

Conflicto y negociación en las organizaciones de salud

pág. 11

Coaching ontológico
y liderazgo personal:
su aplicación a Enfermería

pág. 27

Rol de Enfermería
en cirugía mayor
ambulatoria (CMA)

pág. 07

Baño Fácil SOAP'N EASY®

Paño jabonoso para la higiene personal

Mejore su calidad de vida

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



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



Utilizados en las principales clínicas y sanatorios del país

Distribución directa en Capital y GBA. Distribuidores en el interior

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

EDITORIAL |pág. 5

Leandro Martín Vargas

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA |pág. 7

Rol de Enfermería en cirugía mayor ambulatoria (CMA)

Romina Devoli

GESTIÓN |pág. 11

Conflicto y negociación
en las organizaciones de salud

Victor Jorge Ferraresi

PRESENTACIÓN DE CASO |pág. 15

Seguimiento por videoconferencia (VC) de pacientes en rehabilitación intestinal
que portan un dispositivo vascular sin requerimiento de nutrición parenteral

M. Martínez, G. Rodríguez, Y. Zagardia, A. Bicego, A. Ayala, M. Nogueira, R. Román, M. Pérez,
C. Chuffo, I. Quinteros, A. Zárate, P. Miranda, L. Vogler, P. Cisterna, A. Fernández, V. Ximeno,
F. Bulacios, N. Mamani, C. Avellaneda

CONGRESO ARGENTINO DE ENFERMERÍA |pág. 21

Presencia de la Comisión de Enfermeros
en Gestión de ADECRA (CEG) en el CAE

BECAS PARA FORMACIÓN |pág. 22

Becas para formación de Líderes
de Enfermería en Taiwán

FICHA 75 |pág. 25

Actuación ante hipoglucemia en recién nacidos

Walter Piceda

ENFOQUES |pág. 27

Coaching ontológico y liderazgo personal:
su aplicación a Enfermería

Leandro Martín Vargas

Albania Alvarado Rubio

XXVII JORNADA DE ENFERMERÍA |pág. 30

ADECRA+CEDIM llevó adelante la XXVII Jornada de Enfermería
"Innovación en los cuidados del adulto y del neonato"

RESEÑA |pág. 37

Técnica de higiene bucal con cepillo de succión y pasta dental
en pacientes con asistencia respiratoria mecánica

Marissa Lia Susana Benítez

RINCÓN LITERARIO |pág. 40

La historia de Juan

Sol Femenias

BASES PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS |pág. 42

STAFF

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 (C1059ABl)
 C.A.B.A. Argentina
 Tel: (011) 4374-2526 Fax: 4375-2070
 www.adecra.org.ar
 www.enfermeria.adecra.org.ar
 e-mail: revistavea@adecra.org.ar

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

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

Periodicidad trimestral
 (marzo, junio, septiembre y diciembre)

AÑO 20 | N° 76 | DICIEMBRE 2023

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, AECAF (Asociación de Enfermería
 de Capital Federal)

Enfermería Médico-Quirúrgica: Mg. Carmen del Pilar Santesteban, Directora
 del Programa de Educación a Distancia, Escuela de Enfermería de la Universidad
 Nacional de Rosario, Provincia de Santa Fe.

Enfermería Oncológica: Lic. Silvina Estrada de Ellis, Jefa del Departamento
 de Enfermería de FUNDALEU, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Informática en Enfermería: Lic. Hugo Leoncio, Presidente de la Asociación
 de Informática en Enfermería de la República Argentina (ADIERA)

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

La Inteligencia de Enfermería como catalizador del cuidado

En tiempos en que la Inteligencia Artificial se encuen-
 tra en boca de la población de buena parte del mundo
 es casi imposible no mirar y reflexionar sobre la inteli-
 gencia humana. Una definición usual afirma que “es *la
 capacidad que tenemos las personas de adaptarnos
 y relacionarnos a los entornos y las situaciones de la
 vida*”. En este sentido, considero que los profesionales
 de Enfermería estamos dotados de una inteligencia
 que nos permite una adaptación particular con la cual
 descubrimos y logramos desarrollar los cuidados de
 nuestra disciplina.

En septiembre de este año, la declaración del CIE rea-
 lizada ante Naciones Unidas sobre la cobertura sanita-
 ria universal fue un mensaje que, entre otros concep-
 tos, destaca que “*la atención primaria y la Enfermería
 son **catalizadores para el cambio***”. A partir de esta
 afirmación me pregunto cómo estamos proyectando
 la formación de nuestros estudiantes y profesionales
 para que sean parte de esta acción: ¿somos realmente
 catalizadores las instituciones, asociaciones o entida-
 des, de la formación, desarrollo personal y profesional
 de la comunidad de Enfermería?

Pensar este enfoque y proyectar desde la especificidad
 de nuestra mirada nos permite considerar mejor el pa-
 norama de Enfermería que se vislumbra, con importan-
 tes avances y a pasos acelerados. Sin lugar a dudas,
 es imprescindible fomentar el apoyo a la formación del
 profesional desde el lugar y rol que cada quien desempe-
 ña, sea como políticos, gerentes, docentes formadores,
 como líderes de equipos y colegas. Por caso, las políticas
 que se proyectan actualmente en nuestro país apuntan
 a fomentar el acercamiento de la comunidad de Enfer-
 mería a las propuestas de adquisición de competencias
 formativas consolidadas, por ejemplo las especialidades
 profesionales reconocidas. Esto representa un avance
 significativo, al cual se suman también estrategias para
 fortalecer el rol de Enfermería en Prácticas Avanzadas,

Enfermeras de Enlace y el planeamiento del abordaje
 del tema de los llamados Cuidados Progresivos.

Vivimos una etapa en la cual se abren para Enferme-
 ría horizontes cada vez más amplios, hacia los cuales,
 para poder avanzar de manera consolidada, resultan
 fundamentales tanto la capacidad de interactuar,
 aprender y aplicar la tecnología vigente como el de-
 safío de no perder la mirada humanística, el respeto
 de su dignidad troncal y de la propia persona, a la que
 brindamos cuidados profesionales.

Retomando el punto inicial: la “**inteligencia de Enfer-
 mería**”, como aplicación de la Inteligencia artificial,
 abre un sendero a transitar y nos desafía a asumir esa
 “acción catalizadora”, desde el enfoque primario de
 atención de salud hasta los diversos grados de com-
 plejidad que nos abre la tecnología.

Considero, entonces, que no solo el tema de la Inte-
 ligencia Artificial tiene que ocupar nuestra atención,
 sino también el hecho de saber aprovechar y –por qué
 no– traer el tema de la inteligencia de Enfermería en
 relación a las competencias propias de nuestra pro-
 fesión, como son las habilidades blandas, para lograr
 por medio de ellas una mayor adhesión y participación
 general, sea en la aplicación de nuestro saber como
 en la producción, publicación y divulgación de trabajos
 científicos, la actualización en prácticas enfermeras,
 las innovaciones creativas y todo aquello que permita
 el desarrollo, el crecimiento personal y profesional de
 la Enfermería, que ofrece un campo tan vasto, tan rico
 y potente como el la Inteligencia Artificial.

Poner el foco en el desarrollo de una **Inteligencia de
 Enfermería** asertiva, de parte de quienes viven la pro-
 fesión, es el punto de partida para lograr una adapta-
 ción que aporte al crecimiento sustentable de nuestra
 comunidad y a brindar a las personas un cuidado dig-
 no, seguro, con calidad y calidez.

Leandro Martín Vargas

¡PUBLICÁ TU ARTÍCULO EN

vea

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.**

Rol de Enfermería en cirugía mayor ambulatoria (CMA)

Romina Devoli*

Instituto Gamma, Rosario

INTRODUCCIÓN

El término *cirugía mayor ambulatoria* (CMA) se refiere a los procedimientos quirúrgicos realizados a los pacientes que son dados de alta el día mismo de la intervención. Esto impacta en los procedimientos de Enfermería de manera diferente a cualquier sala de internación general, porque el perfil de Enfermería ambulatoria presenta características particulares vinculadas con la situación del paciente: se traslada a la institución, allí tiene lugar la admisión administrativa y luego la recepción por parte de Enfermería, se realiza la internación ambulatoria y posteriormente se da el alta al paciente, previa educación completa respecto a su proceso quirúrgico e indicaciones para el regreso a su domicilio. Se trata, por lo tanto, de un proceso que involucra fuertemente no sólo a Enfermería sino también a buena parte del equipo institucional: el administrativo de admisión, los camilleros, los cirujanos, las instrumentadoras, los médicos.

La CMA es un modelo organizativo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria óptimo, que ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Si bien existen reportes en

relación a la CMA desde mediados del siglo XX, desde principios de la década de los '90 ha experimentado un enorme crecimiento gracias a la incorporación de la cirugía mínimamente invasiva y a los avances en drogas y técnicas anestésicas, que permiten una rápida recuperación de las funciones cognitivas, facilitando así el proceso de recuperación.

ALCANCES

Permite tratar a pacientes bien seleccionados, de una forma efectiva, segura y eficiente, sin necesidad de contar con la hospitalización tradicional en una cama de internación, lo cual reduce la estancia institucional, favorece la recuperación del paciente en su domicilio y ahorra costos. Lo más significativo es el hecho de que los pacientes no necesitan esperar la disponibilidad de una cama para poder operarse, por lo tanto, se operan cuando lo necesitan, lo que evita complicaciones derivadas de la postergación de la cirugía.

*Licenciada en Enfermería.
Jefa de Enfermería del Instituto Gamma (Rosario, Santa Fe)

Como limitación, no todos los pacientes son candidatos a operarse en forma ambulatoria (factores como la obesidad extrema y el síndrome de apnea del sueño se consideran contraindicaciones para CMA), ni toda cirugía es posible de ser realizada bajo esta modalidad (por ejemplo, aquellas realizadas a niños muy pequeños o adultos muy mayores). Entre los procedimientos quirúrgicos, por especialidad, susceptibles de ser realizados en forma ambulatoria, cabe mencionar:

Cirugía	Colecistectomía Herniorrafia Tumorectomía mamaria Safenectomía Hemorroides, fístulas perianales
Urología	Orquiectomía, quistes testiculares Orquidopexia Fimosis, vasectomía Litotripsia Tumores vesicales, resección transuretral
Ortopedia y Traumatología	Cirugía de mano. Túnel carpiano Cirugía artroscópica hombro y rodilla Retiro material osteosíntesis Cirugía de Pie. Hallux Valgus
Otorrinolaringología	Amidalectomía y adenoidectomía Miringotomía, timpanoplastia Fractura nasal Septumplastia
Oftalmología	Cataratas Blefaroplastia Estrabismo
Ginecología	Laparoscopia ginecológica diagnóstica Ligadura tubaria Cirugía de incontinencia

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN CMA

ETAPA PREOPERATORIA

Se inicia en el momento en que el paciente es admitido administrativamente, ya realizó la CPA y está en condiciones de ingresar, acompañado del profesional de Enfermería, al servicio. En este momento es de vital importancia la correcta identificación del paciente, la asignación de un box correspondiente y la preparación del mismo para el proceso quirúrgico. El rol de Enfermería consiste en:



Recopilar la información relevante sobre el paciente desde el punto de vista integral de sus antecedentes de salud, en especial si es alérgico a algún medicamento o al látex.

1. Aplicar la norma técnica institucional sobre la identificación correcta, sitio correcto y procedimiento correcto del paciente.
2. Controlar el cumplimiento de los requisitos quirúrgicos (si requiere estar en ayunas, si está en tratamiento de anticoagulación y lo suspendió el día previo, etcétera).
3. Verificar si el paciente firmó el consentimiento informado del procedimiento a efectuarse.
4. Utilizar palabras sencillas y claras de acuerdo a su nivel cultural para explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar.
5. Controlar los signos vitales.
6. Identificar la situación emocional del paciente (miedo, ansiedad, angustia) para apoyarlo en lo que necesite, brindarle tranquilidad y seguridad.
7. Darle tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese dudas e inquietudes.
8. Colocarle un acceso vascular periférico.
9. Registrar los procedimientos y el trabajo en conjunto con el médico para el ingreso del paciente a quirófano.

ETAPA POSOPERATORIA

Corresponde al período comprendido entre la finalización del acto quirúrgico/anestésico y el traslado del paciente a la unidad.

