

Ratio de Calidad en cuidados
de enfermería: herramientas de
desarrollo interno para asegurar
dotaciones adecuadas

pág. 7

Factores de riesgo
en estudiantes
de enfermería

pág. 15

Adultos mayores
y edadismo

pág. 29

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



■ EDITORIAL |pág. 5

Graciela Rojas

■ INVESTIGACIÓN |pág. 7

Ratio de Calidad en cuidados de enfermería: herramientas de desarrollo interno para asegurar dotaciones adecuadas

Roberto Mora

■ DOCENCIA, INVESTIGACIÓN |pág. 15

Factores de riesgo en estudiantes de enfermería

Vanesa Ferreyra

Romina González

Sonia Kikuchi

Micaela Ortiz

■ FICHA 72 |pág. 21

Rol de enfermería en pacientes con drenaje torácico-pleural

Leandro Martín Vargas

Claribel Chávez Mansilla

■ INFORME

Programa de pasantías rentadas |pág. 27
para estudiantes de enfermería

Silvia Wesenack

■ RECOPILACION BIBLIOGRAFICA |pág. 29

Adultos mayores y edadismo

Cecilia L. Rossi

■ ENFERMERÍA EN CONTROL DE INFECCIONES |pág. 35

Gripe aviar, una enfermedad zoonótica

Stella Maimone

■ INFORME |pág. 41

Manifestaciones del modelo médico hegemónico en las organizaciones sanitario-asistenciales, según la percepción de licenciados en enfermería

Dario Siani

■ RINCÓN LITERARIO |pág. 46

Solaz de verano

Walter Piceda

STAFF

COMITÉ EDITORIAL

Mag. Hna. Mercedes Zamuner
Lic. Graciela Rojas
Lic. Walter Piceda
Alejandra Fuente

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Prof. Victoria Aued

DISEÑO GRÁFICO

Susana Prieto

Adecra

Montevideo 451 - Piso 10º (C1059ABI)
C.A.B.A. Argentina
Tel: (011) 4374-2526 Fax: 4375-2070
www.adecra.org.ar
www.enfermeria.adecra.org.ar
e-mail: revistavea@adecra.org.ar

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

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

Periodicidad trimestral
(marzo, junio, septiembre y diciembre)

CONSULTORES ESPECIALISTAS

Aspectos legales de la profesión: Lic. Elena Perich, Secretaria General de FAE, Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Buenos Aires • Enfermería en Control de Infecciones: Lic. Stella Maimone, Asesora de la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones (AADECI), Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Enfermería en Cuidados Paliativos: Lic. Marta Junín, Coordinadora de Grupo de Trabajo -Cuidados Paliativos- Hospital de Gastroenterología B. Udaondo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Enfermería Laboral: Lic. Sofía Pagliero, AECAP (Asociación de Enfermería de Capital Federal) • Enfermería Médico-Quirúrgica: Mg. Carmen del Pilar Santesteban, Directora del Programa de Educación a Distancia, Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, Provincia de Santa Fe. • Enfermería Oncológica: Lic. Silvina Estrada de Ellis, Jefa del Departamento de Enfermería de FUNDALEU, Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Informática en Enfermería: Lic. Hugo Leoncio, Presidente de la Asociación de Informática en Enfermería de la República Argentina (ADIERA) • Lic. Isabel Vera -Dra. en Enfermería - Directora Unidad Académica de Enfermería UBA - Facultad de Medicina - Corporación Médica San Martín • Lic. Guillermina Chattas - Licenciada en Enfermería. Subdirectora de la Carrera de Especialización en Enfermería Neonatal, Universidad Austral

CORRESPONSALES EN EL INTERIOR DEL PAÍS: Lic. María del Valle Correa Rojas 0387 4397469 - celular 387 4154461 **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 Muñoz de López. Tel. (03722) 425050 int. 118. **PROVINCIA DE BUENOS AIRES (LA PLATA):** Lic. Juana Lucila Ayala Rosa. Tel. (0221) 4220234 (desde las 18:00). **SALTA (CAPITAL):** Lic. María del Valle Correa Rojas. Tel. (0387) 4225426 **CONCORDIA (ENTRE RÍOS):** Lic. Rosana Firpo. Tel. (02966) 15598681/(02966) 433592. **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. 4833-4834. Nelly Guerrero (Salta) 0387-4341788. Enfermería de Alto Riesgo. **SALTA CAMPO QUIJANO:** Lic. Rosaria Francisca Gerónimo - 387 5025790. **INVESTIGADORA-ESCUELA DE ENFERMERÍA -FAC. C. MÉDICAS-UNR/COORDINADORA NACIONAL DE RED ESAM ARGENTINA/INTEGRANTE DEL GRUPO DE COORDINACIÓN INTERNACIONAL DE RED ESAM/ INTEGRANTE DEL GRUPO COORDINADOR DE RADES:** Cecilia L. Rossi (jubilada)

Recientemente, la Dra. Pamela Cipriano, actual presidente del Consejo Internacional de Enfermería (CIE), ha lanzado en la celebración del Día Internacional de la Enfermería el lema para este año: **Nuestras enfermeras, nuestro futuro**. Después de varios años bajo el lema “*Una voz para liderar*”, ahora el CIE nos desafía a proyectarnos hacia adelante en una nueva etapa, un nuevo sendero a transitar.

Si bien la pandemia pasó, y el uso de mascarillas ya casi no está presente en la actualidad, el continente europeo nuevamente nos pone en alerta: ahora los especialistas advierten que la gripe aviar ha aumentado exponencialmente. Según explicó José Antonio Quintano, médico de Atención Primaria y especialista en Neumología, en una entrevista a Europa Press, se trata de “un aumento que tiene una explicación en dos puntos clave, como son: la reducción de medidas de prevención contra contagios de enfermedades respiratorias y la disminución de la inmunidad provocada por la menor circulación de este tipo de infecciones”.

Desde diciembre se han reportado brotes de virus aviar (H5N1) en aves de corral en Europa, Asia, África y en enero comenzaron también en varios países de la región de las Américas. Hace pocas semanas, el Ministerio de Salud de la Nación argentino emitió un comunicado llamando a fortalecer la vigilancia epidemiológica de influenza aviar, para la detección de infecciones respiratorias agudas en personas que están en contacto o ambientes con aves portadoras de este virus. La transmisión no es de persona a persona, pero la mutación que tienen los virus nos compromete nuevamente a estar preparados y alertas.

Seguramente no sepamos qué puede aventurarnos este 2023 ni los retos que tendremos que afrontar, pero hay algo de lo que estamos seguros: debemos cuidar nuestros equipos de trabajo y mantener espacios de capacitación actualizada, pues cada profesional es valioso tanto en sus conocimientos, experiencias y aportes, aún en aquellos cuyas miradas pueden distar mucho de la nuestra. Por ello, ¡no bajemos la guardia!

Lic. Graciela Rojas

Jefe de Departamento de Enfermería, Sanatorio de los Arcos.

Para ir agendando!

CAPACITACIONES 2023

CURSO DE POSGRADO GESTIÓN DE JEFATURAS EN ÁREAS DE ENFERMERÍA

DIRECTORA:

Profesora Lic. Isabel Vera - Doctora en Enfermería

DÍAS DE CURSADA:

Jueves de 8.30 a 12.30 hs - De marzo a diciembre
Una vez por mes.

DIRIGIDO A:

Licenciados en Enfermería, que estén ejerciendo el cargo de Jefatura y quienes aspiren a ejercerlo.

CURSO DE ESTADÍSTICA APLICADA A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

DIRECTORA:

Profesora Lic. Isabel Vera - Doctora en Enfermería

DÍAS DE CURSADA:

Martes de 8.30 a 10.30 hs - De marzo a diciembre
Cada 15 días.

DIRIGIDO A:

Licenciados en Enfermería, interesados en aprender y saber manejar los métodos estadísticos que se utilizan en las ciencias de la salud.

PROGRAMA DE FORMACIÓN EN LIDERAZGO Y GESTIÓN DE ENFERMERÍA CON BASE EN COACHING ORGANIZACIONAL

DIRECTORES:

Dr. en Psicología Social *Darío Oscar Siani*
Prof. Lic. en Enfermería *Walter Oscar Piceda*

DÍAS DE CURSADA:

Miércoles por medio de 8.30 a 11.30 hs
De marzo a noviembre

DIRIGIDO A:

Personal de Enfermería.

INFORMES E INSCRIPCIÓN
alejandrafuente@adecra.org.ar

Ratio de Calidad en cuidados de enfermería: herramientas de desarrollo interno para asegurar dotaciones adecuadas

Roberto Mora*

Las herramientas de gestión del recurso humano en enfermería son innumerables. Sin embargo, la práctica cotidiana, así como las metas de calidad del cuidado, requieren generar nuevos instrumentos acordes a las posibilidades de cada institución.

INTRODUCCIÓN

La situación mundial vivida con la pandemia por COVID 19 puso a prueba a los servicios de enfermería, sobre todo en cuanto a la gestión de distribución del recurso humano para asegurar una atención de calidad a los pacientes.

El trabajo de los últimos siete años en la gestión del Departamento de Enfermería del Sanatorio Bernal, que se centró en la incesante búsqueda de brindar cuidados de calidad, ha dado sus frutos. Para ello fue fundamental la sinergia entre Dirección Médica, Gerencias y el compromiso del equipo de enfermería.

La incertidumbre de saber si podríamos continuar brindando cuidados centrados en la calidad era co-

tidiana debido al creciente ausentismo de nuestro personal por contagios, contactos estrechos y casos sospechosos. Sin embargo, el incremento en un 25% de nuestra nómina de enfermería en 2019, tanto en Cuidados Críticos Adultos como para Emergencias e Internación General, fue clave para asegurar operatividad, pero también la rotación y adecuación según necesidad de aislamientos.

Estas acciones tuvieron sustento en los procesos desarrollados inicialmente en 2015 y modificados, año a año, acorde al análisis de los indicadores de gestión y proceso de acuerdo a los objetivos fijados en el Planeamiento Estratégico. Esta experiencia nos posibilitó de-

*Jefe de Depto. Enfermería del Sanatorio Bernal. Auditor Evaluador de la CIDCAM (Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad y la Atención Médica). Diplomado en Gestión de Servicios de Salud. Diplomado en Seguridad del Paciente. Miembro de la Comisión de Enfermeros en Gestión de ADECRA. Miembro colaborador permanente de la Fundación para la Seguridad del Paciente Chile.

sarrollar, hacia mediados de 2021, una herramienta que nos permitiera pensar “efectivamente” en la carga de trabajo/enfermera y la reasignación de pacientes para poder asegurar una distribución equitativa de recursos según demanda.

RATIO DE CALIDAD

Inicialmente, es necesario hacer un repaso rápido por algunos conceptos básicos para poder entender a qué nos referimos cuando hablamos de calidad de cuidados. Por un lado, recordemos que gestión viene del latín “GESTIO-GESTIONIS”, que significa ejecutar, lograr un éxito con medios adecuados. Según Meleis (1989), *“la gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que dan la teoría de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería: es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería”*.

La gestión del cuidado en enfermería es el ejercicio profesional sustentado en su disciplina, la ciencia del cuidar mediante la aplicación de cuidados oportunos, integrales y seguros apoyados en la política y lineamientos estratégicos de la institución.

A partir de la creación del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM) se dictó la Resolución 194/95 (MSN) “Normas de organización y funcionamiento de los servicios de enfermería”, donde se destacan tres puntos específicos:

- **Concepto de gestión**

Las acciones del servicio de enfermería tenderán a buscar la optimización de los recursos para el logro de los objetivos mediante un proceso continuo de planificación, programación, organización y coordinación de recursos para el desarrollo de las actividades, con la dirección adecuada y en presencia de la permanente supervisión, seguimiento y evaluación de los problemas.

- **Efectividad**

Rendimiento óptimo de los recursos, asociado al éxito como resultado-calidad de efectivo en la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales.

- **Características del cuidado**

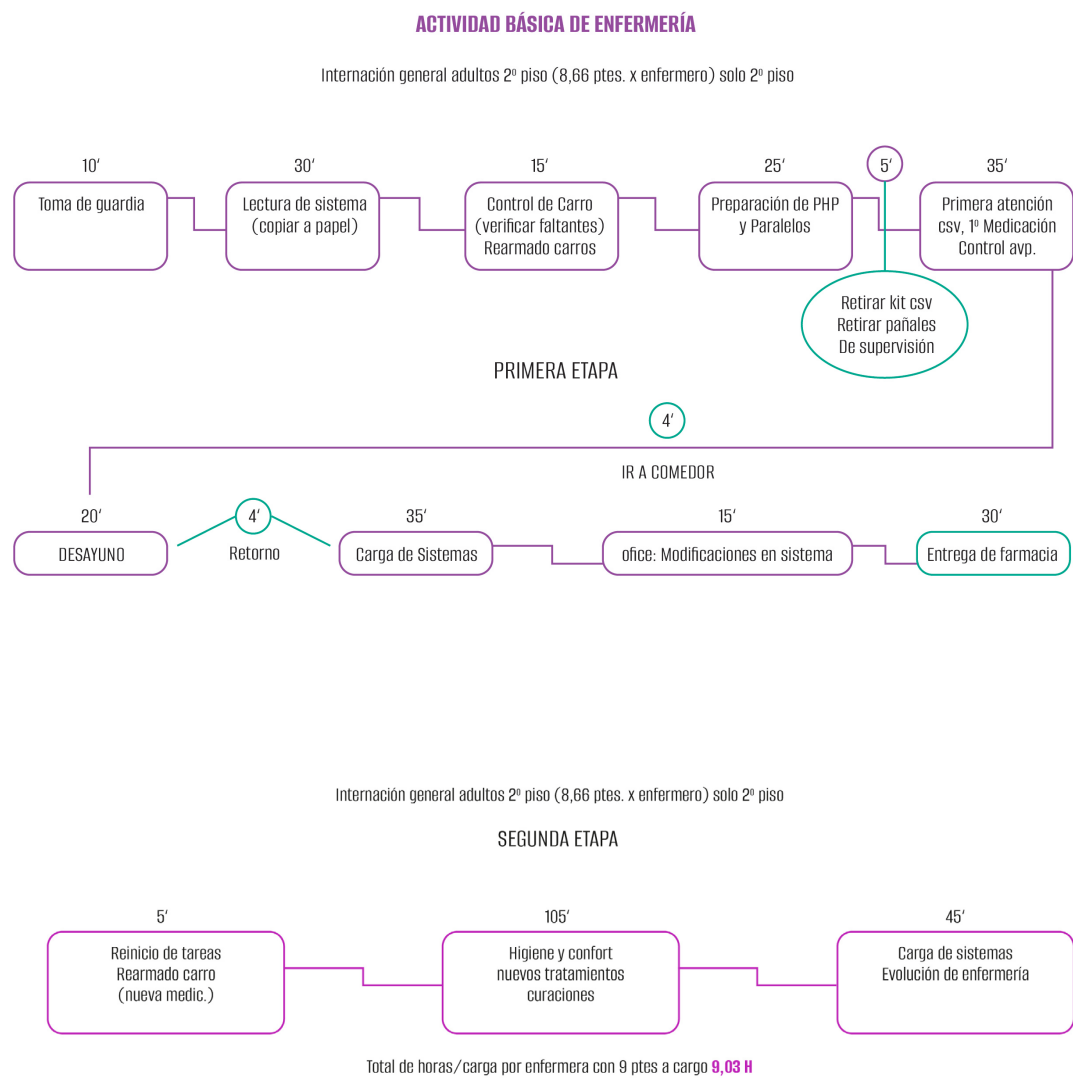
- Oportuno: tiempo pertinente, adecuado y apto a la situación de la demanda del cuidado y a la condición biopsicosocial.
- Libre de riesgos: probabilidades de “daño”, prevenir posibles situaciones de complicaciones biopsicosociales.

