

La mentoría como plan
estratégico para la adaptación
de nuevos profesionales
de Enfermería

pág. 35

Los lineamientos
epistemológicos y
metodológicos de las
teorías de Enfermería:
su importancia en la
práctica clínica

pág. 23

Proceso de valoración
de heridas: el tiempo
es TIME

pág. 07

Baño Fácil

COMODIDAD

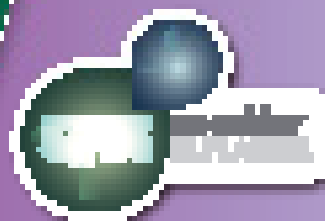
Para personas con la higiene personal

Mejore su calidad de vida

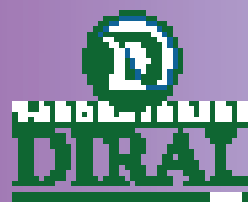
- Limpieza completa, rápida, simple y eficiente
- Higieniza la piel y el cuerpo
- Elimina olores de la piel
- Suaviza y protege sin irritar
- Fácil de usar en la higiene personal o de mascotas



Se utiliza después de un baño completo.
Es fácil de usar y no irrita la piel.
Se puede utilizar para la higiene personal o de mascotas.



El Baño Fácil es un jabón para la higiene personal y de mascotas. El producto se utiliza después de un baño completo y no irrita la piel. Se puede utilizar para la higiene personal o de mascotas.



■ EDITORIAL |pág. 5

Walter Piceda

■ SEGURIDAD DEL PACIENTE |pág. 7

Proceso de valoración de heridas: el tiempo es TIME

Griselda Leguizamón

■ V CONGRESO DE SALUD ADECRA+CEDIM 2023 |pág. 16

“Es tiempo de que la agenda
de la salud sea un eje central
de las políticas de Estado”

■ INFORME |pág. 23

Los lineamientos epistemológicos y metodológicos de las teorías
de Enfermería: su importancia en la práctica clínica

Iván Ariel Viera

■ FICHA 73 |pág. 31

Rol de Enfermería en la videocistoscopia
flexible con monitor

Alan Villafañe

■ INVESTIGACIÓN I |pág. 35

La mentoría como plan estratégico para la adaptación
de nuevos profesionales de Enfermería

Ricardo Fabián Molina
Sandra Noemí Ibarra
Héctor Raúl Ureta

■ INVESTIGACIÓN II |pág. 41

Sim-zones y reanimación cardiopulmonar:
un recorrido por las Zonas 0, 1 y 2

Rosana Elisabet Firpo

■ INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA |pág. 47

Ampliación del uso de anticuerpos
monoclonales (AcMo) en Oncología

María Constanza Celano

■ RINCÓN LITERARIO |pág. 55

La muerte ideal

Lic Walter Leguizamon

■ BASES PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS |pág. 58

COMITÉ EDITORIAL

Mag. Hna. Mercedes Zamuner
Lic. Graciela Rojas
Lic. Walter Piceda
Alejandra Fuente
Lic. Leandro Vargas
Lic. Alberto Sotomayor

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Magdalena Villaverde

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

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 Muñiz 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)

Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) en Argentina: ¿aspiración, realidad o necesidad?

La Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) es una disciplina en rápido crecimiento en el mundo de la atención médica. Comprende a enfermeras con formación de carrera que además han completado una educación y capacitación avanzadas en un área particular de la profesión. Están calificadas para brindar una amplia gama de servicios, incluido el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, la prescripción de medicamentos y la solicitud e interpretación de pruebas.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) se refiere a este grupo como constituido por “enfermeras registradas que han adquirido conocimientos expertos, habilidades para tomar decisiones y las competencias clínicas para la práctica expandida, cuyas características se han configurado por el país o el contexto en la que son licenciadas para practicar”.

El colectivo de Enfermería de nuestro país no escapa a la necesidad de adecuación de las disciplinas de la salud a los constantes cambios en los factores definitorios de la salud individual y pública, la evolución del campo del conocimiento y la consecuente metamorfosis de las demandas y expectativas de los sujetos de derecho de cuidado que requieren de servicios de salud. Nos hallamos ante una auténtica transformación global del sistema de dichos servicios, que va de la mano con lo que se observa en el entramado social.

El desarrollo dirigido al fortalecimiento de prácticas especializadas implica la orientación hacia la que apuntan las disciplinas sanitarias, lo que supone la provisión de capacidades, competencias, habilidades y destrezas requeridas para dar adecuada respuesta a las referidas circunstancias.

En países señalados como de elevado nivel de desarrollo, la EPA juega un papel vital en la prestación de atención médica, centrando su actuación en un aumento de la calidad prestacional. Publicaciones recientes dan cuenta de que en aquellas regiones donde se promueven leyes estatales de ampliación del ámbito de la EPA, existen argumentos de una gran cantidad de evidencia en relación con la calidad prestacional de EPA que trabaja de forma independiente, siendo ésta de igual o mayor cuantía que la de la atención que ofertan los médicos. Además de la satisfacción de los usuarios, su aporte se verifica en la reducción de los costos.

Esto da cuenta de un posicionamiento privilegiado para abordar la creciente escasez de enfermeras allí donde la disciplina ha evolucionado significativamente y la encuentra, en el presente, corriéndose de la actuación de administración y

docencia, hacia un papel más clínico, a la par que se complejiza el sistema de salud en esos lugares.

En nuestro país, desde la Dirección Nacional de Enfermería, del Ministerio de Salud, a través de la Comisión Nacional Asesora Permanente de Enfermería, de la cual forma parte la Comisión de Enfermeros en Gestión de ADECRA, se trabaja actualmente en el debate e integración de aportes de toda la nación respecto al tema señalado y en definir cuáles debieran ser las prácticas priorizadas y los escenarios para su desarrollo en nuestro medio.

Por lo pronto, surgen como opciones salientes cierta cantidad de prácticas, cada una de las cuales requiere un determinado número de competencias específicas en las que debe formarse y entrenar quien asuma ese rol.

En respuesta a la pregunta planteada en el título, deseo aclarar que, desde mi perspectiva, no sólo deja de constituirse el desarrollo de EPA en un objetivo aspiracional, para configurarse en una verdadera condición que permita alcanzar aquellos objetivos regionales que promueven la universalización de una atención de salud de calidad para toda la población, sino que dicha pretensión tiene visos de posibilidad de concreción.

En Argentina, la necesidad de desarrollar la EPA se hace cada vez más evidente. El país enfrenta desafíos importantes en materia de salud, que comparte con vastas regiones del globo, como el envejecimiento de la población, la creciente prevalencia de enfermedades crónicas y la escasez de recursos humanos. La EPA puede contribuir a abordar estos desafíos, mejorando la calidad y la eficiencia de la atención.

Las alternativas de concreción implican trabajo consistente, apuntado sobre todo a adecuar las condiciones generales del ejercicio de la profesión, acompañado esto de una adaptación del marco normativo vigente, de una definición clara de los contenidos que se requieren y de entidades formadoras con idoneidad para transmitirlos, así como la ya mencionada definición de prácticas constitutivas.

La EPA es una disciplina que está creciendo rápidamente en todo el mundo y que, en Argentina, la necesidad de desarrollarla es cada vez más evidente. Los primeros pasos de su concreción se están cimentando.

Lic. Walter Piceda
Jefe de Departamento de Enfermería Clínica Santa Isabel



UNIVERSIDAD
AUSTRAL

**CIENCIAS
BIOMÉDICAS**

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN

ENFERMERÍA NEONATAL

Formación profesional orientada al cuidado
clínico del **recién nacido y familias.**

*Carrera Acreditada por CONEAU Resolución N° 222/2018 y
Resolución Ministerial 2019-4006-APN-MECCYT*

DESTINADO A:

Licenciados en Enfermería y/o títulos de carrera de grado
completa con reconocimiento oficial.



INICIO:

14 AGO 2023

2 AÑOS



DIRECCIÓN:

ESP. ANA QUIROGA

MAG. GUILLERMINA CHATTÁS

ESP. MARÍA M. RABHANSL



MODALIDAD:

PRESENCIAL

CON ENCUENTROS VIRTUALES

SEDE CERRITO 1250, CABA

**CONTACTATE CON ALGUNO
DE NUESTROS ASESORES COMERCIALES:**



+549 11 4088-3149

+549 11 5972-8931

+549 11 5414-6497

#SOMOSAUSTRAL

Proceso de valoración de heridas: el tiempo es TIME

Griselda Leguizamón*

Sanatorio Mater Dei

INTRODUCCIÓN

Los avances actuales en el conocimiento sobre la cicatrización de heridas se traducen en el logro de mejores resultados en relación a su tratamiento. Junto con la posibilidad de evaluar las heridas de forma correcta, en cada una de las cuatro fases del proceso de cicatrización, esto ofrece grandes posibilidades para mejorar la calidad de vida de los pacientes.



*Profesora y Licenciada en Enfermería. Diplomada en Cuidados y cicatrización de heridas

Uno de los desarrollos más conocidos es el acrónimo inglés TIME¹, acuñado en 2003. Se trata de un esquema que permite la preparación del lecho de la herida y constituye una estrategia dinámica para la evaluación y la estimulación del proceso natural de la curación de heridas. Tiene como objetivo optimizar el lecho de la herida mediante el control del tejido, el manejo del edema, del exudado, de la carga bacteriana y de toda dificultad que pueda retrasar la cicatrización de una lesión crónica de la piel.

Este esquema consta de cuatro componentes clave, que ofrecen una manera ordenada y estructurada de

trabajo a los profesionales, posibilitando así una decisión terapéutica adecuada. Cada uno de esos componentes señala las diferentes anomalías de las heridas crónicas y permite un enfoque global de tratamiento.

Dado que el proceso de la cicatrización no es lineal sino dinámico, permite evaluar la herida a lo largo de todo el proceso durante las consultas del paciente. Además, posibilita determinar la elección de apósitos y tópicos para el tratamiento en las intervenciones.

En español se utilizan los siguientes términos para describir los cuatro componentes:

T	Tissue / TEJIDO	• Tejido del lecho de la herida • Determinar la fase de cicatrización y el tipo de tejido (viable o no viable) para identificar el desbridamiento necesario para lograr la cicatrización
I	Infection, inflammation INFECCIÓN, INFLAMACIÓN	• Identificar si existe un proceso infeccioso o inflamatorio • Control para evitar la presencia de biofilm a través de la selección adecuada de antisépticos y antibioticoterapia
M	Moisture / HUMEDAD	• Regular el desequilibrio de la humedad • Determinar la cantidad y el tipo de exudado para la selección adecuada de apósitos que permitan mantener un nivel óptimo de humedad
E	Edge / BORDE	• Observar los bordes y la periferia de la herida • Seleccionar el método barrera adecuado para su protección

¹ En inglés: Tissue management / I-nflammation and infection control / Moisture balance / Epithelial (edge) advancement). Véase: https://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/Position_documents_2002-2008/pos_doc_English_final_04.pdf

VALORACIÓN DE HERIDAS

A continuación se presentan los principales aspectos a considerar y luego una caracterización según el acrónimo TIME.

TAMAÑO	En primera instancia, la superficie de la herida se determina de manera estimativa utilizando una regla de medida en centímetros. Se mide largo y ancho para calcular su superficie aproximada. Para este método, se toma una medida perpendicular a la otra y en sentido céfalo-caudal.
LOCALIZACIÓN	Da al profesional un panorama claro acerca del tiempo de cicatrización y tipo de lesión, además de los posibles tejidos implicados. Esta característica tiene influencia directa en el tiempo de cicatrización y puede llegar a ser beneficiosa o perjudicial para dicho proceso. Se utilizan, entre otros, los diagramas del cuerpo humano, donde se marca de forma específica el sitio donde se presenta la lesión.
FORMA	La valoración de esta característica es determinada por el cálculo del perímetro de la herida, relacionándola directamente con la contracción de la piel, la cual se observa cuando se aumenta o reduce en tamaño la superficie de la herida. La forma se evalúa por medio de la utilización de formas geométricas conocidas (por lo general círculo y óvalo); es decir, una herida será redonda u ovalada según el caso, y desde allí se describen los posibles cambios que se den con el tiempo.
PROFUNDIDAD	Para valorar y medir la profundidad de la herida existen dos métodos principales: –cuantitativo: intenta medir la profundidad de la herida utilizando métodos lineales con valores en cm2; la profundidad de la lesión puede ser medida a través del tiempo. –cualitativo: busca describir de manera detallada el tejido dañado que está involucrado en la herida, teniendo como base el conocimiento del evaluador y usando sistemas de clasificación y/o estadio, como en el caso de las LPP.

APLICACIÓN DEL ACRÓNIMO TIME (T): TEJIDO NO VIABLE

Son todos aquellos tejidos y materiales no viables presentes en el lecho de la herida².

La pérdida de tejidos puede ser causada por tunelizaciones o bolsillos, que representan la pérdida de tejido por debajo de la superficie intacta de la piel.

- Los **bolsillos** usualmente comprometen un gran porcentaje de los márgenes de la herida y son más profundos que las tunelizaciones, además comprometen el tejido subcutáneo hasta planos de la próxima herida. Se los define como una erosión de los bordes de la herida. Una parte indeterminada puede formar una especie de caverna, mientras otra parte forma túneles como un subterráneo.

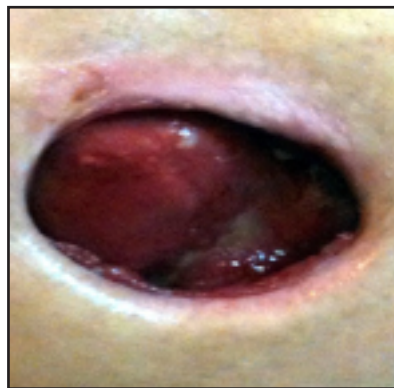
² Véase: Documento IX del Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP).

- La **tunelización**, a diferencia de los bolsillos, compromete sólo una pequeña porción de los márgenes de la herida; son largos y estrechos y por lo general tienen la misma destinación. Las tunelizaciones son separaciones de la fascia de la piel formando lo que se conoce como *tractos sinuosos*.



TUNELIZACIÓN

Algunos expertos coinciden en afirmar que el tamaño de la herida es “indeterminado” hasta tanto se calcule o se obtenga la profundidad de las tunelizaciones / bolsillos, cuando éstos están presentes en la lesión.



BOLSILLO

(T): TEJIDO NECRÓTICO

Es otro de los factores a tener en cuenta en la valoración de heridas crónicas. Sus características principales incluyen: cantidad presente, color, consistencia y adherencia al lecho de la herida. Para valorar la presencia del mismo es preciso determinar la característica (o características) predominante en la herida.

A los fines prácticos, se puede definir la necrosis como tejido muerto desvitalizado, cuyo color puede ser gris, negro, café o amarillo; en cuanto a la textura, puede ser húmeda o cauchosa, blanda y fibrosa; puede presentar o no olor.

Los tipos de tejido necrótico se relacionan de manera

directa con la edad de la herida, el tiempo de evolución de la misma, o bien, sencillamente, cuando se realiza desbridamiento u ocurre algún trauma, ya que de este modo se incrementa la muerte celular.

Los hay de dos tipos: el esfacelo y la escara.

- El **esfacelo** es el primero y generalmente indica menos severidad. Su apariencia es de color amarillo pastoso o se muestra como un material fibroso que no se adhiere a la parte sana del lecho de la herida; además de que se retira fácilmente.
- La **escara**, por el contrario, significa mayor daño. Puede ser negra, gris o café; por lo general está firmemente adherida al lecho de la herida, pudiendo ser suave y húmeda o dura y carrasposa en cuanto a textura.



TEJIDO NECRÓTICO



TEJIDO CON FIBRINA



TEJIDO CON ESFACELOS



HERIDA DONDE SE ENCUENTRAN LOS TRES TIPOS DE TEJIDO NO VIABLE

Uno de los errores más comunes que cometen los profesionales del campo clínico cuando valoran la presencia de este tipo de tejido es asignar este nombre a todo tejido de color negro y/o amarillo. Es preciso tomar en cuenta que el color amarillo puede ser de origen sebáceo (parte de la membrana reticular de la dermis o un tendón) y el color blanco puede ser fascia o sencillamente un ligamento. Otros colores, como el plateado, pueden dar a la lesión apariencia de un lecho saludable; este color, por lo general, es un signo de que la lesión no está desvitalizada.

Dependerá de la pericia del profesional determinar si efectivamente se trata de necrosis y, de ser así, el tipo necrosis, de acuerdo a las características que se han planteado.

(I): CONTROL DE LA INFECCIÓN

La piel no es un tejido estéril, ya que presenta flora saprófita en su superficie. A causa de esto, las heridas crónicas poseen de forma natural y espontánea una mayor o menor carga de microorganismos. Es importante señalar que su presencia en la lesión no es indicador de que esté infectada.

