

El cuidado de
Enfermería desde una
perspectiva cultural:
una aproximación
etnográfica |pág. 23

Ataque del
pie diabético
(APD) |pág. 15

Representaciones sociales
sobre el cáncer de mama |pág. 31

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

- 5 EDITORIAL
La importancia de la prevención primaria
- 7 INVESTIGACIÓN I
Estudio de caso: Análisis y descripción de registros publicados en un instrumento electrónico de notificación de eventos adversos | WALTER PICEDA
- 14 Reconocimiento de AECAF a ADECRA
- 15 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
Ataque del pie diabético (APD) | GRISELDA LEGUIZAMÓN
- 23 INVESTIGACIÓN II
El cuidado de Enfermería desde una perspectiva cultural: una aproximación etnográfica | IVÁN ARIEL VIERA
- 29 SEGURIDAD DEL PACIENTE
El Observatorio Argentino de Seguridad del Paciente: un compromiso colaborativo
- 31 INVESTIGACIÓN III
Representaciones sociales sobre el cáncer de mama: un estudio de caso en el servicio de oncología de un hospital público | GABRIELA OROÑO
- 39 Capacitaciones para enfermería 2024
- GACETILLA
- 40 17 años del programa de mentoría en Enfermería: una experiencia de perseverancia y transformación
| ALICIA VALENTINA GARCÍA
- FICHA 76
- 44 Actuación de Enfermería en el posoperatorio inmediato de reemplazo total de cadera | WALTER PICEDA
- RINCÓN LITERARIO
- 46 Mi pequeño guerrero | LUIS ABEL ESCALADA
- 48 Bases para la publicación de artículos



STAFF

COMITÉ EDITORIAL

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

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Magdalena Villaverde

DISEÑO GRÁFICO

Susana Prieto

Adecra

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

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

Autorizada su reproducción
mencionando la fuente.
Registro de Propiedad Intelectual
Nº 399943
ISSN: 1669-385X
Base de datos de indexación:
CUIDEN - Tipo de indexación: EC-E
EBSCO

Periodicidad trimestral (marzo, junio,
septiembre y diciembre)

CONSULTORES ESPECIALISTAS

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. Constanza Celano. Licenciada en enfermería,
especialista en enfermería oncológica. Magister en Administración y gestión
de sistemas y servicios de salud. Docente de la Univ. Austral.

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 importancia de la prevención en el nivel primario

Desde la enseñanza sistemática en la formación de Enfermería se insiste en la necesidad de acentuar, dentro de las políticas de salud de un país, el primer nivel de prevención a fin de evitar diversos tipos de daños. Esta política no sólo apunta a lograr un ahorro en términos económicos, a evitar complejas situaciones sociales, sino que hace especial énfasis en lograr una mejor calidad de vida para las personas.

En el último tiempo, las estadísticas en salud dan cuenta de una peligrosa “epidemia”, que podría ser totalmente evitable si los ciudadanos contaran con la debida información y con un sistema de alerta para detectar los signos y síntomas preliminares. Se trata del accidente cerebro vascular (ACV), una entidad que ocasiona estragos en la población anciana y que registra un preocupante aumento de incidencia a edades cada vez más tempranas. En nuestro país, las secuelas invalidantes son la principal causa de discapacidad y la tercera causa principal de muerte, por no haber tomado los recaudos necesarios en tiempo y forma.

El ACV se produce básicamente cuando las arterias del cerebro se obstruyen (ACV isquémico) o cuando un vaso se dilata y se rompe (ACV hemorrágico). Para evitar las consecuencias de estos trastornos se debe actuar en forma lo más inmediata posible, a fin de revertir los efectos devastadores de la falta de circulación cerebral. En estos casos, los minutos transcurridos son decisivos: cuanto más se demore la atención correspondiente, menos chances habrá de evitar las secuelas.

Otro ejemplo es el llamado “pie diabético”: el pie de la persona que padece diabetes y a causa de la mala circulación comienza a necrosarse. En muchos casos es posible evitar que este evento ocurra, con los cuidados correspondientes en la alimentación, en el ejercicio, en la administración de las dosis correctas de insulina, el cuidado de la piel, la higiene personal, entre otros.

Como en muchos otros ámbitos de la salud, las conductas saludables promueven el bienestar de las personas. Enfermería juega también un rol fundamental en la prevención ya que está capacitada para brindar información a la población y ejercer su función educativa a fin de evitar que las personas deban recurrir al nivel asistencial para subsanar los daños en la salud.

Es de esperar que puedan desarrollarse estructuras dentro del ámbito del Ministerio de Salud con una estrategia que privilegie la prevención y haga accesible a toda la población la información necesaria para una mejor calidad de vida.

¡PUBLICÁ TU ARTÍCULO EN

vea

VISIÓN DE **enfermería** ACTUALIZADA



**TU TRABAJO PUEDE SER UN
GRAN APOORTE
PARA OTROS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.**

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

Análisis y descripción de registros publicados en un instrumento electrónico de notificación de eventos adversos.

| WALTER PICEDA*

La implementación de sistemas de registro de eventos adversos mejora la seguridad del paciente. Para optimizarla es preciso profundizar el análisis de las características de los eventos adversos que se reportan en todos los niveles de la estructura organizacional

RESUMEN

La implementación de sistemas de registros de eventos adversos eleva la seguridad del paciente. Este trabajo se corresponde con la necesidad de profundizar el análisis de las características de los eventos adversos que se reportan en todos los niveles de la estructura organizacional.

PALABRAS CLAVE

eventos adversos – seguridad de paciente - estructura organizacional

ABSTRACT:

The implementation of a record of adverse events increases patient safety. Such work goes in keeping with the need to go deeper into the analysis of the characteristics of adverse events which are reported at every level within the organizational structure.”

KEYWORDS:

adverse events – patient safety – organizational structure

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente, según la OMS, busca reducir el riesgo de daño en la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable. En línea similar, el Ministerio de Salud de la

Nación define la seguridad del paciente como la disciplina que previene y reduce los daños prevenibles asociados a la atención médica. Para lograr esos estándares

res adecuados se requiere un monitoreo constante de los peligros, el desarrollo de salvaguardas y estrategias para reducir el daño innecesario.

Un programa de calidad integral institucional debe ser transversal y conectarse con todos los programas orientados a la mejora de la calidad de las instituciones de salud. Una herramienta para ello es el diseño e implementación de la gestión de incidentes. Existen diferentes metodologías para desarrollar este concepto; uno de ellos es el reporte de eventualidades ajustado al entorno donde se aplica. La especificidad de aquello que se detecta es una fortaleza y la sensibilidad de estos hallazgos, una debilidad.

Los eventos adversos son las consecuencias indeseables que las fallas en los procesos asistenciales acarrean a los pacientes. Se dispone de recursos valiosos, como el análisis de causa-efecto, para estudiar los acontecimientos vinculados a la seguridad del paciente, especialmente los más graves (eventos centinela), con el objetivo de evitar su repetición.

La implementación de sistemas de registros de eventos adversos eleva la seguridad del paciente. Este trabajo se corresponde con la necesidad de profundizar el análisis de las características de los eventos adversos que se reportan en todos los niveles de la estructura organizacional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo estandarizar las características de las notificaciones de eventos adversos en el sistema de reportes electrónico de una institución privada de salud?

En la atención sanitaria, los sistemas de vigilancia y medición de eventos adversos tienen como objetivo aprender de los factores humanos y organizativos que contribuyen a su aparición para desplegar estrategias de intervención. Conocer los factores determinantes de un evento adverso y sus efectos en pacientes y personal de salud permite un análisis enfocado en sus necesidades y la implementación de medidas para resarcir el daño.

Para los analistas de sistemas de notificación electrónica de eventos adversos se plantean desafíos como: identificar las características de las notificaciones publicadas, diseñar una modelización de estas particularidades apli-

cable a otros sistemas, determinar los factores asociados a la ocurrencia de eventos publicados, establecer un patrón que vincule un factor asociado con la publicación de un reporte de eventos adversos; en base a todo ello, el objetivo es aplicar los datos recolectados para mejorar la calidad y seguridad de la atención médica.

Este artículo presenta el análisis, la descripción y evaluación de un caso particular.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

- Investigación de tipo descriptiva.
- Estudio observacional, transversal, de campo, cuantitativo y retrospectivo.
- Universo: estuvo compuesto por todas las publicaciones de reportes de eventos adversos registrados en los sistemas de notificación de eventos adversos de las instituciones privadas de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Muestra: Se trabajó con una muestra aleatoria y accesible de los 192 reportes publicados en el sistema electrónico de notificación de eventos adversos en una institución privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el período que va del 1° de mayo de 2022 al 30 de abril del año 2023.
- Criterio de selectividad. Criterio de inclusión: unidades de análisis que se encuentren publicadas en el sistema electrónico de reportes de la institución privada de salud seleccionada durante el período de estudio. Criterio de exclusión: aquellas que no se hallen publicadas en este sistema electrónico de reportes de eventos adversos y que se hayan publicado fuera del período de estudio.
- Relevamiento y procesamiento de datos: eventos adversos de acuerdo con la definición teórica. Distribución de los reportes de eventos adversos en función de la pertinencia del hecho notificado a la definición aportada por Achury Saldaña y colaboradores (para dicho concepto, se los denomina “verdaderos”, mientras que a aquellos que no se ajustan a esta definición se los denomina “no verdaderos”) relevados a través del análisis del sistema electrónico de notificaciones (SEN) de la institución privada de salud estudiada, efectuadas en el período mayo 2022–abril 2023.