Fue así que, buscando mantener una atención oportuna, adecuada y basada en el concepto de calidad, pero además cuidando la salud de nuestro personal, desde el Departamento de Enfermería realizamos un análisis sobre los tiempos de trabajo del sector, sin categorizar tiempos por acción, ya que se encuentran preclasificados por la Resolución 194/95 del MSN.

Dicha resolución estipula: *“...medición de 82 actividades que en promedio requieren 6 minutos cada una. En el listado se observa la presencia de 7 actividades que insumen entre 12 y 30 minutos. Considerando las 75 actividades restantes, el promedio resultante es de 3 minutos 27 segundos. Se asume entonces, que una actividad mínima de atención de enfermería requiere 3 minutos para su ejecución. (...) Por lo tanto, se sugiere que la Unidad de Producción de Enfermería (U.P.E) tenga un valor de 3 minutos”*. Es por ello que se midieron tiempos totales por paquetes de acciones tanto de cuidados como de acciones generales durante la jornada de trabajo.

Este cálculo permitió generar, como primer paso, una herramienta de medición de la calidad de cuidados por reporte directo de enfermería que se denominó RATIO DE CALIDAD. Este ratio de clasificación de pacientes, reportado por las enfermeras a sus supervisores y cargados por estos últimos en el sistema informático, permite visualizar en tiempo real la demanda de trabajo por cada sectorización de enfermería.

MEDICIÓN DE TIEMPO DE PAQUETES DE ACCIONES ENFERMERÍA (CUADRO 1)



Las conclusiones emanadas del análisis de esta medición demostraron que era necesario disminuir la pérdida de tiempo para mejorar los índices de atención en calidad de tiempo brindado.

ACCIONES DE MEJORA

- Generar un sistema que permita evaluar en tiempo real la carga de trabajo por cada sectorización de enfermería.
- Desarrollar, junto a la Mesa de Gerentes, un plan de registración a pie de cama de pacientes, permitiendo así una significativa primera acción de mejora donde la reducción de desperdicio represente un 9% a 11% del tiempo total.

¿QUÉ IMPLICA CLASIFICAR PACIENTES?

Según Edwarson (1985), “un sistema de clasificación de pacientes es un instrumento que sirve para distribuir en categorías a los pacientes de acuerdo con ciertas necesidades asistenciales que pueden ser observadas clínicamente por la enfermera”.

En resumen, para clasificar pacientes debíamos considerar:

1. Características de nuestra población de pacientes.
2. Grado de dependencia.
3. Acciones de atención directas e indirectas.
4. Necesidades individuales más frecuentes.

Además, se consideraron aspectos como:

1. Pensar en la ergonomía de enfermería evitando desplazamientos innecesarios del personal (cuadro 1).
2. Cumplir medidas de prevención de infecciones hospitalarias.
3. Disminuir desperdicios de tiempo de atención (cuadro 1).
4. Favorecer los tiempos reales de descanso del personal.

METODOLOGÍA DE ESTUDIO COMPARATIVO

E IMPLEMENTACIÓN

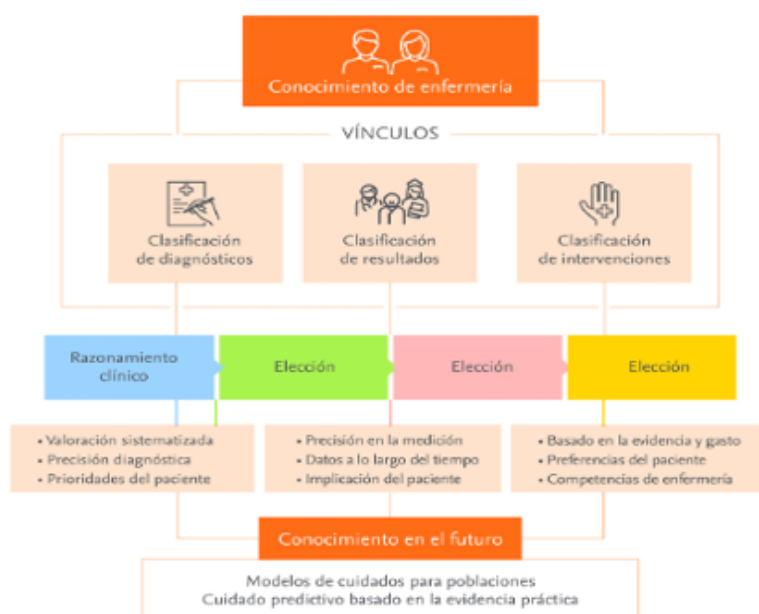
Se toma acción a partir de la clasificación NOC en la atención de *Grupo de Pacientes*, que describe: “la adición de una nueva fase dedicada a la identificación de resultados ha colocado la selección de un resultado de enfermería antes de la identificación de la elección de una intervención y de la planificación de los cuidados. Se trata de una ampliación importante del proceso de enfermería porque **obliga a la enfermera a considerar el resultado deseado al principio de la planificación de la atención**. Después de la ejecución del plan de cuidados y las intervenciones, la enfermera puede evaluar la efectividad de los cuidados proporcionados calculando el cambio de puntuación usando la NOC.” Se tomó como ejemplo la clasificación de enfermería con sustento en el Razonamiento Clínico y el Desarrollo del Conocimiento (cuadro 2) y las cinco clasificaciones NOC (cuadro 3) publicadas en distintos artículos nacionales e internacionales. Cabe destacar que toda medición que se realiza toma estos ejemplos de clasificación, pero, como ocurrió en este caso, deben ser adaptadas a la población pertinente de cada institución.

CUADRO 2

CLASIFICACIÓN DE ENFERMERÍA

RAZONAMIENTO CLÍNICO

Y DESARROLLO DE CONOCIMIENTO



CUADRO 3

CATEGORIZACIÓN SEGÚN NOC:

prevé 5 categorías según tipos de cuidados

Categoría I - Cuidados Mínimos
Categoría II - Cuidados Moderados
Categoría III - Cuidados Intermedios
Categoría IV - Cuidados Especiales
Categoría V - Cuidados Intensivos

Comenzamos una primera etapa de medición de la herramienta RATIO DE CALIDAD conformando tres grupos de categorización acordes al tipo de internación prevalente en los sectores de Internación Clínica, Quirúrgica y Traumatológica. No se incluyó en esta etapa de prueba de la herramienta a los sectores de Maternidad ni Nursery. Por otro lado, para Neonatología se mantiene la relación ½ o 1/1 según complejidad y en UTI/UCO ½.

CUADRO 4

CATEGORIZACIÓN INSTITUCIONAL

(ETAPA DE PRUEBA)

CATEGORIZACIÓN G1	CATEGORIZACIÓN G2	CATEGORIZACIÓN G3
Movilidad propia	Movilidad reducida	Movilidad nula o reducida
Autocuidado	Baño asistido	Baño asistido
Php + Medicación base o Madic. V. O.	Colaborador	Poco colaborador
Signos Vitales Base 1 vez por turno	Php +//	Drenajes/sondajes
Riesgo de caída bajo	Alimentación asistida por enfermería	Alimentación asistida y/o BIC
Oxígeno x cánula/concentrador	Signos vitales complejos (>1 vez)	Riesgo de caída elevado
	Riesgo de Caída Moderado	Acceso venoso central
	Oxígeno x Máscara	Oxígeno por máscara o reservorio
Aislamiento suma 1 punto	Aislamiento suma 1 punto	Aislamiento suma 1 punto

En esta etapa se definieron estas categorizaciones luego de establecer por medición de tiempo de cada actividad que una enfermera puede brindar cuidados de calidad cuando no supere los 9 (nueve) puntos máximos en la suma de su sector, habiendo considerado la objetividad basada en cuidados progresivos y población habitual. Para poder hacerlo se generó un Excel de carga con fórmula dinámica que permitiera reportar directamente de plataforma Windows (por fuera de sistema de HC informatizada), mientras se desarrollaba su incorporación a dicha plataforma.

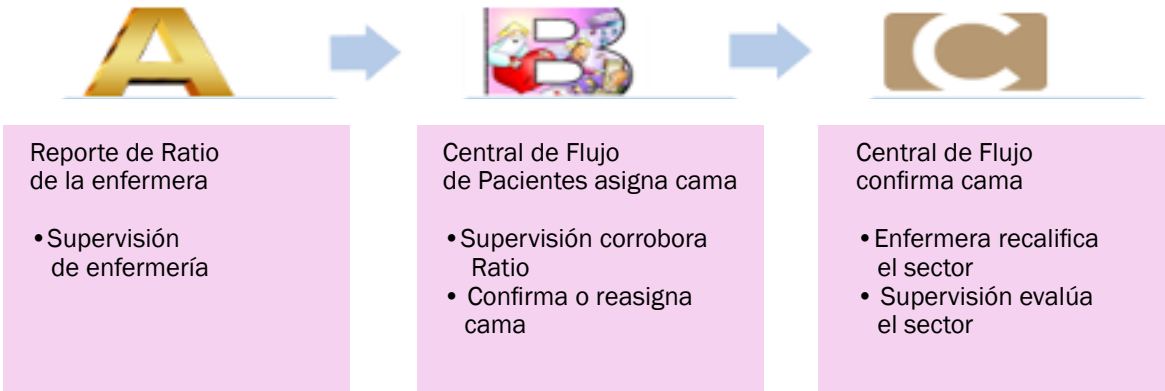
Poder contar con la asignación de categorías automatizadas, mediante carga en sistema de HCI, permite

poder contar con un **Ratio de Calidad** minuto a minuto y no solo por reporte. Este paso es fundamental para visualizar necesidades de redistribución de recursos intra turno.

Los supervisores de cada sector pueden visualizar el movimiento de pacientes por asignación de camas desde la Central de Flujo de Pacientes. Además, mediante la lectura de la categorización total de cada sector puede informar sobre la ubicación de potenciales ingresos, distribuyendo de esta manera en forma equitativa la carga de trabajo y asegurando que las pautas del cuidado de calidad puedan alcanzarse.

CUADRO 5

PROCESO DE ASIGNACIÓN DE CAMAS POR CATEGORÍAS



La carga Excel contaba ya con los valores de referencia comparativos a los objetivos esperados.

CUADRO 6

SEGUIMIENTO DE DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR CATEGORÍAS

ÍNDICE DE CALIDAD ENFERMERÍA

INGRESAR CANTIDAD DE PACIENTES EN CELDAS COLOR AMARILLO

SECTOR 1

ÍNDICE DE CALIDAD X SECTOR/ENFERMERO					
Categoría de paciente	Índice	Cantidad de pacientes	Puntaje	Acumulado	Índice de calidad
G1	1	3	3	8	ALCANZADA
G2	2	1	2		
G3	3	1	3		
Total pacientes		5			

SECTOR 2

ÍNDICE DE CALIDAD X SECTOR/ENFERMERA

Categoría de paciente	Índice	Cantidad de pacientes	Puntaje	Acumulado	Índice de calidad
G1	1	1	1	11	MEDIA
G2	2	2	4		
G3	3	2	6		
Total pacientes		5			

SECTOR 2

ÍNDICE DE CALIDAD X SECTOR/ENFERMERA

Categoría de paciente	Índice	Cantidad de pacientes	Puntaje	Acumulado	Índice de calidad
G1	1	1	1	10	BUENA
G2	2	3	6		
G3	3	3	3		
Total pacientes		7			

VALORES DE REFERENCIA

9 ó menos	Alcanzada
de 10 a 13,5	Muy buena
de 13,5 a 18	Buena
de 18 a 22,5	Baja
de 22,5 a 27	No calidad

Definimos entonces que cada intervención suma un puntaje propio, ya que las categorizaciones son solo bases de lógica, pero el proceso de atención es dinámico y, como lo demuestran los gráficos, solo se miden aquellos cuidados que revisten la particularidad de ser prácticas generales.

Cabe destacar que no consideramos para esta medición los intervencionismos esporádicos como:

- Preparación pre quirúrgica E.
- Entrega y recepción de paciente quirúrgico.
- Internación o alta.
- Cambio de tratamiento.
- Colocación y/o retiro de sondajes.
- Colocación y/o retiro de accesos venosos.
- Curación de heridas o cambio de vendajes.

Los resultados diarios de la carga por sector y piso reportaban a supervisión el resultado final de la categoría de pacientes que se encontraban en cada sector, y esto permitía organizar la toma de guardia del turno siguiente redistribuyendo al recurso profesional según demanda de cada uno.