En esta etapa el profesional de Enfermería juega un rol fundamental, pues se hace cargo del paciente:

1. Observa y valora las condiciones del paciente a su ingreso al área de recuperación.
2. Realiza el control correspondiente de signos vitales.
3. Acondiciona al paciente para que esté confortable.
4. Realiza los registros en la Historia Clínica Informatizada.
5. Constata si el paciente presenta dolor. En caso afirmativo, informa al médico.
6. Verifica la condición del paciente, a fin de detectar alguna situación fuera de lo común. En base a lo observado decide cómo continuar con la recuperación y analiza si se requiere la intervención médica.
- 7.Evalúa y controla la tolerancia oral. Se ocupa de que el paciente reciba una colación, en especial luego de muchas horas de ayuno.

8. En el caso de personas mayores, se cerciora de que tengan un acompañante antes de retirarse de alta.
9. Comprueba que el paciente reciba las explicaciones e instrucciones médicas correspondientes al procedimiento realizado.
10. Es deseable que exista un protocolo de seguimiento de pacientes en su domicilio para corroborar la buena evolución del mismo a través de la comunicación telefónica.

La característica más importante del rol de Enfermería en CMA es la velocidad con que se realizan los procesos y la alta demanda de rotación-cama. Esto hace que

el profesional deba realizar los cuidados del paciente de la mejor manera posible con tiempos limitados para los procesos.

Los pacientes posoperados por CMA requieren apoyo domiciliario para asegurar un posoperatorio seguro. Debe existir un adulto responsable, presente desde el alta, y garantizar que todos han entendido claramente las instrucciones verbales y escritas.

Se recomienda también que los pacientes seleccionados para CMA no vivan más allá de una hora de distancia del centro hospitalario y que cuenten con teléfono permanente. El alta domiciliaria es para continuar el reposo posoperatorio y no para volver de inmediato a las actividades normales.

NOTA FINAL: LA IMPORTANCIA DE LA DIGITALIZACIÓN EN LOS PROCESOS DE CMA

Como ya se mencionó, una de las funciones más importantes de Enfermería en CMA es adecuar los cuidados a la velocidad con la que habitualmente se realizan estos procedimientos. Por eso es relevante el tiempo dedicado a la atención operativa, la evaluación y el registro en tiempo y forma.

Sabido es que hay procesos en los cuales el rol del profesional de Enfermería es irreemplazable. Ahora bien, en servicios como CMA, el uso adecuado y correcto de la tecnología permite elevar nuestra experiencia, mejorar la calidad de atención y optimizar los resultados de salud para una modalidad con alto grado de rotación-cama. Cuando hablamos de digitalización de procesos y procedimientos hacemos referencia a una disciplina de gestión que se apoya en herramientas tecnológicas. Utilizar herramientas digitales permite mejorar la práctica basada en la evidencia y brindar un cuidado más efectivo y eficiente.

Realizar los registros de Enfermería al pie de la cama resulta fundamental en la atención en CMA, ya que permite reducir errores y mejorar tiempos de registro. A su vez, la reducción de estos tiempos permite una mayor dedicación del profesional al paciente, lo que mejora la calidad de atención y la humanización en los procesos. Otra herramienta digital de aplicación en CMA es el seguimiento del paciente en tiempo real. Esto permite a todo el equipo de salud saber en qué momento, lugar y situación se encuentra el paciente a nivel institucional, mejorando notablemente la calidad de atención y el flujo de trabajo en el servicio.

Como se ve, la innovación tecnológica bien aplicada es un instrumento que ayuda y mejora el modelo de atención sanitaria. Enfermería tiene el enorme reto de aprovechar los nuevos recursos tecnológicos para realizar su labor, incorporándolos sin perder el eje de su tarea: la humanización de los cuidados, independientemente del servicio en el cual se desempeñe el profesional. La tecnología, al igual que los saberes técnicos, son herramientas y recursos; no se debe olvidar que estamos ante un ser que requiere un abordaje holístico, cuyas emociones son tan importantes como sus condiciones de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Bravo Adan, R.; Sanchez Lopez, A.; Gracia Casinos, N. (2018) "La ansiedad como factor predisponente de alteraciones fisiológicas y cognitivas en pacientes pre-quirúrgicos de la unidad de cirugía mayor ambulatoria del hospital obispo Polanco de Teruel", *Cuid Salud*, n° 15, pp. 67-73.

Brufau Fernández, M.; Gallardo Pérez, P.; López Carrillo, S. y otros. (2012) "Papel de la enfermera en el dolor postquirúrgico tras la cirugía mayor ambulatoria traumatológica", *Info Trauma* n° 20, pp.20-23.

Mansilla Cordeiro, E.. (2020) "Herramientas de telesalud para el seguimiento posoperatorio de enfermería en servicios de cirugía mayor ambulatoria." *Rev. cub enferm*; 36(3).

Conflicto y negociación en las organizaciones de salud

Víctor Jorge Ferraresi*

Consultor Senior de Enfermería

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones resuelven sus conflictos de formas muy diferentes de acuerdo a la escuela de negociadores que elige cada responsable, pero resulta innegable que casi todos tienen como rasgo fundamental la voluntad de resolver esos conflictos.

Es posible afirmar que hay dos tipos básicos de conflicto: el unilateral y el bilateral. En ambos casos el conflicto se resuelve con dos herramientas, empleando una u otra de acuerdo a cómo se defina el conflicto, pero en todos los casos hay que poner voluntad para hablar, escuchar, ser paciente y consensuar.

En cuanto al tratamiento de los conflictos hay dos escuelas bien definidas: la de Fisher, que sostiene una línea más rígida y propone el sistema GANAR-GANAR (win-win) y la de Jandt, quien asegura que no es posible negociar si no se está dispuesto a ceder algo.

Sabemos que el mundo entero negocia; todos negocian, inclusive padres e hijos negocian situaciones, posiciones, alternativas, etc. Lo más importante es in-

terpretar que siempre hay un antes, un durante y un después de cada negociación y que estas son etapas ineludibles e irreemplazables, pues en cada una de ellas se definen aspectos clave del resultado de la negociación, sea éste positivo o negativo.

SITUACIONES

A lo largo de la carrera presencié situaciones y escuché comentarios de todo tipo, como por ejemplo: "otra vez tarde, la próxima vez le aviso a supervisión", "ayer dejaste el paciente sucio de nuevo", "yo te había pedido esa fecha de vacaciones, ¿por qué se las diste a Marcela?", "ese día es mi franco y no lo voy a cambiar", o también "¿por qué tengo que ir siempre yo a colaborar y los demás nunca van?". De seguro resultan familiares. ¿Quién no ha escuchado alguna de estas frases y quién no ha pasado por este tipo de situaciones? Se podría decir que son un clásico de la crónica diaria en los ámbitos de trabajo; en su inmensa mayoría, además, invitan a negociar y/o mediar para resolverlos.

*Licenciado en Enfermería.

Es Consultor Senior de Enfermería, actualmente como profesional independiente.

Con anterioridad, ha sido Consultor Senior de Enfermería en el Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento (2018-2020). Se ha desempeñado como Jefe del Departamento de Enfermería en Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento (2008-2018), Jefe del Departamento de Enfermería en Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1996-2008) y Supervisor de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria y Hemodinámica en CEMIC.

Para poder entender la resolución de conflictos debemos primero definir qué es un conflicto, tener en claro cuándo podemos decir que hay una situación de conflicto; veremos que esto sucede cuando los intereses de una persona no están de acuerdo con la manera de pensar o actuar de otra persona.

A menudo sucede que una persona tiene un conflicto con otra pero ésta última no lo sabe y no entiende por qué; advierte algo raro en el primer actor y tiene la sensación de que algo no está bien, pero no sabe qué es. En este caso el conflicto está en la etapa unilateral porque va en un solo sentido. Cuando el segundo actor se da cuenta de lo que pasa y entiende los motivos se dice que el conflicto está en etapa bilateral.

Veámoslo con un ejemplo:

Tenemos un inquilino y un propietario, a quienes llamaremos (I), el inquilino, y (P), el propietario.

(P) está disgustado con (I) porque éste no le abona el alquiler. Hasta ahí el conflicto es unilateral. Sucede que (I) no abona el alquiler porque a pesar de los reiterados reclamos a (P), las canillas continúan perdiendo, un escalón de la escalera sigue roto y como producto de ello (I) tuvo un accidente, se cayó y se hizo un esguince. En este punto, el conflicto se transforma en bilateral.

Para poder resolver un conflicto, en primer lugar hay que poder hablar del mismo, poder exponer lo que sucede, cómo lo resolvería cada uno de los participantes; para ello es preciso saber escuchar a las otras personas, entender sus argumentos y analizar sus reclamos; lo cual requiere, a su vez, ser muy paciente y poner mucha energía en consensuar.

¿NEGOCIAR O MEDIAR?

Las herramientas más útiles y más usadas para resolver los conflictos son la negociación y la mediación.

Como en todas las disciplinas, hay escuelas y tendencias que marcan las diferencias a la hora de tomar la conducta adecuada para la resolución de los conflictos, y ello tiene que ver con la naturaleza humana, que hace que dos o más personas encargadas de resolver las situaciones que se presentan elijan estrategias diferentes entre varias posibles respecto del mismo problema.

Por eso veremos que con respecto a la negociación hay varias escuelas posibles, me permito tomar de las

más extremas para ejemplificar mejor el concepto que vengo a exponer.

La postura liderada por Roger Fisher (1922-2012), profesor de derecho en Harvard, y por su seguidor y discípulo William Ury, antropólogo, sostiene una posición dura y rígida, resumida en la célebre frase “¿Entregar algo en la negociación? ¡Únicamente muerto!”.

La otra postura, la de Fred Edmund Jandt, experto mediador texano, bastante más laxa que la anterior, sostiene que es imposible sentarse a negociar un conflicto sin estar dispuesto a resignar algo, porque seguramente será una negociación destinada al fracaso. En cuanto a la mediación, la otra herramienta que nos ocupa, señalaremos que el acto de mediar ante un conflicto requiere de una cierta experiencia en el manejo de este tipo de situaciones, mucha paciencia y voluntad. Diré, además, que es un acto de servicio hacia el prójimo.

En la literatura hay infinidad de definiciones disponibles, pero quisiera destacar ésta, de la Consejería de Educación de Asturias: “la mediación es un proceso por el cual una persona llamada mediador, con voluntad de escuchar y resolver, promueve la comunicación y el entendimiento entre las partes en conflicto”. ¿Qué significa esto? Básicamente que el mediador aproxima a las partes en conflicto para que lleguen a un acuerdo sin intervenir para nada en la decisión hacia un lado o hacia el otro; es decir, debe ser neutral.

Dicho esto, podemos apuntar que entre la mediación y la negociación hay diferencias y coincidencias. En definitiva, el tipo de conflicto de que se trate definirá el tipo de herramienta de resolución que emplearemos. Para ello, lo primero es definir el tipo de conflicto que estamos por tratar, considerando que al utilizar la negociación estaremos en presencia de un conflicto vertical (esto es, que la cuestión está planteada entre jefes y dirigidos), mientras que la mediación plantea que el conflicto es horizontal, es decir, que está planteado entre pares.

Volviendo a los ejemplos del principio, las situaciones que se van presentando en la “crónica diaria”, diremos lo siguiente:

- 1) “Otra vez tarde, la próxima vez le aviso al supervisor.”
→ El conflicto es horizontal, la herramienta de elección es la mediación.

- 2) “Myriam, yo te había pedido esa fecha de vacaciones antes.”
→ El conflicto es vertical por lo tanto intentaremos negociar la situación.
- 3) “Ayer dejaste otra vez sucio al paciente.”
→ El conflicto es horizontal, por lo tanto trataremos de mediar.
- 4) “Aurora, ese día es mi franco y no lo voy a trabajar.”
→ El conflicto es vertical así que trataremos de negociar la situación.
- 5) “Walter, por qué tengo que ir siempre yo a colaborar y los demás nunca salen”
→ En este caso el conflicto también es vertical, por lo tanto también trataremos de negociar un acuerdo.

¿QUIÉNES NEGOCIAN?

Básicamente, podríamos decir que todos negocian, el mundo entero negocia. Cuando vamos de compras, cuando hablamos con nuestro jefe, cuando hacemos acuerdos familiares, siempre negociamos. Lo único que cambia son los actores. Y vaya que son importantes los actores. ¿Acaso no hay tarea más gratificante y dulce que acordar y negociar con los hijos? En ocasiones no hay estrategia posible cuando se trata de ellos.