RESULTADOS

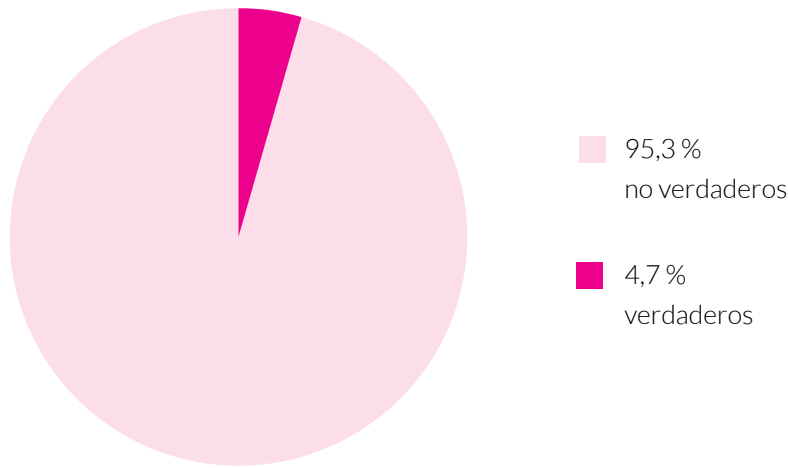
Tabla N° 1

Correspondencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Verdaderos	9	4,7
No verdaderos	183	95,3
TOTAL	192	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 1

Reportes según la definición teórica de eventos adversos



Fuente: Tabla N° 1

Análisis: El gráfico 1 muestra que el mayor porcentaje corresponde a los reportes de eventos adversos que no son pertinentes a la definición aportada por Achury Saldaña y colaboradores, para dicho concepto, siendo este el 95,3%. El grupo de reportes de eventos adversos pertinentes a la definición representan un 4,7 %.

TABLA 2. Eventos adversos verdaderos según área de servicio atribuida por el SEN

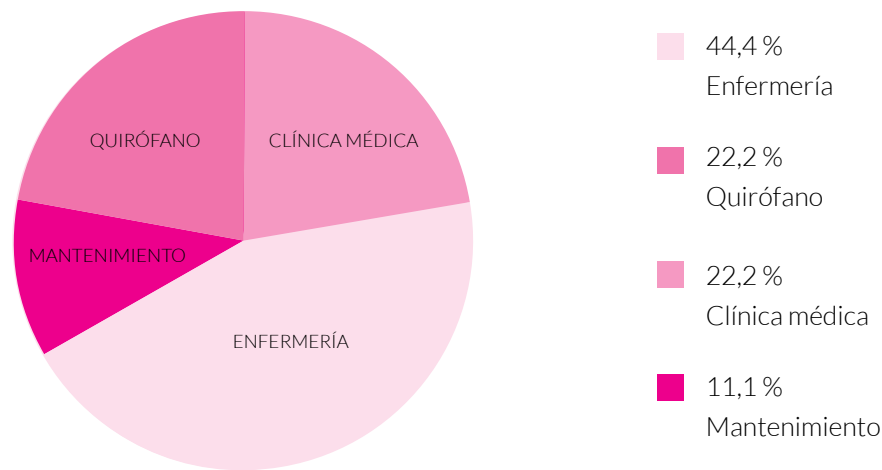
Distribución de los reportes de eventos adversos a los que se denomina “verdaderos”, según el área de servicio atribuida y relevados a través del análisis del sistema electrónico de notificaciones (SEN) de la institución privada de salud estudiada, efectuadas en el período mayo 2022–abril 2023.

Tabla N° 2

Área	Frecuencia	Porcentaje (%)
Clínica Médica	2	22,2
Enfermería	4	44,4
Mantenimiento	1	11,1
Quirófano	2	22,2
Total	9	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico N° 2



Fuente: Tabla N° 2

Análisis: El gráfico 2 muestra que de las notificaciones que se ajustan a la definición de eventos adversos, el mayor porcentaje se atribuye al área de servicio denominada “Enfermería” (44,4%). En segundo lugar, el área de servicio denominada “Clínica médica”, junto al área de servicio denominada “Quirófano” (22,2%). Por último, con casos de reportes que se ajustan a la definición de eventos adversos, se observa al área de servicio denominada “Mantenimiento” (11,1%).

TABLA 3. Eventos adversos verdaderos según el nivel de severidad atribuida por el SEN

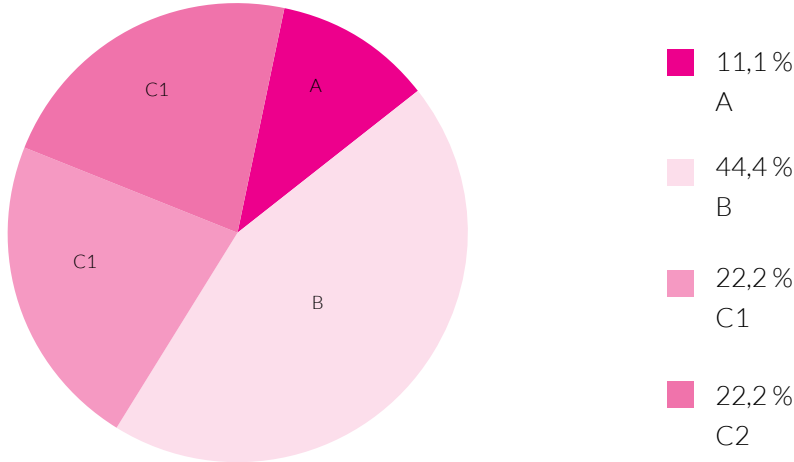
Distribución de los reportes de eventos adversos que se denominan “verdaderos”, según el nivel de severidad atribuida y relevados a través del análisis del sistema electrónico de notificaciones (SEN) de la institución privada de salud estudiada, efectuadas en el período mayo 2022–abril 2023.

Tabla N° 3

Severidad	Frecuencia	Porcentaje
A	1	11,1
B	4	44,4
C1	2	22,2
C2	2	22,2
Total	9	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico 3



Fuente: Tabla N° 3

Análisis: El gráfico 3 muestra las notificaciones ajustadas a la definición de eventos adversos publicadas agrupadas según la clasificación atribuida, donde el mayor porcentaje de ocurrencia se observa en la denominada “B” (44,4%). En segundo lugar, se ubica la denominada “C1” junto a “C2” (22,2 %) y en cuarto lugar la clasificación denominada como “A” (11,1%).

TABLA 4. Eventos adversos verdaderos según la variable intervención atribuida por Paranaguá

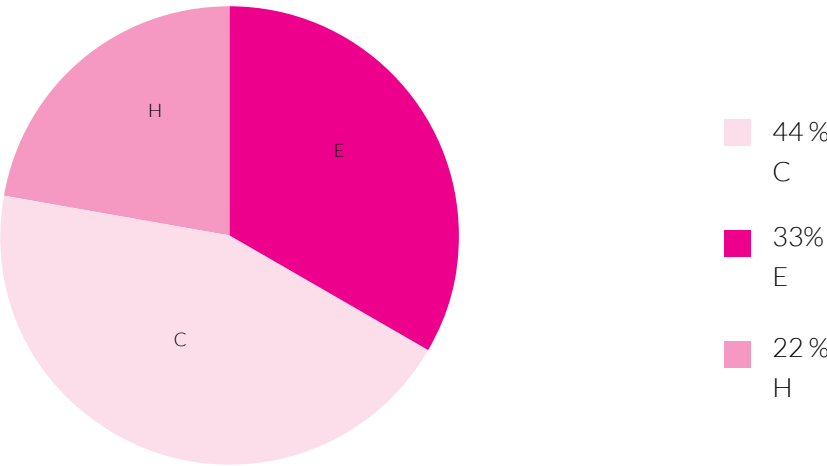
Distribución de los reportes de eventos adversos que se denominan “verdaderos”, según la variable “Intervención” atribuida por Paranaguá y colaboradores (Anexo N° 2) y relevados a través del análisis del sistema electrónico de notificaciones (SEN) de la institución privada de salud estudiada, efectuadas en el período mayo 2022–abril 2023.

Tabla N° 4

Intervención	Frecuencia	Porcentaje
A	0	0.0
B	0	0.0
C	4	44.4
D	0	0.0
E	3	33.3
F	0	0.0
G	0	0.0
H	2	22.2
I	0	0.0
TOTAL	9	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico N° 4



Fuente: Tabla N° 4

Análisis: El gráfico 4 muestra las notificaciones ajustadas a la definición de eventos adversos publicadas agrupadas según la variable “intervención” atribuida por Paranaguá, donde la de mayor porcentaje de ocurrencia es la denominada “C” (44,4%). En segundo lugar,

se ubica a la denominada “E” (33,3%) y en tercer lugar se posiciona a la clasificación denominada “H” (22,2%). No se observan casos que correspondan a las categorías denominadas “A”, “B”, “D”, “F”, “G” e “I”.

CONCLUSIONES

El sistema electrónico de notificaciones (SEN) de la institución analizada tiene como fortalezas la robustez en confidencialidad y protección de información, y el uso intuitivo que favorece el reporte. Sin embargo, la escasa sensibilidad de los reportes y un contexto de incipiente concientización en seguridad del paciente limitan su eficacia. La parametrización de puntos de abordaje para examinar las publicaciones se perfecciona con aspectos analíticos de una herramienta de medición validada. El SEN debe aprender de su experiencia para mejorar la calidad de los reportes y la seguridad del paciente. La inminente implementación de un tablero de indicadores de calidad básicos validado por el Ministerio de Salud de la Nación representa una oportunidad de mejora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Achury Saldaña, D., Rodríguez, S. M., Díaz, J. C., Cavallo, E., Zarate Grajales, R., Vargas Tolosa, R., & de las Salas, R. (2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enfermería global*, 15(42): 324-340.