CUADRO 7

CLASIFICACIÓN POR CATEGORÍAS DE PACIENTES DEL SECTOR DE ENFERMERÍA

		S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	TOTALES
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
TURNO TARDE OCTUBRE	ALCANZADA	2	2	1	3	3	4	1	0	1	0	4	1	1	2	1	2	3	1	0	4	0	1	1	2	4	3	4	4	2	0	0	57
	BUENA	0	0	0	0	0	1	1	2	1	2	0	0	1	0	1	2	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	20
	MEDIA	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	9
	BAJA	1	0	1	0	0	0	1	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	3	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	18
	NO CALIDAD	2	2	3	1	3	0	2	1	2	1	1	4	2	3	3	1	2	2	1	1	0	3	2	1	0	0	0	0	1	2	3	48

Se consideró un período de 12 (doce) meses como prueba de la herramienta para analizar la efectividad en la distribución de la dotación turno a turno y a partir del análisis poder incorporar dos nuevas categorías, para luego evaluar eficacia y eficiencia de la misma.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Las herramientas de gestión del RH Enfermería son innumerables. Sin embargo, la práctica cotidiana, así como las metas de calidad del cuidado, requieren generar nuevos instrumentos acordes a las posibilidades de cada institución.

El paradigma de la atención de calidad segura y centrada tanto en el usuario como la familia obligan a repensar nuestra función como jefes, sin perder de vista

las posibilidades y necesidades de la enfermera. En este contexto, podemos afirmar que la herramienta Ratio de Calidad fue sumamente efectiva para asegurar no solo mayor calidad de cuidados, sino también una distribución más equitativa de la carga de trabajo.

Esta equidad permitió a su vez disminuir considerablemente el ausentismo asociado a accidentes laborales, como por ejemplo, las lumbalgias.

BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Resolución 194/95 “Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica”. Recuperado de <https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/regulacion/files/Resoluciones%20de%20Organismos%20Nacionales/Resolucion%20194-95%20del%20Ministro%20de%20Salud%20y%20Accion%20Social.pdf>

Ministerio de Salud de Chile. Normal General Administrativa N° 19 “Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada”. Recuperado de <https://enfermeriachile.files.wordpress.com/2018/11/resolucion-nc2b0-1127-norma-nc2b0-19.pdf>

Rivadero, P. Presentación “Organización y Gestión de Servicios de Enfermería”. Recuperado de <https://es.slideshare.net/albertososa/organizac-12582596>

Factores de riesgo en estudiantes de enfermería

En este artículo, se comparte la experiencia de una intervención educativa para reducir las enfermedades crónicas no transmisibles a estudiantes de la Tecnicatura Superior en Enfermería de la Cruz Roja Argentina Filial San Isidro.

Vanesa Ferreyra
Romina González
Sonia Kikuchi
Micaela Ortiz*

RESUMEN

El siguiente proyecto se pensó en el marco del espacio curricular “Enfermería Comunitaria y Práctica Educativa en Salud”, perteneciente a la Tecnicatura Superior en Enfermería dictada en la Cruz Roja Argentina filial San Isidro. Se parte de un análisis de situación realizado en la comunidad educativa, específicamente en los estudiantes de 1° y 2° año de la carrera, donde a través de un estudio cuantitativo-descriptivo se lograron identificar factores de riesgo a enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes. Por consiguiente, se realizó una intervención educativa en promoción y prevención.

PALABRAS CLAVE

Factores de riesgo - Estudiantes de Enfermería - Salud

ABSTRACT

The project that follows was devised within the curricular space “Community Nursing and Educational Health Practice” of the Higher Technician in Nursing course of studies which the Red Cross, Argentina, offers at the San Isidro branch. The educational community, i.e. the students of the first and second year of the course, started analyzing the situation in which risk factors to non-transmissible chronic diseases could be identified by using a quantitative-descriptive study; after that, an educational intervention of promotion and prevention followed.

KEYWORDS

Risk factors – Nursing students – Health

*Docentes en Instituto Cruz Roja Argentina filial San Isidro. Escuela de Enfermería, Bs. As.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades pulmonares, son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Ante esto, la entidad propone como desafío disminuir los factores de riesgo para el desarrollo de ECNT, a través de la promoción de hábitos y estilos de vida saludable (OMS, 2022).

En Argentina, las principales causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares (35%), cáncer (21%), enfermedades respiratorias (7%), lesiones (7%) y diabetes (3%). Además, se evidencia una tendencia en aumento de los factores de riesgo como el sobrepeso, el consumo nocivo de alcohol y el tabaquismo (OMS, 2018).

Respecto a la comunidad educativa, hay estudios que indican un predominio de estilos de vida no saludables en los estudiantes universitarios, demostrado en conductas perjudiciales como tabaquismo, sedentarismo, alimentación no balanceada y consumo de alcohol, lo que puede generar un aumento del índice de morbilidad (Rodríguez et al, 2015).

En este sentido, los profesionales de enfermería son una pieza clave para contribuir en la promoción y prevención de enfermedades, identificando problemas de salud de la comunidad y participando en el diseño de proyectos de intervención educativa en salud.

PROCESO DE INVESTIGACIÓN

Para poder llevar adelante la intervención educativa, partimos de un proceso de investigación que se detalla a continuación.

Problema: ¿Cuáles son los factores de riesgo prevalentes en los estudiantes de Enfermería de Cruz Roja Argentina Filial San Isidro?

Objetivo general:

- Conocer la prevalencia de factores de riesgo en los estudiantes de Enfermería de Cruz Roja Argentina Filial San Isidro.

Objetivos específicos:

- Identificar factores de riesgo a enfermedades crónicas no transmisibles.

- Caracterizar estilos de vida de los estudiantes de Enfermería.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo descriptivo, con una muestra de 64 estudiantes de un universo de 82 inscriptos en la carrera de Enfermería de Cruz Roja Argentina San Isidro.

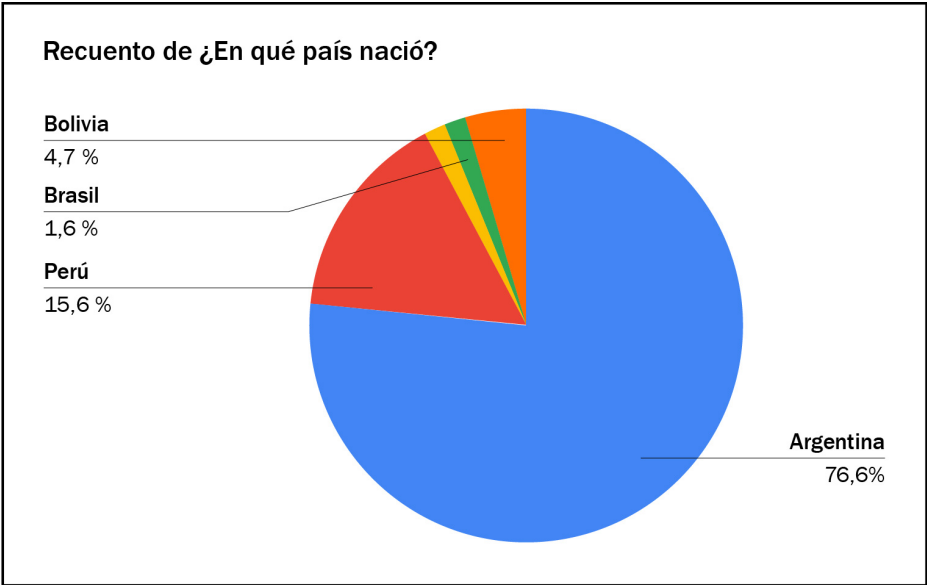
Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: ser estudiante de la carrera de enfermería, estar matriculado en el turno mañana y estar presente en el momento del relevamiento de los datos. Cabe aclarar que quedaron excluidos aquellos estudiantes no regulares. Como primera medida se realizó el consentimiento informado, que garantiza la protección de los datos y el derecho de los entrevistados a retirarse cuando lo deseen, y luego se procedió a la recolección de los datos en base a un cuestionario de elaboración propia sobre estilos de vida saludable en estudiantes. El instrumento consta de 30 preguntas e inicia con la averiguación de datos personales y sociodemográficos (año de cursada, sexo, edad, nacionalidad), seguido de aspectos familiares-genéticos (antecedentes).

Por otro lado, se indagó sobre aspectos socioculturales (estado de salud, actividad física, consumo de tabaco-alcohol y drogas, dieta balanceada, horas de descanso, relaciones sexuales) y, por último, se preguntaron cuestiones sobre aspectos de conocimiento (medidas antropométricas, valores habituales de TA, ingesta de agua, consumo de azúcar y sal, nivel de estrés y autoestima). Los datos obtenidos fueron analizados en una base de datos de Microsoft Excel.

Resultados

De un muestreo total de 64 estudiantes de enfermería, -del cual participaron 34 de primer año y 30 de segundo, todos matriculados en turno mañana del Instituto Cruz Roja Argentina Escuela de Enfermería Filial San Isidro- el 82.8% son de sexo femenino y el 17.2% masculino, siendo la edad promedio 26 años (rango: 18-51). En cuanto a la percepción del estado de salud, el 62.5% lo considera bueno, el 21.9% regular, 14.1% muy bueno y el 1% malo.

Respecto a la nacionalidad, un 76.6% son argentinos, 15.6% de nacionalidad peruana, el 4.7% de Bolivia, 1.6% de Paraguay, 1.6% de Brasil y, por último, uruguayos con un 1.4 %, demostrando la heterogeneidad cultural en la comunidad educativa. (gráfico 1)



En cuanto a los aspectos socioculturales más relevantes del estudio, del 75% que refiere realizar actividad física, el 42.2% hace caminata, 17.2% practica otra actividad, 12.5% realiza gimnasia, 3.1% bicicleta y el 25% no realiza ninguna actividad física. (gráfico 2)



En relación a los hábitos nocivos, el 17.2% de los entrevistados afirma ser tabaquista, sólo un 20.3% no consume bebidas alcohólicas, mientras que el 21.9% consume drogas esporádicamente y el 1.6% siempre. Se toman estos datos como alarmantes, sobre todo

teniendo en cuenta que los encuestados serán futuros profesionales de enfermería, cuya labor será, entre tantas otras, realizar promoción y prevención de la salud. **(tabla 1)**

Pregunta	Respuesta	Resultado %
¿Ha fumado alguna vez?	No	59.4
	Sí, pero ya no	23.4
	Sí, y sigo fumando	17.2
¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Una vez al mes	43.8
	Entre 1 y 2 veces por semana	35.9
	No consumo	20.3
¿Consume algún tipo de drogas?	No, nunca	59.4
	Sí, a veces	21.9
	No, pero he probado	15.6
	Sí, siempre	1.6

En cuanto a la dimensión dieta balanceada se realizaron preguntas sobre la ingesta de alimentos saludables y recomendaciones de la OMS. Los resultados señalan que el 67.2% bebe “a veces” entre 1.5 y 2 litros de agua por día, mientras que el 51.6% ingiere “a veces” alimentos saludables. En términos de conocimientos, un 48.4% desconoce el consumo de azúcar y, por otro lado, el 45.3% desconoce la cantidad de sodio recomendados por la OMS para la ingesta diaria. **(tabla 2).**

Pregunta	Respuesta	Resultado %
¿Ingiere entre 1,5 y 2 litros de agua al día?	Sí, a veces	67.2
	Sí, siempre	23.4
	No, nunca	9.4
¿Cuántas comidas realiza al día?	Tres	39.1
	Cuatro	29.7
	Dos	25
¿Consume alimentos saludables frescos, no procesados como por ejemplo: frutas, verduras, carne, huevos, hortalizas, cereales, leche, quesos?	Sí, a veces	51.6
	Sí, siempre	40
	No, nunca	8.4
¿Conoce la recomendación de la OMS para el consumo de azúcar?	No	48.4
	Sí	29.7
	No me acuerdo	21.9
¿Conoce la cantidad de sal recomendada para el consumo diario por persona?	No	45.3
	No me acuerdo	29.7
	Sí	25

Respecto al descanso nocturno, el 59.4% duerme que el 51.6% refiere problemas para conciliar el sueño menos de 6 horas y el 40.6%, de 6 a 8 hs., mientras (tabla 3).

Pregunta	Respuesta	Resultado %
¿Cuántas horas duerme por la noche?	Menos de 6 hs.	59.4
	De 6 a 8 hs.	40.6
¿Tiene problemas para conciliar el sueño?	Si, a veces	51.6
	No, nunca	29.7
	Si, siempre	18.8

CONCLUSIÓN

Los resultados demuestran que en el grupo estudiado de futuros profesionales de enfermería hay una prevalencia de factores de riesgo a enfermedades crónicas no transmisibles, a partir de hábitos de tabaco-alcohol y drogas, alimentación no saludable y falta de descanso nocturno. Esta situación motiva una iniciativa para realizar una intervención educativa en hábitos de Promoción de la Salud.

En consecuencia, en conjunto con los estudiantes de 3° año de enfermería y en el marco de la materia Enfermería Comunitaria y Práctica Educativa en Salud, se procede a la creación de un espacio de capacitación en la promoción de hábitos saludables para los estudiantes de 1° y 2° año de la carrera Tecnicatura Superior en Enfermería de la Cruz Roja Argentina Filial San Isidro.

El proyecto comunitario se denominó “Favoreciendo los estilos de vida saludables en los estudiantes de enfermería” y, a partir del diagnóstico de situación, se pudo trabajar en la prevención y/o minimización de cada uno de los factores de riesgo relevados.

Primeramente, se realizaron unos videos interactivos de corta duración con consejos y sugerencias, que están a disposición del público para visualizar cuando lo deseen. También se diagramaron encuentros presenciales con el grupo para realizar un espacio de educación sobre los factores de riesgo. Por último, se realizaron unas láminas que quedaron en las aulas y en el patio, para que mediante el escaneo de un QR, toda persona que se interese por el tema tenga acceso a la información necesaria. (imagen 1)



Como se mencionó en este artículo, el trabajo en educación por parte del personal sanitario se considera fundamental para la prevención y promoción de la salud en la población. Por eso, como profesionales de enfermería esperamos ser una pieza clave para contribuir en la promoción y prevención de enfermedades no sólo de la población en general, sino también de nuestros estudiantes y futuros profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Conferencia mundial de la OMS sobre las enfermedades no transmisibles* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Estrategia de cooperación*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136892/ccsbrief_arg_en.pdf?sequence=1#:~:text=Argentina%2C%20como%20muchos%20pa%C3%ADses%2C%20est%C3%A1,la%20diabetes%20\(3%25\)1.](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136892/ccsbrief_arg_en.pdf?sequence=1#:~:text=Argentina%2C%20como%20muchos%20pa%C3%ADses%2C%20est%C3%A1,la%20diabetes%20(3%25)1.)