La presencia de bacterias en una herida puede dar lugar a:

- contaminación: las bacterias no aumentan de número ni causan problemas clínicos.
- colonización: las bacterias se multiplican, pero no dañan los tejidos de la herida.
- infección: las bacterias se multiplican, la cicatrización se interrumpe y los tejidos de la herida se dañan (infección local). Las bacterias pueden causar problemas en la vecindad (infección difusa) o una enfermedad sistémica (infección generalizada).

La infección localizada se manifiesta a menudo con los signos y síntomas clásicos de la inflamación: dolor, calor, tumefacción, rubor e impotencia funcional. Sin embargo, y en especial en las heridas crónicas, las bacterias pueden causar problemas, como por ejem-

plo un retraso (o detención) de la cicatrización. Algunos médicos denominan a esta infección localizada más sutil “colonización crítica”, infección “oculta” o “encubierta”.



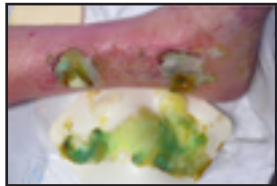
CONTAMINADO



COLONIZADO



INFECCIÓN LOCALIZADA



INFECCIÓN CRÍTICA

(M): HUMEDAD, EXUDADO

En muchos casos, esta medida es uno de los parámetros más importantes en la valoración de las heridas crónicas.

Se mide por características como la cantidad, el olor y el color, que dan idea de la presencia de inflamación y/o de organismos patógenos en la herida.

La medida del exudado se realiza por medio del apósito, el cual determina la cantidad (seco, húmedo, mojado, saturado o con fuga de exudado), el color (claro o ambarino, turbio, lechoso o cremoso, rosado o rojizo, verdoso, amarillento o amarronado y gris o azulado), la viscosidad (alta o baja) y el olor.

El exudado puede ser: nulo, escaso, moderado, abundante.

CLASIFICACIÓN DEL EXUDADO

COLOR	POSIBLE CAUSA
Seroso, claro, ambarino	Normal
Fibrinoso: turbio, lechoso, o cremoso	Indica presencia de fibrina
Purulento: turbio, lechoso o cremoso	Presencia de leucocitos y bacterias
Verdoso: verde claro	Presencia de pseudomona
Amarillento o marrón	Presencia de esfacelos
Gris azulado	Relacionado con la utilización de la plata
CONSISTENCIA	POSIBLE CAUSA
Alta viscosidad: pegajoso	Contenido proteico, material necrótico, residuos de apósitos
Baja viscosidad: aspecto líquido	Crecimiento bacteriano
OLOR	POSIBLE CAUSA
Desagradable	Crecimiento bacteriano

(E): BORDES EPITELIALES

Se trata de restablecer la epitelización de la herida y los bordes perilesionales. La piel perilesional no es un simple factor, sino una de las bases desde las cuales se debe abordar el estado de estas lesiones a fin de conseguir una mejor comprensión de las mismas.

Los bordes reflejan algunas de las características más importantes de la lesión. Definirlos da una idea de qué tan claros son los límites de la herida y del tiempo de evolución:

–Si son indistintos, difusos y evertidos (vueltos hacia afuera de la herida) se considera que la herida tiene menos de tres meses de antigüedad y se clasifica como una buena señal de cicatrización con una clasificación positiva en el camino a la cicatrización y muestra un proceso activo.

–Si los bordes son apreciables, están engrosados o invertidos (hacia dentro de la herida), tendrán una clasificación negativa para ese caso en particular, lo que da una idea de la fase en que se encuentra el proceso de cicatrización y que el proceso como tal se encuentra con una “mínima” actividad.

CONSIDERACIONES FINALES

El esquema TIME abarca las características clínicas de las heridas pero no toma en cuenta otros factores de importancia: las enfermedades de base, las comorbilidades, el dolor, las artropatías periféricas, el estado nutricional, el contexto familiar, la red social en la cual se desenvuelve el paciente, su capacidad de autocuidado y el apoyo emocional que recibe.

Estas omisiones explican que, si bien continúa siendo usado como una herramienta para la evaluación de las heridas, en años recientes se hayan desarrollado otros acrónimos. Mencionaremos dos de ellos.

Por un lado, el acrónimo DOMINATE (también de origen inglés), creado en 2014 por Steven Gale, se centra en la educación del paciente para el cuidado de la herida:

D	Debridement (desbridamiento)
O	Offloading (descarga)
M	Moisture (humedad) / malignant (malignidad) / medication (medicación) / mental health (salud mental)
I	infection / inflammation (infección / inflamación)
N	Nutrition (nutrición)
A	Arterial insufficiency (insuficiencia arterial)
T	Technical advance (adelanto tecnológico)
E	Edema

En fecha más reciente, Bilevich y Mengarelli (2019) proponen el acrónimo LIBERTAD, que se caracteriza por establecer un orden y una reevaluación constante del diagnóstico, tratamiento y evolución de los resultados:

L	Lesión/ localización/ lecho/ limpieza
I	Infección
B	Biofilm / bordes
E	Exudado
R	Relacionado con otras enfermedades
T	Tratamiento local y sistémico
A	Adyuvante / adelanto tecnológico / apoyo emocional
D	Dolor / descarga / diagnóstico diferencial

Todas estas propuestas dan cuenta de los notables avances en el conocimiento sobre curación de heridas, que apuntan a mejorar no sólo los tratamientos y resultados en relación a la cicatrización sino también la calidad de vida de los pacientes.

En este artículo hemos analizado uno de los instrumentos más habitualmente utilizados para valorar las heridas en las cuatro fases del proceso de cicatrización. Ahora bien, independientemente de cuál sea el acrónimo elegido, es fundamental que las instituciones implementen protocolos que permitan su utilización como herramientas para el tratamiento interdisciplinario, de modo que puedan dar respuesta a la demanda actual de los pacientes con heridas crónicas.

Enfermería tiene el desafío de abordar el cuidado de un creciente número de personas que presentan lesiones en la piel. De allí la necesidad e importancia de contar con una sistemática que guíe y facilite el proceso de su abordaje y seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Bilevich, E; Mengarelli,R. (2019) “Propuesta de un nuevo abordaje para la evaluación y manejo integral y dinámico de las heridas: el acrónimo LIBERTAD”. Publicación 6 (8): pp.
- Cutting K. (2003) Wound Exudate: composition and functions. Br J Community Nurs, 8 (9): 4-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14685963/>
- Delgado, R. et al. (2005) *Manual de prevención y tratamiento de UPP*. Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela.
- Granados Gutiérrez MB, González García FJ. (2004) *Preparación del lecho de la úlcera. Úlceras por presión*. Smith & Nephew;. p13. España
- Guerra A., Gómez de la Fuente, E. (1998) “El ácido hialurónico y sus aplicaciones en dermatología.” *Actas Dermo sifili ogr*, 1198(89): 435-443.
- Soldevilla Agreda JJ y Torra Bou, JE (eds.) (2004) *Atención integral de las heridas crónicas*. Madrid: Ed.Spanish Pulishers Associates.
- Stryer L. (1995) *Bioquímica*. Barcelona: Ed.Reverté.



XXVII

JORNADA DE **ENFERMERÍA**



**Adecra
+Cedim**

Miércoles 15 de noviembre
8:30 a 17:30 hs

Universidad Católica Argentina
Edificio San Alberto Magno

Auditorio Mons. Derisi
Av. Alicia Moreau de Justo 1400, C.A.B.A.

Modalidad: Virtual y presencial.

Se enviarán certificados de asistencia.

**INNOVACIÓN EN LOS CUIDADOS
DEL ADULTO Y DEL NEONATO**

Informes e inscripciones:
alejandrafuente@adecra.org.ar

“Es tiempo de que la agenda de la salud sea un eje central de las políticas de Estado”

Los días 23 y 24 de agosto pasado Adecra+Cedim organizó la quinta edición del Congreso anual, en el Hotel Sheraton (Pilar). Bajo la consigna “Tiempo de definiciones”, más de 30 referentes del management empresarial en salud y otros analistas del área debatieron sobre la agenda técnica para la mejora de la gestión en las organizaciones de salud y la agenda político-empresarial, marcada por la crisis económico-financiera estructural del sector y la situación coyuntural (los problemas en la provisión y costos de insumos médicos y no médicos) en el contexto nacional de una fuerte devaluación e incertidumbre política.

Con la participación de más de 800 personas en el auditorio y otras 2100 siguiendo la transmisión por streaming, referentes del área y prestadores de salud privada analizaron la crisis de financiamiento del sector, que se agravó drásticamente en la coyuntura político-económica post-PASO.

EL DEBATE SOBRE MODELOS DE SALUD, LA NECESIDAD DE REFORMAS Y DEL COMPROMISO DE TODOS LOS ACTORES DEL SISTEMA

En la apertura, Alfredo Arienti, miembro de la Comisión Directiva de Adecra y director de la División de Clínicas de Grupo Omint, señaló que en el sector “los ingresos están regulados y controlados y los costos semilibrados, y a pesar de la crisis crónica y de la coyuntura que atravesamos, seguimos ofreciendo medicina de excelencia. Seguimos siendo un gran dador de trabajo y, lo que no es menor, le damos salud al 70% de la población en nuestro país con buenos resultados”.

La principal definición en la que coincidieron los expositores fue que “El problema de la salud debe estar en la agenda política y la agenda de la sociedad” y concluyeron en que la salida a la crisis del sistema “es tarea

de los prestadores, de los financiadores, del Estado y de todos los actores de la actividad”.

En una línea similar, en el marco de la Jornada Político-Empresaria que tuvo lugar el segundo día del evento, Pablo Paltrinieri, miembro también de la Comisión Directiva de ADECRA y Director Comercial del Hospital Privado Universitario de Córdoba, se preguntó: “¿Quién de todos los actores de la salud hace el fronting con el paciente? ¿Quién es el que genera más empleo? ¿Quién exporta servicios de salud? ¿Quién pone en juego la tecnología y el conocimiento aplicado? El sector prestador. ¿Y quién de todos los actores se está muriendo?” Y expresó su deseo de que “este Congreso de Salud sea la plataforma que necesitamos para hacer ver a todos los actores de esta actividad, tanto a nivel nacional, como provincial y municipal, y a las autoridades presentes y futuras del Estado que necesitamos una mesa conjunta de diálogo. La solución es con todos adentro”. Por su parte, el presidente de CEDIM, Marcelo Kaufman, señaló: “Según el índice REM, la Argentina proyecta una inflación anual de más del 150%. En este escenario y considerando que nuestro sector no es formador de precios, el desfasaje entre ingresos y egresos se profundiza”.

Las palabras de cierre del Congreso estuvieron a cargo de Jorge Cherro, Presidente de Adecra: “Es tiempo de que la salud sea un eje fundamental de las políticas de Estado” y agregó que “El valor de las prestaciones tiene que reflejar la realidad del mercado y la constante búsqueda de la calidad”.

En un mensaje dirigido a las instituciones prestadoras, pidió que “Sin perjuicio del rol que ocupa cada actor

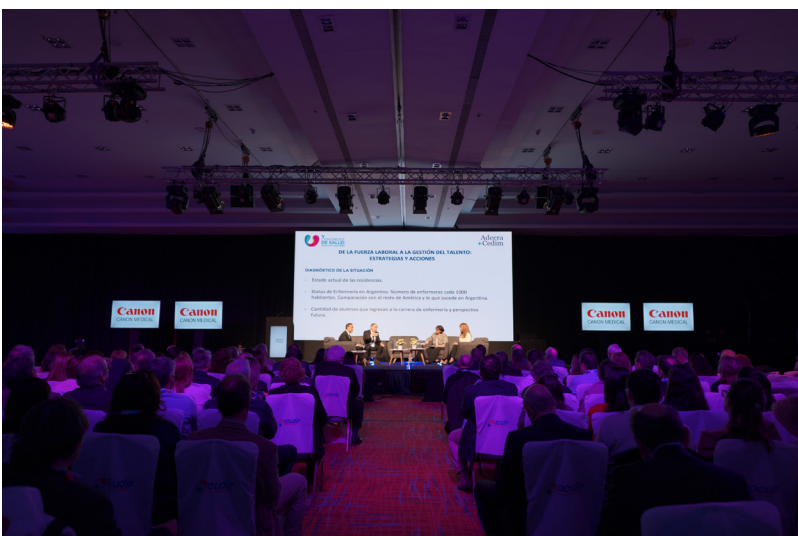
en la cadena de valor del sistema de salud, pongamos a nuestro sector en el lugar que nos corresponde, y tomemos y sostengamos el compromiso de mantener normalizada la cadena de pagos”. Por último, en relación a las autoridades políticas actuales y futuras, señaló: “Necesitamos que las reformas reclamadas durante años trasunten en la modernización laboral que requiere el país entero, la reforma fiscal que necesita el sector y el ordenamiento que lleve a la estabilidad económico-financiera de Argentina”.

MODELOS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA: REALIDAD Y DESAFÍOS

Hugo Magonza, presidente de ACAMI y miembro de la Unión Argentina de Salud (UAS), abrió su disertación en el panel “Realidades, desafíos en torno de modelos de salud en Latinoamérica” con estas palabras: “Quiero referirme a todos ustedes como sobreviviente del sistema de salud”.

En base a una encuesta de la Universidad de San Andrés (marzo de 2023), que midió la percepción de la población sobre los principales problemas que afectan al país, Magonza mostró que “la inflación, con un 59%; delincuencia, robos e inseguridad, con 36%; y la corrupción, con un 35%, siguen siendo elegidos como los principales problemas, en tanto la salud se ubica en un 7%”. También hizo referencia a la incidencia de los “aspectos de la transformación epidemiológica en Argentina” y los costos en salud.

En ese mismo panel, Cecilia Hackembruch, Gerente General del Centro Nacional de Quemados de Uruguay, ponderó la reforma sanitaria en su país, en



2007, “como una política de Estado”. Esta reforma, dijo, “cambió el modelo de atención de rectoría y la forma de financiación”. Explicó que en el país vecino existe un “Fondo Nacional de Salud, que se sustenta en función de los aportes de bajos y altos ingresos”, y una Junta Nacional de Salud, regulada por el sistema de finanzas, representantes de prestadores, usuarios y otros actores, donde se proponen metas a todos los integrantes. “El gran desafío es desmedicalizar la salud, corregir las inequidades y barreras de acceso que todavía existen”, resumió.

Por último, Juan Carlos Giraldo, Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), trajo a la mesa un estudio que realizan desde hace varios años, que en su versión 2022 incluye a 94 países y 38 variables respecto de “modelos y organizaciones del sistema de salud” y apunta a la caracterización basada en “gobernanza”, “modelo” y “financiación”. Analizando los últimos resultados opinó: “Parece que hoy los modelos *bismarckeanos* y guardianes de salud son los mejores. Entre más alto es el gasto, más mejora el sistema”.

LA ALIANZA PÚBLICO-PRIVADA COMO ALTERNATIVA PARA LA VIABILIDAD DEL SISTEMA

En otra de las mesas, bajo la coordinación de Jorge Colina, titular de IDESA, se debatió sobre la necesidad y oportunidad de la alianza entre el sector público y privado.

“Tenemos que pasar de un modelo de competencia a uno de cooperación, incluyendo a lo público y a lo privado”, señaló Arnaldo Medina, Presidente de la Asociación Argentina de Salud Pública. Entre los ejes más importantes, resaltó la necesidad de “integrar con una cultura de calidad, basada en una guía clínica, y que haya un sistema de costos en salud, transparente, orientado por un modelo de atención”.

“En el sector privado, hay una gran oportunidad en salud digital, y allí puede haber una alianza con el área pública, pero esto requiere de un cambio cultural. Tenemos que pensar en inversiones que contemplen las tecnologías de la información y la comunicación”, puntualizó.

Por su parte, Ricardo Pieckenstainer, Director General del Hospital Privado Universitario de Córdoba, compartió, desde su institución, la experiencia sobre el modelo de alianza que se llevó adelante con la obra social APROSS. “Se propuso un modelo reiniciando



las actividades del antiguo Hospital Español en base a previsión presupuestaria, lo cual es justo tanto para la institución como para la obra social”, contó. “Estamos frente a una circunstancia histórica, convulsionados en una crisis interminable que nos obliga a crecer pensando distinto, y la alianza público-privada tiene que ser una de las herramientas. En ese marco, hay que agregar a los proveedores a la mesa de discusión”, opinó.

Luego, Gabriel Lebersztein, gerente Médico en OSE-CAC, señaló que “Deberíamos trabajar en objetivos sanitarios, que incluyen financiamiento, aseguramiento, modelo de atención, normas de cobertura, carreras formativas y de posgrado, entre otros ejes”. Y añadió que “Podemos integrarnos sin tener que discutir y solo hacer sinergia, pero para pensar en una alianza público-privada, primero tenemos que trazar esos objetivos sanitarios y apuntar a la priorización”.

SALUD DIGITAL E INNOVACIÓN FARMACÉUTICA

El tema del mercado de las tecnologías digitales en salud también ocupó un espacio en la Jornada Político-Empresaria.