Bernal Corrales, F. del C. (2020). Nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en un hospital nivel I. *Revista científica URAE*, 3(1): 43-52. Disponible en: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1383>

Fajreldines, A. (2020) XI Jornadas Nacionales y I Jornada Rioplatense Seguridad del Paciente. Seguridad del Paciente en el NHS, Disertación. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1Q9MvL9CKXAUjj2O7XYSxs2nEyOOu6F/view>

Flórez, F., López, L., & Bernal, C. (2022). Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. *Biomédica: revista del Instituto Nacional de Salud*, 42(1): 184- 195. Disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.6169>

Forest Yépez, MA (2023). Caracterización de eventos adversos en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del HODE Materno Infantil, Caja Nacional de Salud, segundo semestre gestión 2021 y propuesta de implementación de un formulario de notificación. Tesis de grado, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia.

Gens-Barberà, M., Hernández-Vidal, N., Vidal-Esteve, E., Mengíbar-García, Y., Hospital-Guardiola, I., Oya-Girona, EM, Bejarano-Romero, F., et al. (2021). Análisis de incidentes de seguridad del paciente en Atención Primaria reportados en una aplicación de registro electrónico. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*, 18 (17). Disponible: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18178941>

Leape, L.L. (2002). Reporting of adverse events. *The New England journal of medicine*, 347(20): 1633-1638. Disponible: <https://doi.org/10.1056/NEJMNEJMhpr011493>

Mascarenhas, F. A. S., Anders, J. C., Gelbcke, F. L., Lanzoni, G. M. M., Ilha, P. (2019). Dificuldades e facilidades nanotificação de eventos adversos em um hospital público cardiovascular de alta complexidade do sul do Brasil. *Enfermagem*, 28. Disponible: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce- 2018-0069>

Ministerio de Salud de la Nación (2019). Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria.

Muiño Míguez, A., Alonso Herreros, J. M., & García Sánchez, M. (2010). Medicina segura: prevención de efectos adversos en la atención sanitaria. *Anales de Medicina Interna*, 27(12): 601-607.

Muiño Míguez, A., Piñeiro Pérez, R., & Vázquez Campo, M. (2010). Efectos adversos en la atención sanitaria: magnitud, impacto y estrategias de prevención. *Anales de Medicina Interna*, 27(12): 606-613.

Murillo Marín, L & Gómez Giraldo, D (2019). Revisión bibliográfica sobre la importancia de reportar eventos adversos en el área de la salud en Colombia. Monografía para optar por el título de Especialización en Gerencia de Instituciones Privadas de Salud de Medellín, Universidad CES Facultad de Medicina, Salud Pública.

Paranaguá, T. T. D. B., Braga, Q. D. P., Bezerra, A. L. Q., Bauer de Camargo e Silva, A. E., Azevedo Filho, F. M. D., Gomes de Sousa, M. R. (2014). Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. *Enfermería Global*, 13(34): 206-218.

Poblete Umanzor Rodrigo (2018, 22 de marzo) I Jornadas del Centro del País de Seguridad del Paciente. Eventos Adversos 2. Disponible: <https://cicsp.org/portfolio/i-jornadas-del-centro-del-pais>

Rojas-Armadillo, ML, Jiménez-Báez, MV, Chávez-Hernández, MM, & González- Fondón, A. (2016). Validación de un sistema de registro de eventos adversos en atención primaria. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 327- 333.

Vítole, F. (2020). Prácticas esenciales de seguridad del paciente. II Jornada Cuyana Seguridad del Paciente. Disponible: https://www.youtube.com/watch?v=gO_OIgyHFOw

Vítole, F. (2021). Liderazgo y seguridad del paciente: ¿Cómo se relacionan? Biblioteca Virtual NOBLE. Disponible: <https://cicsp.org/wp-content/uploads/2019/07/5-Liderazgo-y-Seguridad-del-paciente-Vitolo.pdf>

Vítole, F. (2021). Seguridad del paciente: Lo que la alta dirección debe saber (y hacer) Biblioteca Virtual NOBLE. Disponible: <http://asegurados.descargos.nobleseguros.com/download/posts/March2021/QyL5YYdBM0XtJNRF3AW4.pdf>

Reconocimiento de AECAF a ADECRA



El miércoles 13 de diciembre de 2023 tuvo lugar en la sede de la Asociación de Enfermería de Capital Federal (AECAF) la celebración por los 70 años de esta entidad.



Como testimonio de este acontecimiento fue colocado en la sede un mural con el nombre de la asociación confeccionado por una enfermera socia de AECAF, Norma Ríos.

Desde sus comienzos AECAF brinda un servicio de apoyo a la Enfermería de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a través de numerosos cursos, asesoría legal, biblioteca, entre otras prestaciones para sus afiliados.

AECAF es la representante oficial ante las autoridades de gobierno de CABA y asesora en consultas que se le efectúan en relación a la Enfermería.

En esa misma sede de Av. Rivadavia 3518 funcionan la Federación Argentina de Enfermería (FAE) y el Sindicato de trabajadores de la Enfermería (SITRE). En los últimos años, gracias a las autoridades de la Comisión Directiva de AECAF, se han renovado las aulas para el dictado de clases y mucha de su infraestructura se ha modernizado, a fin de que quienes concurren a esta sede puedan sentirse bienvenidos y acogidos.

Durante el evento se proyectó un emotivo video sobre la historia de AECAF desde sus inicios, con testimonios de quienes integraron la asociación en los primeros tiempos. También se realizó un reconocimiento a ex presidentes, instituciones y personas que brindaron su apoyo en el transcurso de su desarrollo. Entre ellos, a ADECRA, en agradecimiento por su apoyo a la Enfermería de CABA.

Finalizando el encuentro se invitó a todos los participantes a un vino de honor.



Ataque del pie diabético (APD)

GRISelda LEGUIZAMÓN*
Sanatorio Mater Dei

INTRODUCCIÓN

El Consenso Internacional sobre Pie del Diabético lo define como “una infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos relacionados con alteraciones neurológicas y distintos grados de enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores que afecta a pacientes con diabetes mellitus que no ha sido o no está siendo correctamente tratada” (1).

La urgencia de atención del APD es una tarea interdisciplinaria que combina procesos de atención enfocados en disminuir la tasa de amputación y contar con unidades especializadas en los servicios de urgencias. De igual manera que en el abordaje del infarto agudo de miocardio y el ataque cerebrovascular isquémico, esto permite modificar los resultados en estas patologías. Los índices elevados de glucosa en sangre a lo largo del tiempo afectan los nervios y vasos, siendo desencadenantes de esta fisiopatología. De allí que la actuación frente al ataque de pie diabético esté marcada por la necesidad de facilitar la identificación de aquellos pacientes que requieren intervención urgente, dándole un sentido de urgencia y gravedad, bajo el concepto de que “tiempo es tejido”.

CONSIDERACIONES GENERALES

PREVALENCIA

El Informe de Municipios Saludables afirma que “la diabetes es una enfermedad con alta carga social y económica que no para de crecer. Su prevalencia alcanza al 9% de la población mundial y se pronostica que siga en aumento, durante las próximas décadas” (IMS Newsletter, 2022). El informe también señala también una tendencia alarmante entre los jóvenes de la región, donde más del 30% se consideran obesos o con sobrepeso (casi el doble de la media mundial).

En Argentina, la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo indica que la prevalencia de la diabetes es de aproximadamente 13 por cada 100 personas mayores de 18 años; de las cuales la mitad lo desconoce (INDEC, 2019).

Por su parte, según datos del Ministerio de Salud de la Nación, “el 25% de las personas con DM desarrollan una úlcera de pie diabético (UPD) durante su vida, y entre el 30 al 40% de las UPD tratadas con éxito se repetirán dentro del primer año y su consecuencia más lamentable es la amputación” (5).

*Licenciada en Enfermería.

Las amputaciones son un factor de alto riesgo de mortalidad entre las personas que sufren DBT, a diferencia de la población general.

El director del Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental de la OPS, Dr. Anselm Hennis, sostiene que «es indispensable asegurar el diagnóstico temprano y la buena gestión de la enfermedad, [acciones] fundamentales para poder controlarla adecuadamente y prevenir discapacidades» (5).

FISIOPATOLOGÍA

Existen tres factores fundamentales que en conjunto pueden provocar la amputación de los miembros: la neuropatía diabética, la enfermedad arterial periférica y la artropatía.

1- **NEUROPATÍA DIABÉTICA (ND):** es una de las complicaciones más frecuentes de las personas que sufren diabetes. La hiperglucemia provoca defectos en la conducción nerviosa y una disminución en la sensibilidad debido la desmielinización, juntamente con la hiperplasia e hipertrofia de las células de Schwann que conllevan a una disminución de la sensibilidad y hacen que el paciente con DBT presente lesiones en los pies, sin dolor, que pueden desembocar en una amputación debido a la gravedad de la lesión no tratada a tiempo.

2- **ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA (EAP):** se produce debido a la arterioesclerosis en las arterias de mediano y gran calibre de las extremidades inferiores (macroangiopatía). Las lesiones producidas en los pequeños vasos provocan lesiones funcionales (microangiopatía). Ambos tipos de angiopatías desvían el flujo sanguíneo, lo que impide la nutrición y oxigenación de los tejidos, provocando lesiones orgánicas graves en las zonas distales. La macroangiopatía provoca complicaciones macrovasculares como el infarto de miocardio, enfermedades cerebro-vasculares, gangrena de miembros inferiores debido a los trastornos metabólicos por la acumulación

de los productos de glucosilación avanzada que aumentan la respuesta inflamatoria a nivel vascular favoreciendo la aterogénesis. Estas lesiones se deben a la disminución del riego sanguíneo y afectan habitualmente a las arterias de la tibia y el peroné. En la microangiopatía, en pacientes con diabetes, se observa una disfunción endotelial por acción de la hiperglicemia, la hiperinsulinemia y la generación de radicales libres de oxígeno que conllevan problemas en la permeabilidad. La enfermedad microvascular provoca una alteración funcional como consecuencia del engrosamiento de la capa endotelial y la formación de shunts arteriovenosos. Esta alteración comporta una hipoxia y una mala nutrición de los tejidos por la incapacidad del intercambio de nutrientes y oxígeno. Al mismo tiempo, conlleva una mayor predisposición a la infección.