En estas cuestiones de negociar con los hijos quiero contarles una anécdota de un gran conferencista motivacional, Yokoi Kenji, experto en motivación y coaching, de origen colombiano-japonés.

Cuenta que el hijo entra llorando a la casa, diciéndole al padre que le habían robado la bicicleta. Y el padre le pregunta dónde la había dejado. Ahí en el porche, dice el hijo. Explica Kenji que, como padre, le dieron ganas de salir corriendo a comprar una bicicleta nueva para que el niño dejara de llorar, pero supo que esa no es la vida, que no se pueden eludir las responsabilidades, así que con esfuerzo el niño compró otra bicicleta, que ocho años después aún la tiene y tal vez la quiere y aprecia más que la primera porque ésta le costó.

ETAPAS DE LA NEGOCIACIÓN

La negociación, como todo proceso, tiene diferentes etapas: hay un antes, un durante y un después.

Según el profesor norteamericano Charles Bazerman (2008), **antes de negociar** hay que buscar información sobre el conflicto ya que “quien tenga la mayor cantidad de información lleva ventaja en la negociación”. Afirma, además, que uno de los pilares de la estrategia es el análisis de la empresa o actores y de los antecedentes del conflicto, si los hubiera; y, por otro lado, tener preparada una lista de opciones y otra de concesiones. Bazerman también opina que no es posible sentarse a negociar algo si no se está dispuesto a otorgar algo; ahí está expresada la divergencia con otras teorías (como vimos, las de Jandt y Fisher).

DURANTE LA NEGOCIACIÓN debemos fundamentar nuestra posición de una manera clara, sin dejar lugar a dudas; ser capaces de escuchar el conflicto, de mantener la calma y ser pacientes. Dicho de otro modo, ser capaces de separar a las personas de lo que es el problema en sí. Sabemos que hay personas con las cuales tenemos afinidad y otras con las que no; el objetivo de la negociación es resolver el problema, por ello lo más acertado es no perder de vista ese objetivo.

Así como separamos lo que opinamos sobre las personas del problema en sí, debemos separar las posiciones de los intereses: podemos tener una posición tomada acerca de un tema en particular pero no debemos perder de vista los reales intereses por los cuales estamos negociando.

Para ejemplificar mejor lo que significa separar los intereses de las posiciones, veamos esta fábula de las naranjas:

En la Nueva Inglaterra de 1788 vivían dos hermanas: la mayor, llamada Ingrid, y la menor, de nombre Emma. Eran las encargadas de hacer la limpieza de la casa de una familia de la alta aristocracia inglesa, una familia de colonos ingleses, puritanos. Les habían indicado limpiar el salón principal luego de un banquete la noche anterior.

Ingrid llegó antes al salón y observó que sobre la mesa habían quedado diez naranjas; como la indicación de la dueña de casa era descartar todo lo que sobraba, ella guardó las diez naranjas en su bolsa. Unos minutos más tarde llegó Emma y notó que Ingrid había guardado diez naranjas en su bolsa. Le pidió a su hermana que las compartiera, pero Ingrid se negó. Luego de mucho negociar, cada una se llevó cinco naranjas. Ingrid, en su casa, preparó jugo porque el dulce no le gustaba a su familia; Emma hizo dulce con las otras cinco, porque en su casa el jugo no les agradaba.

Si ambas hubieran expuesto sus intereses, Ingrid hubiera preparado jugo con las diez naranjas y Emma hubiera hecho dulce con las cáscaras de las diez naranjas. Esto es lo que significa separar los intereses de las posiciones.

DESPUÉS DE LA NEGOCIACIÓN es importante analizar el resultado para darle seguimiento a lo acordado y verificar que lo pactado se cumpla.

En este punto, algo a tener muy en cuenta es cultivar las relaciones: no olvidemos que con seguridad tendremos que frecuentar e interactuar a menudo con las personas con las cuales negociamos, por ello debemos procurar que el resultado de esa negociación no deje, para una de las partes, la sensación de fracaso. La idea, o la percepción, de que uno ganó y otro perdió no le hace bien al trato diario ni cultiva buen ánimo para futuras negociaciones.

Al final del tratamiento del conflicto, cuando analizamos nuestro accionar y los resultados, sabremos si fuimos lo suficientemente claros en los argumentos, si quedó algo sin decir, si hemos sido honestos en nuestro diálogo, si hemos puesto de manifiesto las fortalezas y debilidades tal cual las vemos desde nuestra óptica. En definitiva, si hemos sido justos con nuestro análisis.

Es difícil que una negociación fracase si somos lo bastante astutos como para separar los intereses de las posiciones, dado que mantener en firme una posición tomada nos aleja considerablemente de nuestros reales intereses. No obstante, incluso en el fracaso (es decir, cuando no hay acuerdo) es importante reconocer los efectos positivos de la negociación, puesto que también la falta de acuerdo orienta el tratamiento del tema en cuestión hacia otros horizontes debido a que la voluntad de negociar nunca termina y que la necesidad de las partes de alcanzar acuerdos hace que las conversaciones perduren en el tiempo.

PALABRAS FINALES

Cuando me invitaron por primera vez a hablar de negociación y conflicto me sentí muy motivado por tratarse de un tema que está a la vanguardia de las necesidades de las direcciones, jefaturas y estructuras departamentales de Enfermería.

La negociación es una herramienta imprescindible para el tratamiento de conflictos de toda naturaleza, sea en el trabajo, en el hogar, en las transacciones comerciales, en el mundo de las finanzas y en todos los órdenes de la vida.

Para terminar, quisiera hacer dos reflexiones: la primera es que tuve la posibilidad de viajar por el mundo y conocer otras organizaciones de salud, en diferentes países, y pude observar que tienen los mismos problemas que nosotros, resuelven sus inconvenientes y conflictos igual que nosotros y que los diálogos se desarrollan con el mismo espíritu de resolución. Eso me dejó bastante tranquilo, dado que lo que cambia son las herramientas de que disponemos, ellos y nosotros, para tratar los conflictos.

La segunda reflexión es que durante el trayecto de mi vida profesional me tocó atender a personas públicamente expuestas, en muchas ocasiones también públicamente cuestionadas. De esa experiencia el aprendizaje fue que ellas tienen sus propios problemas y razonamientos. Entendí que comprender las circunstancias y el punto de vista de otras personas también es parte fundamental de nuestra tarea.

Seguimiento por videoconferencia (VC) de pacientes pediátricos en rehabilitación intestinal que portan un dispositivo vascular sin requerimiento de nutrición parenteral

M. Martínez*, G. Rodríguez**, Y. Zagardia***
A. Bicego, A. Ayala, M. Nogueira, R. Román,
M. Pérez, C. Chuffo, I. Quinteros,
A. Zárate, P. Miranda, L. Vogler, P. Cisterna,
A. Fernández, V. Ximeno, F. Bulacios,
N. Mamani, C. Avellaneda
Hospital de Pediatría J.P. Garrahan

Los métodos de telecuidado sincrónico permiten brindar una forma de atención complementaria e integral para el abordaje interdisciplinario de pacientes externados con enfermedades crónicas. Esta modalidad asistencial garantiza la continuidad de los cuidados enfermeros.

INTRODUCCIÓN

La aplicación de TICs en el ámbito de la salud ofrece la posibilidad de plantear un circuito de seguimiento de los pacientes en su domicilio.

Este artículo describe un método de telecuidado sincrónico mediante videoconferencia, como forma de atención complementaria e integral para el abordaje interdisciplinario de pacientes con enfermedades crónicas que portan un dispositivo (acceso venoso central, AVC) cuyo manejo está a cargo de un profesional de Enfermería. Esta modalidad asistencial permite garantizar la continuidad de los cuidados enfermeros.

*Licenciada en Enfermería. Docente. Especialista en cuidados críticos pediátricos. Instructora en simulación clínica.

**Licenciada en Enfermería. Colaboradora del Comité de prevención de lesiones por presión (PLP) del Hospital Garrahan.

***Coordinador del grupo de investigación. Licenciado en Enfermería. Supervisor de Enfermería Hospital Garrahan, Docente universitario.

CONSIDERACIONES GENERALES

El síndrome de intestino corto (SIC) abarca un grupo de enfermedades complejas con compromiso del tubo digestivo cuyo tratamiento se basa en el soporte nutricional (1). Se trata de una entidad poco frecuente, con una alta tasa de morbilidad y mortalidad.

Los pacientes externados en su domicilio que son portadores de un dispositivo endovascular presentan un alto riesgo de sufrir infecciones asociadas al catéter. Esta patología provoca la incapacidad de cumplir funciones digestivas y absorptivas necesarias para mantener la integridad, nutricional, metabólica e hidroelectrolítica del niño para lograr un adecuado desarrollo. La portabilidad de AVC es considerada un indicador de riesgo de contraer infecciones asociadas al dispositivo, por ello el cuidado del acceso venoso central (AVC) es transversal a todo el abordaje terapéutico (2).

La experiencia en el telecuidado de Enfermería en pacientes pediátricos es escasa y poco abordada, se limita a una serie de pocos casos. En ese sentido, este trabajo busca contribuir a la evidencia científica a partir de una experiencia de asistencia remota de Enfermería, mediante la videoconferencia, de dos pacientes en rehabilitación intestinal que portan un AVC.

CASO 1

Paciente femenino, de tres años de edad, oriunda de Catamarca.

Presenta antecedentes de gastrosquisis y atresia duodenal.

Internación prolongada, con un promedio de más de seis meses para rehabilitación intestinal.

Presenta, además, antecedentes de múltiples accesos vasculares de corta y larga permanencia.

Actualmente porta un catéter semiimplantable en hemitórax derecho (4 french unilumen).

El equipo interdisciplinario decide externar a la paciente de manera transitoria a un hotel otorgado por la Provincia de Catamarca. En el transcurso de los días, el personal de Enfermería es consultado para la valoración del acceso central, ya que presenta un área de inflamación y secreción que impresiona un granuloma. Se plantea una estrategia de telecuidado para valoración del catéter mediante asistencia sincrónica.

Se observa que las características en la inserción del dispositivo fueron cambiando desde el momento de la externación de la institución, presentando en principio un granuloma incipiente, que luego progresó en tamaño y exudación, por lo que se realizan consultas sincrónicas y consultas presenciales con más asiduidad ya que la fijación del mismo no perduraba en el tiempo. La paciente, hemodinámicamente estable, no presenta fiebre. Su madre manifiesta comprender las pautas de alarma referidas en cada consulta.

PRESENTACIÓN DEL CASO

A continuación se describe el seguimiento de dos pacientes menores de tres años que presentan diagnóstico de insuficiencia intestinal, externados de un hospital pediátrico de alta complejidad a su domicilio, sin empresa prestadora de servicios, ya que no requieren la administración de nutrición parenteral.

Ambos pacientes en rehabilitación portan AVC, sin necesidad de requerimiento de nutrición parenteral. No obstante, se decide su conservación para disponer de un acceso seguro en caso de que la evolución no sea favorable a su condición y requiriera nuevamente nutrición parenteral por descenso de peso o por desequilibrio hidroelectrolítico.

El desarrollo y la puesta en práctica de esta metodología integral combina la asistencia por videoconferencia (VC) con la experiencia de un equipo especializado de enfermeros, con el propósito de prolongar en el tiempo el uso del dispositivo vascular. Para el seguimiento remoto de los pacientes y la toma de decisiones se consideraron los siguientes indicadores:

- integridad del dispositivo de fijación
- integridad del adhesivo
- características del granuloma
- evaluación del sitio de inserción
- características generales del catéter

En los encuentros sincrónicos se detecta que el familiar discontinuó, por desconocimiento, la administración de los antihistamínicos indicados para el tratamiento de la dermatitis atópica producida por los dispositivos de fijación. La última semana de enero del 2023 es trasladada a su domicilio, siendo su hospital de referencia el Hospital de la Provincia de Catamarca. Durante el mes de febrero se recibe un comunicado en la cual se informa sensibilización de la vaina y obstrucción del lumen.

CASO 2

Paciente femenino, de un año, con síndrome de intestino corto por gastroquisis complicada corregida.

Presenta antecedentes de múltiples accesos vasculares de corta y larga permanencia.