El VP Business Development de la startup Osana, Ignacio Aladro, analizó el mapa de este mercado y destacó, en este sentido, la evolución de la salud como una industria en crecimiento: “Las instituciones necesitan tener soluciones integradas, con perspectiva de negocio, que es la que nos permite tener perspectiva de gasto y ganancia y, por ende, eficiencia”, opinó.

Por otro lado, en relación a los desafíos de la innovación farmacéutica, Gastón Domingues Caetano, Presi-



JORNADA TÉCNICA: LOS DESAFÍOS EN GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO, EFICIENCIA OPERATIVA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

En el marco del Congreso de Salud, el miércoles 23 de agosto se llevó adelante la Jornada Técnica para tratar los temas que hacen a la microgestión en las organizaciones de salud.

Por primera vez, Adecra+Cedim organizó una jornada común en temas técnico-asistenciales de los prestadores con el abordaje conjunto de las distintas comisiones de trabajo de la cámara: directores médicos, recursos humanos, enfermería, administración y gestión, y comunicación.

El primer panel, “Estrategias y acciones para la gestión del talento humano”, contó con el aporte de Alberto Alves de Lima, Director Médico del ICBA; Alejandra Parisotto, Directora de Enfermería en el Hospital Universitario Austral; y Daniela Mora Simoes, Directora de Personas en Grupo OMINT, con la coordinación de Bernardo Bárcena, conferencista internacional y autor del libro “Negociación. Cómo hacer posible lo imposible”. Los principales ejes de análisis fueron: la situación actual en torno del recurso humano en Argentina, especialmente en relación a las residencias y al área de Enfermería; los desafíos que tiene el sector en este sentido; cómo atraer y sostener talento humano joven; la importancia del liderazgo transformacional y por qué resulta clave pensar en el propósito, el cambio de mindset y la motivación.

“Hoy en el país tenemos 3.7 enfermeros por cada mil habitantes, con una disparidad importante en las distintas regiones del país, porque hay provincias que tienen menos de dos enfermeros por cada mil habitantes. Además, el 47% de los departamentos en América no cuenta con líderes de Enfermería”, diagnosticó Parisotto, al tiempo que Alves de Lima advirtió: “Las residencias son el mejor sistema de formación disponible y el examen único muestra una deserción enorme, con lo cual el problema a futuro podría ser terrible”.

“Es muy difícil inspirar al talento joven si los líderes no trabajamos en nosotros mismos primero. Tenemos que ponernos en movimiento y sortear antes muchos obstáculos”, recomendó Mora Simoes.

El segundo panel, “Eficiencia operativa en el camino del paciente”, estuvo coordinado por el economista Daniel Maceira, quien señaló que: “Gastar más en las organizaciones no siempre es gastar mejor”.

En ese contexto, Diego Martínez, Director de Operaciones, Administración y Comercial de División Clínicas del Grupo OMINT, señaló: “Ser eficiente significa mejorar los resultados para mejorar la rentabilidad”, y profundizó en el concepto de “planificación operativa”, como el “equilibrio entre la ecuación de reducir costos y maximizar eficiencia”.

Por su parte, Javier Sala Mercado, Director Médico del Instituto Modelo de Cardiología Privado de Córdoba, destacó la importancia de eliminar o reducir “desperdicios clásicos”, que pueden ser en torno del “inventario”, “movimiento”, “esperas”, “transporte”, “defectos”, “sobreproducción” y “sobrepocesamiento”. Y enfatizó: “Tenemos la oportunidad de crear mejores instituciones eliminando desperdicios y aportando valor al paciente”.

A su turno, Laura Rodríguez, Gerente de Recursos Humanos en IADT, recomendó, en términos de eficiencia: “Debemos tener claro cuál es nuestro rol, ver permanente dónde y cómo se hacen las cosas, cuáles son las necesidades del recurso humano, porque eso nos permite direccionar y redireccionar la gestión”.

Por último, se desarrolló el panel “La importancia de los datos para la toma de decisión eficiente en las organizaciones de salud”. Como moderador, Federico Perdernera, co-founder & CEO de RCTA, Tu Recetario Digital, así presentó el tema: “Todas las personas en las organizaciones tenemos que tomar decisiones, y para poder decidir necesitamos información, porque

eso es lo que se requiere también para que el negocio de la marca sea rentable”.

Desde el rol de la Dirección Médica, Gustavo Petroni, Director Médico Grupo Gamma, de Rosario, mencionó tres factores clave en términos de datos: “Cumplir con procedimientos operativos estándar; capacitación del personal a través de la digitalización de contenidos y el análisis de la información y el factor de la vigilancia”. Por su parte, Matías Isólica, Jefe de Área de Internación General en el Sanatorio de Los Arcos, Swiss Medical Group, habló sobre la importancia del tablero de control en cuanto a la “calidad” del dato que se obtiene a través de la herramienta: “Para poder tener una visión consolidada sobre indicadores, los tableros tienen una potencialidad enorme” y agregó que, por ello, es fundamental el rol de los gestores para el manejo de dichos tableros. “Necesitamos un cambio cultural: pasar a la cultura del dato”, puntualizó Isólica.

“¿Por qué necesitamos los datos en comunicación?”, se preguntó, por otro lado, Alejandra Marino, Gerente de Relaciones Institucionales, Comunicación Externa y Desarrollo de Fondos del Hospital Británico de Bue-

nos Aires. “La comunicación es transversal y genera intangibles, pero esos intangibles se apoyan en datos. Por eso, si queremos crecer y ser útiles al negocio, no debemos tener miedo a medir”, resaltó.

UNA MIRADA OPTIMISTA: FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DEL SISTEMA DE SALUD

Gabriel Montero, Director de Gestión de Clínica del Parque Centenario, destacó el potencial del sector de la salud y enfatizó, como ejemplo, que “Si algo le faltaba para demostrar que es un sistema robusto fue la pandemia”. “El sistema de salud argentino es muy bueno, aunque falta más inversión en dinero y en gestión. No podemos detener la evolución tecnológica. Es un error considerar un gasto a la salud”, resumió.

Por su parte, el Director General de Bourguignon & Asoc., Daniel Enrique Bourguignon, se refirió a la importancia del diseño de instalaciones termomecánicas modernas, prácticas y pragmáticas, en el marco de su exposición “Instalaciones termomecánicas y climatización de nosocomios en el futuro mediato”.



EL MÁS GRANDE CONGRESO DE ENFERMERÍA DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE SE REALIZARÁ EN EL PARAGUAY 18, 19 Y 20 DE OCTUBRE 2023



Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería FEPPEN

XVI Congreso Internacional FEPPEN XIII Convención de la FEPPEN

**II Foro Latinoamericano y Caribeño de Talentos
Humanos en Enfermería**

IX Cumbre de Enfermería Latinoamericana y el Caribe
Concurso internacional de investigación en Enfermería

Lema:

"Las Enfermeras de Latinoamérica y el Caribe:
Unidas - Una fuerza para la salud de la Población"



	Inscripción Temprana		Inscripción Setiembre	
	SOCIOS	NO SOCIOS	SOCIOS	NO SOCIOS
PROFESIONAL	250.000 Gs.	350.000 Gs.	280.000 Gs.	380.000 Gs.
TÉCNICO	170.000 Gs.	220.000 Gs.	200.000 Gs.	250.000 Gs.
AUXILIAR	140.000 Gs.	190.000 Gs.	160.000 Gs.	210.000 Gs.
ESTUDIANTES	100.000 Gs.		150.000 Gs.	
EXTRANJEROS	50 USD		70 USD	

Medio de pago: Coemecipar

CUENTA
01-005646-002-B

Medio de pago:

**WESTERN
UNION**

Maria Elva Beatriz Izembrand Vera
C. I. No. 1684640

**18, 19 y 20
de Octubre de 2023**
Hotel Excelsior
Asunción - Paraguay

Contactos:

ae_paraguay@yahoo.com.ar
secretariafeppen@gmail.com
+595 (21) 224 940

Asociación Paraguaya
de Enfermería



CREM

Los lineamientos epistemológicos y metodológicos de las teorías de Enfermería: su importancia en la práctica clínica

Iván Ariel Viera*

La comprensión y aplicación de estos principios y lineamientos en la práctica de Enfermería contribuye a garantizar una atención segura y efectiva, favorece el bienestar de los pacientes y el fortalecimiento de la disciplina.

RESUMEN

Enfermería es una disciplina compleja que se ocupa de la atención y el cuidado de las personas, familias y comunidades en diferentes etapas de la vida. Para llevar a cabo su práctica, los profesionales requieren de teorías que les permitan comprender y explicar los fenómenos que observan en su trabajo diario, así como guiar sus acciones y decisiones clínicas. En este sentido, las teorías de Enfermería se presentan como herramientas fundamentales para la práctica.

Una adecuada aplicación de dichas teorías requiere comprender los lineamientos epistemológicos y metodológicos en los que se fundamentan. Este artículo propone una revisión de las mismas con el propósito de fortalecer el desarrollo y la evolución del campo de la Enfermería en tanto disciplina científica y clínica.

PALABRAS CLAVE

lineamientos epistemológicos, lineamientos metodológicos, práctica enfermera

ABSTRACT

Nursing is a complex discipline that deals with the attention and care of individuals, families, and communities at different stages of life. To perform their practice, professionals require theories that allow them to understand and explain the phenomena they observe in their daily work, as well as guide their actions and clinical decisions. In this sense, Nursing theories are presented as fundamental tools for practice.

A proper application of these theories requires understanding the epistemological and methodological guidelines on which they are based. This article puts forward a review of them with the purpose of strengthening the development and evolution of the Nursing field as a scientific and clinical discipline.

KEYWORDS

epistemological guidelines, methodological guidelines, nursing practice

*Licenciado en Enfermería. Especialista en docencia universitaria. Jefe de Trabajos Prácticos en la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas (Universidad Nacional de Rosario).

INTRODUCCIÓN

Los lineamientos epistemológicos y metodológicos de las teorías de Enfermería se fundamentan en la observación de la práctica clínica, la reflexión crítica sobre la experiencia, la comprensión del contexto sociocultural de los pacientes y la utilización de métodos de investigación rigurosos y específicos para la disciplina.

La comprensión y aplicación de estos lineamientos es esencial, por un lado, para mejorar la calidad de la atención al paciente; por otro, para fortalecer el desarrollo y la evolución de la Enfermería como disciplina científica y clínica.

La ontología, la epistemología y la metodología proporcionan una guía para la comprensión de la naturaleza del ser humano, así como los métodos de conocimiento y los métodos de investigación.

En el presente trabajo se entenderá por lineamientos epistemológicos las formas en que se construye y valida el conocimiento; por lineamientos metodológicos, las formas en que se lleva a cabo la investigación para generar evidencia científica. A partir de una revisión bibliográfica se expondrán los principales hallazgos y en base a ellos se discutirá cómo la comprensión y aplicación de los lineamientos epistemológicos y metodológicos de las teorías de Enfermería pueden mejorar la práctica clínica y la producción de conocimiento.

FUNDAMENTOS

Los profesionales de la Enfermería buscan el conocimiento y la comprensión del mundo y sus fenómenos, incluidos los procesos de salud y enfermedad, a través de un enfoque basado en la evidencia científica y la aplicación sistemática de metodologías clínicas y científicas. Es por ello que los lineamientos epistemológicos y metodológicos que guían esa búsqueda son fundamentales para la práctica de enfermera y están estrechamente relacionados con las teorías de Enfermería.

La epistemología y los fundamentos de Enfermería son conceptos clave que guían la práctica enfermera en la actualidad. La epistemología se refiere al estudio del

conocimiento y cómo lo adquirimos, mientras que los fundamentos se relacionan con la teoría y la investigación que sustentan la práctica de enfermería.

Los lineamientos epistemológicos y metodológicos en los cuales se basan las teorías de Enfermería son importantes para comprender la naturaleza y el uso de las teorías en la práctica clínica: la epistemología se refiere al estudio de cómo se adquiere y construye el conocimiento, mientras que la metodología se enfoca en los métodos y técnicas utilizados para realizar investigaciones.

En cuanto a la epistemología, se destaca la importancia de considerar tanto la ciencia como el arte de la Enfermería: por un lado, se reconoce la necesidad de utilizar métodos científicos rigurosos y basados en evidencia para desarrollar teorías y validar la práctica clínica; por otro lado, se valora la importancia del conocimiento práctico, la experiencia personal y la empatía, que a menudo no pueden ser medidos empíricamente.

En su libro *Teoría y práctica de Enfermería: ciencia y arte* (2018) Chinn y Kramer reconocen esta dualidad al defender la idea de que la Enfermería es una disciplina que combina elementos científicos y humanísticos. De manera similar, Meleis (2018) reconoce la diversidad de experiencias individuales y sociales que subyacen en el cuidado de la salud.

En cuanto a la metodología, una de las principales áreas de interés es la construcción y evaluación de los modelos y teorías. Fawcett y De Santo-Madeya (2013) proponen un análisis detallado y completo de los modelos y teorías existentes para evaluar su relevancia y validez en la práctica clínica actual. Por su parte, Johnson y Webber (2010) se centran en la importancia de una justificación clara y razonada de la teoría, a fin de asegurar que sea relevante y aplicable para la práctica de Enfermería. Finalmente, Walker y Avant (2011) ofrecen una guía práctica sobre la construcción de teorías de Enfermería, que incluye establecer conceptos y definiciones claras, identificar relaciones entre conceptos y construir supuestos y proposiciones.

En resumen, los lineamientos epistemológicos y metodológicos en las teorías de Enfermería buscan garantizar un enfoque riguroso y basado en evidencia, a la vez que reconocen la diversidad y complejidad de la experiencia humana y el cuidado de la salud.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

- **Objetivo:** analizar los lineamientos epistemológicos y metodológicos que sustentan las teorías de Enfermería, así como su relación con la práctica enfermera.
- **Metodología:** se realizó un relevamiento bibliográfico y búsqueda de información que consistió en la revisión sistemática de bases de datos especializadas en Enfermería, tales como PubMed, CINAHL y Scopus, utilizando los términos “teorías de enfermería”, “lineamientos epistemológicos”, “lineamientos metodológicos”, “práctica de enfermería” y “evidencia científica”.
- **Hallazgos:** se identificó que los lineamientos epistemológicos y metodológicos de las teorías de Enfermería se fundamentan en la observación de la práctica clínica, la reflexión crítica sobre la experiencia, la comprensión del contexto cultural y social de los pacientes y la utilización de métodos de investigación rigurosos y específicos para la disciplina.

La ontología, la epistemología y la metodología proporcionan una guía para la comprensión de la naturaleza del ser humano, así como los métodos de conocimiento y los métodos de investigación. Por un lado, la comprensión y aplicación de los lineamientos epistemológicos y metodológicos de las teorías de Enfermería es esencial para mejorar la calidad de la atención al paciente. Por otro, la comprensión y aplicación de los lineamientos epistemológicos y metodológicos de la práctica de Enfermería en relación a las teorías es fundamental para el desarrollo y la evolución de la Enfermería como disciplina científica y clínica.

Los lineamientos epistemológicos y metodológicos de las prácticas enfermeras se refieren a un conjunto de principios teóricos y prácticos que guían la toma de decisiones y la práctica clínica. Estos lineamientos se basan en la evidencia científica y proporcionan un marco para comprender los fenómenos de salud y enfermedad, así como para planificar, implementar y evaluar las intervenciones de Enfermería.

A. LINEAMIENTOS EPISTEMOLÓGICOS

Se refieren a la base teórica que sustenta la práctica de Enfermería. Estos lineamientos incluyen:

- La **filosofía** de la Enfermería, que establece los valores fundamentales y las creencias que respaldan la atención
- La **teoría** de Enfermería, que proporciona un marco para comprender los conceptos y principios esenciales de la práctica
- La **investigación** en Enfermería, que se enfoca en la indagación sistemática para avanzar en la práctica clínica y mejorar la atención

A continuación se presentan algunas filosofías de Enfermería basadas en diferentes lineamientos epistemológicos y que han sido desarrolladas por varios autores.

FILOSOFÍAS DE ENFERMERÍA

CUIDADO HOLÍSTICO	Se enfoca en el ser humano como un todo, considerando sus aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Ha sido desarrollada por diferentes autores, entre ellos Jean Watson y Barbara Dossey. Afirma Watson que “la Enfermería es una profesión que se ocupa del cuidado humano, la curación y el bienestar de la mente, cuerpo y espíritu” (1979:49). Por su parte, Dossey sostiene que “el cuidado holístico implica el reconocimiento y la integración de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales del ser humano” (1985:3).
CUIDADO TRANSCULTURAL	Se enfoca en la atención de pacientes de diferentes culturas, respetando sus valores, creencias y costumbres. Esta filosofía de enfermería ha sido desarrollada por Madeleine Leininger, quien ha propuesto el concepto de Enfermería transcultural. En palabras de Leininger, “la Enfermería transcultural se enfoca en el cuidado de pacientes de diferentes culturas y tiene como objetivo comprender y respetar las diferencias culturales en la atención de la salud” (1991:20).
CUIDADO BASADO EN LA EVIDENCIA	Se enfoca en la utilización de la mejor evidencia disponible para tomar decisiones clínicas. Ha sido desarrollada por diferentes autores, entre ellos Bernadette Melnyk y Ellen Fineout-Overholt. De acuerdo con Melnyk y Fineout-Overholt, “el cuidado basado en la evidencia implica la toma de decisiones clínicas informadas por la mejor evidencia disponible, la experiencia clínica y las preferencias del paciente” (2005:3).