Piña Rodríguez, B. U., Alvarado Gómez, A. K., Deveze Álvarez, M. A., Durán Castro, E., Padilla-Vaca, F. & Mendoza-Macías, C. L. (2015). Evaluación de hábitos de salud e identificación de factores de riesgo en estudiantes de la División de Ciencias Naturales y Exactas (DCNE), unidad Noria Alta, Universidad de Guanajuato, México. *Acta Universitaria*, 25(NE-1), 68-75. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41641037011>

Rangel Caballero, Luis Gabriel, Gamboa Delgado, Edna Magaly, & Murillo López, Alba Liliانا. (2017). *Prevalencia de factores de riesgo comportamentales modificables asociados a enfermedades no transmisibles en estudiantes universitarios latinoamericanos: una revisión sistemática*. *Nutrición Hospitalaria*, 34(5), 1185-1197. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1057>

Morales, M., Gómez, V. y García, C. (2018). *Estilo de vida saludable en estudiantes de enfermería del Estado de México*. *Revista Colombiana de Enfermería*, 16, 19-24. <http://revistacolombiana-deenfermeria.unbosque.edu.co/> o <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v16i13.2300>

Rol de enfermería en pacientes con drenaje torácico-pleural

Leandro Martín Vargas
Claribel Chávez Mansilla

DEFINICIÓN

El drenaje torácico es un procedimiento quirúrgico en el que se introduce un catéter en el tórax hasta posicionarse en el espacio interpleural, conectando por medio de tubuladuras a un sistema cerrado de frascos/cámaras para el drenado de una o más sustancias patológicas. De esta manera, se busca lograr un restablecimiento de expansión pulmonar de la persona.

OBJETIVOS

- Drenar líquido, sangre, pus, partículas grasas o aire de la cavidad pleural.
- Restablecer la presión negativa del espacio interpleural, que permite la reexpansión pulmonar.

GENERALIDADES

- La acumulación de aire y/o sangre, pus, partículas grasas o líquido por tumores que infiltran la pleura dificulta la libre expansión pulmonar y puede llegar a producir colapso pulmonar, generando un intercambio gaseoso limitado o nulo. El tratamiento que se aplica para revertir dicha acumulación consta de dos métodos terapéuticos principales: la toracentesis (evacuar por aspiración el líquido acumulado en la cavidad pleural) y el drenaje pleural (inserción de un sistema de drenaje para eliminar de forma permanente contenido patológico de la cavidad pleural). Ambos se realizan por punción quirúrgica de la pared torácica.
- Dentro de la cavidad torácica existe una presión inferior a la atmosférica, que se denomina presión intra-pleural negativa. Durante un ciclo respiratorio óptimo,

las fuerzas de retracción elástica en los momentos respiratorios generan una diferencia de presión intrapleurar que varía entre -8 cmH₂O durante la inspiración y de -2 cmH₂O durante la espiración (Imagen

Nº1). La aplicación de una presión negativa superior a -8cmH₂O por medio de un dispositivo/sistema favorece la reexpansión y drenaje de la sustancia acumulada en el espacio pleural.

Imagen N° 1: Presión interpleural



Causas por las que se aplica el tratamiento:

- Neumotórax (acumulación de aire): Iatrogénico, espontáneo, traumático o a tensión.
- Hemotórax (acumulación de sangre) o hemoneumotórax (acumulación de sangre y aire).
- Derrame pleural maligno (acumulación de líquido asociado a tumor).
- Empiema (acumulación de pus).
- Quilotórax (acumulación de partículas grasas).

DISPOSITIVOS – SISTEMA DE DRENAJE

Gracias al avance de la tecnología, hoy contamos con sistemas de drenajes cada vez más sofisticados, prácticos y precisos que facilitan el accionar del personal de salud en el tratamiento, lo que impacta directamente en la seguridad del paciente. Todos estos dispositivos cuentan con señalética para identificar la unión del frasco con la tubuladura que viene del paciente. Dicha tubuladura se encuentra sumergida 2 cm por debajo del nivel de agua, generando un efecto sello de agua (imagen 2).

En un sistema de dos frascos, el primero servirá como colector y estará conectado a un segundo frasco, que presenta el sello de agua. Un sistema que necesite aplicación de presión negativa (aspiración) tendrá un sistema de presión negativa de entre -15cmH₂O a -20cmH₂O con aspiración controlada (imagen 3). Los sistemas actuales garantizan mayor precisión en la regulación de presión de aspiración, medición de débito y seguridad en el uso de los dispositivos.

Imagen N° 2: Tipos de sistemas de drenaje

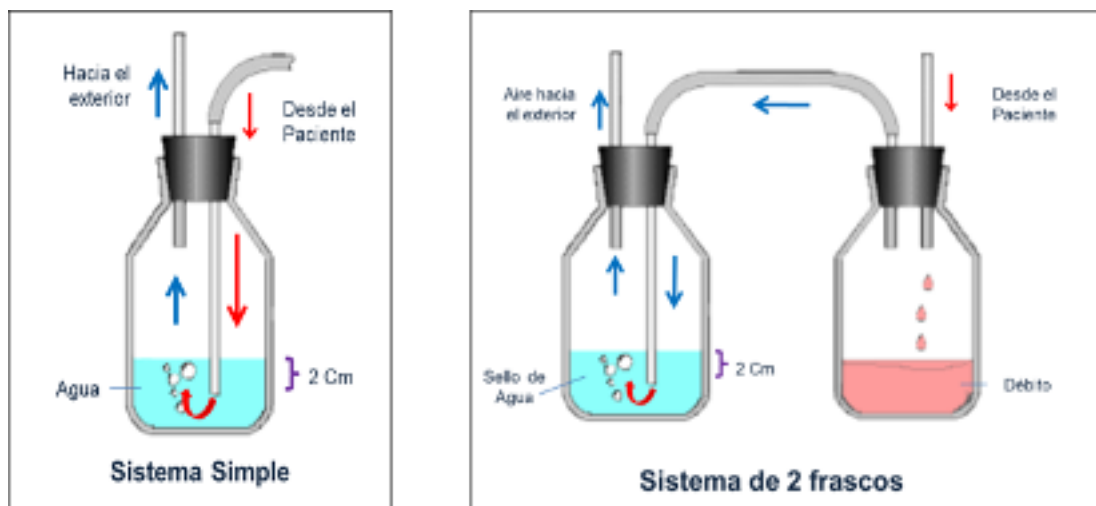


Imagen N° 3: Sistema de tres cámaras



CUIDADOS DE ENFERMERÍA

A continuación se mencionan cuidados aplicables en los distintos momentos y circunstancias de los pacientes con tratamiento de drenaje pleural.

PREVIO A LA INSERCIÓN DEL DRENAJE PLEURAL (*)

Si el paciente se trasladará a sector quirúrgico:

- Verificar la identificación del paciente.
- Brindar información al paciente y su familia sobre el procedimiento a realizar.
- Ofrecer asistencia, acompañamiento y contención.
- Comprobar la realización del consentimiento informado.
- Constatar la presencia de estudios diagnósticos de imágenes, laboratorio y ECG.
- Corroborar existencia de alergias declaradas.
- Baño pre quirúrgico, preservando la intimidad del paciente.
- Registrar signos vitales previos al procedimiento.
- Valorar la mecánica respiratoria y auscultar la entrada de aire.
- Valorar el dolor con escala numérica.
- Contar con acceso vascular permeable.
- Trasladar al paciente en una posición que favorezca la mecánica respiratoria.

Si el procedimiento se realiza en la unidad del paciente:

- Preparar el material: Elementos de protección personal. Set de disección, anestesia local, analgésicos, sistema de drenaje pleural armado y calibrado. Sistema de aporte de oxígeno. Bolsa de reanimación. Monitor de signos vitales. Lebrillo y descartador de cortopunzantes.
- Asistir al médico intervencionista
- Controlar parámetros de signos vitales del paciente.

DESDE LA COLOCACIÓN DEL DRENAJE PLEURAL

DURANTE LAS PRIMERAS 24 HORAS

Controlar al paciente cada 30 minutos las primeras 4 horas, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Valoración del estado de conciencia, control de signos vitales, coloración de la piel y mucosas.
- Posicionar al paciente a 35°- 45°.
- Valorar mecánica ventilatoria (esfuerzo y simetría).
- Auscultar ambos campos pulmonares (diferenciar zonas de hipoventilación).
- Valorar síntomas de dolor como disnea, fiebre, tiraje (utilizar escala de dolor).
- Valorar la fijación del tubo de drenaje, que debe estar cubierto y sujeto.
- Recorrer el sistema de conexión chequeando las uniones y ausencia de acodamientos, desde el punto de inserción hasta el dispositivo/frasco colector.

POSTERIOR A LAS 24 HORAS DE COLOCACIÓN

- Valoración del estado de conciencia, control de signos vitales, coloración de la piel y mucosas por turno.
- Valorar mecánica ventilatoria.
- Auscultar ambos campos pulmonares.
- Evitar el clampeo de la tubuladura en la movilización o realización de procedimientos. Solo aplicar clampeo cuando se deba elevar el frasco por encima del sitio de inserción, chequeo de fuga, cambio de frasco o previo al retiro del drenaje.
- Posicionar al paciente a 35°- 45°.
- Valorar el dolor y administrar analgésico según protocolo o prescripción.
- Valorar la fijación del tubo de drenaje, que esté cubierto, sujeto y limpio si es necesario realizar curación. Valorar la presencia de signos de infección como el enrojecimiento, calor o supuración en la zona de inserción.

- Valorar la permeabilidad del sistema y observar oscilación del débito en la tubuladura. La ausencia de oscilación puede ser signo de oclusión del sistema.
- Valorar características del débito (hemático - purulento - seroso - lechoso - serohemático - seropurulento)
- Valorar burbujeo en la cámara e identificar si es inspiratoria, espiratoria, espiratoria forzada, continua (un burbujeo continuo puede representar una fuga en el sistema) si requiere aspiración aplicar -15CmH2O.
- Valorar el débito que no supere los 100 ó 150ml/h las primeras horas, si ocurriera comunicar al equipo médico
- Estimular la movilización precoz
- Registrar el débito drenado en el balance de ingresos y egresos
- Chequear las uniones y ausencia de acodamientos de la tubuladura desde el punto de inserción hasta el dispositivo/frasco colector.
- Valorar la permeabilidad del sistema y observar oscilación de débito en la tubuladura. La ausencia de oscilación puede ser signo de oclusión del sistema o también puede ser un signo de reexpansión pulmonar (cercano al retiro del drenaje).
- Valorar características del débito (hemático - purulento - seroso - lechoso - serohemático - seropurulento).
- Valorar burbujeo en la cámara. Identificar si es inspiratoria, espiratoria, espiratoria forzada, continua (un burbujeo continuo puede representar una fuga en el sistema).
- Si se encuentra con aspiración, verificar la programación del valor prescripto.
- Valorar el débito. Es esperable que el mismo vaya disminuyendo con el correr de los días. Si se está completando la capacidad del volumen del frasco, programar el cambio del frasco colector o sistema de drenaje que se realizará con técnica estéril.
- Realizar higiene del paciente y valorar zonas de apoyo. Utilizar medidas de prevención para disminuir el riesgo de aparición de lesiones de la piel.
- Valorar el estado nutricional del paciente. Fomentar la hidratación e ingesta de alimentos ajustados a los requerimientos.
- Registrar por turno el débito drenado en el balance de ingresos y egresos, como así también las características y cualquier información relevante con respecto al paciente y el dispositivo.

RETIRO DEL DRENAJE PLEURAL

- Explicar al paciente el procedimiento de retiro. Se le pedirá que realice una espiración prolongada cuando se retire el drenaje.
 - Utilizar elementos de protección personal.
 - Valorar la necesidad de administrar analgésico previo al procedimiento según prescripción.
 - Clampear el tubo de drenaje pleural.
 - Una vez retirado el drenaje, se cubre con gasa y apósito.
 - Valorar mecánica ventilatoria.
 - Realizar auscultación de campos pulmonares.
 - Valorar signos vitales del paciente.
 - Solicitar realización de radiografía de tórax.
 - Registrar el procedimiento en historia clínica.
-

COMPLICACIONES Y RECOMENDACIONES

Problema	Causas	Recomendaciones
El sistema deja de oscilar	Oclusión por acodamiento / Clampeo de la tubuladura	- Revisar el recorrido del sistema desde la conexión del catéter y sistema de drenaje. Reacomodar/desclampear la tubuladura, verificando el funcionamiento óptimo.
	Presencia de coágulos/fibrina	- Verificar punto de obstrucción, principalmente en las uniones. Realizar golpes suaves en la tubuladura para movilizar la obstrucción.
	Desconexión entre el catéter y tubuladura /frasco	- Ocluir manualmente la tubuladura lo más proximal al paciente. - Reconectar el circuito de la tubuladura/frasco y volver a abrir el sistema. - Comunicar al área médica el evento sucedido para evaluar al paciente y realizar cambio/control de un nuevo dispositivo.
Apertura accidental del sistema	Desplazamiento del catéter	- Valorar presencia de enfisema subcutáneo. - Marcar la zona afectada para delimitar y poder valorar la evolución del mismo. - Verificar la permeabilidad del sistema: catéter, tubuladura y/o frasco. - Comunicar al área médica el evento.
	Extracción accidental del catéter de drenaje pleural	- Ocluir manualmente el punto de inserción donde estaba el catéter. - Colocar al paciente en posición semifowler. - Valorar signos y síntomas de dificultad respiratoria. - Comunicar al área médica el evento sucedido, sin dejar de ocluir el sistema, para evaluar al paciente.
Dolor	Dolor referido por el paciente	- Valorar el dolor mediante escala validada. - Administrar analgesia según prescripción médica. - Evaluar la presión de aspiración que está aplicando el sistema (ya que puede estar por encima de los valores recomendados).
Aumento de débito	Hemorragia	- Comunicar al área médica si el volumen de débito de drenado supera el rango de 100 a 150ml/h. - Valorar signos de dificultad respiratoria y parámetros de oxigenación. - Valorar el estado hemodinámico del paciente.

(*) Los cuidados de Enfermería están enfocados en un proceso de atención integral donde la valoración de los signos vitales (FR-FC-Sat. O2- TA) y síntomas es aplicable durante toda la internación del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Estrada, M., Falcó Pegueroles, A., & Carmen, M. A. (2012). Drenaje torácico cerrado. Procedimiento y cuidados de enfermería. *Nursing*, 50-58.

Velásquez, M. (2015). Manejo de los sistemas de drenaje pleural. *Colombiana de cirugía*, 131-138.