Actualmente porta un catéter PICC en miembro superior derecho bilumen.

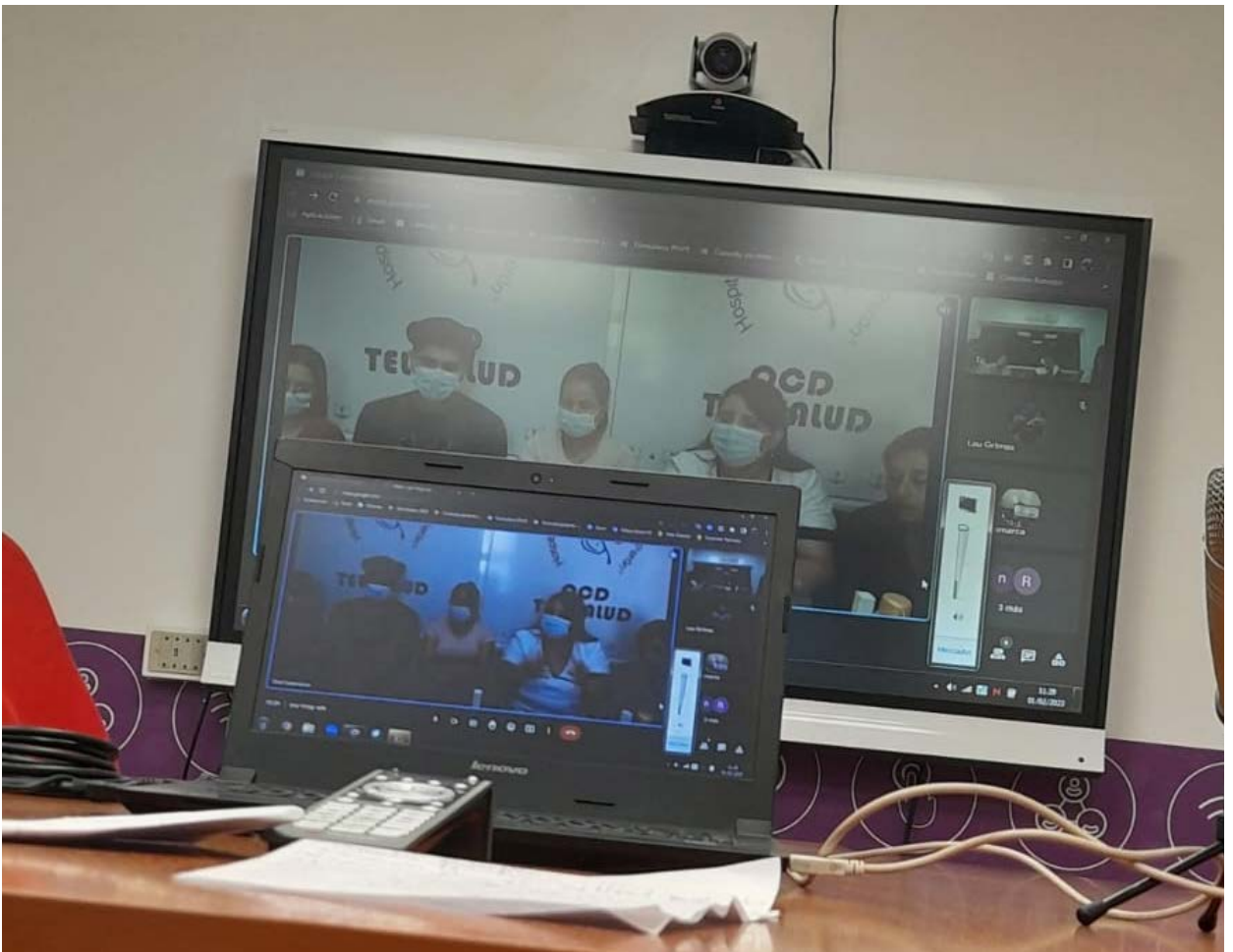
El catéter presenta debilidad en la oclusión de la pinza de seguridad y leve resistencia a la infusión de soluciones de un lumen.

El equipo interdisciplinario decide externar a la niña a su hogar portando un acceso vascular central pero sin requerimiento de nutrición parenteral.

En la sexta videoconsulta se observa que el sitio de inserción se encuentra levemente enrojecido.

Conforme establece el esquema de observación para soporte de toma de decisiones de Enfermería utilizada, se consensúa de manera interdisciplinaria la realización de VC periódicas.

En razón de la favorable evolución y condiciones de salud de la paciente y en base al informe del teleseguimiento de Enfermería, se determina el retiro del AVC.





ETAPAS Y ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

Seguimiento clínico presencial	En ambos casos se resuelve por el equipo interdisciplinario que los pacientes deben ser evaluados de manera clínica y nutricional cada siete días por condiciones crónicas complejas. El personal del Hospital de Día estuvo a cargo de organizar el mantenimiento del dispositivo vascular.
Recursos tecnológicos	Se evaluó la capacidad operativa de los dispositivos. Se presentaron dificultades en el caso 1, por el cual se buscó el reemplazo del aparato a fin de asegurar la comunicación. En cuanto al caso 2, ambos padres sólo tenían un teléfono celular, por lo cual fue necesario tener un contacto alternativo para el enlace. La falta de habilidades e infraestructura tecnológica, y la deficiente cobertura en determinadas zonas del territorio son consideradas una de las barreras para la implementación de la telesalud (5).
Planificación de la videoconsulta	Se realizó para los dos casos, un esquema de seguimiento. Este proceso implicó la evaluación del uso y disponibilidad de la tecnología necesaria por parte del familiar a través de la valoración individual de las habilidades tecnológicas y evaluación de la destreza en el uso de la aplicación (Zoom) requerida para la VC. Requerieron instrucción de la recepción y la forma de conexión del dispositivo y ensayo previo para evacuar dudas del manejo de la plataforma de videoconferencia. Se generó un

	enlace de comunicación con fecha y hora de mutuo acuerdo con las dos familias. La gestión del cuidado aplicado al seguimiento del dispositivo vascular mediante la implementación de estrategias de teleasistencia se convirtió en un acto comunicativo que requiere de conocimientos científicos, tecnológicos y del contexto sociocultural donde se desarrollan los sujetos del cuidado (6).
Tipo de asistencia brindada	En primera instancia se desarrollaron encuentros semanales, pero hubo eventualidades como el exudado excesivo y falta de adherencia del apósito transparente, que requirieron organizar una videoconsulta el mismo día. Se desarrollaron en tiempo real con la participación de profesionales enfermeros. En ciertas situaciones fue necesario coordinar la evaluación presencial de los pacientes. La combinación de consultas mediante videoconferencias y asistencia presencial generó un impacto en el núcleo familiar así como también en la institución, mediante la disminución de costos hospitalarios y de traslado, el aumento de la disponibilidad de camas, mantenimiento del núcleo familiar, mejora de la calidad de vida, y proporcionó una oportunidad de mejora en los modelos asistenciales de Enfermería (7).
Monitorización del AVC	La aplicación de las TICs a la salud nos permitió plantear un circuito de seguimiento mediante un esquema de observación de los siguientes indicadores: Integridad del dispositivo de fijación (@Grip-Lock), integridad del apósito transparente, evaluación del sitio de inserción, signos de flogosis y características generales del mantenimiento del catéter (8). Se utilizó una guía de observación basada en la mejor evidencia disponible y protocolos institucionales, esto sirvió como un soporte lógico para la toma de decisiones en los cuidados de enfermería. En principio fue necesario para pensar a nuestro hospital como una institución sanitaria de referencia que nuclea y monitoriza el manejo y conservación del catéter central (9).
Desarrollo de los cuidados en la VC	La teleasistencia facilitó la detección de síntomas como la dermatitis atópica. Se la reconoce y asocia a una de las posibles barreras que impiden la permanencia de la fijación. Mediante la videoconferencia fue posible transmitir la importancia de la adherencia de los tratamientos y además se pudo reforzar la educación a los padres sobre los cuidados del dispositivo (10).
Vinculación entre los equipos	En el caso 1, para organizar un traslado seguro e informar de las características de dispositivos, los cuidados de enfermería efectuados y las complicaciones que presentaba el AVC, se realizó un primer encuentro con los equipos de Enfermería. Con respecto a la obstrucción del dispositivo y sensibilización de la vaina del lumen se consensuó con equipos especializados que la mejor estrategia es la desobstrucción trombótica mediante la administración en el lumen del fármaco Alteplasa. Frente a las características clínicas de la paciente 2 y la importancia de mantener permeable el catéter, mediante la gestión de los dos hospitales se realizó la compra de la medicación. Esta acción requirió además pensar en el desarrollo de habilidades del equipo en la conservación, reconstitución, fragmentación en unido-sis, proporción de evidencia científica sobre la efectividad del mismo y los cuidados

de Enfermería en la administración. Mediante una videoconferencia, se realizó la demostración técnica simulada en tiempo real del procedimiento para la administración del Alteplasa; esta instancia sirvió, además, como espacio para evacuar dudas. En forma complementaria, se envió un video explicativo a cargo del Servicio de Farmacia sobre las generalidades del uso y conservación de la medicación en la institución. Estos espacios fueron complementados con el envío de los respectivos protocolos institucionales.

DISCUSIÓN

El SIC abarca un grupo de enfermedades complejas con compromiso del tubo digestivo que requieren para su tratamiento el soporte nutricional mediado por acceso venoso central (AVC). La portabilidad de este tipo de dispositivo conlleva, a su vez, el riesgo de contraer infecciones asociadas al mismo, de allí la importancia de un abordaje terapéutico transversal. Esta patología provoca la incapacidad de cumplir funciones digestivas y absorbivas necesarias para mantener la integridad, nutricional, metabólica e hidroelectrolítica del niño para lograr un adecuado desarrollo (3). Con la implementación de una metodología que permita dar continuidad a los cuidados mediante la asistencia por VC y un grupo especializado de enfermeros, es posible prolongar el uso del dispositivo y, de esta manera, contribuir a la sobrevida del niño (4). Asimismo, el crecimiento en la disponibilidad tecnológica de las provincias ha permitido acortar las distancias entre los diferentes centros asistenciales facilitando de esta manera mediante la red de teleenfermería pediátrica, la vinculación entre los equipos con la finalidad de garantizar la continuidad del cuidado brindado durante la internación, internación y traslado a su lugar de origen (11).

CONCLUSIÓN

En el caso de pacientes externados, la aplicación de TICs en el ámbito de la salud ofrece la posibilidad de plantear un circuito de seguimiento en su domicilio, que contribuye al sostenimiento de los cuidados y mejora la calidad de vida de estos pacientes. El método de telecuidado sincrónico mediante videoconferencia constituye una forma de atención complementaria e integral para el cuidado de pacientes con condiciones crónicas complejas que presentan un dispositivo de manejo exclusivo y llevado adelante por profesionales enfermeros. La experiencia aquí presentada aporta argumentos organizativos para la implementación de un esquema de observación de los dispositivos vasculares en los pacientes pediátricos con condiciones crónicas externados, con base en el propio hospital. Además de contribuir a la calidad de los cuidados, esto empodera al profesional enfermero en su rol. Comparar las experiencias basadas en la evidencia y hacerlas extrapolables a otras instituciones forma parte de un camino de mejora para la calidad en los cuidados y la seguridad del paciente en todo el sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Calleja, AML. (2020) "¿Cómo organizar la Consulta Telemática a pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)?". Madrid, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Conferencia virtual.
- Fernández A, Desantadina V, Balacco M, Busoni V, et al. (2021) "Guía clínica para el manejo de la falla intestinal secundaria a síndrome de intestino corto en pediatría." Arch Argent Pediatr.;119(5): 441-472.
- Gabe, S. (2001) "Insuficiencia intestinal." J Nightingale, 50(4). Greenwich Medical Media Ltd.
- Graf, C. (2020) "Tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Primer paso para la implementación de TeleSalud y telemedicina." Rev parag reumatol; 6(1):1–4. Disponible en <https://www.revista.spr.org.py/index.php/spr/article/view/114>
- Hospital J.P. Garrahan. Protocolo institucional sobre el manejo de los accesos venosos centrales.