TEORÍAS DE ENFERMERÍA

DOROTHEA OREM: EL AUTOCUIDADO	Esta teoría se enfoca en la capacidad del individuo para cuidarse a sí mismo y en la responsabilidad de la enfermera para fomentar y apoyar este autocuidado. Según Orem, “el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos para mantener su bienestar, prevenir enfermedades y recuperarse de la enfermedad o lesión” (2001:37). Como contraparte, define el déficit de autocuidado como “la situación en la que el individuo no puede satisfacer sus necesidades de autocuidado debido a limitaciones físicas, psicológicas, sociales o de otro tipo” (2001:60). Esta situación demanda la responsabilidad de la enfermera de intervenir para satisfacer las necesidades del individuo.
CALLISTA ROY: EL MODELO DE ADAPTACIÓN	Se enfoca en la capacidad del individuo para adaptarse a su entorno y en la responsabilidad de la enfermera de fomentar y apoyar esta adaptación. En palabras de Roy: “el modelo de adaptación se enfoca en la interacción entre el individuo y su entorno, y en la capacidad del individuo para adaptarse a las demandas del entorno” (2009: 38).

PATERSON y ZDERAD: ENFERMERÍA HUMANÍSTICA	Esta teoría se enfoca en la relación enfermero–paciente, en la responsabilidad del enfermero de fomentar el crecimiento y la realización del paciente. Paterson y Zderad: “la enfermería humanística se enfoca en la relación interpersonal entre el enfermero y el paciente, y en la responsabilidad del enfermero de apoyar el crecimiento y la realización del paciente” (1988: 47).
--	--

B) LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS

Se refieren a los métodos, procesos y herramientas utilizados en la práctica de Enfermería para garantizar una atención de calidad. Esto incluye la evaluación del paciente, la elaboración de planes de cuidado individualizados, la implementación de intervenciones de Enfermería y la evaluación de los resultados del cuidado.

La combinación de estos dos tipos de lineamientos (epistemológicos y metodológicos) es esencial para una atención de alta calidad. La aplicación rigurosa de los mismos contribuye a garantizar que las intervenciones de Enfermería sean efectivas, seguras, culturalmente sensibles y basadas en la evidencia científica.

A partir de la revisión bibliográfica realizada fue posible identificar que los lineamientos epistemológicos y metodológicos de las teorías de Enfermería se fundamentan en cuatro aspectos:

- La observación de la práctica clínica
- La reflexión crítica sobre la experiencia
- La comprensión del contexto cultural y social de los pacientes
- La utilización de métodos de investigación rigurosos y específicos para la disciplina

En cuanto a los lineamientos epistemológicos, se encontró que las teorías se basan en:

- La observación y reflexión crítica sobre la práctica clínica
- La experiencia de los pacientes
- La comprensión del contexto cultural y social en el que se desenvuelven

Según Chinn y Kramer (2018), la observación y la reflexión crítica son fundamentales para la construcción del conocimiento en Enfermería, ya que permiten analizar y comprender los fenómenos que se presentan en la práctica clínica y generar nuevas ideas y teorías.

Además, se encontró que la aplicación de dichas teorías en la práctica clínica y en la investigación permite guiar las acciones y decisiones clínicas de los profesionales. Según Alligood (2018), estas teorías proporcionan una base conceptual para la práctica clínica y permiten la identificación de problemas de salud, la definición de objetivos y la implementación de intervenciones adecuadas.

Tanto los lineamientos epistemológicos como los metodológicos se refieren a las suposiciones, principios y estrategias que sustentan la teoría y su aplicación a la práctica. Según Walker y Avant (2019), estos lineamientos incluyen tres planos:

- Ontología: la naturaleza del ser humano y su relación con el entorno
- Epistemología: las formas de conocimiento y la relación entre el conocimiento y la práctica
- Metodología: los métodos de investigación y la relación entre la investigación y la práctica

Sobre esta base, se comprende con mayor claridad que las teorías de Enfermería son importantes en la práctica porque ayudan a los enfermeros a entender el por qué de su práctica y proporcionan una guía para la toma de decisiones clínicas. Además, la aplicación de las teorías puede mejorar la calidad de la atención al paciente al proporcionar una base para la planificación y evaluación de la atención.

Esto es así debido a que las teorías brindan un marco teórico sólido para la práctica clínica:

–En cuanto al lineamiento epistemológico, la práctica enfermera se basa en la epistemología del conocimiento y la filosofía de la ciencia. Esto implica que los profesionales de Enfermería buscan el conocimiento y la comprensión del mundo y sus fenómenos, incluyendo los procesos de salud y enfermedad, a través de un enfoque basado en la evidencia científica.

–Desde el punto de vista metodológico, la práctica enfermera se fundamenta en la aplicación sistemática de metodologías clínicas y científicas para la evaluación, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación de las intervenciones.

En síntesis, las prácticas enfermeras se basan en ciertos lineamientos epistemológicos y metodológicos que sustentan los conceptos y principios esenciales de la disciplina. Dichos lineamientos se relacionan estrechamente con las teorías y proporcionan unos métodos que deben ser rigurosos y estar basados en la evidencia para garantizar una atención clínica compasiva y eficiente.

IMPORTANCIA DEL VÍNCULO ENTRE TEORÍA Y PRÁCTICA

Las teorías de Enfermería proporcionan un marco tanto para la comprensión de los fenómenos de salud y enfermedad como para la aplicación práctica de estos conocimientos en la atención clínica.

En el siglo XIX, Florence Nightingale fue una de las primeras enfermeras en desarrollar una teoría propia, centrada en la importancia del ambiente para la recuperación de los individuos. Por medio del registro riguroso y las estadísticas pudo demostrar la relación entre la higiene y la mortalidad en los hospitales militares durante la Guerra de Crimea (Nightingale: 1859).

Ya en el siglo XX, autoras como Jacqueline Fawcett y Patricia Benner han explorado esta relación en profundidad y han contribuido significativamente al desarrollo de la teoría y la práctica de Enfermería.

En su obra “Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing” (1994), Fawcett realiza un análisis crítico de los diversos enfoques teóricos de la Enfermería y su aplicación práctica basada en los lineamientos epistemológicos y metodológicos.

Benner (1984), por su parte, ha desarrollado el modelo de competencias en Enfermería, el cual describe las diversas etapas del conocimiento en la práctica enfermera, desde el novato hasta el experto. Este modelo se basa en la observación y la reflexión de la práctica clínica, así como en el aprendizaje a través de la experiencia y la contemplación sobre esta experiencia.

Otra autora clave es Hildegard Peplau, quien desarrolló el primer modelo de Enfermería basado en la teoría psicoanalítica de Freud. Este modelo, publicado en 1952 bajo el título “Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing”, se centra en la importancia de la relación paciente–enfermero. En ese trabajo, Peplau destaca la importancia de la relación terapéutica entre ambos: su teoría se basa en la idea de que esa relación es un proceso interpersonal y dinámico que puede tener un impacto significativo en la salud y el bienestar del paciente. Además, Peplau defiende que el enfermero debe tener en cuenta los aspectos psicológicos y emocionales del paciente para poder proporcionar una atención integral y efectiva.

Cabe destacar también el trabajo de Virginia Henderson (1966), quien desarrolló la teoría de las catorce necesidades básicas del ser humano. Dicha teoría se enfoca en la importancia de la autonomía del paciente y su participación activa en su propio cuidado.

Estas autoras representan solo una pequeña muestra del grupo de pensadores que han contribuido, bajo distintos enfoques, a la teoría y la práctica de Enfermería en la actualidad.

A modo de síntesis, ofrecemos a continuación un resumen de los lineamientos epistemológicos y metodológicos de la teoría de Enfermería y su importancia en la práctica:

- La teoría de Enfermería es un componente esencial de la práctica enfermera ya que proporciona una estructura para la comprensión de los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad.
- Los lineamientos epistemológicos y metodológicos de la teoría de Enfermería se refieren a las suposiciones, principios y estrategias que sustentan la

- teoría y su aplicación a la práctica. Según Walker y Avant (2019), estos lineamientos incluyen tres dimensiones:
- ♦ la ontología: la naturaleza del ser humano y su relación con el entorno
 - ♦ la epistemología: las formas de conocimiento y la relación entre el conocimiento y la práctica
 - ♦ la metodología: los métodos de investigación y la relación entre la investigación y la práctica
- La importancia de estos lineamientos radica en que proporcionan una guía para la práctica basada en la teoría y en la evidencia. Según J.B. George, “la teoría de enfermería es importante en la práctica porque ayuda a los enfermeros a entender el por qué de su práctica y proporciona una guía para la toma de decisiones clínicas” (2011: 163).
 - Además, la teoría de Enfermería puede mejorar la calidad de la atención al paciente al proporcionar una base para la planificación y evaluación de la atención. Según A.I. Meleis, “la teoría de Enfermería es importante porque puede ayudar a los enfermeros a desarrollar planes de cuidado individualizados, evaluar los resultados y mejorar la calidad de la atención” (2012: 58).
 - Las teorías de Enfermería pueden ser útiles para promover la salud y prevenir enfermedades. Así lo sostienen, por ejemplo, Bordinha et al. (2019) en su artículo “Análisis de las teorías de enfermería según su utilidad en la promoción de la salud”.
 - La ontología de las teorías de Enfermería aborda la naturaleza del ser humano y su relación con el entorno, mientras que la epistemología se enfoca en la forma en que se adquiere el conocimiento en la práctica enfermera. En su artículo “Aplicación de la teoría de enfermería en la práctica clínica diaria”, Davis et al. (2018) destacan cómo las teorías de Enfermería pueden contribuir a la mejora de la atención al paciente. Asimismo, plantean la importancia de la metodología en la aplicación de las teorías de Enfermería en la práctica clínica.

Es importante hacer notar que los hallazgos obtenidos en un estudio de investigación deben ser interpretados cuidadosamente y en relación directa con la práctica. La literatura señala que la interpretación de los hallazgos es un proceso crítico y reflexivo que requiere comprensión y análisis de los resultados con el fin de identificar su relevancia para la práctica y su aplicación.

CONCLUSIONES

La ontología, la epistemología y la metodología proporcionan una guía para la comprensión de la naturaleza del ser humano, los métodos de conocimiento y los métodos de investigación.

La implementación de las teorías de Enfermería en la práctica puede mejorar la calidad de la atención al paciente, ya que proporciona una estructura y un marco para comprender y proporcionar atención individualizada y basada en la evidencia. Las teorías ayudan también a los profesionales a tomar decisiones clínicas informadas y a evaluar la efectividad de la atención que brindan.

El papel de los lineamientos epistemológicos y metodológicos en la práctica y su relación con las teorías es un tema discutido en la comunidad de Enfermería. En este contexto, es importante destacar los hallazgos aquí presentados y discutir su relevancia para lograr una atención de alta calidad.

Dichos lineamientos se basan en el conocimiento adquirido a través de la investigación científica y la experiencia clínica. Las teorías de Enfermería son una parte integral de este marco, ya que proporcionan una estructura para la comprensión de los conceptos y principios esenciales de la práctica en relación con la salud y la enfermedad. En ese sentido, las teorías proporcionan una comprensión completa de la experiencia del paciente y su familia.

en el cuidado de la salud; al aplicar estas teorías, los profesionales pueden identificar las necesidades del paciente y desarrollar planes de cuidado efectivos y personalizados.

Un segundo aspecto a destacar de esta revisión tiene que ver con que las teorías de Enfermería ayudan a los profesionales a comprender el papel de la cultura, los valores y las creencias en el cuidado de la salud. Esto les permite adaptar sus intervenciones a fin de garantizar una atención culturalmente sensible para sus pacientes.

Por último, se encontró que las teorías de Enfermería proporcionan una base para la investigación y la evaluación de la efectividad de las intervenciones. La aplicación rigurosa de los lineamientos epistemológicos y metodológicos en la práctica clínica ayuda a garantizar que dichas intervenciones sean efectivas y estén basadas en la evidencia científica.

Las teorías proporcionan una estructura para la comprensión de los conceptos y principios centrales de dicha práctica en relación a la salud y la enfermedad, la atención individualizada y basada en la evidencia, dado que esta práctica se basa en la aplicación sistemática de metodologías clínicas y científicas para la evaluación, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación de las intervenciones.

Esos métodos deben estar basados en la evidencia para garantizar una atención clínica eficiente y compasiva. De allí la importancia de que los profesionales comprendan los lineamientos epistemológicos y metodológicos en relación con las teorías, para que puedan aplicar estos conceptos y principios en su práctica clínica diaria y de este modo contribuir al desarrollo y la evolución de la Enfermería como disciplina científica y clínica, proporcionando atención clínica de alta calidad y favoreciendo la mejora continua de la atención de salud en general.

BIBLIOGRAFÍA

- Alligood, M. R. (2018). *Nursing theory: Utilization and application*. Elsevier Health Sciences.
- Benner, P. (1984) *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Bordinha, H. et al. (2019). Análisis de las teorías de enfermería según su utilidad en la promoción de la salud. *Journal of Nursing and Health*, 15(2), 56-65.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2018). *Knowledge development in nursing: Theory*
- Davis, P. et al. (2018). Aplicación de la teoría de enfermería en la práctica clínica diaria. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 789-798.
- Dossey, B. M. (1985). *Holistic nursing: A handbook for practice*. Jones & Bartlett Learning.
- Fawcett, J. (1994) *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. FA Davis (1994).
- Fawcett J. & De Santo-Madeya S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. FA Davis.
- George, J. B. (2011). *Teoría de Enfermería: Pasos para su desarrollo y evaluación*. Elsevier España.
- Henderson, V. (1966) *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. New York: Macmillan.
- Johnson, M., & Webber, P. (2010). *An introduction to theory and reasoning in nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Leiniger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.
- Meleis, A. I. (2012). *Teorías de enfermería: su uso en investigación y práctica*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. Mosby.
- Parse, R. R. (2010). The human becoming paradigm in nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 23(4), 287-295.
- Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1988). *Humanistic nursing*. National League for Nursing Press.
- Peplau, H.E. (1952) *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frameof reference for psychodynamic nursing*. *J Nurs Educ*;1(2):43-50.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Fundamentos de investigación en enfermería*. Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model*. Pearson.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2019). *Estrategias de análisis y construcción de teorías y modelos de enfermería*. Elsevier España.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 45-52. Doi: 10.1177/089431847900100408

Rol de Enfermería en las videocistoscopias flexible con monitor

Alan Villafañe
Urología CEMIC

DEFINICIÓN

La cistoscopia es un procedimiento urológico que permite la visualización del tracto urinario inferior a través de un instrumento tubular con una fibra óptica y una lente visual, llamado citoscopio, mediante el cual es posible diagnosticar patologías, realizar controles e implementar procedimientos terapéuticos.

OBJETIVO

Colaborar desde el rol de Enfermería para llevar adelante una óptima realización del estudio.

ROLES Y RESPONSABILIDADES

Dentro de las intervenciones ambulatorias y los estudios que se realicen en el área urológica, (biopsias de próstata, estudios urodinámicos y colocación de catéteres vesicales), el rol del profesional de Enfermería será como asistente.

Estos estudios implican conocimientos anatómicos y fisiológicos del tracto urinario inferior, formación constante y capacitación adecuada, que tome en cuenta la variedad de aparatología e instrumental que puede utilizarse con el paciente.

CONSIDERACIONES GENERALES

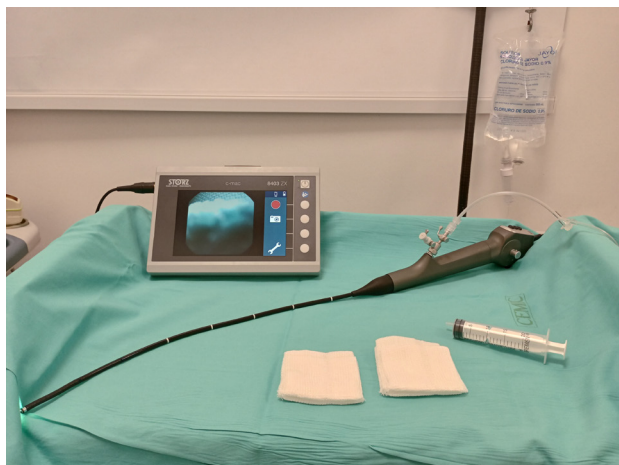
Dentro de la uro-oncología es considerado un procedimiento estándar para el diagnóstico y seguimiento del carcinoma del tracto urinario inferior. Permite observar alteraciones uretrales y vesicales en general, también cuenta con la visualización de la glándula prostática y esfínteres vesicales durante su trayecto.