3- **ARTROPATÍA:** es la afectación del tejido conectivo periarticular que provoca una reducción de la movilidad articular, con afectación de las articulaciones del tobillo, subtalar y articulaciones metatarsofalángicas, lo que ocasiona un aumento de la presión hidrostática a nivel del pie y como resultado una rigidez. Todo ello promueve un aumento en las deformidades y un mal funcionamiento del pie durante la marcha induciendo a la aparición de úlceras por presión. Existe también un aumento en la actividad osteoclástica, que ocasiona un incremento en la reabsorción ósea y la atrofia.

CARACTERÍSTICAS DEL APD

El APD conlleva una amenaza potencial para la pérdida del miembro afectado y la vida del paciente por lo que se requiere intervención urgente. El APD se realiza en personas que presenten las siguientes características:

- **Infeccción grave** que requiera internación para drenaje de la colección o desbridamiento del tejido desvitalizado y/o antibioticoterapia. El pie presenta inflamación

aguda, eritema, colecciones líquidas, tejido desvitalizado amplio, necrosis húmeda, edema localizado o de todo el miembro, con o sin signos sistémicos de sepsis.



- **Necrosis** en uno o de ambos pies con isquemia progresiva y evolutiva que requieran de revascularización urgente. Presenta un pie con isquemia progresiva: se

trata de pacientes con isquemia crítica, con dolor en reposo, con o sin pérdida de tejido y que han progresado en los últimos días.



-**Neuropatía de Charcot** que demanda rápida identificación y descarga. Son pacientes que se presentan con un pie edematoso, eritematoso, por lo general sin dolor (no es excluyente). Requieren de un diagnóstico acertado para evitar lesiones o deformidades óseas irreversibles.



INTERVENCIONES

La principal orientación para el abordaje inicial ante APD es recordar el concepto “tiempo es tejido”: existe una alta tasa de amputación de PD; actuar bajo este concepto tiene como principal objetivo evitar la pérdida del pie y/o de la vida de la persona. El riesgo de un paciente que requiere APD progresa en horas, es por ello que una intervención en tiempo y forma es indispensable para una atención exitosa.

La exploración del pie diabético como medida fundamental

La atención de pacientes con pie diabético requiere un interrogatorio y exploración exhaustiva de parte del profesional de la salud para poder decidir una intervención adecuada y disminuir los riesgos de amputación. Esto es igualmente válido incluso en pacientes que no presentan lesiones al momento de evaluarlos para detectar riesgos y disminuir la posibilidad de tener que realizar un APD.

Para brindar cuidados oportunos a estos pacientes el profesional de salud debe conocer las distintas escalas que permiten identificar el diagnóstico por medio de la valoración de los signos y síntomas. Realizar un diagnóstico a través de una escala requiere solo algunos minutos y puede evitar tanto la amputación de un miembro como reducir el riesgo de vida de la persona.

ESCALAS DE CLASIFICACIÓN

• **Escala de Wagner-Merrit**

Clasifica las úlceras del pie diabético y constituye la base para el plan de tratamiento según la gravedad, profundidad, infección y gangrena.

Clasificación Escala de Wagner-Merrit (1981)

GRADO	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS
0	Ninguna. Pie de riesgo.	Hiperqueratosis, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra y deformidades óseas.
1	Úlceras superficiales.	Destrucción total del espesor de la piel.
2	Úlceras profundas.	Penetra en piel, grasa y ligamentos pero sin afectar hueso. Infectada.
3	Úlceras profundas + absceso.	Extensa y profunda, secreción y mal olor. Existencia de osteomielitis.
4	Gangrena limitada.	Necrosis de parte del pie (dedos, talón, planta).
5	Gangrena extensa.	Todo el pie afectado, efectos sistémicos.

Conforme las lesiones son de grado superior, la posibilidad de sufrir una amputación es mayor y en consecuencia aumenta la mortalidad asociada.

Ahora bien, esta escala presenta algunas limitaciones que merecen ser consideradas:

- Los grados 4 y 5 no son una fase avanzada de los 1, 2 y 3.
- No diferencia si hay o no isquemia en los grados 1, 2 y 3, fundamental para conocer el pronóstico.
- No especifica si hay infección asociada y en qué grado.

• **Escala de Texas**

Clasifica las lesiones de pie diabético asociando la profundidad de la lesión con la isquemia y la infección.

Clasificación de la Universidad de Texas⁴

	Grado 0	Grado I	Grado II	Grado III
Estadio A	Lesiones pre o periulcerosas. Completamente epitelizadas.	Herida superficial, no afecta tendón, cápsula o hueso.	Herida que afecta a tendón o cápsula.	Herida que penetra hueso o articulación.
Estadio B	Infectada.	Infectada.	Infectada.	Infectada.
Estadio C	Isquémica.	Isquémica.	Isquémica.	Isquémica.
Estadio D	Infectada e isquémica.	Infectada e isquémica.	Infectada e isquémica.	Infectada e isquémica.

• Escala de San Elián

Permite calificar el grado de severidad del pie diabético. Según la suma de sus partes, puede clasificarse como leve (con puntaje <10), moderado (10 a 20 puntos) o grave (21 a 30 puntos). Entre los ítems a considerar están la localización, los aspectos topográficos, los factores agravantes (isquemia, estado infeccioso, edema y neuropatía) y la afectación tisular (profundidad, área y fases de cicatrización).

Programa Salud Cardiovascular
Servicio de Salud Chiloé

Escala San Elián
Evaluación Pie Diabético

FORMULARIO DE LA ESCALA SAN ELIAN PARA DETERMINAR SEVERIDAD DE FACTORES RELACIONADOS A LA HERIDA EN PIE DIABETICO

1 pto	2 ptos	3 ptos
1.- Localización de la herida primaria ☐ Falanges	☐ Metatarsal	☐ Tarsal
2.- Localización topográfica ☐ Dorsal o plantar	☐ Lateral o medial	☐ Dos o más
3.- Número de zonas afectadas (ver 1) ☐ Uno	☐ Dos	☐ Tres
4.- Isquemia 0.Sin isquemia, sin signos ni síntomas, Pulsos pedio y/o tibial posterior (TP) palpables, o ITB 0.90-1.2 ☐ Pulsos palpables, levemente disminuidos ó ITB 0.89-0.7* ó IDB 0.74-0.6**	☐ Pulsos débiles, poco palpables ó ITB 0.69-0.5* ó IDB 0.59-0.3**	☐ Sin pulsos palpables ó ITB <0.5* ó IDB <0.3**
5.- Infección 0.Sin infección, sin signos de infección ☐ Eritema < 2cm, descarga purulenta, caliente, doloroso	☐ Eritema > 2cm, infección en músculo, tendón, articulación o hueso	☐ SIRS, hiperglicemia o hipoglicemia secundaria
6.- Edema 0.Sin edema ☐ Alrededor de la herida	☐ Un pie o una pierna	☐ Bilateral, secundaria a comorbilidades
7.- Neuropatía 0.Sin neuropatía ☐ Sensibilidad protectora disminuida	☐ Sensibilidad protectora ausente	☐ Pie de Charcot Neurosteoartropatía diabética
8.- Área ☐ Pequeña (<10 cm²)	☐ Mediana (11-40 cm²)	☐ Grande (>40 cm²)
9.- Profundidad ☐ Superficial (piel)	☐ Tendones, fascia, músculos	☐ Articular, huesos
10.- Etapa de Cicatrización ☐ Epitelización	☐ Granulativa	☐ Inflamatoria

SUMA DE LOS PUNTOS

<10: I Leve: Cicatrización y resolución exitosa, bajo riesgo para amputación

11-20: II Moderada: Amenaza parcial, resultado proporcional al esfuerzo terapéutico, <30% de riesgo amputación

21-30: III Severo: Amenaza a la extremidad y la vida, resultado no proporcional al esfuerzo terapéutico, >70% de riesgo amputación

* ITB: Índice tobillo brazo, medido por doppler

** IDB: Índice dedo brazo, con dedo se refiere al hallux, medido por doppler

Score de San Elián, traducido desde International Diabetes Federation, modificado por Sebastián Alfaro Turpie, interno de Medicina Universidad de Antofagasta

Corregido por: Dr. Francisco Salvador Saguer, Profesor FACMO Universidad de Antofagasta y Dr. Fermín Martínez-De Jesús, Director del Centro San Elián para la Prevención y Salvamento del Pie Diabético, Asociación Mexicana de Pie Diabético, México

CONCLUSIÓN

La actuación frente a APD requiere un entrenamiento para los profesionales de la salud que atienden pacientes diabéticos para reconocer aquellos casos que revisten riesgo de amputación, a fin de poder mejorar el pronóstico y evitar que las complicaciones avancen en cualquiera de los tres tipos de APD (pie diabético infectado, pie diabético isquémico progresivo y NC en fase aguda). Como se ha mencionado, es de vital importancia contar con un equipo interdisciplinario consolidado, que asegure un tratamiento preciso y urgente, capaz de brindar una atención oportuna y adecuada en cada caso con el fin de evitar amputaciones, invalidez y la pérdida de la vida, siendo ésta la consecuencia más grave.