Hospital Donostia. (s.f.). *osakidetza.euskadi.eus*. Recuperado el 30 de 01 de 2023, de https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Protocolo-24DrenajeToracicoC.pdf

Programa de pasantías rentadas para estudiantes de enfermería

Silvia Wesenack

Asesora Académica
Escuela de Enfermería
Swiss Medical

Swiss Medical Group (SMG), a través de su Escuela de Enfermería, dio inicio en sus clínicas el “Programa de pasantías para alumnos del 3° año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Buenos Aires (UBA)”. La concreción de esta actividad es el fruto del trabajo entre ambas instituciones y marca un hito más en la jerarquización de Enfermería del país.

La experiencia aportará a los alumnos las herramientas y conocimientos necesarios para facilitar su incorporación al campo laboral una vez finalizados sus estudios. Además, cabe destacar que los pasantes contarán durante el periodo de pasantía con algunos de los beneficios que tienen los colaboradores de la organización.

En este sentido, a partir de esta experiencia SMG tiene la posibilidad de transmitir cultura de trabajo, evaluar perfiles y mantener una base de candidatos calificados. De esta manera, los alumnos al finalizar sus estudios tienen la posibilidad de incorporarse a las dotaciones según las necesidades de la organización y la voluntad de la persona de acceder a un puesto de trabajo.

Las mencionadas pasantías están enmarcadas en el Convenio de Asistencia Técnica y/o capacitación firmada entre la UBA y SMG en el 2021, el Convenio Específico de Pasantía rubricado también por estas dos instituciones en el 2022 y la Ley 26.427 de Pasantías Estudiantiles.

Cabe destacar que los alumnos fueron seleccionados por Swiss Medical Group a partir del listado de postulantes a pasantes que la Facultad puso a disposición, que superó ampliamente el número de pasantías disponibles. Como primera experiencia, Swiss Medical destaca y resalta como positiva la aceptación que tuvo por parte del alumnado esta oferta de capacitación y desarrollo distintiva.

Los interesados debían cumplir los siguientes requisitos:

- Ser mayores de 18 años.
- Tener disponibilidad horaria para cumplimentar los 20 semanales dispuestas para la actividad.
- Permanecer como alumnos regulares de la carrera durante la experiencia (6 meses)
- Estar cursando materias de 3° ciclo, sin adeudar materias de los ciclos anteriores.
- Constancia de notas en las materias cursadas de 8 o más.
- Durante el tiempo que dure la pasantía, Swiss Medical Group brindará a los pasantes una asignación estímulo previamente acordada con la Universidad, cobertura de ART y de salud y capacitación de acuerdo al programa consensuado con la Universidad.

Cada pasante tendrá asignado un tutor individual y permanente, que será el responsable de garantizar su aprendizaje, brindar acompañamiento permanente, transmitir conocimientos y habilidades y evaluar, registrar y brindar al estudiante un feedback de su desempeño en las distintas instancias del programa. En tanto, para acceder al certificado que avala el cumplimiento de la pasantía, los alumnos deberán cumplir con las horas pautadas de trabajo, realizar las actividades programadas de capacitación y respetar las normas institucionales.

El Programa de Pasantías será coordinado por la Escuela de Enfermería de Swiss Medical Group, que será responsable del diseño del programa y su adecuación a la especialidad en la que se realiza la pasantía, así como también de reforzar los conocimientos que requiera el pasante y de mantener informadas a las autoridades académicas de la Universidad sobre el desempeño de los mismos. A su vez, la institución académica analizará periódicamente el desarrollo de las actividades.

Enfermería es un actor de suma importancia dentro del equipo de salud. Adoptar modelos de desarrollo (nuevos para la disciplina, pero probados en otras profesiones) que colaboren con la formación académica redundará en la calidad de los nuevos profesionales que se incorporen al ámbito laboral, generará una expectativa de superación en cada estudiante y reforzará lazos de trabajo mancomunado entre las instituciones formadoras y las instituciones empleadoras, para ajustar el perfil de los egresados a los requerimientos del mercado.

Adultos mayores y edadismo

La discriminación por razón de edad está arraigada en nuestra sociedad y se transmite a través de tópicos recurrentes, que ubican automáticamente al envejecimiento y a los adultos mayores en una posición de inferioridad, sin tener en cuenta sus capacidades y su situación personal.

Cecilia L.Rossi*

Cada vez con más frecuencia, en conversaciones cotidianas he percibido un destrato a los adultos mayores. ¿Es esto edadismo? Según un nuevo informe de las Naciones Unidas, se calcula que una de cada dos personas en el mundo tiene actitudes edadistas, lo que empobrece la salud física y mental de las personas mayores, además de reducir su calidad de vida.

Al respecto, María Francesca Spatolisina, subsecretaria general de Coordinación de Políticas y Asuntos Interinstitucionales del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU, asegura que “el edadismo contra las personas más jóvenes y más mayores ocurre con frecuencia, no está reconocido, no se lucha contra él y tiene consecuencias de largo alcance para nuestra economía y sociedad”. En tanto, la Real Academia Española (RAE) define al edadismo como la

“discriminación por razón de edad, especialmente de las personas mayores o ancianas”.

Ante esto, siempre me he preguntado por qué escuchamos expresiones como: “es un viejo/a”, “no se ubica por la edad que tiene”, “habla así porque está viejito/a”, “no se viste de acuerdo a su edad”, “vive en el pasado”, “es ridículo/a para su edad”, “las personas mayores son inactivas”, “las personas mayores no entienden la tecnología y son incapaces de utilizarla”, “a tu edad, no podés hacer eso”, y un largo etcétera de frases similares.

La discriminación por razón de edad está arraigada en nuestra sociedad y se transmite a través de tópicos recurrentes, que ubican automáticamente al envejecimiento y a los adultos mayores en una posición de inferioridad, sin tener en cuenta sus capacidades y

* Investigadora-Escuela de Enfermería -Fac. C. Médicas-UNR/Coordinadora Nacional de red ESAM ARGENTINA/integrante del Grupo de Coordinación Internacional de RED ESAM/ Integrante del Grupo Coordinador de RADES

EDADISMO

LA DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES



su situación personal. Esto se puede ver en muchas de las actitudes discriminatorias más comunes, como muestra el informe “El edadismo es un problema mundial” elaborado por Naciones Unidas en 2021:

- El edadismo se produce cuando la edad se utiliza para categorizar y dividir a las personas provocando daños, desventajas e injusticias. Puede adoptar muchas formas, como prejuicios, discriminación y políticas y prácticas institucionales que perpetúan creencias estereotipadas.
- El edadismo influye en la salud a través de tres vías: la psicológica, la conductual y la fisiológica. Psicológicamente, los estereotipos negativos sobre la edad pueden aumentar el estrés. Desde un punto de vista conductual, la imagen desfavorable que tienen las personas de sí mismas por motivos de edad suele predecir unos peores comportamientos en cuanto al cuidado de su salud, por ejemplo, a la hora de observar las pautas de los medicamentos prescritos. Fisiológicamente, los estereotipos negativos sobre la edad suelen indicar cambios cerebrales perjudiciales décadas más tarde, por ejemplo acumulación de placas y ovillos y reducción del tamaño del hipocampo.

No hay duda de que los adultos mayores, muy a menudo, son víctimas, intencionadamente o no, de prejuicios

basados únicamente en su edad. Como dijimos, esto se llama edadismo. Debemos terminar con las prácticas discriminatorias hacia las personas mayores, lo cual también conlleva, entre otras cosas, a poner fin al sexismo o el racismo. Para ello, es necesario que las instituciones den ejemplo y que los ciudadanos y ciudadanas tomen conciencia de la necesidad de combatir este tipo de comportamientos.

El periodista Carl Honoré, autor del libro “Elogio de la lentitud”, señaló en una entrevista ante una pregunta sobre la discriminación por edad: “Falta mucho por hacer, pero los cambios ya se están dando y el cambio demográfico llevará a ello irremediablemente. Las empresas tendrán que aceptar a la gente mayor y se darán cuenta de los beneficios que supone un personal con experiencia, habilidades sociales, más productivos y más creativos”.

El edadismo acaba siendo una profecía autocumplida: si crees que envejecer es malo, lo acabará siendo. Cuanto más edadistas somos, peor envejecemos. ¿Acaso cuando decimos que alguien “está viejo/a” estamos emitiendo un juicio sobre las personas? ¿Y cuántas veces pueden haber emitido un juicio sobre cualquiera de nosotros y nos molestó? Si sabemos que duele cuando nos lo hacen a nosotros, ¿por qué seguimos juzgando a otras personas de la misma manera? ¡Es todo un fenómeno! En lugar de desarrollar una conexión basada en el amor y la comprensión, la naturaleza humana es

creer que los demás son diferentes a nosotros. Como resultado, pasamos una gran parte de nuestra vida alejando a las demás personas.

Si queremos entender esto, debemos observar lo que verdaderamente significa el juicio, por qué lo hacemos, y cómo podemos comenzar a juzgar menos y a amar más. Cuando juzgamos, en este caso a los adultos mayores, los reducimos a un puñado de características e ignoramos por completo el hecho de que son personas con historia, experiencia, saberes, vivencias, que pertenecieron y pertenecen a un contexto, a un grupo social. Luz Marina Alonso Palacio et al (2010) señalan que “un aspecto importante a tener en cuenta es la percepción que tengan los adultos mayores sobre sí mismo. La percepción que el adulto mayor tenga del estado de envejecer y de bienestar son puntos para las metas propuestas por los programas de salud; en la misma influyen: el respeto, la unión familiar, la religión, la espiritualidad, el apoyo social. Si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, ésta debe ir acompañada de oportunidades y un ajuste a los programas de salud”.

En este sentido, el artículo agrega: “la percepción es considerada como primer proceso cognoscitivo, a través del cual los sujetos captan información del entorno. La misma lleva implícita las energías que llegan a los sistemas sensoriales y que permiten al individuo formar una representación de la realidad. Las percepciones, juicios, acciones, reacciones y sensaciones de los seres humanos determinan las interacciones y respuestas que estos puedan tener ante eventos particulares. La percepción incluye la interpretación de esas sensaciones dándoles significado y organización, de allí que algunos adultos mayores manifiestan que *‘la vejez empieza cuando uno comienza a sentirse viejo’*”.

Pero entonces, ¿por qué la discriminación de los adultos por razones de edad sigue siendo un hecho habitual en la sociedad? Podemos observar esto en, por

ejemplo, ciertas actitudes que mantienen algunos profesionales, como excluirlos de las conversaciones, tratarlos en forma impersonal o como a niños, dirigirse a ellos con términos como “abuelo”, “nono”, “padre”, etc. También en obligarlos a realizar determinadas actividades a las horas que se les impone o imponerles morir en soledad detrás de un biombo, y aunque no se reconozca, otros limitan el acceso de las personas mayores a determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos, que incluso han mostrado más eficacia en este grupo, sin más explicación que la del ¿para qué, si se está ante una persona de edad avanzada?

El respeto hacia las personas mayores no es sólo una obligación moral, sino que también puede darles una satisfactoria recompensa. Así Carl Rogers (psicólogo estadounidense, quien junto a Abraham Maslow fundó el enfoque humanista en psicología), escribió: “Aprender, especialmente de la experiencia, ha sido el



elemento principal que ha hecho que mi vida valga la pena. Aprender de ese modo ayuda a desarrollarse”. Desde otra mirada, Ricardo Iacub (2021) propuso hacer una diferencia entre edadismo y viejismo. Para el autor, el “edadismo” tiene que ver con todos aquellos prejuicios en relación a la edad. La palabra ‘ageism’ parecería ser “edadismo”, pero en inglés el ‘age’ hace una referencia más directa a la vejez, es por eso que Leopoldo Salvarezza lo tradujo como “viejismo” y es el término que se utiliza cuando nos referimos a la discriminación hacia la vejez.

Pero, ¿qué significa viejismo? Es todo lo que pensamos, entendemos y sentimos cuando nos encontramos con alguien al que le atribuimos una edad. Hay un viejismo explícito a partir del cual hay gente que considera que envejecer puede ser negativo. Se trata de una serie de conocimientos atravesados por formas prejuiciosas, que generan que la mirada que tenemos conscientemente acerca de los viejos es más negativa de lo que verdaderamente sucede, ejemplo de esto es suponer que ya no existe sexualidad en los adultos mayores.

Durante la pandemia de COVID-19, hemos visto situaciones de discriminación de gente que ponía en duda porqué debíamos privilegiar a los mayores frente a personas más jóvenes en el uso de los respiradores. Esta situación generó que la temática del edadismo o viejismo se considere de una manera mucho más oportuna e importante y que, de alguna manera, reflexionemos sobre las acciones de discriminación que venimos cometiendo desde hace mucho tiempo.

A diferencia de otras minorías, la burla contra una persona mayor se toma con naturalidad, lo que muestra que aún no tenemos defensas como sociedad frente a estos abusos y malos tratos. Es un debate que nos debemos como sociedad, especialmente en los medios de comunicación, donde se le sigue llamando como “abuelo” a las personas mayores cuando algunos no lo son, y eso quita identidades. Sin duda, la pandemia ayudó a visibilizar la discriminación hacia la vejez.

En los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad consta: “Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica”.

En tanto, en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores se define por “discriminación por edad en la vejez” a “cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada”.

Entonces, cabe preguntarnos por qué si los países firmantes establecieron estas definiciones, no las cum-

plen. Sin duda, en esto intervienen varios factores: educación, valores, ética, política, falta de concientización.

En este sentido surgió HelpAge, una organización que ayuda a las personas mayores a exigir sus derechos, desafiar la discriminación y superar la pobreza, de tal manera que puedan llevar vidas dignas, seguras, activas y saludables. Su visión es un mundo en el que todas las personas mayores puedan llevar una vida digna, sana y segura y su misión es promover el bienestar y la inclusión de hombres y mujeres mayores, y reducir la pobreza y la discriminación en el futuro.

Las organizaciones miembros y aliadas de la red trabajan sobre una estrategia regional que facilite el aprendizaje, la colaboración y el logro de impactos sostenibles en beneficio de las personas mayores de toda América Latina y el Caribe.

A MODO DE CONCLUSIÓN

El edadismo con los adultos mayores parecería no terminar. Entonces, ¿qué podemos hacer? Ante esto, desde la Red de Enfermería en Salud de Adultos Mayores (Red ESAM) venimos trabajando en pos de un envejecimiento activo y saludable en América Latina, el Caribe y en Iberoamérica, difundiendo sobre estos temas en jornadas, congresos, webinar, publicaciones, etc.