NOTAS:

- (1) Mughal, M; Irving, M. (1986): 383–7.
- (2) Fernández, A. et al. (2021): 441–472.
- (3) Gabe, S. (2001).
- (4) Nelson E.L, et al. (2017): 789–98.
- (5) Graf, C. (2023): 1–4
- (6) Vialart Vidal, M.N. (2016): 118-25.
- (7) Savignano, M.C.: 2021.
- (8) Hospital J.P. Garrahan. Protocolo institucional sobre el manejo de los accesos venosos centrales.
- (9) Calleja, A.M.L.: 2020.
- (10) Savignano, M.C., Kondratiuk, G. et al. (2021): 167-170.
- (11) Olivetti, M. E., Macarone, S., Villa, A. (2019): 151-155.

CONGRESO ARGENTINO DE ENFERMERÍA | MENDOZA, 8 AL 10 DE NOVIEMBRE

Presencia de la Comisión de Enfermeros en Gestión de ADECRA (CEG) en el CAE



En el centro de Convenciones y Exposiciones Dr. Emilio Civit de la capital de la provincia se dieron cita enfermeros y estudiantes de enfermería del país para compartir una serie de temas relacionados al quehacer actual y a los desafíos futuros de la profesión. En el inicio el cuerpo de ballet juvenil de Mendoza interpretó varios ritmos de nuestro folklore; luego ingresaron al escenario los abanderados y escoltas de escuelas de Enfermería de Mendoza y se entonó el himno nacional.

La apertura del Congreso estuvo a cargo de la Ministra de Salud de la Provincia, Farmacéutica Dra. Ana María Nadal, el subsecretario de Salud, Dr. Oscar Sagaz, la presidente de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) de Paraguay, Mg. María Concepción Chávez, el presidente de la Federación Argentina de Enfermería (FAE), Lic. Rubén Lastra, la presidente de la Asociación de Profesionales de Enfermería de Mendoza (APREM), Lic. Yolanda Pozzo, la jefa del Departamento Provincial de Enfermería de Mendoza, Lic. Laura Mayorga, y el vicepresidente primero de la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería



de la República Argentina (AEUERA), Lic. Omar Flores. También se hicieron presentes, a través de una participación en video, la Directora Nacional de Enfermería Mag. María Marchisio y la presidente de la Asociación de Enfermería de Taiwán, Chen Ching Min.

Entre los asistentes se contó con la mayoría de los presidentes de las organizaciones miembros de FAE, las asociaciones provinciales que nuclea esta organización.

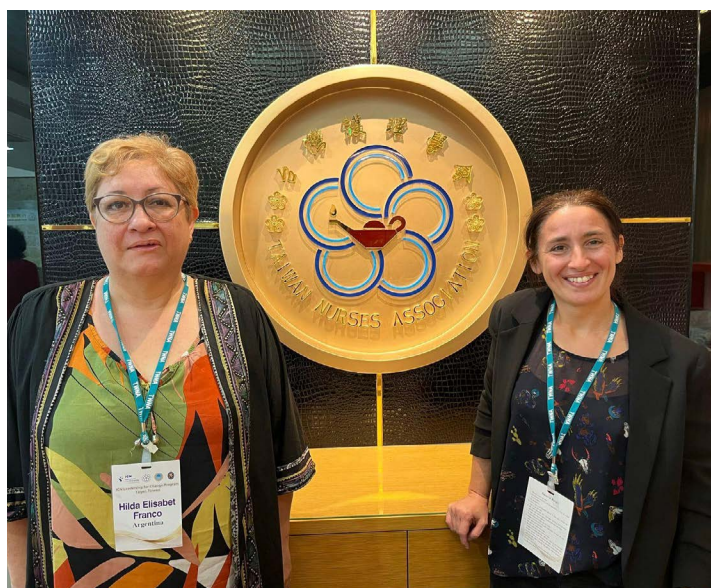
En representación de ADECRA estuvieron presentes la presidente de la CEG, Mg. Hna. Mercedes Zamuner, y el vicepresidente de dicha comisión, Lic. Walter Picada. Ambos fueron convocados para disertar en distintas mesas del Congreso.

El Lic. Picada lo hizo en la mesa "Mejorando la calidad y la seguridad en la prestación de la atención de la Salud" y la Mg. Hna Mercedes en el encuentro con estudiantes sobre la importancia de los valores en la formación y el ejercicio de la profesión, en el taller "Análisis de casos sobre dilemas éticos" y en el encuentro de tribunales de ética de las provincias, un intercambio acerca de la propuesta para el Código Deontológico de la Enfermería Argentina.

Becas para formación de Líderes de Enfermería en Taiwán

A partir de la alianza entre la Federación Argentina de Enfermería (FAE) y la Asociación de Enfermería de Taiwán (AET), formalizada en la embajada de Taiwán en agosto de 2022, se concretó la primera etapa de la formación para líderes de Enfermería, organizada por la Asociación de Enfermería de Taiwán en conjunto con la FAE.

El llamado a concurso para cubrir dos becas facilitadas por la AET especificaba entre los requisitos: el manejo fluido del idioma inglés (ya que en Taiwán es el idioma en el que se imparten los talleres de formación y se realizan los intercambios entre los participantes de esta capacitación), contar con afiliación a una Asociación de Enfermería miembro de FAE y tener experiencia en el ejercicio de conducción. Para esta primera convocatoria se presentaron postulantes de todo el país, pertenecientes a sus respectivas asociaciones miembros de la FAE. Finalmente fueron seleccionadas para la beca: la Lic. Elizabeth Franco, de Córdoba, y la Lic. Catalina María Díez, de CABA.



Del total de 22 participantes (16 de Taiwan, 2 de Camboya, 2 de Paraguay y 2 de Argentina), la mayoría de los participantes se desempeñan en cargos directivos y de gestión. Todos fueron invitados por la Asociación de Enfermería de Taiwán.



En julio de 2023 ambas becarias viajaron a Taipei, representando a la FAE, para participar del Programa “Liderazgo para el Cambio” (LFC, Leadership for Change). LFC es un programa del Consejo Internacional de Enfermeras (ICN / CIE) que comenzó en 1996. A la fecha han participado más de 70 países. Esta es la primera vez que concurren representantes de Argentina.

El objetivo principal del programa es preparar a enfermeras y enfermeros con las habilidades de liderazgo necesarias para implementar cambios organizacionales con el fin de mejorar la práctica de Enfermería y lograr mejores resultados de salud, tanto a nivel local, regional como a nivel nacional.

El programa comprende dos talleres de seis días de duración cada uno, con seis meses de diferencia entre

ellos. Los talleres constan de clases, trabajos en grupo, discusión de casos, acompañamiento personalizado para el desarrollo de proyectos, etc.

El primero se realizó del 24 al 29 de julio de 2023 y el segundo tendrá lugar del 28 de enero al 2 de febrero de 2024; ambos en la ciudad de Taipei.

La primera experiencia fue muy enriquecedora ya que pudieron conocer a profesionales de otros países con quienes compartieron sus experiencias y conocimientos. También tuvieron la oportunidad asistir a varias clases a cargo de Kristine Qureshi, directora del programa, enfermera con una reconocida trayectoria profesional.

La participación de nuestras colegas en esta capacitación es un motivo de orgullo.



Muy agradecidas de la oportunidad, esperan plasmar su experiencia en los respectivos lugares de trabajo para un mayor crecimiento y desarrollo de la Enfermería en nuestro país.

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!



Actuación ante hipoglucemia en recién nacidos

Walter Piceda

Clinica Santa Isabel

DEFINICIÓN

Se trata de un estado metabólico del recién nacido (RN) cuando tiene escasa glucosa en sangre. Puede ser una condición temporal o duradera, según la causa. Su no tratamiento, o un abordaje no hecho a tiempo, pueden dar lugar a daños cerebrales y otras complicaciones.

OBJETIVOS

La actuación ante hipoglucemia del recién nacido busca:

- Detectar en este grupo aquellos casos que presentan riesgo de tener poca glucosa en sangre por diferentes factores, como la edad gestacional, la diabetes materna o las infecciones.
- Medir en este grupo definido la glucemia capilar con frecuencia y precisión, usando un glucómetro adecuado.
- Prevenir la hipoglucemia con una alimentación temprana y apropiada, con leche materna o fórmula, según el caso.
- Tratar la hipoglucemia con glucosa oral, enteral o intravenosa, según la gravedad y la tolerancia. En emergencias, evaluar el uso de glucagón intramuscular.

- Evitar complicaciones y secuelas, con el monitoreo del estado clínico y neurológico, la realización de pruebas diagnósticas y la aplicación de medidas de soporte y prevención.

ROLES Y RESPONSABILIDADES

La actuación en casos de hipoglucemia del recién nacido involucra a varios profesionales:

- El neonatólogo, que diagnostica, trata y sigue la hipoglucemia neonatal, e informa y educa a los padres.
- El enfermero o enfermera, se encarga de realizar las pruebas de glucemia capilar, administrar la glucosa por vía oral, enteral o intravenosa según las indicaciones médicas, vigilar el estado clínico y neurológico del recién nacido y registrar los datos en la historia clínica. También debe apoyar y orientar a los padres en la alimentación y el cuidado del recién nacido.

CONSIDERACIONES GENERALES

- No existe un consenso universal acerca del valor que puede considerarse normal para la glucemia en RN. El presente artículo adopta como hipoglucémicos los



- niveles inferiores a 40 mg/dL (<2,2 mmol/L) en RN a término sintomáticos, inferiores a 45 mg/dL (<2,5 mmol/L) en RN a término asintomáticos entre 24 y 48 horas de vida, e inferiores a 30 mg/dL (<1,7 mmol/L) en RN prematuros en las primeras 48 horas.
- Los RN en riesgo son los prematuros, los hijos de madres diabéticas, los que sufren estrés perinatal, infección, hipotermia o trastornos metabólicos.
- Los síntomas pueden ser desde irritabilidad hasta coma.
- La causa más común es la hiperinsulinemia, por una secreción excesiva de insulina.
- El diagnóstico se hace con un glucómetro y se confirma con una muestra de sangre.
- El tratamiento consiste en dar glucosa por vía oral, enteral o intravenosa, según el caso. La dosis y la concentración dependen del peso y la glucemia.
- En emergencias, se puede usar glucagón intramuscular. Hay estudios que avalan su efectividad, pero debe usarse con precaución y criterio profesional.

EQUIPO Y MATERIALES

- glucómetro y tiras reactivas para medir la glucemia capilar
- lanceta o aguja para puncionar el talón del RN
- algodón o gasa para limpiar y detener el sangrado
- jeringa o cuchara para dar glucosa oral o enteral al RN, con una solución de glucosa al 10% o al 40% según indicación médica

- catéter intravenoso, una llave de tres vías, una jeringa y una solución de glucosa al 10% o al 12,5% para dar glucosa intravenosa al RN
- equipo de monitorización para controlar el corazón, el oxígeno y la temperatura del RN
- equipo de reanimación para asistir al RN en caso de emergencia

CONCLUSIONES

La hipoglucemia neonatal es un bajo nivel de glucosa en sangre que puede ser grave, por ello el equipo sanitario debe actuar en forma rápida y eficaz. El rol de Enfermería es clave para identificar, prevenir, tratar y realizar el seguimiento de los recién nacidos con hipoglucemia, así como para educar y apoyar a los padres.

La hipoglucemia neonatal se puede prevenir y tratar con éxito, evitando complicaciones y secuelas. Esto requiere, además del accionar oportuno del equipo de salud, que las instituciones cuenten con un protocolo basado en la evidencia, el material adecuado y la formación continua de sus profesionales.