BIBLIOGRAFÍA

(1) American Diabetes Association (2010) Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care; 33: S62-S69. Disponible en: https://diabetesjournals.org/care/article/33/Supplement_1/S62/25777/Diagnosis-and-Classification-of-Diabetes-Mellitus

(2) Aragón Sánchez, F.J. y Ortiz Remacha, P.P. (2002). El pie diabético. Barcelona: Masson.

(3) Camp Faulí, A. y Blanes, J.L. (1999) Protocolo en la unidad del pie diabético. Madrid: Editorial Federación Española de Podología.

(4) Federación Argentina de Diabetes (2023) Qué sucede con la diabetes tipo 2 en nuestras niñas y niños. Rev Nuestra voz, n° 83. Disponible en: <https://www.fad.org.ar/wp-content/uploads/2023/05/Nuestra-Voz-Num-83.pdf>

(5) Ministerio de Salud de la Nación (2021) Pautas para la prevención y el abordaje del pie diabético. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/pautas-para-la-prevencion-y-el-abordaje-del-pie-diabetico>

(6) Rodríguez Castaño, M.; Mera Cores, M.A.; Calvo Pérez, A.I. (2023) Manual de cuidados e prevención de lesiones cutáneas relacionadas con dependencia. Xunta de Galicia: Consellería de Sanidade. Disponible en: https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Documents/371/MANUAL%20PREVENCI%c3%93N%20LCRD_COIDADORES_Sergas-gal.pdf

(7) Toledo, A.; Vega, L.; Vega, K.; Ramos, N. et al. (2009) Pie diabético: de la fisiología a la clínica. Rev Diabetes Internacional, Vol.1, n°3. Disponible en: http://saber.ucvve/ojs/index.php/rev_di/article/view/1905

(8) Velásquez Cabrera, A. J. (2023). Clasificación de San Elián y su uso para establecer severidad en úlceras en pie diabético. Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI, 7(1), 141-152. Disponible en: <https://doi.org/10.36314/cunoriv7i1.214>

El cuidado de Enfermería desde una perspectiva cultural: una aproximación etnográfica

IVÁN ARIEL VIERA

Escuela de Enfermería
de Universidad Nacional
de Rosario

RESUMEN:

La etnoenfermería se ha desarrollado en las últimas décadas con el objetivo de sustentar la práctica y el estudio de una enfermería transcultural que promueva una atención culturalmente adecuada. De este modo, la etnoenfermería pretende generar conocimiento en torno a los grupos culturales para guiar el cuidado de enfermería. En el presente artículo se describen algunos de los temas más relevantes en torno a la enfermería y etnografía, el cuidado y la etnografía y en general la salud y la etnografía.

ABSTRACT:

Ethnonursing has been developed in recent decades with the aim of supporting the practice and study of transcultural nursing, which promotes culturally appropriate care. In this way, ethnonursing aims to generate knowledge about cultural groups to guide nursing care. This article describes some of the most relevant issues around nursing and ethnography, care and ethnography, and health and ethnography in general.

PALABRAS CLAVE:

cuidado de enfermería, enfermería transcultural, etnoenfermería

KEYWORDS:

nursing care, transcultural nursing, ethnonursing

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la Etnoenfermería se ha desarrollado con el objetivo de sustentar la práctica y el estudio de una Enfermería transcultural, que promueva una atención culturalmente adecuada. De ese modo, esta disciplina pretende generar conocimiento en torno a los grupos culturales para guiar el cuidado enfermero. El trabajo de campo y la observación participante han demostrado ser métodos de investigación valiosos para estudiar los procesos de salud y enfermedad. En particular, los proyectos de investigación de base etnográfica

han contribuido al desarrollo de conceptos y teorías realistas para una mejor comprensión de los vínculos entre el cuerpo y la sociedad. Sin embargo, pese a que resultan especialmente adecuados para investigar los entornos de vida y el conocimiento implícito, la acción profesional y la participación de los pacientes (Strudwick, 2021), los métodos observacionales no están muy presentes en la investigación actual en el área de la salud.

A fin de contribuir a la ampliación de ese campo, el presente artículo describe algunos de los temas más

una estrategia a la
**Década
del envejecimiento
saludable**



**III CONGRESO
INTERNACIONAL
DE LA Red ESAM**

23 AL 25/MAYO/2024

**Universidad de Guanajuato
GUANAJUATO - MÉXICO**

**TECNOLOGÍA Y CIENCIA EN
EL CUIDADO MULTIDIMENSIONAL
DE LAS PERSONAS MAYORES
EN LA DÉCADA DEL
ENVEJECIMIENTO SALUDABLE
2021 - 2030**



Academia Mexicana de
Fenomenología e Investigación
Cualitativa en Enfermería y Salud, A.C.



UDEGUANAJUATO

relevantes en torno a las investigaciones que vinculan la Enfermería y la etnografía, el cuidado y la etnografía, así como de la salud y la etnografía en general. Se discuten las potencialidades y los desafíos que encuentra la práctica de la investigación etnográfica en relación con objetos de investigación específicos (fenómenos y procesos que afectan aspectos de la salud y la enfermedad) particularmente desde el rol de la Enfermería y en torno al cuidado de los pacientes.

ENFOQUE Y APORTES METODOLÓGICOS

La etnografía se ocupa del contexto del descubrimiento, más que de la verificación, y conduce a descripciones e interpretaciones narrativas de los fenómenos culturales (Black et al., 2021). Se caracteriza porque sus técnicas de recolección de datos son primordialmente individualistas e involucran observaciones, entrevistas semiestructuradas, estructuradas o no estructuradas; los procedimientos de muestreo deben abordarse en relación con las personas entrevistadas y/u observadas, los eventos que se verán, los temas que se considerarán y los plazos que se establecerán (Black et al., 2021). En tanto investigación cualitativa en salud, las actividades de investigación se plantean desde y en disciplinas como las ciencias de la salud, la salud pública, la ciencia y los estudios de Enfermería, la investigación en servicios de salud, la psicología y la medicina, así como la sociología, que trata empírica y metódicamente aspectos de la salud y las enfermedades humanas (Strudwick, 2021). Esta metodología facilita la investigación del contexto en el cual evolucionan las creencias y prácticas de salud de las personas, además de servir para identificar los componentes culturales asociados a la salud y la enfermedad. Dicho de otro modo, entiende que el comportamiento en relación a la salud y la enfermedad ocurre dentro de un contexto cultural. Para una profesión como la Enfermería, dado su carácter práctico fundamental, tener un mayor conocimiento acerca de la cultura y su vínculo con el comportamiento de los pacientes puede permitir una mayor pertinencia de los juicios de los y las enfermeras, así como una mejora en la atención que brindan.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

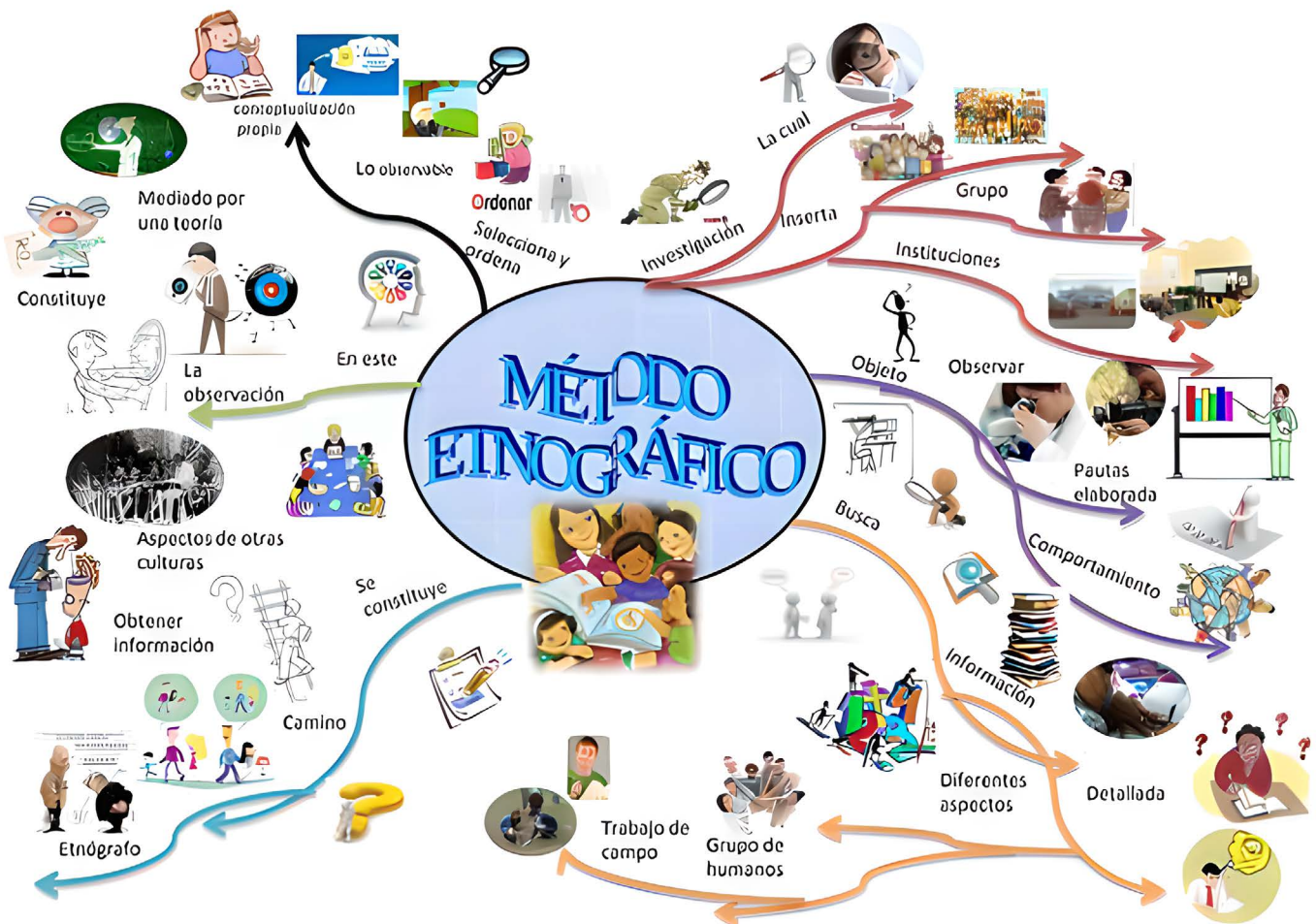
- estudio de tipo descriptivo y cualitativo, revisión bibliográfica de fuentes secundarias
- para la búsqueda y selección de artículos se emplearon las bases de datos especializadas PubMed y Google Scholar; los criterios de búsqueda aplicados fueron combinaciones de los términos “ethnography”, “health”, “nursing” y “care”, haciendo uso además de los operadores booleanos “and” y “or”.
- Criterios de inclusión:
 - artículos publicados entre 2017-2023
 - artículos en español o inglés
 - artículos enfocados en el cuidado de enfermería desde una perspectiva cultural etnográfica
 - artículos de acceso libre
 - artículos de todo tipo, incluyendo revisiones y libros
- Criterios de exclusión:
 - artículos con más de cinco años de publicación
 - artículos duplicados