Enfermería cobra entonces una vital importancia al participar activamente en el equipo de salud, potenciando el cuidado a los adultos mayores centrado en la persona, en todos los niveles de atención, alentando su participación, sus fortalezas y defendiendo su autonomía con actitudes éticas humanísticas,

Como solemos ver en medios de comunicación, hay expresiones e imágenes que colaboran a la estigmatización a los adultos mayores, y otras menos que contribuyen a modificarlas positivamente. Nombrar a todas las personas mayores como “abuelos” o “jubilados”, incluso aunque se lo haga en un buen tono, es reducir su condición a un rol social. Es importante considerar y dar a conocer las voces de los adultos mayores como protagonistas a través de testimonios, experiencias, creencias, como interlocutores dentro de la comunidad. También se debe visibilizar acciones para erradicar prejuicios negativos y promocionar nuevas temáticas, dar lugar al manejo de tecnologías, promover el diálogo intergeneracional en familia, jardines de infantes,



comunidad. Además, favorecer temáticas vinculadas a sexualidad, educación comunitaria, tecnología, vejez activa, diálogo intergeneracional, participación social y accesibilidad, entre otras.

En este sentido, es fundamental promover el buen trato, visibilizar, difundir y promover sus derechos, utilizar los recursos necesarios y pertinentes (desde el tamaño de la tipografía, hasta el uso de señalética adecuada,

por ejemplo) para incluir a todas las personas. Sin duda puede haber muchas más estrategias y desde ya todas son bienvenidas.

Como alguna vez aseguró Abraham Lincoln, “al final no son los años en tu vida lo que cuenta, es la vida en esos años”. Y como dice una hermosa canción: “Eso de durar y transcurrir / No nos da derecho a presumir / Porque no es lo mismo que vivir / Honrar la vida...”

BIBLIOGRAFÍA

Alonso Palacio, L., Ríos, A., Payares, S., Maldonado, A., Laura Campo, Quiñonez, D., Zapata, Y. (2010) “Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla (Colombia). (Colombia). *Salud Uninorte* 26(2):250-259. Se puede consultar en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a08>.
Centro de Kabbalah. (2018) “Juzgar a los demás: qué significa, por qué lo hacemos y cómo hacerlo menos”, Disponible en: <https://www.kabbalah.com/es/articles/judging-others-what-it-means-why-we-do-it-and-how-to-do-it-less/>
Diez, S. (2023) “Mezclar generaciones tiene un efecto casi mágico”. *Revista virtual CUERPO MENTE*. Disponible en : https://www.cuerpomente.com/nos-inspiran/entrevista-carl-honore-libro-elogio-experiencia_5245.

HelpAge International. (2022) *Red global a favor de los derechos de las personas mayores*. Disponible en: <https://www.helpagela.org/quienes-somos/>.
Iacub, R. (2021) “Pandemia: hacer visible la discriminación hacia la vejez.” *Diario Rio Negro*. Disponible en : <https://www.rionegro.com.ar/pandemia-hacer-visible-la-discriminacion-hacia-la-vejez-1830996/>.
Naciones Unidas. (2021) *El edadismo es un problema mundial*. Comunicado de prensa Ginebra. Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un>.
Organización de Estados Americanos. (2015) *Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (A-70)*. Disponible en : http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf.



XVII CONFERENCIA IBEROAMERICANA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

ALADEFE. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada.
2 - 6 Octubre 2023

Gripe aviar, una enfermedad zoonótica

Para minimizar el riesgo de salud pública es esencial asegurar una vigilancia cualitativa de las poblaciones humanas y animales, una investigación exhaustiva de cada caso de infección humana y una planificación de la pandemia basada en los riesgos. El control de la enfermedad en los animales es fundamental para reducir el riesgo para el ser humano.

Stella Maimone*

RESUMEN

La influenza aviar es una enfermedad zoonótica que padecen las aves, causada por el virus de la influenza aviar tipo A. El riesgo de transmisión a humanos es bajo y ocurre cuando las secreciones o excretas de aves infectadas, vivas o muertas, son inhaladas por las personas y el virus toma contacto con las mucosas de boca, nariz u ojos.

PALABRAS CLAVE

Influenza aviar / Gripe A / Enfermedad zoonótica

ABSTRACT

Avian influenza (bird flu) is a zoonotic disease found in poultry and wild birds due to the Type A avian influenza virus. Human transmission risk is low and takes place when the droppings or excretions of infected birds –dead or alive– are inhaled by humans and thus the virus enters into contact with mucous membranes of the mouth, the nose or the eyes.

KEYWORDS

Avian influenza – Influenza A – Zoonotic disease

* Magíster en Educación para Profesionales de la Salud. Diplomada en Educación y Nuevas tecnologías. Licenciada en Enfermería. Enfermera Re Certificada en Epidemiología y Control de Infecciones (Asociación de Enfermeros en Control de Infecciones, ADECI). Socia fundadora de ADECI. Directora y docente de la consultora e Institución Educativa CODEINEP: Grupo Asesor en Control de Infecciones y Epidemiología.

ANTECEDENTES

La primera descripción de la influenza aviar¹ (gripe aviar) data de 1878 en el norte de Italia, cuando se describió como “plaga aviar” a una enfermedad contagiosa de las aves de corral asociada con una alta mortalidad. No fue hasta el siglo XX que se determinó que la “plaga aviar” fue causada por un virus, y recién en 1955 se demostró que se trataba de influenza tipo A.

En 1971, los virus de influenza se clasificaron por primera vez en función de las propiedades antigénicas de sus proteínas estructurales y de superficie. Y durante el Primer Simposio Internacional sobre Influenza Aviar, en el año 1981, el término “plaga aviar” fue sustituido por el término más apropiado: influenza aviar.

LOS VIRUS DE INFLUENZA

Hay tres tipos de virus de la gripe: A, B y C. Los virus gripales de tipo A infectan a los humanos y animales con enfermedades muy diferentes, los de tipo B sólo circulan entre las personas y causan las epidemias estacionales, mientras que los tipo C pueden infectar tanto a las personas como a los porcinos, aunque la infección suele ser leve y por lo general no se notifica.

Los virus de la gripe A son los de mayor importancia para la salud pública debido a su potencial pandemiógeno. En función del huésped original, éstos se pueden clasificar como aviares, porcinos o de otros animales. Algunos ejemplos son los virus de la gripe

aviar A (H5N1) y A (H9N2) o los de la gripe porcina A (H1N1) y A (H3N2). Todos estos, de origen animal, difieren de los virus de la gripe humana y no se transmiten fácilmente entre las personas.

Los virus de influenza aviar A se clasifican en dos categorías: virus de influenza aviar de alta patogenicidad y virus de influenza aviar de baja patogenicidad (HPAI y LPAI, por sus siglas en inglés respectivamente). La mayoría de los virus de la gripe aviar son de baja patogenicidad y causan pocos o ningún signo de enfermedad en aves silvestres infectadas. Estos virus LPAI tampoco causan signos de enfermedad o causan una enfermedad leve en pollos y otras aves de corral domésticas.

Por el contrario, los virus HPAI pueden causar una enfermedad grave y una alta mortalidad en las aves de corral infectadas, sin embargo, causan pocos o ningún signo de enfermedad en ciertas especies de aves acuáticas silvestres. Las aves acuáticas son el principal reservorio natural de la mayoría de los subtipos de los virus de la gripe A.

EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud Animal (OMSA), la temporada epidémica de la influenza aviar de alta patogenicidad (HPAI) continúa con brotes en aves de corral y brotes notificados en aves silvestres, principalmente en las regiones de Europa y América. En el período epidémico actual, el subtipo A (H5N1) es el predominante y por primera vez se ha registrado una persistencia inusual en aves silvestres durante los meses de verano.

Hasta la semana epidemiológica 1 de 2023,

¹ Puntos destacados en la historia de la influenza aviar (gripe aviar) – Referencias Disponible en Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias (NCIRD). Página revisada por última vez: 18 de agosto de 2022. <https://espanol.cdc.gov/flu/avianflu/timeline/avian-timeline-background.htm>

las autoridades de agricultura de Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, Honduras, México, Panamá, Perú y Venezuela han detectado brotes de virus HPAI en aves domésticas, de granjas avícolas y silvestres. La detección de brotes de HPAI en ocho países de América Latina y Caribe es una situación no registrada anteriormente.

El ministerio de Salud de la Nación Argentina informó el 21 de febrero de 2023³ que se encontraba trabajando con las jurisdicciones en el seguimiento epidemiológico de 8 focos de influenza aviar detectados por el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA). Hasta el momento, este organismo recibió más de 98 notificaciones de sospechas en aves silvestres y de traspatio muertas o con sintomatología, entre las cuales se detectaron casos positivos en Jujuy, Salta, Córdoba y Santa Fe.

A partir de las investigaciones epidemiológicas realizadas por las jurisdicciones se identificaron, hasta el momento, 14 personas expuestas (11 adultos y 3 menores) en contacto con las aves infectadas. Ninguna de ellas presentó síntomas de la enfermedad hasta la fecha del informe y todas se encuentran en seguimiento por parte de los equipos de salud de las jurisdicciones correspondientes.

El 28 de febrero del mismo año, el SENASA⁴ confirmó el primer caso positivo de influenza aviar altamente patógena (IAAP) H5 en aves de corral de la provincia de Río Negro, con lo que el país perdió temporalmente su estatus de libre de la enfermedad y suspendió la

exportación de productos aviares, cumpliendo con las normas internacionales.

FORMA DE TRANSMISIÓN

Si bien la influenza aviar es una enfermedad zoonótica, se han notificado infecciones humanas por virus de la gripe aviar que se contraen principalmente mediante el contacto directo prolongado, y sin protección (sin guantes ni otro equipo de protección personal) con los animales infectados, vivos o muertos, o sus entornos contaminados. La transmisión ocurre cuando se inhala el virus o se toca la boca, los ojos o la nariz con secreciones contaminadas.

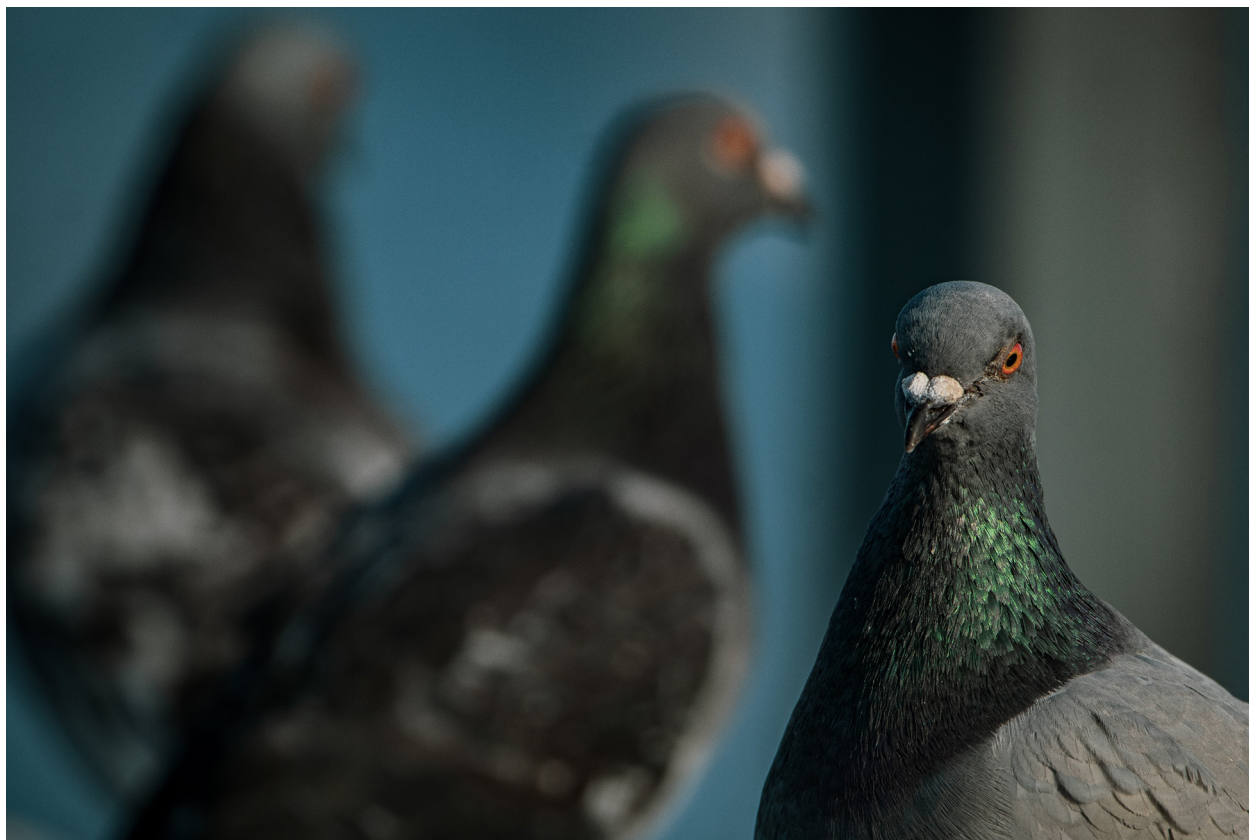
Los virus de influenza A, hasta el momento, no dan lugar a una transmisión eficiente de los virus entre las personas, pues han pasado esporádicamente de las aves de corral a los humanos. En general, las personas afectadas son los trabajadores que manipulan aves vivas o muertas, sus productos o entornos. Sin embargo, como toda enfermedad zoonótica podría mutar y cambiar a una forma altamente infecciosa en humanos y propagarse fácilmente de persona a persona.

Los virus de la influenza aviar también han infectado a otros animales, como patos, pollos, pavos, cerdos, ballenas, caballos, focas, perros y gatos. Los virus que infectan a una especie animal a veces pueden cruzarse y causar enfermedades en otra especie, incluidas las personas, siendo un problema de salud pública y ocupacional.

Además, cabe aclarar que no hay datos que indiquen que el virus de la gripe aviar y otros virus de la gripe de origen zoonótico se transmitan por los alimentos.

² Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gobierno-anuncio-un-programa-para-la-prevencion-y-el-control-de-la-influenza-aviar>

³ Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/influenza-aviar-se-confirio-el-primer-caso-positivo-en-aves-de-corral-en-rio-negro>



LA ENFERMEDAD Y EL CONTROL

Los virus de la gripe aviar y porcina y otros virus gripales de origen zoonótico pueden afectar a los humanos, causando enfermedades que van desde infecciones leves de las vías respiratorias superiores (fiebre y tos) hasta neumonía, choque séptico, síndrome de distrés respiratorio agudo o incluso la muerte. También se han descrito grados variables de conjuntivitis, síntomas gastrointestinales, y son los menos frecuentes encefalitis y encefalopatía, dependiendo del subtipo de virus.

Los signos y síntomas de las infecciones por el virus de la gripe aviar en humanos varían desde ausencia de síntomas o enfermedad leve, como enrojecimiento de los ojos o síntomas leves de las vías respiratorias superiores similares a los de la gripe, hasta enfermedades graves como neumonía, que requiere hospitalización.

Para minimizar el riesgo de salud pública es esencial asegurar una vigilancia cualitativa de las poblaciones humanas y animales, una investigación exhaustiva de cada caso de infección humana y una planificación de la pandemia basada en los riesgos. El control de la enfermedad en los animales es fundamental para reducir el riesgo para el ser humano.

En el hogar, se recomienda que los alimentos se consuman bien cocidos y se conserven en la heladera, incluyendo los huevos. En cuanto a este último alimento es importante destacar que se sugiere no lavarlos, ya que la cáscara de los huevos es porosa y posee una fina película protectora que se pierde con el agua. De esta manera, al lavarlos, se puede generar una contaminación con la entrada de microorganismos del exterior al interior.

En cuanto a las medidas de control en los centros de salud, cabe subrayar que el personal sanitario debe utilizar precauciones respi-

ratorias por gotas para atender a los pacientes ante cualquier sospecha de influenza.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación Argentina se recomienda seguir las siguientes medidas de cuidado:

- Lavado frecuente de manos con agua y jabón o usar desinfectantes a base de alcohol.
- Evitar el contacto directo con aves silvestres y, de ser posible, sólo observarlas desde lejos.
- Evitar tener contacto sin protección con aves de corral que parecen estar enfermas o muertas.
- Con relación a aves en grandes ciudades (gorriones, palomas), el riesgo se considera muy bajo ya que éstas no se han mostrado hasta el momento muy susceptibles al virus.
- En caso de encontrarse algún ave enferma o muerta, evitar el contacto y dar aviso a las autoridades sanitarias del Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA).
- No tocar superficies que podrían estar contaminadas con saliva, mucosa o heces de aves silvestres o de corral.
- Actualmente, no hay restricciones para via-

jar a zonas afectadas por influenza aviar. Sin embargo, se recomienda que las personas que viajan a zonas con brotes de influenza aviar tomen las medidas de prevención necesarias (con todo tipo de aves, incluyendo las acuáticas silvestres) para evitar el riesgo de contraer la enfermedad.

CONCLUSIÓN

Debido a la naturaleza en constante evolución de los virus de la gripe, la OMS sigue destacando la importancia de la vigilancia mundial para detectar y monitorear los cambios virológicos, epidemiológicos y clínicos asociados a los virus de la gripe emergentes o en circulación que puedan afectar a la salud humana (o animal), así como del intercambio oportuno de virus para realizar la evaluación de riesgos. La diversidad de virus de la gripe de origen zoonótico que han causado infecciones humanas es alarmante, lo que obliga a reforzar la vigilancia tanto en poblaciones animales como humanas, a investigar a fondo cada infección zoonótica y a prepararse frente a pandemias.

BIBLIOGRAFÍA

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias (NCIRD). *Aspectos destacados en la historia de la influenza aviar (gripe aviar)*. Recuperado el 18 de agosto de 2022 de <https://espanol.cdc.gov/flu/avianflu/timeline/avian-timeline-background.htm>

Ministerio de Salud de la Nación. *"El gobierno anunció un programa para la prevención y el control de la Influenza Aviar"*. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gobierno-anuncio-un-programa-para-la-prevencion-y-el-control-de-la-influenza-aviar>

Ministerio de Salud de la Nación. *"Influenza aviar: Se confirmó el primer caso positivo en aves de corral en Río Negro"*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/influenza-aviar-se-confir-mo-el-primer-caso-positivo-en-aves-de-corr-al-en-rio-negro>

Organización Mundial de la Salud. *Virus de la gripe aviar y otros virus zoonóticos*. Disponible en [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(avian-and-other-zoonotic\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(avian-and-other-zoonotic))

Organización Mundial de Sanidad Animal. *Influenza aviar*. Recuperado de: Influenza aviar - OMSA - Organización Mundial de Sanidad Animal (woah.org)

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Alerta Epidemiológica: Brotes de influenza Aviar e infección humana causada por influenza A(H5) Implicaciones para la Salud Pública en la región de las Américas*. 11 de enero de 2023. Washington, DC:OPS/Oms:2023

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *La gripe en la interfaz humano-animal. Recomendaciones de la OPS para fortalecer el trabajo intersectorial en la vigilancia, la detección temprana y la investigación*, 9 de julio del 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52562>

¡Revista Vea Llegó a Instagram!

¡No te pierdas todas
las novedades del sector!



Encontranos como



@revistaveaenfermeria

y sumate a la comunidad
de enfermería
más grande del país

**Una revista hecha
por y para
profesionales de enfermería**

Manifestaciones del modelo médico hegemónico en las organizaciones sanitario-asistenciales, según la percepción de licenciados en enfermería

Dario Siani*

El MMH no es solamente un paradigma respecto de la salud, la enfermedad, la relación con el paciente, el abordaje diagnóstico y terapéutico, sino que es además un modo de entender y diseñar las organizaciones sanitario-asistenciales, incidiendo en la formulación de la estructura orgánico-funcional y en la cultura organizacional.

RESUMEN

El artículo se basa en la tesis doctoral del autor realizada en 2019 referida a percepciones de licenciados en enfermería sobre el modelo médico hegemónico. Se empleó metodología cualitativa y una muestra de 93 voluntarios. Los hallazgos son un avance en el conocimiento de la presencia de este modelo en la gestión de las organizaciones sanitario-asistenciales.

PALABRAS CLAVE

Modelo médico hegemónico / gestión de enfermería / gestión de organizaciones sanitario-asistenciales.

ABSTRACT

The article is based on the doctoral thesis of the author made in 2019 referring to perceptions of nursing graduates on the hegemonic medical model. Qualitative methodology and a sample of 93 volunteers were used. The findings are an advance in the knowledge of the presence of this model in the management of health-assistance organizations.

KEY WORDS

Hegemonic medical model / nursing management / management of health-assistance organizations.

*Dr. en Psicología Social (Universidad Argentina John F. Kennedy), Magíster en Psicología Empresarial y Organizacional (Universidad de Belgrano), Lic. en Relaciones Industriales (Universidad Argentina de la Empresa), Lic. en Relaciones Públicas (Universidad Argentina John F. Kennedy). Director de la Licenciatura en Gestión de Recursos Humanos de la Universidad Maimónides, docente y jurado de tesis de postgrado. Profesor titular en la Maestría en Gerenciamiento Integral de Servicios de Enfermería de la Universidad Maimónides. Consultor y coach organizacional. Mail de contacto: siani.dario@gmail.com

RESUMEN DE LAS INDAGACIONES BIBLIOGRÁFICAS

El modelo médico hegemónico (MMH) ha sido descrito bajo los aspectos que a continuación se detallan.

- Como paradigma dominante y legitimado para entender de un único modo la salud y la enfermedad, con su consecuente efecto en la relación con el paciente y el equipo de salud (Menéndez, 1988; Comelles, 1993; Melo, Florentino, Mascarenhas, Macedo, Silva & Mascarenhas, 2016).
- Como expresión de la gestión y circulación del poder en las organizaciones sanitario-asistenciales (Nowicki, 2015; Justo, 2014; Espinosa Cortés y Ysunza Ogazón, 2009; Kappes Ojeda y Mella, 2014; Foucault, 2014; Payton, 2008).
- Como expresión de patriarcado ejercido desde el médico varón hacia la mujer enfermera (Peet, Theobald & Douglas, 2019; Vítolo, 2012).
- Como fenómeno que tiene alto impacto en el funcionamiento operativo de las organizaciones sanitario-asistenciales, en la calidad de atención y seguridad del paciente, como así también en el clima organizacional y la calidad del trabajo en equipo (Nowicki, 2015; Whitehead & Peter, 2001).
- Como inhibidor de la cultura de vigilancia de enfermería (Peet, Theobald & Douglas, 2019; Brookfield 2005).

- Como fenómeno socio-cultural y económico que excede los límites de las organizaciones sanitario-asistenciales (Weber, 2016)
- Como modelo de atención en salud que progresivamente está siendo interpelado por el cambio social cuyo impulso proviene de las nuevas demandas del paciente y su entorno familiar (Foro Español de Pacientes, 2017; Fundación Biblioteca Josep Laporte, 2003; Siani, 2020).
- Como fenómeno de las organizaciones sanitario-asistenciales que actúa en la satisfacción laboral y el clima organizacional (Siani, 2021).
- Como representación social alojada en el Colectivo Enfermero (Siani & Requena Arellano, 2021).

TEORÍA GENERAL Y TEORÍA SUSTANTIVA ADOPTADAS

Como teoría general se adoptó el Interaccionismo Simbólico en el contexto de las tradiciones teóricas de la psicología social descritas por Vander Zanden (1995), toda vez que las percepciones recuperadas de licenciados en enfermería respecto del MMH fueron consideradas como el producto de un proceso psicosocial de construcción colectiva de significados sociales, por medio de los cuales estos profesionales le atribuyeron significados sociales a los comportamientos de los médicos y a las prácticas organizacionales, refiriéndolas al modelo médico hegemónico.



Como teoría sustantiva se adoptó la Sociología de las Profesiones en cuanto fuera descripta por Panaia (2008), toda vez que sus planteos teóricos receptan plenamente el objeto de conocimiento, en tanto parte de la realidad que se pretende estudiar (Sautu, Boniollo, Elbert, 2005). Estos planteos teóricos hacen referencia a problemáticas psico-socio-profesionales vinculadas a relaciones de competitividad entre actores profesionalmente comprometidos (Panaia, 2008).

METODOLOGÍA

El soporte epistemológico de la investigación está dado por el Paradigma Interpretativo, vinculado con las propuestas de Max Weber, que estudia la realidad social desde la óptica de los involucrados en ella, y busca obtener una visión holística de la misma (González Morales, 2003 y Klimovsky e Hidalgo en Maioli, 2015).

En concordancia con el enfoque de Interaccionismo Simbólico adoptado como teoría general, la investigación está desarrollada bajo metodología de investigación social cualitativa. Esto posibilitó la recuperación empírica de la realidad social construida por los participantes de la muestra, a través de los significados surgidos en sus experiencias de interacción social dadas en el campo de las organizaciones sanitario-asistenciales (Pons Díez, 2010).

El diseño que se decidió para esta investigación es de tipo no experimental, alcance de tipo descriptivo y transversal en cuanto a su dimensión temporal (Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista Lucio, 2014). Los datos fueron recolectados de manera simultánea en un período determinado (durante los meses de enero a marzo 2019).

Los documentos primarios de donde se levantaron los datos fueron producidos en los meses de junio y julio de 2017 y junio y julio de 2018. En concordancia con el enfoque cualitativo de la investigación, se aplicó una técnica documental de análisis de experiencias personales. Esta técnica es propia de las investigaciones cualitativas (Hernández Sampieri, et al, 2014).

Se utilizaron como documentos primarios trabajos escritos por licenciados en enfermería, en sus calidades de alumnos regulares cursantes en forma presencial de la Maestría en Gerenciamiento Integral de Servicios de Enfermería dictado por la Universidad Maimónides de Argentina.

Estos trabajos escritos fueron realizados por cada alumno en forma individual y como trabajo académico domiciliario. Este encuadre posibilitó que cada alumno haga su introspección de manera individual y sin los efectos de la influencia grupal propias del entorno áulico, haciendo más “limpia” la recuperación de percepciones frente a la consigna de trabajo solicitada por la cátedra para la realización del trabajo escrito en cuestión.

El corpus de contenido alojado en los documentos primarios fue analizado mediante la técnica de Análisis de Contenido conforme lo indicado en Cáceres (2003). Para la aplicación de la técnica se empleó como herramienta el software Atlas Ti, versión 5.2.

Se utilizó el tipo de muestra de participantes voluntarios, tal como suele suceder en la investigación en ciencias sociales y médicas (Hernández Sampieri et al., 2014), de la cual participaron 93 voluntarios, todos cursantes de la maestría precedentemente indicada. Cada uno aportó su Trabajo Escrito de Análisis de Experiencias Personales bajo el formato de una monografía.

Las distribuciones de la muestra por edad, sexo y tipo de institución no se consideraron útiles a los fines del presente artículo, por lo que no se dará cuenta de ellas.

RESULTADOS

Se identificaron 509 percepciones de licenciados en enfermería que refieren a modos concretos y específicos mediante los cuales el MMH se manifiesta en las organizaciones sanitario-asistenciales. Por efecto de la aplicación de la Técnica de Análisis de Contenido, este universo de percepciones pesquisadas fue condensado y reducido a 26 categorías perceptuales que, a su vez, fueron condensadas y reducidas a 4 nodos perceptuales que condensan la totalidad del universo perceptivo levantado en la investigación.

Este proceso dio como resultado final que las percepciones de licenciados en enfermería respecto de los modos mediante los cuales el MMH se manifiesta en las organizaciones sanitario asistenciales refieren a 4 vivencias fundamentales, que son atribuidas a la presencia de este modelo, a saber: trabajar en un entorno de mala comunicación organizacional, sentirse excluido de lo que le compete, sentir falta de valoración adecuada de su aporte profesional, sentirse interferido y desplazado de ciertas cuestiones que corresponden a la competencia profesional de la Enfermería.

