidados
18. UCC: adhesión a los medicamentos	• Medicamentos por nombre genéricos. • Administrar dosis correcta y horarios adecuados. • Efectos adversos. • Cuidados de los anticoagulantes orales. • No interrupción del tratamiento médico.
19. UCC: alimentación	• Conocer los alimentos y bebidas bajo en sodio. • Aprender a leer la etiquetas de los alimentos. • Tipo de dietas según su patología. • Evitar la sal en su alimentación. • Tipo de alimentos y su preparación.
20. UCC: hábitos saludables	• Actividad física progresiva según su patología. • Actividad sexual de acuerdo a su patología. • Disminuir factores de riesgo modificables. • Control médico periódico. • Prevenir la automedicación.
21. UCC: cuidados especiales	• Características del dolor de pecho. • Peso diario en los pacientes con ICC. • Control y registro de la tensión arterial. • Control de pulso y síntomas de arritmias. • Cuidados del Marcapaso.
22. Hematología: mucositis	• Higiene bucal en forma correcta. • Tratamientos del dolor. • Que hacer en caso de llagas profundas. • Utilización de analgésicos correctos. • Cuidados de la boca (buches).
23. Hematología: anemias	• Cuidados sobre actividades diarias. • Signos de alarmas (dolor precordial). • Reconocimiento de signos y síntomas. • Control de la eliminación intestinal. • Control de la alimentación y descanso.
24. Hematología: anticoagulación	• Informar sobre los riesgos de sangrado. • Cuidados sobre posibles traumatismos. • Manejo diario en su domicilio. • Cuidados en las dietas. • Cuidados frente a cirugías, extracciones dentales, etc.
25. Hematología: neutopenia	• Informar sobre los riesgos a infecciones. • Cuidados al contacto con personas. • Prevención de infecciones orales. • Signos de alarma. • Cuidados sobre la ingesta de alimentos.

Además de la participación de reconocidos profesionales del sector público y privado, contó con una numerosa audiencia a través de su emisión online

II JORNADA DE ENFERMERÍA NEONATOLÓGICA ORGANIZADA POR ADECRA+CEDIM Y LA FUNDACIÓN LARGUÍA

La Lic. Sandra Coronel, Presidente de la Comisión Enfermeros de Gestión de Adecra+Cedim y Jefe del Dto. de Enfermería de Casa Hospital San Juan de Dios, dio comienzo al evento. En sus palabras de apertura aseguró que “el progreso (en enfermería neonatológica) es indiscutible pero debe acompañarse con acciones que no se centren sólo en la atención del recién nacido sino que incluyan una participación activa de la familia”.

El primer panel de la jornada fue coordinado por el Lic. Aníbal Ávila (CEMIC). En él, el Lic. Alejandro Miranda (Maternidad Ramón Sardá) y la Lic. Guillermina Chattas (Hospital Universitario Austral) expusieron acerca de las características de la residencia y la especialización en la Enfermería neonatológica en el ámbito público y privado. “El grado de educación de los profesionales de Enfermería y la evolución de los pacientes tienen mucha relación”, resaltó la Lic. Chattas.

El siguiente panel, “Atención centrada en la familia”, fue coordinado por la Lic. Graciela Rojas (Sanatorio Los Arcos) y contó con la participación del Dr. Miguel Larguía (Fundación Larguía) y la Lic. Mónica Barresi (Sanatorio Finochietto). “El progreso sanitario consistió en que las mujeres no tuvieran los hijos en sus casa sino en instituciones, y así disminuir las muertes maternas y neonatales. Pero les sacamos todo: el hogar, la familia, el contacto piel a piel y esto es lo que tenemos que devolverles”, aseguró el Dr. Larguía, especialista en neonatología, reconocido por la Academia Nacional de Medicina y la Organización Mundial de la Salud. Por su parte, la Lic. Barresi hizo hincapié en los efectos favorables de un buen vínculo padres-hijo en el recién nacido, tales como la estabilidad fisiológica y la disminución del estrés.

En el panel coordinado por la Lic. Isabel Vera (Clínica Corporación Médica San Martín) distintas especialistas expusieron acerca de su experiencia

en el seguimiento del recién nacido prematuro. La Lic. Yamila Martín (Casa Hospital San Juan de Dios), profundizó en el rol de las enfermeras de enlace en el binomio madre-hijo y describió el éxito que implica contar con este rol en su institución. La Mg. Alejandra Llarín (Clínica Santa Isabel) describió el procedimiento que se lleva adelante en la Clínica Santa Isabel para la preparación de la relación madre-hijo en el momento del alta del prematuro. Por último, la Lic. Sandra Patricia Petenar (Clínica y Maternidad Suizo Argentino) explicó cómo realizan en su organización el seguimiento del prematuro luego del alta y durante las visitas al consultorio médico.

El panel final, “Cirugías intrauterina”, fue coordinado por la Lic. Anita Carvalho Nasser (Clínica y Maternidad Suizo Argentino), con la participación de la Dra. Graciela Zuccaro (Hospital Garrahan) y la Enf. Wayar Lea (Cemic). Respecto a las cirugías intrauterinas de madres gestantes con mielomeningocela, la Dra. Zuccaro aseguró que “los códigos internacionales dictaminan que no cualquier madre gestante puede ser sometida a la cirugía fetal. Debe contar con un nivel de mielomeningocela importante y padecer Chiari e hidrocefalia. La madre debe ser mayor de 18 años, tener un cariotipo normal y una edad gestacional de entre 18 y 25 semanas”. Por su parte, la Enf. Wayar Lea expuso sobre los procedimientos que en el CEMIC se llevan adelante en cuanto a los cuidados previos y posteriores a las cirugías intrauterinas.

El cierre estuvo a cargo del Lic. Víctor Ferraresi, Jefe del Departamento de Enfermería del IADT e integrante de la Comisión Enfermeros de Gestión de Adecra+Cedim. “Enfermería neonatológica es un terreno plagado de oportunidades para mejorar nuestra atención hacia los bebés, para mejorar la vinculación con los padres y para el crecimiento profesional”.



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

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