Desde un punto de vista tecnológico podemos diferenciar 2 tipos de cistoscopios de uso en la actualidad:

- cistoscopios ópticos, sin integración de la cámara, que va aparte
- videocistoscopios, que llevan integrada la cámara en el cistoscopio, lo que les confiere una mayor calidad de imagen.

Sin duda, el salto tecnológico que ofrecen los videocistoscopios es increíble y ayuda a evitar fallos diagnósticos. Por ejemplo, el videocistoscopio tiene calidad de imagen de alta resolución, la posibilidad de realizar fotos y videos de forma integrada y además lleva incorporada la tecnología NBI (Narrow Band Imaging) que permite una mayor precisión en la detección de tumores vesicales (cáncer de vejiga).

La videocistoscopia flexible con monitor, a diferencia de la rígida, es una modalidad que mejora la tolerancia y disminuye las incomodidades del paciente, facilita la instrumentalización de la vía urinaria y permite además una mejor visualización para el operador.



El profesional de Enfermería debe participar antes, durante y al finalizar el estudio:

- Se encarga de la valoración del paciente en relación a signos y síntomas de alteraciones urinarias, corrobora análisis de urocultivo negativo previo, e informa si el paciente recibe terapia con fármacos anticoagulantes.
- Luego de acondicionar al paciente en posición sobre la camilla, prepara el instrumental adecuadamente con técnica estéril.
- Asiste al urólogo con la administración de anestesia local e irrigación con solución fisiológica para la correcta visualización de la óptica.
- Finalizado el estudio, controla el estado general del paciente ante signos de alarma (sangrado, dolor) y ordena el instrumental.

EQUIPOS Y MATERIALES

- cistoscopio flexible con monitor incluido
- solución fisiológica
- agua destilada
- guantes estériles
- jeringa de 20cc
- lidocaína gel (lubricante/anestésico)
- batea para sumergir el instrumental
- desinfectante de alto nivel (ácido peracético)
- detergente enzimático
- gasas y apósitos estériles

PROCEDIMIENTO

- Sumergir el cistoscopio en la batea con desinfectante de alto nivel por un período de cinco a diez minutos.
- Preparar la mesa auxiliar con una compresa lisa estéril donde se coloca el instrumental y los insumos estériles descartables (gasas, jeringas, anestésico local).
- Retirar, con técnica estéril, el cistoscopio de la batea; enjuagarlo con agua destilada estéril y secar con apósito.
- Colocarlo en la mesa auxiliar, sobre compresa estéril, dejándolo a disposición del urólogo para ser utilizado. A continuación, colocar un sachet de solución fisiológica en pie de suero cercano a la mesa auxiliar.
- Una vez finalizada la preparación del instrumental, acondicionar al paciente en la camilla, en decúbito supino (paciente masculino); en posición ginecológica o de litotomía (paciente femenino).
- Realizar el procedimiento, que consiste en: antisepsia de zona genital, aplicación de anestésico y lubricante local en gel a través del meato uretral; el médico procede a la introducción del cistoscopio con irrigación de solución fisiológica y supervisa la visualización completa a través del monitor.
- Finalizado el procedimiento, retirar el instrumental.
- Acondicionar al paciente y evaluar la presencia de posibles efectos adversos (sangrado, dolor).
- Por último, enjuagar el instrumental y liberarlo de posibles restos de fluidos.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

DURANTE EL ESTUDIO

- Anamnesis al paciente: corroborar acciones preparatorias al estudio.
- Comprobar el análisis de urocultivo negativo, ausencia de síntomas de infección urinaria, suspensión o ausencia de terapia anticoagulante.
- Preparación del paciente, asistencia en la vestimenta (camisolín, cofia, botas descartables).
- Controlar los signos vitales y su estado general.
- Posicionarlo correctamente en la camilla.
- Preparar el instrumental e insumos (mesa auxiliar con cistoscopio sobre campo estéril, monitor cercano a la camilla, medicación anestésica, solución fisiológica para irrigación).

AL FINALIZAR EL ESTUDIO

- Evaluar el estado de conciencia del paciente.
- Controlar los signos vitales.
- Higienizar la zona genital.
- Instruir sobre los posibles efectos adversos y pautas de alarma (hematuria, fiebre, disuria).
- Acondicionar el instrumental con una limpieza y desinfección eliminando posibles restos de fluidos corporales.
- Completar el registro de Enfermería.



CONCLUSIÓN

El rol de Enfermería es garantizar que la cistoscopia flexible se lleve a cabo en condiciones óptimas. Debe tener en cuenta su accionar antes, durante y al finalizar el estudio, en relación al manejo adecuado del instrumental, la valoración del paciente y la asistencia al operador, así como a mantener en todo momento las medidas de antisepsia y desinfección a fin de reducir al máximo los riesgos de contaminación.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta-Gnass, S. Andrade Stempliuk de, V. (2008) *Manual de esterilización para centros de salud*. Organización panamericana de la salud (OPS).
- American Cancer Society: *Cystoscopy* Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/diagnosis-staging/tests/endoscopy/cystoscopy.html>
- Center for Disease Control and Prevention: *High-Level Disinfection of Endoscopes* Disponible en: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/Disinfection/index.html#anchor_1555614319
- Cicione A, Cantiello F, Damiano R (2013) *Cystoscopy in non-muscle-invasive bladder cancer: when and how (rigid or flexible)*. *Urologia*, 80 Suppl 21:11-5. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.5301/RU.2013.10858>
- Engelskjerd JS, Deibert CM. (2022) *Cystoscopy*. Stat Pearls [Internet]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493180/>
- Nurseslabs: *cystoscopy nursing responsibility*. Disponible en: <https://nurseslabs.com/cystoscopy/>
- Pillai PL, Sooriakumaran P (2009) *Flexible cystoscopy: a revolution in urological practice*. *Br J Hosp Med (Lond)*, 70(10): 583-5. Disponible en: <https://doi.org/10.12968/hmed.2009.70.10.44626>
- Safiullah S, Lama DJ, Patel R, Clayman RV (2018) *Procedural Module: Flexible Cystoscopy*. *J Endourol*, 32(S1):S2-S6. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/end.2017.0706>

16 AL 19 DE OCTUBRE DE 2023

III JORNADAS ACADÉMICAS EN SANTIAGO DE CHILE “GESTIÓN DE CALIDAD Y LIDERAZGO ORGANIZACIONAL”

Directores: Prof. Maria Adela Contreras, Dr. Enrique Mario Schiavon.

El arancel incluye:

- Clases teóricas de docentes universitarios y directivos de las Instituciones visitadas
- Visitas y clases teóricas en centros de excelencia
- Materiales del Curso online
- Certificados de Asistencia al Curso
- Membrecía gratuita en la Red de Alumni SILS
- Actividades culturales optativas en Santiago de Chile

NO INCLUYE: Participación optativa en el Foro que organiza la Clinica Alemana con el Hospital Albert Einstein de San Pablo y el Institute for Health Improvement (Boston, USA).
Traducción simultanea al castellano. COSTO DE INSCRIPCIÓN AL FORO US\$100

Para solicitar beca completar una Solicitud de Admisión en www.liderlatam.com. Utilice el código de descuento **DOCMRL23**

Mas información

Para mayor información sobre este curso visite nuestra web:
www.liderlatam.com o contacto a los Coordinadores Lics. López María Rosa
(docenciamrl@gmail.com) y Anibal Ávila (avila.1961@gmail.com).



+54 9 11 3180-1015



**Actividad
arancelada**



III VISITA ACADEMICA A SANTIAGO DE CHILE

La mentoría como plan estratégico para la adaptación de nuevos profesionales de Enfermería

Ricardo Fabián Molina *
Sandra Noemí Ibarra **
Héctor Raúl Ureta **

Instituto Alexander Fleming

RESUMEN

Desarrollar y consolidar las competencias para cada puesto de trabajo, así como la adaptación al nuevo lugar de trabajo, requiere de facilitadores que acompañen el proceso de los nuevos profesionales en este período de inducción. La mentoría es una estrategia que ofrece la oportunidad de potenciar los saberes académicos previos, así como la adquisición de nuevas herramientas, mediante su aplicación en contextos reales de práctica profesional.

El presente estudio, llevado a cabo entre agosto y noviembre de 2022, muestra cómo esta estrategia contribuyó a que más de dos tercios del personal de Enfermería de ingreso reciente, sin experiencia laboral previa, lograra un desempeño favorable.

PALABRAS CLAVE

mentoría clínica, orientación profesional, Enfermería oncológica

ABSTRACT

Developing and consolidating the skills that each workplace requires, as well as adapting to the new workplace, requires facilitators who go along with the process of new professionals in this induction period. Mentoring is a strategy that offers the opportunity to potentiate previous academic knowledge as well as the acquisition of new tools through its application in real-world contexts of professional practice.

The present study, carried out between August and November 2022, shows how this strategy contributed to more than two-thirds of recently admitted nursing staff without previous work experience achieving favorable performance.

KEYWORDS

clinical mentoring, career guidance, oncology nursing

*Licenciado en Enfermería (Universidad Nacional de Rosario). Profesor universitario (Universidad Maimónides). Magister en Gerenciamiento Integral de Servicio de Enfermería (Universidad Maimónides). Supervisor del Área Docencia e Investigación de Enfermería (Instituto Alexander Fleming). Ayudante de Primera en la Carrera de Enfermería (Universidad de Buenos Aires). Integrante del Equipo Directivo de Investigación y Docencia de la Red Latinoamericana de Enfermería Oncológica (RedLEO).

**Especialista en Docencia Universitaria (Universidad de Tres de Febrero). Licenciada en Enfermería (Universidad de Tres de Febrero). Enfermera Jefe en el Área Docencia e Investigación (Instituto Alexander Fleming). Docente de la Universidad Nacional de Tres de Febrero.

***Licenciado de Enfermería (Universidad Nacional de La Plata). Docente Universitario de la Carrera de Enfermería (Universidad Nacional de Avellaneda). Jefe Departamento de Enfermería (Instituto Alexander Fleming). Integrante del Equipo Directivo de la Red Latinoamericana de Enfermería Oncológica (RedLEO). Integrante de la Comisión de Enfermeros de Gestión, ADECRA+CEDIM 2023.

INTRODUCCIÓN

La formación en Enfermería es uno de los pilares básicos sobre los que se afirman la calidad asistencial y la satisfacción profesional. Garantizar la adquisición de las competencias necesarias a los profesionales que se incorporan a una institución de salud ofrece una oportunidad para favorecer la adaptación a sus puestos de trabajo, contemplando a la vez los diferentes aspectos básicos inherentes a dicha institución.

El acompañamiento en este período permite que estos nuevos recursos humanos vayan incorporando las competencias que el puesto requiere, que desarrollen una integración al grupo de trabajo, al tiempo que logran conocer las generalidades y especificidades de la especialidad.

La implementación de la mentoría supone el acompañamiento de los profesionales noveles por parte de aquellos con más experiencia. De este modo, se les proporciona el asesoramiento necesario para facilitar su integración al servicio asistencial.

Esta investigación estuvo motivada por la necesidad de recabar información a partir de casos reales, lo que permite incrementar los saberes basados en la experiencia y realizar una ponderación adecuada respecto de las propiedades de esta herramienta.

CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA

El Instituto Alexander Fleming, especializado en Oncología, viene experimentando una evolución y un crecimiento sostenido de organización. Debido al aumento de la demanda de atención de pacientes oncológicos surgió la necesidad de expandirse para mejorar la accesibilidad y calidad de atención a fin de asegurarla y poder llegar a más pacientes.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

- El estudio se llevó a cabo con el propósito de evaluar la eficiencia del plan de mentoría para la inducción de profesionales de Enfermería de nuevo ingreso.
- El mismo tuvo lugar en el Instituto Alexander Fleming, especializado en Oncología, durante el período agosto–noviembre de 2022.
- La población estuvo integrada por 50 recursos humanos de Enfermería de reciente ingreso, de ambos sexos.

Para cubrir esta demanda se recurrió a la inversión en recursos, entre los cuales uno de los de mayor impacto fue el área de Enfermería. Esto dio lugar a ampliaciones del área en la institución y también a la apertura de nuevas sedes (por caso, el Hospital de Día en Barrio Parque y la Sede de Internación en el Barrio de Saavedra, ambas en CABA).

Esta nueva situación generó otras situaciones de notable complejidad: por un lado, el aumento significativo de la demanda de nuevo recurso humano con la consecuente incorporación masiva de enfermeros/as; por otro, la necesidad de implementar un método o recursos para dar respuesta a la práctica de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de sus capacidades y la adquisición de los conocimientos propios de la especialidad.

Todo esto demanda identificar las responsabilidades dentro del equipo a cargo de la transmisión de esos conocimientos a todos los miembros de nuevo ingreso para alcanzar un desempeño apropiado en los servicios e integrarse plenamente en su funcionamiento.

Una vez alcanzado un consenso común entre el Equipo de Docencia e Investigación y el Jefe del Departamento de Enfermería, se decidió implementar un método para establecer que la transferencia de conocimientos estaría a cargo de una selección de profesionales de Enfermería que conforman el staff, aquellos con mayor experiencia y/o conocimientos para asesorar y guiar al personal de nuevo ingreso.

La estrategia elegida fue la mentoría, por ser la más acorde a nuestra labor, ya que ofrece información y guía de un profesional con experiencia y/o habilidades en beneficio del desarrollo profesional de quien se inicia en este recorrido.

RESULTADOS

En cuanto a la identificación de la experiencia laboral de los/as enfermero/as de reciente ingreso se observó que el 72% (36) tenía una experiencia mayor a dos años en clínica médica; sólo el 28% (14) carecía de experiencia, por ser egresados con reciente matrícula profesional habilitante. De estos enfermeros sin experiencia laboral es relevante hacer notar que el 35% (5) no habían realizado la práctica hospitalaria durante su formación por la contingencia de la pandemia Covid-19.

En cuanto a los/as enfermeros/as que recibieron mentoría durante el período de adaptación se reportó una evaluación final en la cual el 71,4% (10) de profesionales nuevos sin experiencia logró un desempeño favorable; solamente el 28,6 (4) no consiguió alcanzar un desempeño satisfactorio.

Finalmente, en cuanto a lo/as nuevo/as enfermero/as con experiencia laboral, el 83,3% (30) logró una evaluación de desempeño favorable y solo el 16,7% (6) no calificaron para el perfil requerido.

TABLA 1

Formulario de evaluación de desempeño del personal de Enfermería de reciente ingreso.

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA - ÁREA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	
EVALUACIÓN CUALITATIVA DE PERSONAL DE ENFERMERÍA DE RECIDENTE INGRESO	
Apellido y Nombres	
Fecha de ingreso:	
Evaluator/es	
Fecha:	

Sobre cómo completar la rúbrica

- 1. Quien evalúa deberá leer detenidamente cada valoración y pintar la celda que represente al aspirante en cada variable.
- 2. Para realizar el punto 1 se deben respetar los colores que aparecen en las valoraciones correspondientes.
- 3. Para pintar la misma, dirigirse al balde que se encuentra en la parte superior del Excel y seleccionar el color que hace referencia a la valoración correspondiente.

Acerca de los resultados

- 1. En función del perfil del personal enfermero de reciente de reciente ingreso que busca el Departamento de Enfermería se espera que los aspirantes cumplan las valoraciones más altas tal como se le detalla en la entrevista inicial.
- 2. Un reciente ingreso estará apto si cumple con lo siguiente:
 - A. Todas las variables que se deben encontrar en la gama de los verdes (primeras 2 columnas valorativas)
 - B. Mínimo 10 de las variables se deben encontrar en la gama de los verdes, pero 1 o 2 (como máximo) en amarillo.
- 3. El aspirante que posea una o más variables en la valoración naranja o roja (últimas 2 columnas valorativas), no estará apto para continuar, debido a que no cumple con el perfil esperado por el Departamento de Enfermería, independientemente del resto de los resultados de las variables.