RESULTADOS:

A continuación se presenta la información recopilada, organizada a partir de los tres ejes temáticos anteriormente mencionados.

ETNOGRAFÍA Y SALUD

Si bien la comprensión cultural es el uso más citado de la etnografía, hay muchos entornos específicos en los que el método es bastante valioso. Una de esas áreas es la salud. La gran cantidad de variables en el entorno clínico se prestan bien para ser analizadas desde un enfoque más abierto, en lugar de responder preguntas de una encuesta o extraer datos archivados en las bases de datos de hospitales y clínicas (Kelly et al., 2018). La relación paciente-enfermera es la clave del éxito de la asistencia sanitaria. Una mejor comprensión de esas dinámicas permite a quienes deben tomar las decisiones proceder con información más confiable y pertinente. Llegar a la raíz de los problemas relacionados con la



atención al paciente, en lugar de rastrear el comportamiento, conduce a soluciones reales y no a un proceso de prueba y error (Cubellis et al, 2021).

ETNOGRAFÍA Y CUIDADO

El concepto “cuidar” es complejo. Han surgido numerosas perspectivas teóricas y operativas acerca del cuidado en el campo de la Enfermería. La discusión en

curso sobre lo que constituye el cuidado dentro de los dominios de la práctica enfermera es más evidente en la especialización de UCI para adultos, donde el cuidado humanista se yuxtapone con la aplicación de tecnología avanzada. El cuidado en UCI ha sido discutido en términos de una entidad como el paciente, su familia (Mackie et al., 2018), enfermeras (Hales et al, 2018), profesionales de la salud (Handberg & Voss, 2018) o un par de entidades, como pacientes y enfermeras.

ETNOGRAFÍA Y ENFERMERÍA

Como base de la antropología, la etnografía ha sido adoptada por muchas disciplinas en sus intentos por comprender los fenómenos culturales. La etnoenfermería es un método de investigación desarrollado por Madeleine Leininger que intenta combinar conceptos de la etnografía y la enfermería. La experiencia antropológica de Leininger en la década de 1960 fue una característica central para su desarrollo (Wehbe & McFarland, 2020).

Es un tipo especial de investigación que se enfoca tanto en la enfermería como en la cultura, ya que se cruzan en los patrones de atención. Como tal, no es necesariamente el método elegido por los enfermeros etnógrafos, que pueden desear estudiar Enfermería o cultura pero no enfocarse en ambos simultáneamente.

Leininger describe el cuidado culturalmente congruente, que es el cuidado habitual adaptado para que encaje sin conflicto dentro de una cultura particular y sea complementario de esa cultura en lugar de oponerse a ella. Su modelo *Sunrise* se centra en la visión del mundo del individuo, ya que se ve afectado por diversas fuerzas, incluidas la cultura, la economía y la política. Como gran parte de la etnografía, la etnoenfermería insiste en el reporte contextual de la información, la inmersión cultural y el punto de vista émico (Wehbe, 2018), es decir, de aquellos conceptos que existen sólo en una cultura o nación, que son específicos de esa cultura.

Las enfermeras desempeñan un papel clave en la articulación de la singularidad de los sistemas de salud complejos, son responsables de salvaguardar la mejor atención y el cuidado de los pacientes. Cuentan con una larga tradición de liderazgo en los servicios de salud y son conocidas por sus colegas y el público como líderes de una profesión solidaria (Solbakken et al., 2018).

Dentro de la literatura se han encontrado diversos estudios que abordan el cuidado de diferentes grupos de pacientes desde el punto de vista de la etnoenfermería; por ejemplo: el cuidado de los adolescentes basado en la sabiduría de la cultura pandalungana de Indonesia (Suanto et al., 2020); aspectos culturales del cuidado de pacientes esquizofrénicos musulmanes (Vanaleesin et al., 2020); experiencias culturales, patrones y prácticas de mujeres indias americanas con síndrome de ovario

poliquístico (Carron et al., 2020); las necesidades culturales de cuidado de padres hispanohablantes con dominio limitado del inglés cuyos hijos se encuentran hospitalizados (Stephen et al., 2023); la contextualización de los factores culturales asociados con la atención del cáncer en Nigeria (Nwozichi et al., 2021), entre otros.

DISCUSIÓN

Durante la mayor parte de nuestra existencia, los seres humanos hemos dependido de los recursos del entorno natural, así como de técnicas de salud y curación estrechamente asociadas con creencias espirituales. Muchas de estas prácticas, incluidos algunos remedios a base de hierbas y técnicas como la acupuntura, han sido estudiadas científicamente y se ha demostrado que son eficaces. En otros casos donde no se ha probado que sean médicamente efectivos por evidencia científica externa, continúan siendo aceptados por comunidades que los perciben como útiles. De allí que sea relevante considerar las ideas culturales sobre la salud y los aportes de la etnomedicina, en tanto estudio comparativo de las ideasculturales sobre el bienestar, la enfermedad y la curación.

Un lugar importante para comenzar es el que ofrece la etnoetología: el campo de las explicaciones culturales sobre las causas subyacentes de los problemas de salud (Mahapatra et al., 2019).

Si bien en este estudio no se encontraron suficientes artículos científicos que ofrezcan un panorama amplio en torno a la utilización de la etnografía como método en la práctica de Enfermería, su relación con la salud y el cuidado, sí fue posible dar con algunos estudios – como el de Martín y colaboradores (2019)– donde los autores exploran la prestación de cuidados dignos por parte de los profesionales de Enfermería.

Dicho estudio, de tipo cualitativo etnográfico, combina métodos inductivos y deductivos para identificar temas emergentes. De ese modo encontraron la importancia de brindar un cuidado digno y la necesidad de garantizar que las actitudes y comportamientos de las enfermeras sean consistentes con este objetivo. Esto sugiere la necesidad de foros profesionales en los que las enfermeras puedan ser más conscientes de su propia práctica clínica.

CONCLUSIÓN

Si bien hemos podido detectar cierto uso de la investigación cualitativa dentro de la atención y la educación médica, se encuentra todavía subrepresentada en comparación con su contraparte cuantitativa.

De estos enfoques cualitativos, la etnografía es un método bastante adecuado tanto para la medicina como para la enfermería. Su aplicación a la atención médica cuenta con un amplio apoyo, ya que los comportamientos de salud y las diferencias en la prestación de atención médica no se detectan necesariamente en un estudio cuantitativo. La investigación cualitativa, aunque requiere mucho tiempo, es una excelente herramienta de indagación acerca de las diferencias entre culturas, géneros, profesiones y regiones geográficas, por nombrar algunas. A la vez que proporciona una rica colección de información para el investigador, puede convertirse en fuente de variables determinantes para futuras investigaciones y, por lo tanto, servir como plataforma de lanzamiento para estudios originales más amplios.

BIBLIOGRAFÍA

Black, G. B., van Os, S., Machen, S., & Fulop, N. J. (2021). Ethnographic research as an evolving method for supporting healthcare improvement skills: a scoping review. *BMC Medical Research Methodology*, 21(1): 274. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01466-9>

Carron, R., Kooienga, S., Gilman-Kehrer, E., & Alvero, R. (2020). Cultural experiences, patterns, and practices of American Indian women with polycystic ovary syndrome: An ethnonursing study. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(2): 162-170. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1043659619856670>

Cubellis, L., Schmid, C., & von Peter, S. (2021). Ethnography in health services research: Oscillation between theory and practice. *Qualitative Health Research*, 31(11): 2029-2040. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/10497323211022312>

Hales, C., Coombs, M., & de Vries, K. (2018). The challenges in caring for morbidly obese patients in Intensive Care: A focused ethnographic study. *Australian Critical Care*, 31(1): 37-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.02.070>

Handberg, C., & Voss, A. K. (2018). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2): 102-114. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.13851>

Kelly, M. A., Nixon, L., McClurg, C., Scherpbier, A., King, N., & Dornan, T. (2018). Experience of touch in health care: A meta-ethnography across the health care professions. *Qualitative Health Research*, 28(2): 200-212. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1049732317707726>

Mackie, B. R., Marshall, A., & Mitchell, M. (2018). Acute care nurses' views on family participation and collaboration in fundamental care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12): 2346-2359. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.14185>

Mahapatra, A. D., Bhowmik, P., Banerjee, A., Das, A., Ojha, D., & Chattopadhyay, D. (2019). Ethnomedicinal wisdom: An approach for antiviral drug development. In *New Look to Phytomedicine*, pp. 35-61. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814619-4.00003-3>