BIBLIOGRAFÍA

- Cevallos, José L. (2012) Evaluación, seguimiento y metas de control de la diabetes. Rev. Venez. Endocrinol. Metab., 10(1). Disponible en http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400007
- Comité de Estudios Feto-Neonatales (2019) Hipoglucemia neonatal: revisión de las prácticas habituales. Arch Argent Pediatr; 117(5):195-204.
- del Carmen Covas María, Quintana Daniel, Oviedo Belén, Medina María Sol, Gurrea Macarena, Miyar Agustina et al. (2023) Hipoglucemia neonatal: eficacia de la glucosa gel en el tratamiento de la hipoglucemia precoz en recién nacidos con factores de riesgo. Ensayo clínico aleatorizado. Andes pediátr., 94(1): 70-77. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v94i1.4220>

- Herrera H.M., Machado L., Villalobos D. (2013) Nutrición en recién nacidos a término y en niños de 1 a 6 meses. Arch Venez Puer Ped, 76(3):117-125. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492013000300007.
- Kasirer Y., Dotan O., Mimouni F.B. et al. (2021) El uso de glucagón intramuscular para prevenir la infusión de glucosa por vía intravenosa en la hipoglucemia neonatal temprana. J Perinatol n° 41: 1158–1165. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41372-021-00925-x>
- Villarreal Y., Briceno Y., Paoli M. (2015) Diabetes mellitus tipo 1: Características clínicas y demográficas en pacientes del servicio de endocrinología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Rev. Venez. Endocrinol. Metab., 13(1):33-47. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-31102015000100005&script=sci_abstract

Coaching ontológico y liderazgo personal: su aplicación a Enfermería

Leandro Martín Vargas*
Albania Alvarado Rubio**

El coaching puede generar un impacto positivo en la performance de la organización mediante un proceso que acompañe la cultura institucional definida, adaptándose a las necesidades propias de la institución con el fin de mejorar las relaciones, el desarrollo personal y la calidad en el cuidado humanizado que se brinda.

EL COACHING Y EL LIDERAZGO PERSONAL

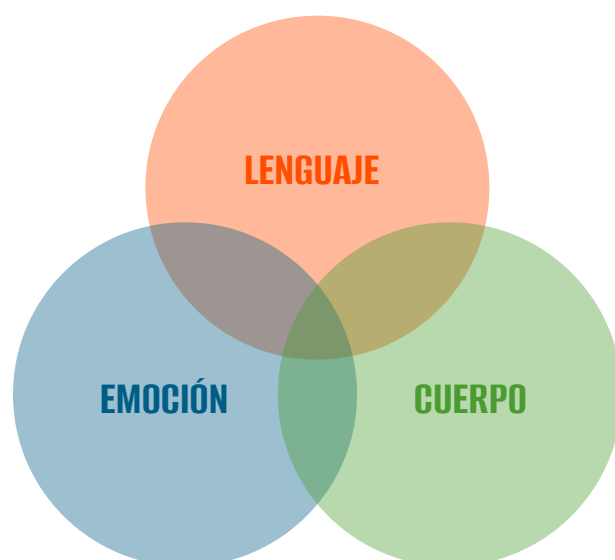
El Coaching ontológico es una rama del Coaching que trabaja de manera comprometida para que las personas descubran y a la vez creen una manera de ser personal que les brinde mejores oportunidades en su quehacer diario. Su aporte en el liderazgo personal implica una formación y desarrollo de estrategias diversas de crecimiento para lograr una adaptación sustentable en el entorno, desde lo que uno sea capaz de brindar, para superar adversidades subyacentes, ser adaptativos en la comunicación, asertivos y responsables en el uso del lenguaje, con una escucha activa empática y generosa. Numerosos estudios publicados hacen referencia a su aplicación formativa y estratégica en el ámbito de las profesiones de salud, entre ellas Enfermería. Se trata

de trabajos desarrollados desde diversas disciplinas que abordan temáticas relacionadas con la gestión de Enfermería, la educación del paciente, el proceso de desarrollo de personas, entre otras (1).

En este aspecto, el Coaching ontológico profesional está siendo observado como una disciplina que acompaña a la persona en la adquisición de nuevas distinciones personales. En este campo, se entiende por “distinciones” a las competencias que adquiere la persona y que le permiten cambiar la manera de observarse a sí misma y a los otros. Podemos afirmar que estas distinciones generan un espacio de oportunidades para el individuo en el camino hacia un desarrollo de liderazgo personal.

*Jefe de Docencia en Enfermería Sanatorio Mater Dei. Coach Ontológico Profesional

**Senior Coach. Directora de Escuela de Coach Ontológico Profesional ECOA Caballito



TIPO DE ABORDAJE

La disciplina del Coaching Ontológico declara y trabaja en los tres dominios de la persona, a saber: el lenguaje, el cuerpo y las emociones. Ninguno de ellos actúa por separado, sino que se encuentran íntimamente relacionados y de manera coherente entre sí.

El dominio del lenguaje: implica reconocer el impacto que tienen las palabras en todos sus estilos comunicativos. El reconocimiento de cómo actuamos a la hora de comunicar nos invita a repensar nuestros modos de dialogar y relacionarnos no solo en las conversaciones entre los integrantes de los equipos, sino que también en las conversaciones internas. Conversar como un ser con posibilidades abre un abanico de potencialidades para el desarrollo y expansión personal en las áreas de incumbencia.

El dominio de lo corporal: predispone a la persona a reconocer su integridad física, habla del accionar dado, que no solo se trata de lo que uno pueda llegar a pensar o desear realizar solamente. Identificar la forma cómo podemos interactuar sobre este dominio potenciará nuestro bienestar corporal en nuestras acciones; de hecho, el mayor aprendizaje existe si es atravesado e interpelado por el cuerpo.

El dominio de las emociones: invita a poder reconocer e identificar aquellas emociones que nos atraviesan, aquellas emociones recurrentes y en las cuales no solemos poner el foco de manera consciente. Conocer sobre emociones permite reconocerlas y nombrarlas. La distinción de las emociones, permite identificar y observar qué es lo que se suele hacer con ellas cuando nos permitimos habitarlas. Reconocer cuáles son los estados de ánimo en los que nos permitimos y elegimos vivir diariamente es de gran importancia dado que no existe momento en la vida en que no estemos atravesados por emociones.

Como bien mencionan Medland y Stern (2009), este proceso de autoconocimiento aplicado en aquellas personas que se dedican a dirigir equipos de trabajo tiene un impacto positivo.

APLICACIÓN EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

El acercamiento al Coaching para el personal asistencial de salud, en especial para aquellos profesionales que brindan atención directa de cuidado a los pacientes, puede verse como un proceso de aprendizaje ontológico, distinto al aprendizaje convencional, ya que hablamos de un tipo de aprendizaje transformativo que se refleja en el aumento de la productividad, en

la mejora del clima laboral, de la comunicación, de las relaciones interpersonales e interdisciplinarias y en un compromiso acentuado hacia los resultados.

En el proceso del Coaching no existe una receta o fórmula única que se adapte a todas las personas o empresas por igual debido a que las metas y situaciones son diferentes y propias de cada ámbito. Esto es justamente el desafío con el cual se enfrentan los coach para diseñar interacciones e implementar estrategias diversas, dada las capacidades observadas con el propósito de que cada persona o equipo logre mirarse, desaprender y aprender lo necesario para alcanzar los logros declarados ya sean individuales o de equipos dentro del sistema al que pertenezcan.

El proceso de intervención tiene puntos de partida y de llegada, ya que se trabaja desde el presente y a partir de allí acompaña a la persona o al equipo, a abrir posibilidades desde un pensamiento con replanteamiento de paradigmas propios y en un accionar ecológico amalgamado en una actitud de ganar-ganar.

La terminología del pensamiento y el accionar ecológico dan cuenta de una manera de ser en la que se tienen en cuenta tanto el beneficio propio como el de la otra persona, con la que nos relacionamos, siempre desde una propuesta que implique ganar uno, ganar el otro y ganar con el otro.

Esta manera de observar que nos propone el Coaching ontológico nos coloca en situaciones vivenciales desde una mirada interna, reflexiva, transparente y que refleja la manera de ser con la que cada uno transita en lo cotidiano de las tareas y cuidados que se brindan. Aprender estrategias de autoobservación, trabajar en aquello que queremos mejorar y comprometernos a hacerlo, genera un autodesarrollo personal y propio para ser compartido con aquellas otras personas o equipos con los que se trabaja, a fin de producir la sinergia de un bienestar mutuo.

A MODO DE CIERRE

Para los profesionales de la salud es indispensable formarse y desarrollar aquellos aspectos vinculados a las relaciones humanas. El trabajo continuo en atención directa del paciente es una tarea desafiante, en la cual la impronta profesional y personal intervienen simultáneamente en el cuidado como instrumento asistencial en la relación con quienes atraviesan un estado de salud afectado.

El liderazgo personal implica desarrollar, en primer lugar, una instancia de autoconocimiento como punto de partida, a partir del cual conformarse como un sujeto con liderazgo, con estilo único y personal en interacción con un sistema. Aquí es donde el Coaching Ontológico Profesional puede ser un gran aporte para trabajar en ese descubrimiento acompañando a la persona para que pueda encontrar una mirada distinta de su *estar siendo* actual personal y profesional.

Llevar adelante instancias de acercamiento del Coaching Ontológico Profesional representa una interesante oportunidad si se las destina no solo a aquellas personas que ejercen liderazgo en la conducción de equipos de trabajo sino también para el desarrollo de habilidades en quienes tienen un rol de liderazgo en el cuidado directo de los pacientes, es decir, quienes están en la primera línea de atención.

BIBLIOGRAFÍA

- Arqueros Fernández, M.T. (2009) "El coaching en las organizaciones". Actas de las IV Jornadas Internacionales Mentoring & Coaching: Universidad-Empresa; pp. 273 - 284.
- Cantera, J. (2004) *Coaching: mitos y realidades*. Madrid: Pearson Education.
- Medland J, Stern M. (2009) Coaching as a successful strategy for advancing new manager competency and performance. *J Nurses Staff Dev.*; 25(3):141-7.

ADECRA+CEDIM llevó adelante la XXVII Jornada de Enfermería

“Innovación en los cuidados del adulto y del neonato”

Tuvo lugar el 15 de noviembre, en el auditorio de la Universidad Católica Argentina (UCA), con transmisión por streaming en simultáneo. Participaron más de 2500 estudiantes y profesionales del sector entre el formato virtual y presencial. Se realizó en el marco de la Semana de la Prematurez.

“El país atraviesa una situación crítica, y con todos los enfermeros y enfermeras de Argentina tenemos la convicción de que la capacitación es el único medio que nos permite acceder al reconocimiento de nuestra profesionalidad”, señaló, durante la apertura de la Jornada, la Hna. Mercedes Zamuner, presidenta de la Comisión de Enfermeros de Gestión de Adecra+Cedim. Zamuner destacó algunos logros de los últimos tiempos para el sector, entre ellos: la creación de la Dirección Nacional de Enfermería en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, el reconocimiento oficial de algunas especialidades —como la de Cuidados Críticos— la apertura de la carrera de Enfermería en universidades argentinas y el desarrollo del Programa Nacional de Formación de Enfermería (Pronafe), dependiente del

Instituto Nacional de Tecnología (INET) del Ministerio de Salud de la Nación.

Entre las preocupaciones mencionó también la escasez de recursos humanos a nivel mundial y en Argentina, y el hecho de que muchas personas sigan eligiendo la Enfermería como salida laboral rápida, sin la correspondiente vocación profesional.

“Estamos acostumbrados a los desafíos y a salir adelante de forma airoso, con esfuerzo, creatividad y empeño. Así lo hemos demostrado, no solo a nivel nacional sino en todo el mundo, al enfrentar el flagelo del Covid-19”, resaltó y agregó: “Aún nos queda un largo camino por recorrer hasta que se valore como corresponde el aporte de Enfermería al cuidado de la salud de la población”.



De izq. a derecha: la hna. Mercedes Zamuner (Sanatorio Mater Dei), la Lic. María Gómez Marquisio (Min. de Salud de la Nación), Walter Piceda (Clínica Santa Isabel) y Walter Leguizamón (Centro del Parque)

MENTORÍAS E INCORPORACIÓN DE PROFESIONALES DE RECIENTE INGRESO

En el primer panel, bajo la coordinación de Walter Leguizamón (jefe de Departamento de Enfermería en Clínica Centro del Parque), Raúl Ureta (jefe de Departamento de Enfermería del Instituto Alexander Fleming), Leandro Vargas (jefe de Docencia en Sanatorio Mater Dei) y Alicia García (enfermera educadora en Hospital Universitario Austral) hablaron sobre los programas y experiencias de mentoría en sus respectivas instituciones.

“Queremos presentar un tema que está instalado en todos los departamentos de Enfermería, porque ha venido para quedarse, y es la inducción y el onboarding del personal de reciente ingreso”, indicó Leguizamón en la apertura.

Por su parte, Vargas destacó la importancia del proceso de inducción del personal basada en valores: “Cuando hablamos de valores, hablamos de lo que

nos hace mover y nos brinda pertenencia” y mencionó que “con el compromiso con la vida y al servicio de la dignidad humana como valores clave, en el Sanatorio Mater Dei buscamos que esto se viva en cada prestación y en cada diálogo”.