Variable/Valoración	Logrado en su totalidad	En proceso de totalidad de logro	Parcialmente logrado	Por debajo de lo mínimo esperado	Alejado de lo mínimo esperado
1. Cooperación	Tiene un 100% de actitud activa, mostrando cooperación y colaboración para facilitar el trabajo de compañeros y otros servicios.	Sólo en una o dos oportunidades se le debe solicitar colaboración, sin embargo, en el resto se evidencia predisposición genuina a cooperar con compañeros y otros servicios, adoptando actitud activa.	En situaciones tiene actitud activa cooperativa, pero continúa, en varias situaciones, con actitud pasiva, esperando solicitud de colaboración a compañeros y otros servicios.	Actitud pasiva en la cooperación, esperando que otros le soliciten ayuda para colaborar con compañeros y otros servicios.	Se evidencia inexistencia de disponibilidad en el trabajo cooperativo, aún, cuando se le pide de la misma, no acompañando en la labor a compañeros y otros servicios.
2. Trabajo colaborativo (practicidad y poder resolutivo)	Posee fortalezas que determinan la solicitud, en su totalidad, de sus compañeros, para desarrollar trabajo en equipo, debido a su practicidad y poder resolutivo.	Posee característica de aspirante a excelencia para el trabajo colaborativo, siendo solicitado en la mayoría de las situaciones por sus compañeros, demostrando aptitudes resolutivas y prácticas.	En la mitad de los casos, sus compañeros lo seleccionan para realizar trabajo en equipo, sin embargo, su escasa practicidad y poder resolutivo dificultaron en varias ocasiones el trabajo conjunto.	Sólo es solicitado por sus compañeros cuando no hay otras opciones posibles, debido a su debilidad de practicidad y poder resolutivo.	Sus compañeros evitan, en su totalidad, su colaboración para participar en el trabajo en equipo, debido a sus actitudes y grandes dificultades en tareas resolutivas.
3. Responsabilidad	Cumple en su totalidad y de manera correcta y precisa las tareas asignadas, además, confecciona registros completos y útiles, se evidencia compromiso con el servicio y los pacientes, planteando soluciones óptimas.	Cumple en su totalidad y correctamente con las tareas asignadas, confecciona registros y se encuentra disponible para sus pacientes.	Cumple con las tareas asignadas, se encuentra parcialmente disponible para sus pacientes y hay confección débil de registros.	Cumple con tareas asignadas, se evidencia gran escasez de disponibilidad con sus pacientes y la confección de registros se encuentra ausente o los mismos presentan grandes debilidades.	Carece de cumplimiento de tareas asignadas, se evidencia falta de disponibilidad para sus pacientes y hay ausencia o grandes debilidades en la confección de los registros.
4. Atención y concentración en la tarea	Se evidencia alto grado de concentración y atención en la tarea realizada. no hay registros de errores u olvidos en la misma.	Se evidencia concentración en la tarea realizada. no suele cometer errores u olvidos, pero ante los mismos, los detecta inmediatamente y corrige en el mismo momento.	Se evidencia concentración en la tarea realizada. no suele cometer errores u olvidos, pero ante los mismos, no se registra presencia de correcciones.	Su concentración es dudosa. se evidencian varias situaciones de errores u olvidos en el desempeño de su tarea.	Se evidencia elevado índice de grado de concentración durante la realización de la tarea, incurriendo, frecuentemente, en errores varios.
5. Accionar frente a situaciones imprevistas	Prioriza, solicita ayuda y resuelve de manera eficaz situaciones imprevistas.	Prioriza y actúa con ayuda a situaciones imprevistas, resolviéndolas en su gran mayoría.	Identifica situaciones imprevistas, pero no solicita ayuda, dificultando su resolución, debido a la ausencia de otras miradas sobre éstas.	Ante situaciones imprevistas se evidencia un accionar desordenado lo que dificulta su resolución inmediata.	Se evidencia falta de capacidad para reconocer situaciones de riesgo, lo que imposibilita pedir ayuda y, por ende, resolver las mismas.

6. Iniciativa	Posee un perfil 100% activo en cuanto a la realización de tareas que favorecen el funcionamiento global del servicio, proponiendo ideas que evidencien cambios y mejoras.	Tiene un perfil potencialmente activo que conlleva a favorecer el funcionamiento global del servicio, cumpliendo con las tareas asignadas.	Su desenvolvimiento es 50% de iniciativa personal y 50% de actitud pasiva, lo que conlleva a lograr un parcial funcionamiento global del servicio.	Posee un escaso grado de desenvolvimiento activo que conlleva a un mínimo logro en cuanto al funcionamiento global del servicio.	Se evidencia ausencia de realización de tareas inherentes al funcionamiento global del servicio.
7. Rol profesional	Cumple con las indicaciones médicas y planifica el cuidado integral del paciente, preocupándose de su continuidad.	Cumple con las indicaciones médicas y planifica el cuidado integral del paciente, en su turno.	Cumple, en su mayoría (no en su totalidad), con las indicaciones médicas.	Se evidencia escaso cumplimiento de las indicaciones médicas.	Se evidencia falta de cumplimiento de las indicaciones médicas.
8. Asistencia y puntualidad	Su asistencia es perfecta, es puntual y toma siempre la guardia con tiempo.	Presenta una o dos inasistencias, sin embargo, colabora en la cobertura de estas. su puntualidad es destacable y toma siempre las guardias con tiempo.	Hay un índice dudoso de inasistencias. no se evidencian faltas en cuanto a la puntualidad o hay mínimas faltas al respecto. generalmente toma la guardia.	Hay un alto índice de inasistencias y/o faltas reiteradas en la puntualidad. rara vez toma la guardia.	Sus inasistencias son por demás notorias al igual que su puntualidad. no hay registro de toma de guardia en el horario acordado.
9. Postura ante problemas de pacientes y familiares	Conoce los problemas de los pacientes y su familia, escuchando y conteniendo	Esta en conocimiento del problema de los pacientes y de su familia.	Conoce parcialmente los problemas sólo del paciente.	Demuestra poco interés a los problemas del paciente.	Hay total desinterés en los problemas del paciente (y por ende su familia).
10. Respuestas a demanda de pacientes	Acude al llamado de todos los pacientes, resolviendo de acuerdo con sus posibilidades. se evidencia cortesía y amabilidad en el trato, además, informa al compañero a cargo del paciente sobre lo actuado.	Acude al llamado de todos los pacientes respondiendo amablemente. se comunica con compañeros para resolver la situación.	Sólo acude al llamado de sus pacientes, ignorando el del resto, no comunicando sobre los mismos. hay amabilidad exclusiva para sus pacientes.	Acude solamente al llamado de sus pacientes, ignorando el del resto, no comunicándolos, además, se evidencian rasgos de faltas de cortesía al respecto.	Se evidencia falta de atención al llamado de sus propios pacientes, lo que implica descortesía e irresponsabilidad.
11. Información al paciente y familia	Hay una explicación clara al paciente sobre procedimientos y tratamientos. averigua o averigua sobre la información recibida del médico. busca agudizar conocimientos vinculados a la situación presente y propone material informativo para pacientes y familiares.	Existe una explicación al paciente sobre procedimientos y tratamientos. averigua lo necesario y suficiente para poder responder.	Sólo informa al paciente sobre procedimientos. la información que maneja es necesaria pero no suficiente para que el paciente satisfaga sus interrogantes. delega al médico como único informante.	La información al paciente sobre procedimientos no es completa. los conocimientos que maneja resultan no ser suficientes para que el paciente satisfaga sus interrogantes. delega al médico como único informante.	Hay desinformación total hacia el paciente sobre procedimientos, terapéuticos, cuidados y riesgos.

12.Cumplimiento de procedimientos	Cumplimiento 100% óptimo: los procedimientos establecidos se cumplen satisfactoriamente en su totalidad.	Cumplimiento 80% óptimo: los requerimientos cuentan con procedimientos establecidos, pero se omiten mínimamente algunos parámetros.	Cumplimiento 60% óptimo: hay una omisión de casi la mitad de los procedimientos establecidos.	Cumplimiento 40% óptimo: la omisión de los procedimientos establecidos se encuentra mínimamente por debajo del 50% del total esperado.	Cumplimiento 20% óptimo: hay escaso cumplimiento, es decir, son débiles las condiciones mínimas requeridas en la ejecución de una acción.
Observaciones					
Visado por	Supervisor Área Docencia e Investigación		Jefe de Departamento de Enfermería		

CONCLUSIÓN

La implementación de la mentoría demostró ser una herramienta importante para brindar respaldo durante la adaptación y facilitar la integración al servicio asistencial de los profesionales de Enfermería de reciente ingreso. Este tipo de estrategias de acompañamiento a lo largo de todo el período de adaptación potencia el aprendizaje, el desarrollo de habilidades y ofrece las herramientas necesarias para que estos profesionales logren complementar el perfil buscado por la institución.

La experiencia aquí presentada muestra que la mentoría contribuye al logro de una mejor preparación, al fortalecimiento de habilidades mediante la realización de habilidades, realizar actividades específicas y favorece el desarrollo de una mayor seguridad en sí mismos de los nuevos profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

–Batle Vidal, M. (2022). “Eficacia de un programa de formación individualizado para enfermeras noveles en hospital de día”. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica*. *Enferm Oncol.*, vol 24, n° 1. Disponible en: <https://revista.proeditio.com/enfermeriaoncolologica/article/view/2917>

–Ortega-Miranda, E. (2019). “Mentoría entre pares en la educación médica de pregrado como herramienta para mejorar el aprendizaje y responder a las demandas de las nuevas generaciones”. *Acta Médica Peruana*, 36(1): 57-61. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000100009&lng=es&tlng=es.

–Petatán Mendoza, S., Bueno Brito, C., Delgado, J., Dávila Hernández, G., & Rojas Gil, N. (2020). “Estrategia didáctica basada en el papel del mentor para desarrollar las competencias de farmacología en estudiantes de enfermería, en escenarios reales”. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 8(spe5). Disponible en: <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2486>

SimZones y reanimación cardiopulmonar: un recorrido por las Zonas 0, 1 y 2

Rosana Elisabet Firpo*

INTRODUCCIÓN

Las *simZones* “describen un sistema para organizar el desarrollo y la entrega de educación basada en simulación y ofrecen una base para guiar y organizar la evaluación” (Roussin, Sawyer y Weinstock, 2019). Esto las convierte en una valiosa herramienta para planificar experiencias basadas en simulación (1) en los centros y programas de formación.

En otro artículo, Roussin y Weinstock (2017) enumeran cinco problemas principales que afectan la organización de las experiencias de aprendizaje basadas en simulación, a los cuales las *simZones* podrían dar respuesta: apoyar experiencias de ciclo simple o doble, gestión de la formación del profesorado, optimización de la combinación de participantes para garantizar el aprendizaje, equilibrar la entrega de simulación *in situ* y organizar la investigación de simulación.

Cabe destacar que para definir alguna de las zonas para el diseño y desarrollo de experiencias de aprendizaje basadas en simulación resulta imprescindible dar respuesta a dos preguntas:

- ¿quiénes son los participantes?
- ¿cuál es el objetivo de aprendizaje?

Un dato no menor es que las *SimZones* fueron descritas originalmente antes de la pandemia, con lo que eso implica para el desarrollo de experiencias de aprendizaje de manera virtual o híbrida. En ese sentido, coincidimos con Oliveira et al. (2018) cuando afirman que la complejidad de la simulación en tanto estrategia pedagógica debe estar abierta a sugerencias y adaptaciones. Puntualmente, los autores resaltan la relación entre la estrategia de simulación y la concepción pedagógica empleada.

¹ El Diccionario de Simulación define a la Experiencia de Aprendizaje Basada en Simulación como “un conjunto de actividades estructuradas que representan situaciones reales/potenciales en la educación y en la práctica (que) les permiten a los/as participantes desarrollar y mejorar sus conocimientos, habilidades, actitudes o analizar y responder a situaciones realistas en un entorno simulado” (Pilcher et al, 2012). En contraste, la Actividad Basada en Simulación es “un conjunto de acciones, eventos que transcurren desde la iniciación hasta la terminación de un evento individual de Simulación en el entorno de aprendizaje”.

*Licenciada en Enfermería. Magíster en Gamificación y Recursos digitales. Docente e investigadora.

En lo que respecta a la adopción de un enfoque pedagógico para la inserción curricular de la simulación clínica, proponemos el Aprendizaje Pleno de David Perkins (Firpo, Trisca y Arguello, 2020) ya que habilita la oportunidad, para el caso de la Enfermería, de incor-

porar un Modelo Disciplinar (Roper, Logan y Tierney). De esta forma, se prioriza salir de la racionalidad instrumental y apostar por un aprendizaje integral y significativo al incluir las competencias profesionales en su conjunto: procedimental, cognitiva y relacional.

ZONA 0. LA VIRTUALIDAD EN PRIMERA LÍNEA

“Los participantes suelen ser personas que necesitan una práctica deliberada con un conjunto de habilidades” (Roussin y Weinstock, 2017: 1116).

El aprendizaje en la zona 0 es de bucle simple (2) y de auto-feedback. Las experiencias de aprendizaje se realizan desde la virtualidad, es decir, el o la docente no está presente en el desarrollo de la misma.

Si bien se entiende que en esta zona las simulaciones deben tener un contenido clínico claro, enfocado y sin

ruido (en el cual prevalezca una habilidad instrumental), como se resaltó antes, se privilegia el principio de “Jugar el juego completo” a través de la presentación de un caso clínico que ponga de manifiesto los tres dominios profesionales: procedimental, cognitivo y relacional (INACSL, 2023). De esta forma, se incluye algún dato que, sin alterar el foco de lo procedimental, requiera prestar atención a las demás competencias.



² La cuestión de aprendizaje de bucle simple o doble pasa fundamentalmente por la relación entre acciones, resultados y modelos mentales. En el bucle simple se trata de corregir las acciones según los resultados obtenidos, lo que se conoce como causa-efecto; se trata de adquirir habilidades básicas. En este caso acciones es lo que hacemos y resultado lo que obtenemos. En cambio, en el aprendizaje por bucle doble se cuestionan los valores, las creencias, los supuestos. La relación se da entre los resultados y los modelos mentales (¿por qué hacemos lo que hacemos?); se actúa sobre la raíz. El objetivo es mejorar las decisiones y adoptar la mejor. Maestre et al (2014). Resulta claro que el tipo de *debriefing* que se selecciona para cada experiencia debe ser adecuado a la diferencia entre bucle simple o doble.

Se propone entonces una experiencia interactiva desde la plataforma Genial.ly donde se plantea un caso clínico que podría estar en contenidos de espacios formativos como Primeros Auxilios o Enfermería Comunitaria. Desde la Pirámide de Miller, esta zona se corresponde con el piso, con el “Sabe” (Roussin, Sawyer y Weinstock, 2019).

En la experiencia diseñada se presenta el caso clínico de un hombre que se descompensa en una plaza y requiere reanimación cardiopulmonar. Hay una enfermera en las proximidades que se ocupa de iniciar

las maniobras y de garantizar que se llame a la ambulancia. Se incluye la gamificación como una quinta teoría del aprendizaje, además del conductismo, cognitismo, conectivismo y constructivismo (Sánchez Pacheco, García Balladares y Ajila Méndez, 2020). Se hacen preguntas relacionadas a los procedimientos de cada personaje y entre todos logran el código para habilitar la llegada de la ambulancia (se linkea un enlace desde youtube con el sonido).

<https://view.genial.ly/608403472e6fa40d5be8aa46/interactive-content-salvemos-a-la-victima>

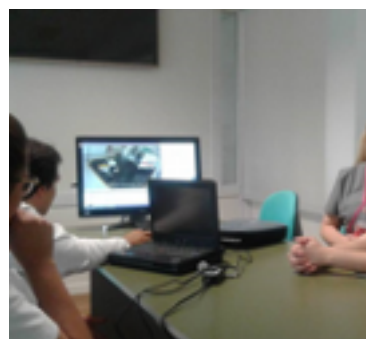
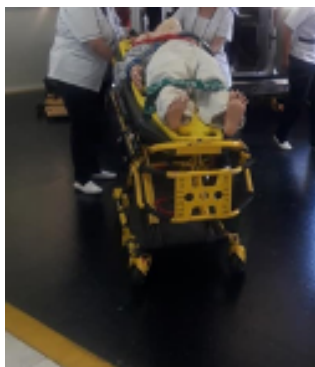
ZONA 1. PRACTICAR CÓMO HACER ALGO

En esta zona, los participantes son equipos parciales o practicantes en formación; el objetivo es aprender y practicar cómo, en qué ocasiones y cuándo hacer algo de acuerdo a una práctica estándar (Roussin y Weinstock, 2017). Se trata de aprendizajes de bucle simple; las experiencias se diseñan con poca distracción.

En el ejemplo para este trabajo, los/as estudiantes concurren a un centro de simulación para la práctica de la reanimación cardiopulmonar, ya en un entorno hospitalario, para practicar comprensiones, utilización de la bolsa de reanimación y la desfibrilación

ya que el maniquí tiene diferentes ritmos cardíacos. Desde la Pirámide de Miller, se corresponden a un mix entre el nivel de “sabe” y “sabe cómo”.

Como se puede apreciar en las imágenes, el escenario da continuidad a la Zona 0 (aquí la persona llega en la ambulancia al centro de salud), pero a diferencia de esa Zona 0, en esta experiencia hay participación docente y por lo tanto se realiza *debriefing* con retroalimentación directiva. Es lo que, desde la bibliografía (Roussin y Weinstock, 2017), se sugiere como modalidad Plus-Delta.



**ZONA 2. UN PASO MÁS ALLÁ: ARTICULAR
HABILIDADES DE LIDERAZGO Y COMUNICACIÓN**

En este caso, las actividades pueden ser de bucle simple o doble; involucran a equipos clínicos parciales o completos de todos los niveles de habilidad. El objetivo de aprendizaje implica el desarrollo de habilidades clínicas contextualizadas.