Martin-Ferreres, M. L., De Juan Pardo, M. Á., Bardallo Porras, D., & Medina Moya, J. L. (2019). An ethnographic study of human dignity in nursing practice. *Nursing Outlook*, 67(4): 393-403. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.02.010>

Nwozichi, C. U., Musah, K. T., Madu, A. M., Guino-O, T. A., Arungwa, O. T., & Jimoh, M. A. (2021). Contextualizing the cultural factors associated with cancer care in Nigeria: An ethnonursing study. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(4): 382-388. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1043659620947798>

Solbakken, R., Bergdahl, E., Rudolfsson, G., & Bondas, T. (2018). International nursing: Caring in nursing leadership. A meta-ethnography from the nurse leader's perspective. *Nursing Administration Quarterly*, 42(4): E1-E19. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000314>

Stephen, J. M., Zoucha, R., Cazzell, M., & Devido, J. (2023). Cultural care needs of Spanish speaking parents with limited English proficiency whose children are hospitalized: An ethnonursing study. *Journal of Pediatric Nursing*, 69, 62-70. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.12.019>

Strudwick, R. M. (2021). Ethnographic research in healthcare - patients and service users as participants. *Disability and Rehabilitation*, 43(22): 3271-3275. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1741695>

Susanto, T., Rasni, H., Susumaningrum, L. A., Rahmawati, I., Yunanto, R. A., & Septiyono, E. A. (2020). Caring for adolescents based on the wisdom of Indonesian Pandalungan culture: An ethnonursing pilot study. *Journal of Pediatric Nursing*, 55, 270-278. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.05.015>

Vanaleesin, S., Suttharangsee, W., & Hatthakit, U. (2020). Cultural aspects of care for Muslim schizophrenic patients: An ethnonursing study. *Songklanagarind Medical Journal*, 25(5): 361-370.

Wehbe-Alamah, H. B. (2018). The ethnonursing research method: Major features and enablers. In *Leininger's Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice*, pp. 57-84.

Wehbe-Alamah, H., & McFarland, M. (2020). Leininger's ethnonursing research method: Historical retrospective and overview. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(4): 337-349. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1043659620912308>

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!



El Observatorio Argentino de Seguridad del Paciente: un compromiso colaborativo



El propósito del observatorio es desarrollar actividades cooperativas, abiertas y basadas en la mejor evidencia disponible para lograr un sistema de salud que brinde atención segura en todos sus niveles y para toda la población.

El Observatorio Argentino de Seguridad del Paciente tiene el propósito de facilitar la colaboración interdisciplinaria e intersectorial para lograr el cambio cultural hacia la participación de todos y todas en un sistema de salud seguro.

En nuestro país, el 30% de las personas atendidas en el sistema de salud se ven afectadas por daños prevenibles vinculados a la atención recibida. El Observato-

rio surge como respuesta a la necesidad de potenciar los esfuerzos individuales en pos de una atención segura. Con el respaldo operativo del Departamento de Calidad, Seguridad del Paciente y Gestión Clínica del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), se presenta como un espacio de colaboración voluntaria donde los interesados del sistema de salud argentino contribuyen de manera activa.

COLABORACIÓN Y DIFUSIÓN,
LAS CLAVES DEL ÉXITO

El Observatorio se caracteriza por un enfoque colaborativo y por la transparencia de sus acciones. Cuenta con expertos de diversos campos que trabajan en forma conjunta y aspira a convertirse en un actor de referencia en seguridad del paciente: la difusión de evidencia actualizada, la identificación de brechas de conocimiento y la promoción de políticas públicas son los elementos clave que guían sus acciones.

PROYECTOS EN MARCHA: ENCUESTAS
Y EVALUACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

En línea con sus objetivos, el Observatorio se encuentra actualmente en vías de lanzar una encuesta sobre la implementación de iniciativas de seguridad del paciente en organizaciones de salud de Argentina. Con la aprobación del Comité de ética de la Provincia de Buenos Aires, esta encuesta busca describir la situación actual y las áreas de mejora en la implementación de prácticas seguras. Además, se encuentra en desarrollo un informe sobre eventos adversos identificados en el país. Este proyecto, basado en fuentes secundarias, será un elemento de difusión y consulta que proporcionará una visión detallada e integral de la situación de la seguridad del paciente en Argentina.

LA LEY NICOLÁS, UN PASO FIRME HACIA
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

En paralelo a estos esfuerzos, el Observatorio y expertos como los Dres Julio Ravioli y Adolfo Tamini han acompañado el desarrollo de la Ley Nicolás, presentada en la Cámara de Diputados por el Dr. Quetglas. Esta ley, que ha obtenido aprobación por unanimidad en la Cámara de Diputados, representa un hito significativo en el compromiso del país con la seguridad del paciente.

La Ley Nicolás aborda de manera integral la seguridad del paciente, estableciendo normativas y estándares que buscan garantizar una atención de la salud segura y de calidad. Entre sus disposiciones se encuentran medidas para la prevención de eventos adversos, la mejora de la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes, y la promoción de políticas públicas basadas en la evidencia.

EL FUTURO DE LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE EN ARGENTINA

A medida que el Observatorio avanza con sus proyectos y se alinea con iniciativas legislativas como la Ley Nicolás, el futuro de la seguridad del paciente en Argentina se vislumbra con mayor claridad. La colaboración entre profesionales de la salud, la participación activa de la comunidad y el compromiso con la mejora continua son los pilares sobre los cuales se construye este camino hacia una atención de la salud más segura y efectiva. La realidad actual de nuestro país nos plantea un escenario con múltiples interrogantes, que de alguna manera también influyen en la garantía de una atención segura por parte de las instituciones de salud. Desde el Observatorio estamos convencidos de que la seguridad del paciente es un tema que no puede ser postergado y sobre el que puede trabajarse aún en tiempos de inestabilidad económica e incertidumbre.

El Equipo operativo del Observatorio
está conformado por:

- Andrea Falaschi
- Ezequiel García Elorrio
- Ariel A. Palacios
- Viviana E Rodriguez
- Inés Suarez Anzorena
- Fabián Vitolo

Representaciones sociales
sobre el cáncer de mama:
un estudio de caso
en el servicio de oncología
de un hospital público

GABRIELA OROÑO*

Las representaciones sociales en torno al cáncer de mama siguen estando fuertemente vinculadas a la enfermedad como sinónimo de sufrimiento prolongado y muerte. Algunas de las explicaciones que se ofrecen como causa, así como las razones por las cuales no se realizan los controles preventivos, merecen especial consideración por parte de los agentes e instituciones de salud.

RESUMEN

La presente investigación tuvo el objetivo de analizar las representaciones sociales (RS) en torno al cáncer de mama. La RS encontradas fueron: enfermedad como sinónimo de muerte, agente externo que invade, causada por emociones negativas, motivos espirituales y factores biomédicos, los tratamientos son largos y dolorosos.

PALABRAS CLAVE

Representación social. Cáncer de mama. Enfermería.

SUMMARY:

The objective of this research was to analyze the social representations (SR) around breast cancer. The SR found were; disease as synonymous with death, an external agent that invades, caused by negative emotions, spiritual reasons and biomedical factors, the treatments are long and painful.

KEYWORDS:

Social representation. Breast cancer. Nursing. structure

* Magister en Enfermería. Profesora de nivel secundario y terciario. Docente cátedra Seminario de investigación de la carrera de Enfermería. Integrante del equipo de salud de la Dirección de territorios saludables (Ministerio de salud, Provincia de Santa Fe). Doctoranda en Ciencias de la salud (UNL). Presidenta de la fundación Cuidamos.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye un grave problema de salud a nivel mundial, debido a su alta incidencia y mortalidad. En la Región de las Américas, es el cáncer más común en mujeres y la segunda causa de muerte. Datos de la OPS estiman que en 2012 unas 408.000 mujeres fueron diagnosticadas, de las cuales más de 92.000 murieron. De mantenerse las tendencias actuales, para 2030 aumentará en un 46% (OPS, 2015). Para Torres López et al. (2005, p. 102), la visión epidemiológica representa solo una parte del problema y por ello es necesario realizar un acercamiento más profundo a la vida de las personas que padecen esta dolencia

para conocer sus experiencias como enfermos, porque los sufrimientos condicionan sus significados. Desde ese abordaje, se pueden rescatar elementos que contribuyan a desarrollar una mejor atención y prevención para las personas que sufren esta enfermedad. En esa línea, el presente artículo presenta un estudio de caso llevado a cabo durante el período 2019-2021 con pacientes con cáncer de mama internadas en el servicio de oncología de un hospital público de la provincia de Santa Fe. Se indaga acerca de las representaciones sociales que atraviesan su vivencia de la enfermedad desde diferentes aspectos.



PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

Objetivo general:

Indagar acerca de las representaciones sociales en torno al cáncer de mama en pacientes internadas en el servicio de oncología de un hospital público.

Objetivos específicos:

- Analizar el significado atribuido a la enfermedad.
- Analizar las posibles causas etiológicas que le atribuyen.
- Identificar el significado atribuido al diagnóstico.
- Analizar la lectura que las pacientes asignan al tratamiento.

Hipótesis: el cáncer continúa siendo asociado a la muerte y el sufrimiento por parte de las mujeres que lo padecen.

Metodología

- El enfoque utilizado fue el cualitativo. La obtención de datos se realizó a través de la observación participante en el servicio de oncología y de entrevistas en profundidad, durante el período marzo de 2019 a diciembre de 2023.

- Las representaciones sociales construidas en torno a la enfermedad fueron recuperadas a partir de las propias narrativas de las pacientes.