A su turno, la intervención de Ureta: “¿Qué esperamos de un mentor? Que sea creíble, que disponga de tiempo y conocimiento al día, que proporcione feedback de forma constructiva y que sepa compartir. Del mentorado esperamos que sea responsable, curioso, tenga mentalidad abierta y autocrítica, entre las principales cualidades”.

Luego, García trazó la cronología de desarrollo de la mentoría en Enfermería en el Hospital Universitario Austral, que pasó por las etapas de iniciativa, estrategia y luego el programa, “que tiene por objetivo apoyar y guiar, de forma sistematizada, a los nuevos profesionales de Enfermería para que puedan desempeñarse de manera efectiva en su nuevo entorno laboral y brindar cuidados de enfermería de alta calidad y seguridad al paciente”.



Los expositores del primer panel de la Jornada debaten sobre “Mentoring para incorporación de profesionales de reciente ingreso”.

CALIDAD Y SEGURIDAD

La segunda y última mesa de la mañana, bajo la coordinación de Sabrina Soprano, jefa del Departamento de Enfermería en Clínica Privada Monte Grande, contó con las exposiciones de Romina Devoli (jefa de Enfermería en Grupo Gamma Rosario), María Gómez Marquisio (directora de Enfermería en la Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento de la Secretaría de Calidad en Salud del Ministerio de Salud de la Nación), Maximiliana La Rosa Salaberry (jefa de Departamento de Enfermería en CEMIC) y Daiana Pugliese (enfermera asistencial del servicio de Unidad de Cardiología Crítica en el Hospital Universitario Austral). Dévoli puso el foco en los procesos seguros en la atención de Enfermería ambulatoria en cirugía mayor: “Trabajamos con un Sistema Integral de Advertencia de Desvíos, generado por el personal interno, los profesionales o los pacientes”, dijo y se centró luego en las

implicancias y recursos de la Enfermería ambulatoria: “la importancia del rápido giro de cama, las pautas de alarma, la digitalización de registros y el hecho de trabajar en la educación para el alta”.

También habló sobre los beneficios de la cirugía mayor ambulatoria y las etapas preoperatoria y posoperatoria del cuidado del enfermero: “Debemos trabajar en equipo y no olvidarnos nunca de la humanización de los cuidados. No podemos permitir que la digitalización, el doble empleo y otros factores nos hagan perder el contacto humano”, concluyó.

En representación del sector público, Gómez Marquisio hizo referencia a los cuidados progresivos y mencionó, entre varios de los puntos de rectoría y gobernanza, las Directrices de Organización y Funcionamiento de Gestión de Enfermería y Marco de los Cuidados Progresivos en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica: “Es necesario alinear valores, misión y visión de la gestión en Enfermería”, sintetizó.



El auditorio.

Luego, La Rosa Salaberry compartió la experiencia y los protocolos del CEMIC en la visita terapéutica de mascotas: “desarrollamos el Programa Frida en acción, en homenaje a la primera perra ingresada en la institución”, contó. “Fue un hallazgo para mí saber que la reconocida enfermera Florence Nightingale fue la primera en observar que los animales son una excelente compañía para los enfermos con patologías crónicas”, y enfatizó “los beneficios físicos, psíquicos, sociales y educativos de la “terapia asistida por mascotas”, así como “la mejoría de las destrezas motoras finas, la disminución de la ansiedad y sensación de soledad, la mejoría de las relaciones del equipo de salud, y la estimulación de la memoria inmediata y a largo plazo”, entre otros.

Por último, en cuanto a la atención centrada en el paciente como uno de los ejes de la calidad y seguridad en el área, Pugliese invitó a reflexionar a la audiencia: “¿Qué es una persona? ¿Qué es un ser humano? ¿Sentimos todos lo mismo a la hora de estar con uno u

otro paciente? ¿Qué hace a la diferencia en el trato al paciente?”, y abordó el concepto de “humanización”. Citando a la Organización Mundial de la Salud, definió a la atención centrada en el paciente (ACP) como “el cuidado respetuoso y receptivo a las necesidades y valores individuales del paciente, asegurando que todas las decisiones clínicas estén guiadas por dichos valores”.

NEONATOLOGÍA

NEURODESARROLLO Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

En el primer panel de la tarde, moderado por Gabriela Dantelo, supervisora de Área de Enfermería en Swiss Medical Group, se abordó la cuestión del impacto de las intervenciones invasivas en el neurodesarrollo del neonato. Disertó al respecto Inés Olmedo, coordinadora de Neopediatria en el Sanatorio Anchorena Recoleta. Olmedo habló del surgimiento y la evolución de la neo-



Durante la tarde se trataron temas referidos al área de neonatología. “Neurodesarrollo y calidad en la atención del recién nacido” fue uno de los paneles abordados.

natología: “En los inicios de la neonatología, los recién nacidos eran mostrados como algo novedoso y se creía que no tenían capacidad de sentir dolor, pero hoy sabemos que el feto sí puede sentir dolor, a pesar de que no tenga condiciones plenas de defenderse del mismo”. Además, se refirió a diversos conceptos, como los procedimientos invasivos frecuentes, las alteraciones fisiológicas y conductuales, el cuidado individualizado, los cuidados para el neurodesarrollo, las estrategias de enfermería no farmacológicas y el tratamiento farmacológico. A partir de allí señaló la importancia de que “la familia vuelva a ser el centro del cuidado nos permite otro tipo de atención” y enumeró una serie de propuestas en torno de los cuidados previos a la manipulación del recién nacido: “valorar la estabilidad clínica y preparar el entorno, durante su manipulación, monitorear el estado clínico, proveer contención y confort, para evitar la sobrecarga de estímulos”. Laura Brua, integrante del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente y del equipo de Gestión de Residuos Hospitalarios en el Hospital Materno Infantil “Ramón

Sardá”, se refirió a “la seguridad del paciente desde el enfoque perinatal”. Como parte de las iniciativas en el tema a nivel mundial, señaló que: “Estamos trabajando en la evolución que está teniendo la seguridad del paciente y los cuidados integrales”.

En ese sentido, retomó una advertencia de la OMS: “Tenemos que pensar en la enfermería del futuro, motivando a las generaciones actuales a que empiecen a conectar con estos cuidados. El mundo nos está diciendo que debemos ser respetuosos con la gestante y su recién nacido, siempre trabajando de manera integradora”, opinó, “cuatro de cada diez pacientes que se atienden en la atención primaria van a sufrir un daño, algo que nos tiene que hacer reflexionar”. Asimismo, mencionó el modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MCF), encabezado por el reconocido pediatra y neonatólogo Miguel Larguía y desarrollado, desde hace años, por el equipo de salud de la Maternidad Sardá. También habló sobre la Ley de Parto Humanizado y Respetado.



La Lic. María Teresa Torres (Sanatorio Mater Dei) y la Dra. Sandra Coronel (Hospital San Juan de Dios, de Ramos Mejía), con la coordinación de la Lic. Verónica Rojas (Clínica Bazterrica) hablaron sobre “Nuevas estrategias para la atención de neonatos”

En la última ponencia de esta mesa, Mónica Herlan, representante del área en Sanatorio Itoiz, se refirió a los cuidados de la piel del recién nacido, atendiendo a cuestiones clave como “la composición de la piel, los tipos de ventilación no invasiva (VNI): flujo continuo y variable, los factores de riesgo de las lesiones por presión (LPP), relacionados con la protección frente al sistema y con la piel del neonato, y el consenso en la prevención de LPP en VNI”. “La Ventilación No Invasiva ofrece beneficios significativos para neonatos prematuros, mejorando la respiración y reduciendo el riesgo de complicaciones. Es fundamental seguir avanzando en este campo para mejorar los resultados a largo plazo”, puntualizó.

NUEVAS ESTRATEGIAS PARA LA ATENCIÓN DE NEONATOS

Verónica Rojas, representante del área en Clínica Bazterrica, moderó este panel, donde expusieron María Teresa Torres, jefa de Enfermería Materno-Infantil en Sanatorio Mater Dei, y Sandra Coronel, líder del Proceso

de Enfermería y Proceso Quirúrgico en Hospital San Juan de Dios, de Ramos Mejía.

Torres trajo a la mesa el “Protocolo de hipoglucemia neonatal” que implementan en el Sanatorio Mater Dei. En ese marco, se refirió al problema de la hipoglucemia, “que en el periodo neonatal es el trastorno metabólico más frecuente en la práctica clínica”. Habló sobre “los aspectos fisiológicos en el feto, la adaptación metabólica posnatal y los trastornos, las manifestaciones clínicas, en torno de la prevención, el monitoreo estricto de los recién nacidos con alto riesgo de hipoglucemia y el tratamiento según los umbrales operacionales” y sobre “las estrategias para el manejo clínico, donde el examen universal de la glucemia en el recién nacido sano es innecesario, inadecuado y potencialmente dañino”. En ese sentido, especificó “cuándo hacer la evaluación sobre glucemia posnatal del recién nacido con riesgo, cómo hacer la evaluación de la glucemia posnatal y por cuánto tiempo”, desafíos ante los cuales se requiere “la capacitación permanente, la simulación de casos clínicos, la revisión

de técnicas y procedimiento y el trabajo en equipo con el compromiso de todos”. Por su parte, Sandra Coronel profundizó sobre el seguimiento de pacientes neonatales al alta y compartió la experiencia del Hospital San Juan de Dios basada en el modelo de la enfermera de enlace, a cargo del binomio madre-hijo.

“A partir de 2017, el Hospital incorporó la Enfermería de enlace. El seguimiento se realiza tanto al neonato como a la madre hasta 30 días después del alta. Se trata del nexo de unión entre el binomio y el obstetra o neonatólogo tratante”. Y agregó: “El primer contacto de la madre con la enfermera de enlace se da en el curso de parto; el segundo contacto es antes del alta. Luego del alta, continúa el contacto durante las 24 o 48 horas posteriores, según los problemas detectados”.

“El objetivo del rol ha sido detectar riesgos de complicaciones relacionados a la lactancia materna, como así también riesgos neonatales u obstétricos. Sin lugar a dudas, le da un lugar fundamental a la enfermería”, afirmó. En este sentido, resaltó la importancia de la “salud emocional de la madre”, y de la detección de la “depresión posparto” como una de las posibles “consecuencias negativas para la madre y para su familia”.

RESIDENCIAS EN ENFERMERÍA

El último panel de la jornada estuvo coordinado por Hugo Etchart, subdirector de Enfermería en Centro de Neurorehabilitación de la Clínica Santa Catalina. Allí, Vanesa Olivera, jefa del Departamento de Enfermería del Sanatorio San José y jefa de División del Hospital Santojanni, señaló que “las especialidades de Enfermería van hacia el camino del reconocimiento”. Olivera hizo referencia a las especialidades de Enfermería en Argentina: la “especialización universitaria”, la “especialización certificada por sociedad científica” y las “residencias de enfermería”. Respecto de estas últimas, destacó que las hay tanto a nivel nacional, como provincial y municipal, además de las privadas; por caso, en CABA, mencionó las residencias en Perinatología, Cuidados Críticos y Emergencias, General, Integral y Comunitaria, y Pediátrica.

“Las residencias del equipo de salud constituyen un sistema remunerado de capacitación en servicio de

posgrado a tiempo completo, con actividad programada y supervisada, con el objetivo de formar para el ámbito intra y extra hospitalario un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad”, señaló, y detalló las condiciones requeridas para el ingreso a las mismas.

El cierre de la jornada estuvo a cargo del vicepresidente de la Comisión de Enfermeros de Gestión de Adcra+Cedim, Walter Piceda, quien agradeció al público por su participación en la Jornada: “Hemos compartido un tiempo de contemplación y de reflexión sobre nuestras prácticas, saberes y quehaceres”.

Técnica de higiene bucal con cepillo de succión y pasta dental en pacientes con asistencia respiratoria mecánica

Marissa Lía Susana Benítez*

Sanatorio Mater Dei

INTRODUCCIÓN

La higiene bucal de los pacientes con asistencia respiratoria mecánica forma parte del componente principal del *bundle* (paquete de medidas aplicadas en forma conjunta que mejoran un procedimiento estándar) de “prevención de neumonías asociadas a ventilación mecánica”. Su objetivo es reducir la tasa de infección asociada a asistencia respiratoria mecánica.