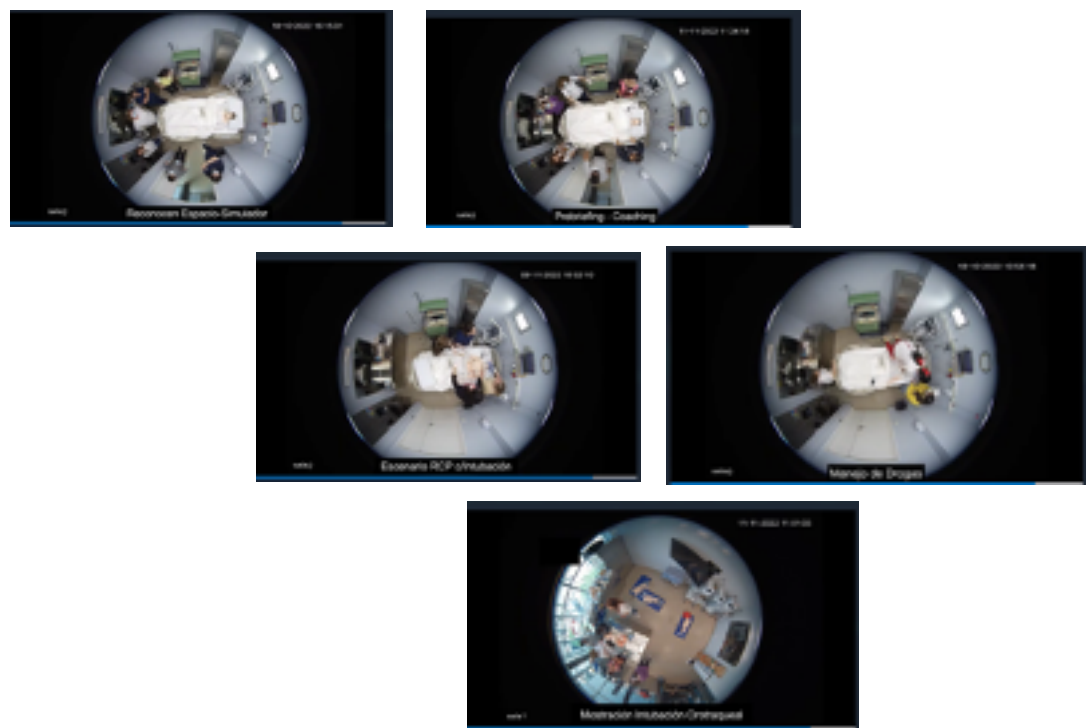
Una diferencia significativa respecto a las zonas anteriores resulta de la inclusión de ruido significativo y del *debrief* como facilitador (Roussin y Weinstock, 2017).

Este tipo de experiencias se puede corresponder con la simulación interprofesional. En este sentido, Vianey Barona et al. (2019) señalan que, al igual que los sistemas complejos, la interacción de sus elementos deriva en un comportamiento impredecible ya que las acciones y reacciones de cada participante pueden afectar el desempeño del resto.

En el mapeo con la Pirámide de Miller se corresponde al tercer nivel, “muestra cómo”, aunque dependiendo de su diseño también puede ser en el segundo nivel (“sabe cómo”).

Se comparten imágenes que corresponden a la experiencia del trabajo presentado en el último Congreso de la Federación Latinoamericana de Simulación Clínica (FLASIC), del cual participaron profesionales de las áreas de Medicina y Enfermería (3):

A partir del reconocimiento del espacio y los simuladores; pre-briefing, intubación orotraqueal, escenario RCP-intubación; manejo de drogas, el tipo de *debriefing* utilizado en este caso es el de *buen juicio*, ya que se pretende una reflexión sobre la toma de decisiones.



³ Este trabajo fue la única ponencia de Enfermería argentina presentada en el Congreso de FLASIC en 2023. Autores: Galindo, Consoni y Firpo.

CONCLUSIÓN

Las Simzones caracterizan una solución a cinco desafíos que suelen identificarse en centros o programas de simulación. En este trabajo hemos revisado la inserción curricular de la simulación clínica a través de una experiencia de aprendizaje sobre reanimación cardiopulmonar desde las Zonas 0, 1 y 2. La importancia de incluir estas experiencias basadas en simulación desde la zona 0 se desprende de la hipótesis de que la competencia en los niveles inferiores de la Pirámide de Miller predice el desempeño en los niveles superiores (Roussin, Sawyer y Weinstock, 2019).

La propuesta de inserción curricular de la simulación clínica se basa en la elaboración de casos clínicos que puedan ser diseñados, planificados y llevados a cabo a través de un trabajo colaborativo de docentes de diferentes espacios formativos. Al seleccionar casos insignia que puedan atravesar la currícula se favorece la articulación de diferentes experiencias de aprendizaje en función de las posibilidades de cada centro o programa, así como el desarrollo de una práctica basada en simulación que pueda ir complejizándose según los objetivos propuestos.

Cada caso clínico, además, puede dar lugar tanto a otras actividades de simulación como al abordaje de contenidos desde diferentes espacios formativos, contextualizando cada caso con información verídica del ambiente en el cual se inserta la institución.

BIBLIOGRAFÍA

- Barona Nuñez, AV., Sánchez Herrera, IO., Hernández Vázquez, LA., Chávez Vázquez, NA., Anaya Barriguete, MA., Tapia Rocha, El. y Cruz Guerrero, DL. (2019) "Simulación Interprofesional. Enfoque de un sistema completo", *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. Vol 62; 19-29. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.0.03> Disponible en www.researchgate.net
- Firpo, R., Trisca, J. y Arguello, E (2020) *Simulación Clínica y Aprendizaje Pleno. Un enfoque pedagógico para el acto de cuidar*. Editorial Dunken: Argentina.
- International Nursing Association of Clinical Simulation and Learning (INACSL) (2023) Healthcare Simulation Standards of Best Practice (versión en español distribuida por la Sociedad Argentina de Simulación).
- Maestre, JM., Szyld, D., del Moral, I., Ortiz, G., y Rudolph, JW (2014) "La formación de expertos clínicos: la práctica reflexiva", *Revista Clínica Española* Vol 214 N 4; 216-220 <https://doi.org/10.1016/j.rce.2013.12.001> Disponible en www.el-sevier.es
- Oliveira, S.N., Massaroli, A., Martini, JG. y Rodríguez, J. (2018) "From theory to practice, operating the clinical simulation in Nursing teaching", *Rev Bras Enferm*, 71(4); 1791-1794.
- Roussin, C., Sawyer, T. y Weinstock, P. (2019) "Assessing competency using simulation: the SimZones approach", *BMJ Stel* Vol 0; 1-6.
- Roussin, C. y Weinstock, P. (2017) "SimZones: An organizational Innovation for Simulation Programs and Centers", *Journal Association of American Medical College*, 92(8): 1114-1120.
- Sánchez Pacheco, CL, García Balladares, ES, Ajila Méndez, IA (2020) "Enfoque pedagógico: la gamificación desde la perspectiva comparativa con las teorías del aprendizaje", *Digital Publisher*, 5(4): 47-55. doi.org/10.33386/593dp.2020.4.202 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>

XVII CONFERENCIA
IBEROAMERICANA
DE EDUCACIÓN
EN ENFERMERÍA

ALADEFE. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada.

2 - 6 Octubre 2023

Ampliación del uso de anticuerpos monoclonales (AcMo) en Oncología

María Constanza Celano*

INTRODUCCIÓN

A nivel global, los reportes epidemiológicos dan cuenta de un aumento progresivo en la incidencia y la mortalidad por cáncer; una realidad que también se ve reflejada en las tasas estadísticas de Argentina, donde se registra un creciente número de pacientes que se atienden en los hospitales de día oncológicos (HDO), en las áreas de internación para pacientes oncohematológicos e incluso en las unidades de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH).

Una de las fuentes de reportes, el observatorio global del cáncer (GLOBOCAN), muestra las tendencias cambiantes en las tasas de incidencia y mortalidad vinculadas a esta patología a lo largo del tiempo, evalúa en forma comparativa los índices de supervivencia por países, estudia los factores de riesgo modificables y los no modificables. Otro aspecto interesante es que cuenta con una herramienta de predicción sobre la in-

cidencia futura del cáncer y los niveles de mortalidad asociada en todo el mundo para el año 2040. Se estima que frente a los 19.3 millones de nuevos casos en 2020 a nivel mundial, en 2040 la cifra será de 28.9 millones; con respecto a la mortalidad, de 9.96 millones de muertes registradas en 2020, se estima para 2040 unas 16.2 millones (1).

Esto debe llevarnos a tomar conciencia del enorme reto que enfrentamos. Un aumento semejante del número de pacientes, con necesidades específicas a cubrir, con un perfil bien definido de cuidado y que, independientemente del lugar donde se atiendan, sea internación u HDO, requieren de una mirada compleja e integral centrada en la persona, nos desafía a contar con una atención de Enfermería altamente capacitada y calificada, que mantenga niveles de actualización continuos.

* Magíster en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud. Universidad Favaloro.

- Especialista en Enfermería Oncológica. Universidad Austral.
- Licenciada en enfermería. Universidad Favaloro. Certificado de Honor.
- Formación en Simulación Clínica. Universidad Finis Terre, Chile.
- Secretaria académica de la Especialidad de Enfermería Oncológica de la Universidad Austral.
- Participante en la programación y dictado de conferencias para el Instituto Nacional del Cáncer Argentina con el Ministerio de Salud de la Nación.

¿QUÉ NECESITA SABER ENFERMERÍA?

Los tratamientos oncológicos han ido evolucionando a lo largo del tiempo. Actualmente se basan en la combinación de distintos procedimientos: cirugía, radioterapia, citostáticos, hormonoterapia y terapias biológicas, con el auge más reciente de la inmuno-oncología (2). La complejidad creciente de la terapéutica ha pasado de enfoques relativamente simples a abordajes más complejos y combinados, con mejoras en la efectividad y un aumento de la tasa de supervivencia. Sin embargo, no están exentos de toxicidades, riesgos o eventuales complicaciones asociadas.

Por esa razón, hoy en día se apunta cada vez más a la medicina de precisión; en este caso, a la oncología personalizada. En palabras de Canzoneri y col. (2019): *“Para la biología de sistemas cada tumor sólido es un sistema único caracterizado por su heterogeneidad celular, su interacción con el microambiente en el que crece y se desarrolla, y su capacidad de adaptarse y modificarlo. Los avances recientes en la comprensión de los mecanismos moleculares han permitido desarrollar un conjunto creciente de tratamientos capaces de atacar con mayor selectividad y eficiencia dando paso a la medicina de precisión”*. (3)

Este conocimiento de la biología molecular permitió, en primer lugar, conocer alteraciones específicas en la génesis y evolución de los tumores; luego, gracias al aporte de la ingeniería genética, genómica y bioinformática, hizo posible desarrollar fármacos capaces de bloquear ciertas proteínas, receptores celulares (la denominada “terapia dirigida” o “terapia anti-diana”). La mayoría de estos agentes son anticuerpos monoclonales (4).

Durante los últimos treinta años se han empleado diversas formas de anticuerpos, debido a que son moléculas muy versátiles. Los AcMo identifican a ciertos antígenos específicos en células tumorales, se unen a ellos y desencadenan respuestas que apuntan a destruir a la célula o llevarla a la apoptosis a través de diversos mecanismos de acción. Utilizan inhibidores farmacológicos específicos, con el objetivo de aumentar los efectos antiproliferativos y citotóxicos de las células tumorales, así como disminuir los efectos colaterales que afectan los tejidos sanos (5).

En la actualidad existe una gran variedad de anticuerpos monoclonales conjugados y no conjugados aprobados por la FDA (Food & Drug Administration) que pueden ser utilizados y otros que se encuentran aún en fases de investigación (1, 2).

El rol de Enfermería en todo el proceso de administración de estos fármacos tiene que ver con garantizar los cuidados durante la preparación, la administración propiamente dicha, la utilización de elementos e insumos adecuados que no interfieran con el producto, así como la educación al paciente sobre el reconocimiento e informe de los signos o síntomas de toxicidades asociadas al fármaco que recibe.

Existen diferentes vías de administración para estos anticuerpos, siendo la más utilizada la vía intravenosa (IV). Desde hace unos años, surgieron algunos AcMo infundidos por la vía IV que están siendo aprobados en sus nuevas presentaciones farmacológicas para la vía subcutánea (SC), con muchos beneficios para el paciente, en relación con una mejor adherencia, calidad de vida y de selección preferencial por el paciente (6,7).



AL MOMENTO DE PREPARAR LAS SOLUCIONES IV CON ACMO

Los AcMo son productos biológicos que deben ser manipulados en cabina de seguridad biológica cuando tienen que reconstituirse, y diluirse luego en sachets de suero para infusión. Se trata de productos de alto costo, que no poseen conservantes; por ello deben ser manipulados con el cuidado y responsabilidad que asegure y mantenga la estabilidad del producto. Cada institución debe contar con la estandarización sobre la prescripción, el almacenamiento, la dispensación, la preparación y la administración de los mismos (8).

Es prioritario conocer las recomendaciones del fabricante para su correcta preparación, respetando la solución indicada para la reconstitución / dilución, como también seleccionar el set adecuado de infusión:

- Algunos AcMo deben ser administrados con filtros en línea, dado que en su dilución pueden encontrarse precipitados del fármaco, que al pasar al torrente sanguíneo pueden desencadenar reacciones relacionadas a la infusión. Hay diversos tipos de filtros que varían en el tamaño del poro; para las infusiones con AcMo son eficaces los de 0,2 micras. Éstos pueden reducir en forma drástica la cantidad de micropartículas infundidas al paciente, reteniendo la mayoría de ellas, y también pueden eliminar el paso de bacterias (9).
- Otros AcMo presentan interacciones con el DEHP (abreviatura de Di-etilhexil-ftalato), una sustancia química manufacturada que se añade comúnmente a los plásticos de dispositivos médicos, sachets, guías de infusión, para hacerlos más flexibles. Algunos AcMo sufren procesos de adsorción o lixiviación al entrar en contacto con DEHP, por lo que el fabricante indica infundirlos con insumos libres de DEHP, o bien, que no presentan incompatibilidades (10).

ANTES DE COMENZAR LA INFUSIÓN

- Realizar una buena anamnesis del paciente, especialmente si es la primera vez: identificar posibles factores de riesgo como antecedentes de alergias, hipersensibilidades, a productos biológicos y reacciones relacionadas.
- Evaluar, previo a cada infusión: cambios de peso, presencia de cualquier enfermedad aguda, infección, o presencia de signos o síntomas de toxicidad (8).
- Confirmar el cumplimiento del tiempo indicado entre ciclo y ciclo, que no se hayan omitido dosis.
- Valorar signos vitales y laboratorio del paciente; dependiendo del AcMo habrá un perfil de laboratorio específico a evaluar.
- Seleccionar el tipo de acceso venoso acorde a la terapia y la bomba de infusión adecuada para cumplir con el tiempo de administración y protocolo de velocidad indicado (8).
- Administrar la pre-medicación prescrita por el médico respetando el tiempo de acción de la misma; esto variará de acuerdo con el producto biológico a administrar. Es fundamental conocer que algunos no requieren de medicación previa.

- Procurar tener disponible medicación para contrarrestar la aparición de toxicidades relacionadas a la infusión. Medicamentos como paracetamol, difenhidramina, corticoides, forman parte de la pre-medicación y se utilizan también para el manejo de reacciones a la infusión comunes a muchos productos biológicos (8).
 - Informar al paciente sobre efectos secundarios y adversos, toxicidades potenciales y reacciones retardadas (8).
 - Educar al paciente sobre cómo manejar los efectos adversos y cómo notificar al equipo de atención médica cuando ya esté en su domicilio.
-

DURANTE LA INFUSIÓN

- Garantizar la seguridad y la capacidad de responder a las reacciones adversas atendiendo al paciente en un ambiente adecuado dentro del hospital, sea en internación o en HDO, que cuente con oxigenoterapia y elementos para actuar frente a una urgencia (8).
 - Comprobar la identidad del paciente, el anticuerpo a infundir y la dosis. Es recomendable la utilización de la técnica de doble chequeo (11).
 - Conectar el sistema de infusión y programar la velocidad en el tiempo correspondiente a través de la bomba de infusión continua, verificando que todos los datos introducidos sean los correctos.
 - Infundir los AcMo a través de una vía exclusiva para ellos, sin combinarlos con otros fármacos ni soluciones mientras dure la infusión. Se pueden administrar por vía periférica o central. No son lesivos para el endotelio vascular, excepto si son conjugados (un anticuerpo monoclonal conjugado con un citostático) y llegara a ocurrir una extravasación (12).
 - Comenzar la infusión de manera lenta y gradual. Muchos AcMo tienen un protocolo específico para el aumento gradual de la velocidad de infusión, protocolo de desensibilización (13).
 - Respetar las diluciones de las concentraciones y los tiempos exactos de velocidad de infusión propuestos y establecidos acorde a la evidencia. Conocer y diferenciar aquellos AcMo que se pueden infundir en un tiempo estipulado, sin necesidad de aumento gradual.
 - Valorar signos vitales del paciente cada 30 minutos mientras dure la infusión, y al finalizar, registrando todo en la evolución (8).
-

CÓMO ACTUAR SI EL PACIENTE PRESENTA UNA REACCIÓN DURANTE LA INFUSIÓN (14)

Detener la infusión, abrir el paralelo con solución fisiológica limpia.