CATEGORÍAS EMERGENTES DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO DE LAS 509 PERCEPCIONES DE LOS LICENCIADOS EN ENFERMERÍA SOBRE EL MMH ⁽¹⁾

- | | |
|--|---|
| 1 Acapara el contacto con la cúpula | 15 Genera problemas de comunicación |
| 2 Acapara espacios y equipos | 16 Impone visión antropológica del paciente |
| 3 Culpabiliza | 17 Indica tareas inapropiadamente |
| 4 Desconoce el rol del enfermero | 18 Interfiere en la capacitación |
| 5 Desestima aportes del enfermero | 19 Interfiere en la gestión de insumos |
| 6 Desplaza en el liderazgo y mando | 20 Interfiere en planificación del |
| 7 Desplaza en el uso de firma | recurso humano |
| 8 Deteriora el clima laboral | 21 Interfiere en sanciones disciplinarias |
| 9 Deteriora el trabajo en equipo | 22 Limita o anula la participación |
| 10 Evalúa desempeño sin competencia | 23 Maltrata |
| 11 Excluye de comités | 24 Monopoliza cobertura de cargos |
| 12 Excluye de la comunicación | 25 Prevalece en el ápice de la estructura |
| 13 Excluye de las decisiones | 26 Se prioriza siempre a sí mismo |
| 14 Excluye del acceso a la información | |
-

(1) Tabla extraída de Siani, D. (2020). Percepciones de licenciados en enfermería respecto de los modos mediante los cuales el MMH se manifiesta y ejerce influencia como generador de obstáculos y conflictos en la gestión de enfermería Aspectos Psicosociales Implicados (AMBA 2017-2018). (Tesis doctoral) Facultad de Ciencias Psicológicas. Doctorado en Psicología Social. Universidad Kennedy.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que seguidamente serán presentadas surgen luego de haber considerado los resultados arrojados por la investigación, como así también lo expresado en el estado del arte y el marco teórico.

El MMH no es solamente un paradigma respecto de la salud, la enfermedad, la relación con el paciente, el abordaje diagnóstico y terapéutico, sino que es además un modo de entender y diseñar las organizaciones sanitario-asistenciales, incidiendo en la formulación de la estructura orgánico-funcional y de los procesos, como así también en el sistema de consecuencias, y en la cultura organizacional.

El MMH y sus efectos en la gestión de las organizaciones sanitario-asistenciales sigue vigente y se manifiesta de múltiples modos. Esta conclusión se contrapone a algunas expresiones que se verifican empíricamente en el Colectivo Enfermero, tales como “el MMH es cosa del pasado”, “ya pasó de moda”, “es cosa de las enfermeras de antes”, entre otras.

Los modos variados, concretos y específicos mediante los cuales el MMH está presente en las organizaciones sanitario-asistenciales se expresan principalmente por medio de las siguientes dimensiones observacionales: los comportamientos de los médicos, la comunicación organizacional, la asignación de recursos, la toma de decisiones, la administración de las oportunidades de capacitación y desarrollo profesional, la autonomía profesional, la cobertura de cargos en la estructura orgánico-funcional, entre otras formas de expresión, como así también y de un modo más general en las prácticas organizacionales formales e informales, la cultura organizacional, y las políticas institucionales.

El espectro de percepciones que se verificó en la población en estudio es concordante con las principales problemáticas psico-socio-profesionales que estudia Sociología de las Profesiones, a saber: relaciones de competitividad entre actores profesionalmente comprometidos, pujas por establecer el valor económico y

el precio social de sus competencias, monopolización de tareas y de servicios, conflictos para reivindicar derechos sobre el ejercicio de una actividad, normatización para alcanzar diferenciación profesional con su correspondiente correlato jurídico y administrativo.

El espectro de percepciones que se verificó en la población en estudio expresa un conjunto de atribuciones sociales, toda vez que constituyen explicaciones y juicios socialmente desarrollados y compartidos por el Colectivo Enfermero sobre las acciones de los médicos y sobre

los eventos que suceden en la organización sanitaria, atribuidos causalmente a la presencia del MMH.

En la relación entre enfermeros y médicos existen, entre otros, los siguientes contenidos de interacción socialmente problemáticos que tienen lugar y se desarrollan en el campo de las organizaciones sanitario-asistenciales: la comunicación interpersonal, la comunicación organizacional, las acciones que tienen efectos de inclusión y exclusión de las personas, la valoración profesional, la delimitación de funciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brookfield, S. (2005). *The power of critical theory for adult learning and teaching*. Bershire, England: McGraw-Hill Education.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, 2, 53-82. Recuperado de: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>
- Comelles, J. (1993). La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisiones en Salud Pública*, 3, 169-192.
- Espinosa Cortés, L. & Ysunza Ogazón, A. (2009). Diálogo de saberes médicos tradicionales en salud. *Ciencia Ergo Sum*, 16(3), 293-301. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10412057010>
- Foucault, M. (2014). *Lecciones sobre la voluntad de saber. Curso en el Collège de France (1970-1971)*. Bs As: Fondo de Cultura Económica.
- Foro Español de Pacientes (2017). Primer Encuentro Nacional de Asociaciones de Pacientes. *Construyendo el futuro del paciente*. Recuperado de: <https://www.somospacientes.com/noticias/sanidad/i-encuentro-nacional-de-asociaciones-de-pacientes-el-9-de-marzo-en-madrid/>
- Fundación Biblioteca Josep Laporte (2003). *Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes*. Barcelona, España. Recuperado de: https://ceaapics.files.wordpress.com/2013/05/declaracio_barcelona.pdf.
- González Morales, A. (2003). Los paradigmas de investigación en las ciencias sociales. *Islas*, 45(138), 125-135. Recuperado de: <http://islas.uclv.edu.cu/index.php/islas/article/view/617>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación*. 6a. Edición. Mc Graw Hill: Madrid.
- Justo, E. (2014) La enfermería como Recurso: El proceso de profesionalización de la enfermería en la década del '70, entre las políticas de Estado y el modelo Médico- hegemónico. *Cultura de los Cuidados*, 18(39). doi: 10.7184/cuid.2014.39.05
- Kappes Ojeda, C. & Mella Moraga, R. (2014). El ejercicio del poder y su relación con el rol profesional de un grupo de enfermeras en la gestión de los cuidados. *Cuidados en Enfermería y educación en Salud*. 1(1), 52-68. Recuperado de: <http://revistas.userena.cl/index.php/cuidenf/article/view/276>
- Maioli, E. (2015). *Tensiones existentes entre la identificación religiosa y el status ciudadano de los miembros de la Organización Testigos de Jeová (AMBA, 2013-2014)*. (Tesis doctoral) FLASCO. Argentina. Recuperado de: <https://repositorio.flascoandes.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/10469/8098/TFLASCO-2015EPEM.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Melo, C.M.M., Florentino, T.C., Mascarenhas, N.B., Macedo, K.S., Silva, M.C. & Mascarenhas, S.N. (2016). Professional autonomy of the nurse: some reflections. *Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem*, (20) 4. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000400601&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
- Menéndez, E. (mayo, 1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Ponencia presentada en las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (p.p. 451-464). Buenos Aires.
- Nowicki, R., (2015). La profesión enfermería y los dispositivos de poder que subordinan su práctica dentro de las organizaciones sanitarias. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en enfermería*, (5)1, 63-69. Recuperado de: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/152/la-profesion-enfermera-y-los-dispositivos-de-poder-que-subordinan-su-practica-dentro-de-las-organizaciones-sanitarias/>
- Panaia, M. (2008). Una revisión de la sociología de las profesiones desde la teoría crítica del trabajo en la Argentina. *Serie Documentos de Proyectos Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas Chile: CEPAL.
- Parales-Quenza, C. (2010). El error fundamental en psicología: reflexiones en torno a las contribuciones de Gustav Ichheiser. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(2), 161-175. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3641443>
- Paynton, T., (2008). The Informal Power of Nurses for Promoting Patient Care. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 14(1). doi: 10.3912/OJIN.Vol14No1PPT01
- Peet, J., Theobald, K. & Douglas, C. (2019). Strengthening nursing surveillance in general wards: A practice development approach. *Journal of clinical nursing*. doi: 10.1111/jocn.14890
- Pons Diez, J. (2010). La aportación a la psicología social del interaccionismo simbólico: una revisión histórica. *EduPsyké: Revista de psicología y psicopedagogía*, 9(1), 23-42. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3268858>
- Sautu, R., Boniolo, P. Dalle, P. y Elbert, R. (2005). *Manual de Metodología. La construcción del marco teórico en la investigación social. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología* (pp. 29-81). Buenos Aires: CLACSO.
- Siani, D. (2020). *Percepciones de licenciados en enfermería respecto de los modos mediante los cuales el MMH se manifiesta y ejerce influencia como generador de obstáculos y conflictos en la gestión de enfermería Aspectos Psicosociales Implicados (AMBA 2017-2018)*. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Psicológicas. Doctorado en Psicología Social. Universidad Kennedy. Disponible en <https://www.researchgate.net/publication/351564281>
- Siani, D. (2021). *Nivel de presencia del modelo médico hegemónico en organizaciones sanitario-asistenciales de gestión pública y privada según percepciones de licenciados en enfermería (AMBA - OCTUBRE 2021) Un aporte al estudio del clima organizacional en el ámbito de la enfermería*. Tesis de maestría. Facultad de Humanidades. Maestría en Psicología Empresarial y Organizacional. Disponible en <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/9639>
- Siani, D. y Requena Arellano, M. (2021). *Una aproximación al modelo médico hegemónico como representación social del colectivo enfermero*. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 25(2), 94-109. Disponible en <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/5987>
- Vander Zanden, J. W. (1995). *Manual de Psicología Social*. 1ª Ed. 5ª Reimpresión. Barcelona: Paidós.
- Vítolo, F. (2012). Relación Médico-Enfermera. *Esencial para la seguridad de los pacientes. Biblioteca Virtual Noble*, 1, 1-11. Recuperado de: http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/74.pdf
- Weber, D. (2016). Medical Hegemony. *Int J Complement Alt Med*, (3)2, 1-2. Recuperado de: <https://medcraveonline.com/IJCAM/medical-hegemony.html>
- Whitehead, D. & Davis, P. (2001). The issue of medical dominance (hegemony). *Journal of Orthopaedic Nursing*. 5; 114-115. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/244878661_The_issue_of_medical_dominance_hegemony

Solaz de verano

Walter Piceda*

Cae la tarde de un día caluroso y, como tantas otras veces, me decido a soportar el calvario estival sin muros ni techos que se interpongan en mi contacto con esos mínimos retazos, casi que apenas migajas de naturaleza que nos ofrece la ciudad.

En estos menesteres soy sorprendido en un verde pulmoncito citadino, con pertrechos sencillos: termo, mate amargo, obviamente, y algo de lectura sin mucha más pretensión que la de ser un pasatiempo.

La maravilla de la mente, en su modo de ideación recreativa y de esparcimiento, me apalanca en la inmersión en espacios y rincones recónditos y extravagantes del planeta, surgidos de las publicaciones que fluyen del dispositivo electrónico, que me distraen.

Así, me balanceo, viajando desde la isla Fernando de Noronha en el nordeste brasileiro -aislada en el Atlántico y donde está prohibido nacer, pues no cuenta con maternidades y las mujeres no llegan a la trigésima cuarta semana de sus embarazos sin trasladarse a la ciudad continental de Natal (vaya paradoja, si las hay)- hasta la ínsula noruega de Svalbard, dentro del mar Ártico, donde el miedo a la preservación de gérmenes cadavéricos en ese congelado suelo hace que no haya cementerios y obliga a quienes estén en situación de fin de vida, o con diagnósticos difíciles, a viajar y asentarse en el continente para sostener la veda a morir en este territorio.

Lugares especiales que coloca a quienes se enteran de sus particularidades a reflexionar acerca de cómo condicionan los entornos a las vidas de las personas que allí discurren sus existencias. Cómo estas circunstancias impactan no solo la vida y la muerte, sino también los vínculos, las emociones, los odios y los amores.

En estos pensamientos me hallaba cuando me sorprende atrapado por el relato, probablemente ficticio, de una mujer que con su vehículo circula por la ruta del Garraf, una carretera española muy peligrosa excavada en la roca, sobre el mar y sin barras de seguridad o quitamiedos, como las llaman allí. Un mal cálculo en un giro,

*Jefe de Departamento de Enfermería de la Clínica Santa Isabel.

y el coche se va al agua. Ella conducía demasiado rápido, con sus nudillos blancos de tanta fuerza aplicada en la sujeción del volante. Las lágrimas le nublaban la vista en un entorno ya de por sí oscuro. Además, había consumido alcohol en un intento de olvidar años de violencia doméstica, responsabilidad de su pareja. Mientras manejaba iba recordando momentos de terror, esperando que la brutalidad y la agresión volvieran a casa, con temblores al oír la llave girar en la puerta y esos pasos, siniestros, tantas veces siendo anticipo de indeseados episodios.

Pese al riesgo, no dudaba y hundía el pie en el acelerador en cada curva. Como deseando que se desvanezca bajo su pie derecho tanto desprecio manifiesto, tanta humillación soportada. Tanta vergüenza ante las excusas dichas al personal del hospital, para no admitir como se habían producido las heridas. La mujer estaba al límite de sus posibilidades de continuar y necesitaba acabar con aquello.

Hasta que decide frenar bruscamente, en un derrape temerario, en casi el único mínimo margen lateral donde detenerse. Los sentimientos de miedo, el dolor del espíritu la impregnaban.

Desde este improvisado mirador observa el mar. Se halla a sus pies, a no menos de 50 metros de caída libre, una alfombra de rocas y de espuma de olas.

Secándose las lágrimas, mira ese mar una última vez. Ese mar, que siempre le hizo sentido como algo tan bello y poderoso, está a punto de convertirse en sepultura.

Relajó el cuerpo, vació la mente de pensamientos y respiró hondo. Expulsó todo el dolor de su ser y se dijo en voz bien alta: - ¡Acabemos con esto!

Decidida, se dio la vuelta. Abrió el maletero del coche y con esfuerzo sacó el cuerpo de su pareja: -¡Ve a vértelas con alguien de tu tamaño! ¡Arréglatelas con el mar ahora, despreciable persona!



LaboratoriosRIVERO

Rivero Junto a la enfermería especializada

MATERIALES BIOMEDICOS ORIGINALES RIVERO

Estériles, atóxicos, libres de pirógenos y látex natural

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

 **LaboratoriosRIVERO**

Avenida Boyacá 419 - C1406BHG - CABA

Director Técnico: Dr. Pedro Luis Rivero

Bioquímico y Farmacéutico

Tel.: 4633.8666 Líneas Rotativas | Fax 4631.5634 4633.4754

www.rivero.com.ar | [www.Facebook.com/LaboratoriosRivero](https://www.facebook.com/LaboratoriosRivero)

lab@rivero.com.ar | depcient@rivero.com.ar

Consultas - sugerencias 0800.222.7291

PLANTA MODELO JUNIN

Habilitada por ANMAT Legajo N° 0022

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

Autorizados por ANMAT PM 0022