A continuación se reseñan los principales aspectos de una intervención de este tipo bajo el título “Un protocolo de cuidado bucal impulsado por enfermeras para reducir la neumonía adquirida en el hospital”, de las autoras Chastity Warren, Mary Kathryn Medei, Brooke Wood y Debra Schutte (1). Se trata de un ensayo cuasi experimental, publicado en *The American Journal of Nursing* en febrero de 2019.

BREVE RESEÑA DEL ESTUDIO

El propósito del estudio fue mejorar la calidad de atención y evaluar el impacto en la incidencia de neumonía adquirida en el hospital en áreas de cuidados críticos de adultos de un hospital de traumatología de nivel 1. Para ello se implementó un protocolo de higiene y cuidado bucal estandarizado, con un kit de cuidado bucal para pacientes en riesgo que incluía un cepillo de dientes ergonómicamente apropiado, con succión, hisopo, una pasta de dientes con bicarbonato de sodio y enjuague bucal antiséptico sin alcohol.

Se realizó una búsqueda retrospectiva de las historias clínicas, utilizando los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 9 y CIE 10 para la neumonía no presente en el momento del ingreso y determinar su incidencia. Dentro del protocolo de estudio se

*Coordinadora del Área de Control de Infecciones y enfermera en Control de Infecciones, Sanatorio Mater Dei. Profesora universitaria (Universidad Austral. Escuela de Educación) y Licenciada en Enfermería (Universidad Austral, Facultad de Ciencias Biomédicas). Diplomada en Evaluaciones de Calidad y Seguridad del Paciente (ITAES). Evaluadora de Instituciones para la Acreditación de Servicios de Salud. Instituto para la Acreditación de Establecimientos Sanitarios (ITAES). Certificada en Epidemiología y Control de Infecciones por la Asociación de Enfermeros en Control de Infecciones (ADECI). Especialista en Control de Infecciones (Universidad Austral).

incluyó la neumonía adquirida en el hospital sin ventilador (NEU) y la neumonía asociada a ventilador (NAV), en dos períodos de siete meses: el período base y el de intervención.

Las acciones promovieron el uso continuo del kit de cepillo dental de succión para pacientes que recibían ventilación mecánica, de acuerdo con el siguiente plan:

MATERIALES	PROCEDIMIENTO
–bandeja o riñonera	1. Realizar higiene de manos.
–cepillo o espuma con sistema de succión	2. Abrir el envase de la pasta dental.
–pasta dental recomendada	3. Verter el contenido de la pasta en la bandeja o riñonera.
–hisopo específico	4. Conectar el cepillo de dientes con succión al tubo de aspiración.
–gel hidratante	5. Empapar el cepillo o espuma con la pasta dental.
	6. Inspeccionar la cavidad oral.
	7. Cepillar los dientes, la cara interna de las mejillas, la lengua y las encías con las cerdas del cepillo.
	8. Cepillar los dientes y estimular las mucosas colocando el pulgar sobre la válvula de control de succión para generar fuerza de aspiración y aspirar.
	9. Tras la limpieza, abrir el sobre de gel hidratante y vaciarlo sobre el hisopo.
	10. Aplicar una placa de gel hidratante en el interior de boca, labios y encías.
	11. Descartar en lebrillo el material utilizado de descarte.
	12. Ordenar los materiales.
	13. Realizar higiene de manos.



RESULTADOS

Participaron del estudio 202 pacientes asignados en el grupo inicial y otros 215 en el grupo de intervención. Se realizó un análisis de la incidencia media de NEU, que mostró una disminución estadísticamente significativa en la aparición de NEU de 52 en el grupo inicial a 26 en el grupo de intervención ($\chi^2 = 12,8$, $gl = 1$, $P < 0,001$). El número de muertes de pacientes por NEU también difirió significativamente entre los grupos, con 20 en el grupo inicial y 4 en el grupo de intervención ($\chi^2 = 4,33$, $gl = 1$, $P = 0,037$). La incidencia de NEU por egreso fue de 2,84% en el grupo inicial y 1,41% en el grupo de intervención. Entre los pacientes con asistencia respiratoria mecánica se registraron 56 episodios de eventos asociados al ventilador (EAV) y 12 episodios de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) en el grupo inicial. Por su parte, en el grupo de intervención se registraron 49 episodios de EAV y 3 episodios de NAVM. Con respecto a las tasas de infección de EAV, en el grupo inicial el valor fue de 12.53% días con ventilador y la tasa de infección de NAVM 2,87 % días con ventilador. En el grupo de intervención, la tasa de EAV fue de 14,29 % días de ventilación y la tasa de NAV fue de 1,26 % días de ventilación. En general, la adherencia de las enfermeras al nuevo protocolo de cuidado bucal osciló entre el 36% y el 100% por mes, con una adherencia promedio al protocolo del 76%.

BIBLIOGRAFÍA

Warren C, Medei MK, Wood B, Schutte D. (2019) A nurse-driven oral care protocol to reduce hospital-acquired pneumonia. *Am J Nurs* ; n° 119, pp. 44–51.

Vilela M.C.N., Ferreira G.Z; Santos P.S.; Rezende N.P. (2015) Oral care and nosocomial pneumonia: A systematic review. *Einstein* (Sao Paulo), n° 13, pp. 290-296. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015RW2980>

de Moraes T.M.; da Silva A.; de Oliveira Avi A.R.L. et al. (2006) A Importância da Atuação Odontológica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, n° 18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2006000400016>

Scannapieco FA, Rossa Júnior C. “Doenças Periodontais versus Doenças Respiratórias”. En: Brunetti, MC (2004) *Periodontia Médica*. São Paulo: SENAC, pp. 391-409.

Sands K.M., Wilson, M.J., Lewis M.A. et al. (2017) Respiratory pathogen colonization of dental plaque, the lower airways, and endotra-

A MODO DE CONCLUSIÓN

El estudio muestra que la incidencia de NAV disminuyó significativamente desde el inicio en el grupo de intervención, gracias a la implementación del kit de cuidado bucal (cepillo de dientes ergonómicamente apropiado, pasta de dientes con bicarbonato de sodio y un enjuague bucal antiséptico sin alcohol). Las enfermeras lograron mejores resultados en relación a la incidencia de la neumonía al brindar intervenciones de salud bucal a todos los pacientes adultos ingresados en el hospital, lo que redujo los costos hospitalarios generales, la duración de la estadía y la mortalidad de los pacientes.

cheal tube biofilms during mechanical ventilation. *J Crit Care*, n° 37, pp. 30-37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.019>

Adrie C.; Garrouste-Orgeas M.; Essaiad W.I.; Schwebel C. et al. (2017) Attributable mortality of ICU-acquired bloodstream infections: Impact of the source, causative micro-organism, resistance profile and antimicrobial therapy. *J Infect*, n° 74, pp. 131-141. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2016.11.001>

Dale C.M.; Smith O.; Burry L.; Rose L. (2018) Prevalence and predictors of difficulty accessing the mouths of intubated critically ill adults to deliver oral care: An observational study. *Int J Nurs Stud*, n° 80, 36-40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.12.009>

Padovani M.C.; Souza S.A.B; Sant’Anna G.R.; de Oliveira Guaré, R. (2012) Protocolo de cuidados bucais na unidade de tratamento intensivo (UTI) neonatal. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, n° 14, pp.71-80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21722/rbps.v0i0.3412>

La historia de Juan

Sol Femenías

Enfermera, Instituto Roffo

Hay muchas historias de trabajadores que dejan enseñanzas y huellas en las personas. Algunos lo hacen en forma anónima, como en el caso de Juan.

Juan era un doctor en Enfermería muy conocido en su ciudad. Por su trayectoria y conocimiento era llamado a conferencias nacionales e internacionales. A él le gustaba transmitir sus conocimientos, sobre todo si sabía que esto podía dejar desafíos en sus oyentes.

Un día recibió una invitación para dar una conferencia. El tema propuesto era “Cómo utilizar la tecnología en tiempos modernos en salud, sin despersonalizar a los pacientes”.

Si bien le pareció muy interesante, ya que le daba la oportunidad de desplegar sus conocimientos teóricos, quería hacer algo diferente. Se puso a pensar cómo abordar el tema, dedicó tiempo a estudiar cada detalle, pero faltando dos semanas cayó en cuenta de que no podía unir sus conocimientos con la aplicación a los pacientes. Con 35 años de experiencia, Juan era muy detallista y cuidadoso con sus enseñanzas. Para él, la fuente principal de conocimiento eran sus pacientes. Por eso, viendo que no lograba encontrar esta amalgama de experiencia y conocimientos, decidió hacer un alto en la preparación de su conferencia y dedicarse de lleno a sus pacientes, a quienes atendía en forma particular.

Una de sus pacientes era Marta, una mujer de ochenta años y nacionalidad inglesa, cuyo diagnóstico era un cáncer avanzado de mama, para el cual los médicos estimaban una sobrevida de tres a seis meses, sin tratamiento curativo sino sólo paliativo.

A pesar del cuadro, ella siempre estaba sonriente y se mostraba muy agradecida con Juan. “Por ser tan profesional”, decía.

Mientras él brindaba los cuidados necesarios, ella hablaba largo y tendido, compartiendo experiencias y anécdotas que, aunque repetidas, Juan escuchaba con atención como si fuera la primera vez que las oía.

La cama estaba cerca de un ventanal que daba al patio, donde había árboles. A Marta le gustaba ver a los pájaros, incluso los insectos le parecían bellos: los miraba y su rostro se iluminaba de alegría.

Un día lluvioso Juan entró mojado.

–¡Qué día feo, lluvioso y frío!

Marta le devolvió la mirada y dijo:

–Yo no veo un día feo. Veo un día más para mirar y apreciar la naturaleza y ser agradecida a la vida. Recuerde que tengo mis días contados. A pesar de eso estoy contenta.

Esa expresión lo asombró. Mientras la acomodaba, con todo el confort que podía darle, estaba pensativo.

Se retiró, al final de la jornada, recordando ese rostro, brillante de alegría, que veía caer la lluvia. Esa alegría y la gratitud que expresaba en todo momento que podía.

Al cabo de un tiempo, le comunicaron que Marta se había ido, sin sufrir; tenía ese mismo rostro luminoso que él había conocido.

En su casa, Juan pensaba en Marta y en cada paciente que había atendido. Esos pensamientos y recuerdos le quitaron el sueño. Pero, inspirado por ellos, comenzó a escribir su ponencia.

Cuando por fin llegó el día de la conferencia, todos escucharon atentamente su exposición.

Comenzó hablando acerca de una serie de técnicas y cuidados a pacientes críticos, cuidados y avances tecnológicos y la importancia de ellos en tiempos modernos. Poco antes de terminar, hizo una pausa y luego dijo:

–Para finalizar, quisiera hacer una reflexión. Vivimos tiempos donde la tecnología avanza a pasos agigantados y ha permitido salvar la vida a muchos pacientes. Sin embargo, aprendí en estos días que mientras vivimos enfrascados en ese modernismo tecnológico y de una manera demasiado activa, el paciente lo vive diferente. “Nos quejamos de un día lluvioso y frío, decimos que es un día feo; decimos que un día soleado es un día lindo. Explíquele eso a una paciente muriente, cuando para ella cada día es una excusa para agradecer, cuando tiene el tiempo contado.

“Aprendí que la única manera de no despersonalizar al paciente es decirle ‘Yo te cuido’. Cuando lo digo, no sé si lo digo con la razón o con el corazón, pero sí sé que es una frase sincera. Siempre la uso porque veo en mi paciente una actitud de confianza y eso aumenta mi actitud de lucha. Cuando la digo, siento que me transformo y busco todas las armas de mi profesionalismo y de mi fe.

“Cuando el paciente se va, cuando recibe el alta compensado, siento que él cumplió confiando y yo puedo sentirme conforme, porque pude contribuir a su *bien-estar*. Esa es la clave: equilibrar la tecnología sin olvidar al paciente que es una persona.

Hubo otro breve silencio, Juan había finalizado su conferencia. Todos los presentes se levantaron y aplaudieron, agradecidos.

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 | depcient@rivero.com.ar

Consultas - sugerencias 0800.222.7291

PLANTA MODELO JUNIN

Habilitada por ANMAT Legajo N° 0022

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

Autorizados por ANMAT PM 0022