Avisar al médico.

Valorar la necesidad de oxigenoterapia.

Disponer de la mediación para contrarrestar síntomas.

Esperar a que el cuadro remita totalmente.

Reiniciar la infusión, generalmente a la mitad de la velocidad a la cual se estaba infundiendo. Luego continuar con el protocolo de aumento gradual establecido.

AL ADMINISTRAR LAS FORMULACIONES SUBCUTÁNEAS DE ACMO

- Se debe retirar el AcMo de la heladera 15 minutos antes para que alcance la temperatura ambiente al momento de la inyección, a fin de favorecer la absorción y evitar molestias y reacciones locales en el sitio de inyección. No calentar el producto con ningún método, ya que eso podría alterar su composición.

- Aplicar la técnica correcta de administración subcutánea: desinfección de la piel, técnica del pellizco, ángulo de inyección a 30° con respecto al plano de la piel; soltar el pellizco e inyectar lentamente en el tiempo indicado por el fabricante.

Los AcMo disponibles hasta el momento para la administración por esta vía son de diversos volúmenes de inyección que superan los 5ml (algunos tienen 10ml, otros 11,7ml, otros 15ml). Cuentan en la composición de su formulación con una enzima que se llama Hialuronidasa recombinante humana, que actúa alterando de forma reversible el material celular subcutáneo, lo cual permite administrar en un solo pinchazo ese volumen (15).

- Seguir las recomendaciones de los fabricantes para la elección del sitio de administración, que dependerá de los ensayos clínicos previos a la aprobación; de acuerdo a la farmacodinamia se establece cuál es el sitio de aplicación y la dosis.

- Respetar el tiempo de inyección recomendado, que es diferente para cada AcMo SC. Eso está relacionado con el volumen del fármaco y la absorción. Enfermería debe adoptar una posición cómoda, sentada, que permita hacerlo cuidando su postura corporal, asegurando el ángulo de la mano, evitando movimientos de la aguja y jeringa mientras está infundiéndolo.

- La administración de la inyección debe ser realizada por personal de Enfermería capacitado y en un ambiente controlado, para el manejo de reacciones de hipersensibilidad, si se presentaran (8).

- No frotar la zona luego de la aplicación, ni colocar medios físicos.

Los sitios de inyección se deben rotar, pero respetando la zona indicada. Algunos AcMo deben administrarse en la pared abdominal, otros en la cara anterior del muslo.

- Seguir bien las recomendaciones de la evidencia. El sitio de elección debe estar libre de hematomas, cicatrices, lunares, durezas, ya que luego se evaluará si presenta algún tipo de reacción allí (15).
- Si el paciente tiene que recibir otros fármacos subcutáneos se debe dejar el sitio de administración del AcMo exclusivo para él y elegir otras zonas de aplicación subcutánea para los demás fármacos.
- Asegurarse de que la primera dosis del AcMo a infundir SC pueda administrarse así, ya que en algunos casos la primera dosis debe ser por vía intravenosa para evaluar la tolerancia al mismo; a partir de la segunda dosis, si no presenta reacciones relacionadas a la infusión, puede recibirlo SC. Esto no es una generalidad, por lo que hay que conocer el producto específico (15,16).

CUIDADOS POSTERIORES A LA INFUSIÓN

- Valorar la adherencia a la terapia y las elecciones favorables para el paciente.
- Monitorear signos de alarma o toxicidades en el paciente que se retira a su domicilio.
- Utilizar telemedicina para seguimiento.
- Educar al paciente sobre cómo informar la aparición de signos y síntomas de toxicidad después de la administración de los AcMo.
- Elaborar material de educación para el paciente para generar el autocuidado en el domicilio.

REFLEXIONES FINALES

Los anticuerpos monoclonales (AcMo) tienen diversos mecanismos de acción cuyo objetivo es aumentar los efectos antiproliferativos y citotóxicos de las células tumorales. Existen diferentes vías de administración, siendo la más utilizada la vía intravenosa; en la actualidad han sido aprobadas nuevas presentaciones farmacológicas para la vía subcutánea. Si bien son terapias selectivas sobre las células oncológicas, no están exentas de toxicidades que Enfermería debe conocer. En ese sentido, las recomendaciones basadas en la evidencia apuntan a fortalecer las intervenciones de Enfermería en las distintas fases del proceso de administración de los anticuerpos monoclonales, diferenciando así cuidados en la preparación, en la infusión, en la educación del paciente y en las nuevas formulaciones subcutáneas.

Enfermería tiene un papel esencial en la cadena de procesos que involucra la administración de AcMo. Esto implica la necesidad de conocer no sólo los modos de preparación, las estabilidades, temperaturas y tiempos de infusión, sino también las distintas vías de administración y los cuidados relacionados a cada una de ellas. Comprender las toxicidades relacionadas con los AcMo permite tener una mirada atenta, capaz de anticipar situaciones adversas y establecer protocolos para revertirlas; del mismo modo, detectar los primeros signos, síntomas y efectos adversos por toxicidad e informar tempranamente para tratarlos en forma pronta a fin de evitar que progresen a grados mayores.

Esta combinación entre saberes actualizados y planificación anticipada permitirá garantizar la aplicación de cuidados por parte de profesionales con aptitud y actitudes que brinden seguridad en la atención integral y humanizada que el paciente oncológico necesita, todo lo cual impactará en la adherencia de los pacientes al tratamiento y en una mejora en su calidad de vida.



BIBLIOGRAFÍA

1. Globocan. (17 de 07 de 2023). Obtenido de <https://gco.iarc.fr/today/home>
2. Corraliza-Gorjón I, S. B. (2017). New strategies using antibody combinations to increase cancer treatment effectiveness. *Frontiers in immunology*, 8:1804.
3. Canzoneri, R., Lacunza, E., & Abba, M. C. (2019). Genomics and bioinformatics as pillars of precision medicine in oncology. *Medicina (Buenos Aires)*, 587-592.
4. Molina Romero, M., Laserna Mendieta, E. J., Varo Sanchez, G. M., Alonso-Cerezo, M. C., & Orera Clemente, M. (2019). Oncología personalizada: principales biomarcadores en el pronóstico y tratamiento de tumores sólidos. *Revista del Laboratorio Clínico*, e1-e8
5. Aranda, M. B. (2019). Terapias biológicas del cáncer: un enfoque a favor de la accesibilidad. *Revista de Salud Pública [online]*. v. 21, n. 4, 62-468.
6. Xavier Pivot, M., José Gligorov, M., Volkmar Müller, M., Peter Barrett-Lee, M., Sunil Verma, M., Knoop, A., & al, e. (Sept 2013). Preference for subcutaneous or intravenous administration of trastuzumab in patients with HER2-positive early breast cancer (PrefHer): an open-label randomised study. *The Lancet Oncology*, 962-970.
7. Sussell, J. R. (2022). Evaluación de la rentabilidad de las vías de tratamiento dirigidas a HER2 en el tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama en estadio temprano positivo para HER2 de alto riesgo. *Advances in Therapy*, 1375-1392.
8. Lisa A. Gorski, L. H. (2021). *Infusion Therapy Standards of Practice. 8TH EDITION*. Norwood MA: Infusion Nurses Society (INS).
9. Van Boxel T, Pittiruti M, Arkema A, et al. (2022) WoCoVA Consensus on the clinical use of in-line filtration during intravenous infusions: Current evidence and recommendations for future research. *The Journal of Vascular Access*. 23 (2):179-19.
10. Jared R. Snell, Connor R. Monticello, Cheng Her, Emma L. Ross, Ashley A. Frazer-Abel, John F. Carpenter, Theodore W. Randolph, (2020) DEHP Nanodroplets Leached From Polyvinyl Chloride IV Bags Promote Aggregation of IVIG and Activate Complement in Human Serum, *Journal of Pharmaceutical Sciences*, Volume 109, Issue 1: 429-442
11. J.M. Caro Teller, A. Fernandez Vazquez, M.P. Goyache Goñi, S. Cortijo Cascajares, I. Escribano Valenciano, I. Cañamares Orbis, J.M. Ferrari Piquero. (2014). Implantación de un sistema de doble chequeo en la dispensación de fármacos oncológicos en ensayo clínico. *Revista de Calidad Asistencial*; 29 (4): 245-246.
12. Albert-Marí A, Gil-Lemus MA, Conde-Estévez D, San José-Ruiz B, Jiménez-Pulido I, Esteban-Mensua MJ, Cercós-Lletí AC, Díaz-Carrasco MS.(2021). Clasificación del daño tisular de antineoplásicos: Consenso del Grupo Español de Farmacia Oncológica. *Farm Hosp*. 45(4):198-203.
13. David Delgado Sevilla, Francisco Morte Martín, Clara Catalán Sánchez, Belén Fernández Castro, Raquel Pérez Reyes, Tania Sánchez Guio. (2016). Desensibilización en quimioterapia un nuevo reto para los cuidados enfermeros. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*. 114, 52-56.
14. Corominas, M; Gastaminza, G; Lobera, T. (2014). Hypersensitivity reactions to biological drugs. *J. investig. allergol. clin. inmunol*; 24(4): 212-225.
15. Shpilberg, O., Jackisch, C. (2013). Administración subcutánea de rituximab (MabThera) y trastuzumab (Herceptin) usando hialuronidasa. *Br J Cancer* 109, 1556-1561.
16. Barry Paul, Issam Hamadeh, Shebli Atrash, Manisha Bhutani, Peter Voorhees y Saad Z. Usmani (2020) Formulación subcutánea de daratumumab para el tratamiento del mieloma múltiple, *Opinión de expertos sobre terapia biológica*, 20:11, 1253-1259.



VII CONGRESO BRISA DE ENFERMERÍA

26 y 27 octubre

-  100% online
-  Gratuito
-  Entrega certificado

**+PROTAGONISTAS
QUE NUNCA**

Inscripciones en:

BrisaEnfermeros.com/Congreso



Organiza
BRISA
ENFERMEROS

La muerte ideal

Lic Walter Leguizamon*

Había una vez una anciana llamada Rosa, diagnosticada con una enfermedad terminal. Ella había vivido una vida plena y feliz, pero ahora se encontraba en la última etapa de su vida y enfrentaba el miedo a la muerte.

Rosa había sido admitida en un hospital donde la atención médica era impersonal y mecánica. Los profesionales de la salud estaban preocupados por su condición física, pero nadie se preocupaba por sus necesidades emocionales y espirituales.

Un día, un enfermero llamado Juan entró en la habitación de Rosa. Él no era como los otros profesionales de la salud, se tomaba el tiempo para escuchar y comprender lo que su paciente necesitaba.

Comprometido con los principios de los cuidados paliativos, estaba allí para acompañarla en ese tránsito final. Comenzó a hablar con ella sobre sus miedos y preocupaciones. A medida que pasaban los días, Juan brindaba cuidados humanizados, le proporcionaba compañía y la animaba a tomar decisiones para afrontar su final de vida. La ayudó a comprender sus opciones de tratamiento y a generar directivas anticipadas para que ella pudiera tomar decisiones informadas sobre su atención médica.

Juan se aseguró también de que la familia de Rosa estuviera involucrada en su atención, les ofreció apoyo emocional y les ayudó a comprender la condición de Rosa y cómo podrían acompañarla. De esta manera, logró integrar un vínculo entre Rosa, su familia y el equipo de salud.

A medida que se acercaba el final, Juan estuvo allí para garantizar que aquello ocurriera con dignidad y sin sufrimiento. Se aseguró de que se cumplieran los últimos deseos de su paciente y la acompañó en cada momento. Cuando Rosa finalmente falleció, Juan sabía que había hecho todo lo posible para ayudarla a transitar el final de su vida con dignidad y respeto. Se sintió agradecido por haber tenido la oportunidad de conocer a Rosa y haber podido acompañarla en su último viaje.

* Jefe de Departamento
Clínica Santa Isabel.

Este cuento fue escrito por una inteligencia artificial (IA) a partir de la consigna “Cuento corto sobre una paciente, un enfermero, una institución deshumanizada, cuidados enfermeros con respeto a la dignidad y autonomía, integración familia equipo de salud”.

Aunque el relato parece escueto, dice todo lo necesario. La consigna fue comprendida por la IA en lo fundamental de un modo que hoy día, pocos profesionales logran captar y realizar.

Actualmente, en nuestro país, un paciente que muere a causa de una enfermedad crónica experimenta en el día a día un deterioro de su salud evidenciado por una disminución del rendimiento, la aparición de múltiples síntomas, como así también la dificultad para reconocer la inminencia del fin de su vida. Esto último como resultado de décadas de un enfoque médico basado en el diagnóstico, la terapéutica y la curación.

Por otro lado, ese paciente debe afrontar a una intervención médica por demás costosa, destinada a posponer la muerte en el decurso de la enfermedad sin ningún beneficio asociado; todo ello acompañado de esa suerte de pacto social de silencio que, como una conspiración, rodea a la muerte y al acto de morir.

Como resultado, esto lleva a la gran mayoría de nuestros pacientes a morir con dolor o estrés sintomático, en soledad, sin una asistencia social o sanitaria organizada. Este último aspecto debería ser un llamado a la reflexión sobre el problema de salud más importante en lo social, en su dimensión personal y también pública, que debemos enfrentar en este siglo: el cuidado de las personas en el final de la vida.

Que el próximo cuento breve no lo escriba una inteligencia artificial sino usuarios del sistema de salud o sus familiares, que hayan podido experimentar un proceso social donde la muerte y el proceso de morir sean contemplados como parte de la vida, otorgando a sus seres amados cuidados que tomen en consideración sus deseos, con acceso oportuno a los cuidados paliativos, brindados por personas adecuadamente capacitadas.

Que todos podamos experimentar una buena muerte como parte integral de nuestras maravillosas y únicas vidas implica conservar nuestra autonomía hasta el final de este viaje, habiendo sido tratados en todo momento con dignidad.

Si esto ocurre, si tenemos la certeza de que nuestro ser amado pudo finalizar su vida con dignidad, no sólo seremos una sociedad mejor, sino que además podremos sentirnos aliviados y desterrar por fin el sufrimiento de la palabra “muerte”: liberar a esta palabra, al resignificarla, y relegar el dolor tan solo a la ausencia.

Si en tu institución realizan

EVENTOS ABIERTOS A ENFERMERAS Y ENFERMEROS

externos a la organización, mandanos la información
y te ayudamos a difundirla.

Trabajemos juntos para
potenciar a los
profesionales de enfermería
del país!



¡PUBLICÁ TU ARTÍCULO EN



VISIÓN DE **enfermería** ACTUALIZADA



TU TRABAJO PUEDE SER UN
GRAN APORTE
PARA OTROS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

LEE LAS BASES Y CONDICIONES
Y ENVÍALO A
ALEJANDRAFUENTE@ADECRA.ORG.AR.

Bases para la publicación de artículos

FORMATO DE PRESENTACIÓN

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

RECIBIMOS PRODUCCIONES
CIENTÍFICAS RELACIONADAS
CON LA DISCIPLINA ENFERMERA

- Informes
- Monografías
- Trabajos de investigación
- Procedimientos
- Técnicas
- Protocolos
- Presentaciones de casos
- Experiencias

INFORMACIÓN DEL AUTOR

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

SOBRE EL ARTÍCULO

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

BIBLIOGRAFÍA: FORMATO DE CITA

LIBROS

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

EJEMPLO:

Ackley, B. J. y Ladwing, G. B. (2007) Manual de diagnósticos de Enfermería: Guía para la planificación de los cuidados. Elsevier Mosby: Madrid.
Los números de páginas de referencia se indicarán en NOTA AL PIE, de la siguiente manera:
Ackley y Ladwing (2007: 234-250).

REVISTAS

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

EJEMPLO:

Altman, E., Clancy, C. y Blendon, R. (2004) “Improving patient safety-five years after the IOM Report”, N. Engl. J. Med. 351: 2041-2043.

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

Altman, Clancy y Blendon (2004: 2042).

GRÁFICOS Y FOTOS

- Enviar por separado y con buena resolución de imagen

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

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS TRABAJOS:

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

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

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



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 | depclient@rivero.com.ar

Consultas - sugerencias 0800.222.7291

PLANTA MODELO JUNIN

Habilitada por ANMAT Legajo Nº 0022

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

Autorizados por ANMAT PM 0022