Las entrevistas, realizadas por la autora de la investigación en un clima de privacidad, fueron grabadas con previa autorización y los contenidos fueron transcritos para ser analizados. El texto de las entrevistas desgrabadas constituyó un insumo valioso para el análisis, con el objetivo de acceder al universo de significados de las entrevistadas.

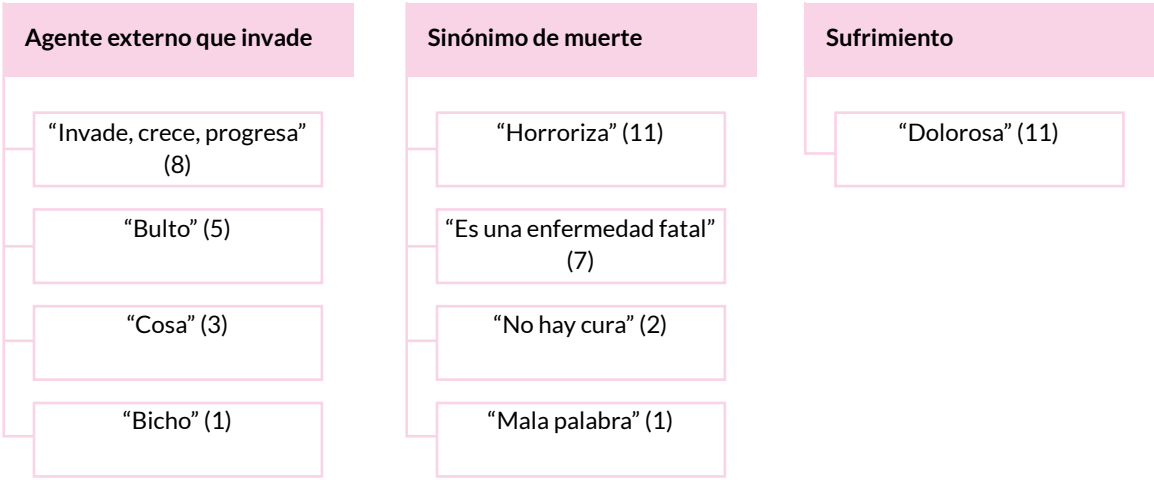
- Se establecieron ejes temáticos determinados *a priori*. Los mismos fueron readaptados a medida que se avanzaba en la realización y en la codificación de las entrevistas, proceso en el cual surgieron nuevas categorías a partir del análisis de datos.

- Muestra: determinada por el criterio de saturación teórica, estuvo conformada por catorce mujeres con cáncer de mama internadas en un servicio de oncología. El criterio de inclusión tuvo en cuenta a mujeres de entre 30 y 60 años de edad, con diagnóstico confirmado de cáncer de mama, que hubieran iniciado el tratamiento para el mismo.

RESULTADOS

A continuación se presenta una sistematización de las principales representaciones sociales, en función de los ejes que orientaron la recopilación de datos, junto con algunos testimonios ilustrativos.

Gráfico 1. Representación del CM

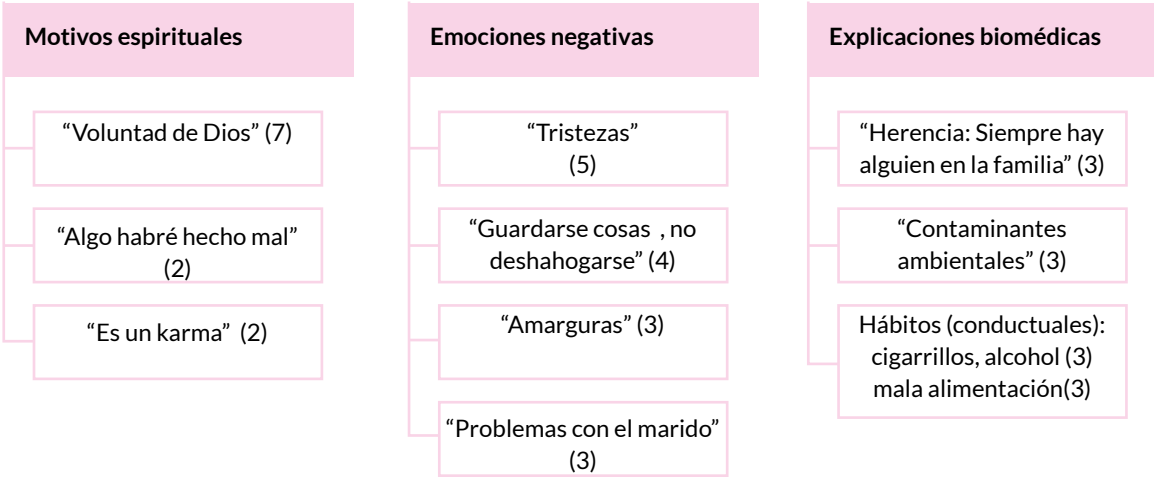


Las representaciones sobre el cáncer pueden agruparse en tres categorías:

1. como un “agente externo que invade”: la enfermedad es percibida como algo exterior al individuo, no es mensurable con su propia realidad; es una “cosa”, un “bulto”, “un bicho con muchas patas”. Así como es distinta del sujeto, su causa se atribuye a la acción de un elemento externo (real o simbólico) extraño al enfermo, pro-

veniente del exterior. Entre los significados asociados a esta categoría se encontraron quienes la describen como un “bicho”, “que invade”, “crece”, “progresa”, “bulto”, “cosa”.
2. como sinónimo de muerte: las entrevistadas manifestaron que la consideran una enfermedad que “horroriza”, “enfermedad fatal”, “no hay cura”, “mala palabra”.
3. como una condición que “produce sufrimiento”, una “enfermedad dolorosa”.

Gráfico 2. Las explicaciones para el cáncer.



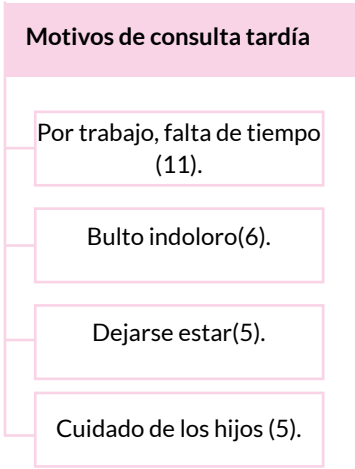
Las explicaciones sobre el origen de la enfermedad remiten, por un lado, a las explicaciones etiológicas de la biomedicina; por otro, a percepciones sociales que pertenecen a la historia y a la cultura del grupo de mujeres entrevistadas.
Con respecto al discurso biomédico, las participantes se apropian del discurso médico al explicar el origen de la enfermedad: por ejemplo, a una disposición por herencia, a factores ambientales y conductuales. En ese sentido, surgen expresiones como “herencia”, “factores ambientales”, “contaminantes ambientales”, “el tabaco y el alcohol”, “mala alimentación”.

Testimonio:

“Yo creo que es hereditario, es lo que escuché en la tele. Porque yo tuve una tía que murió de cáncer. Hace muchos años que pasó esto. En la tele dicen que fumar, el alcohol, produce cáncer al igual que como se contamina el ambiente.” (M.V., 53 AÑOS)

Con respecto al segundo tipo de explicación, en las respuestas pueden observarse algunas constantes:

Gráfico 3. Detección temprana y diagnóstico.



- aspectos de tipo espiritual (en palabras de las propias pacientes: “voluntad de Dios”, “algo habré hecho mal”, el “karma”)
- referencia a “emociones negativas” muy intensas (“tristeza”, “guardarse cosas” o no “desahogarse”, “amargura”, “problemas con el marido”)
- enfermedad como el resultado de una situación constantemente adversa que se va corporizando en forma progresiva como una identidad nueva

Testimonios:

“Creo que fue por tantas amarguras de la vida, tantos problemas en la casa... Una no termina de desahogarse de tantas amarguras... Guardas las penas para adentro y eso te termina enfermando. Es como una enfermedad del alma, y te termina afectando el cuerpo.” (L.A., 47 AÑOS)

“Mi marido siempre me maltrataba, y una tiene que aguantar y una se traga todo... Seguramente eso me enfermó.” (C.F., 41 AÑOS)

En las narrativas, los principales motivos de no haber realizado la consulta temprana apuntan a: “trabajo”, “falta de tiempo”, “bulto indoloro”, “dejarse estar”, “por el cuidado de los hijos”.
“Dejadez” es un término con el que muchas mujeres describen sus propios vínculos con el sistema de salud: dejadez, dejarse estar; esto refiere a un vínculo caracterizado por el desinterés, el olvido o la desatención. Las mujeres no van al médico o se postergan frente a otras ocupaciones (la crianza de los hijos, el trabajo, las actividades domésticas).

Testimonios:

“Me dejé estar porque tenía muchos problemas en mi casa, yo tenía que trabajar porque mis hijos estaban estudiando... Demoré un año en consultar al médico.” (M.V, 53 AÑOS)

“Ir al médico significa faltar a mi trabajo y ese día me lo descuentan.” (M.R., 36 AÑOS)

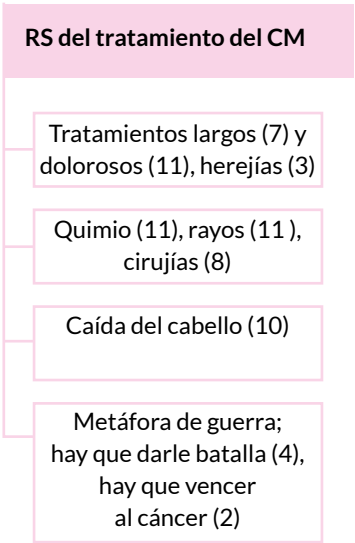
“Primero están mis hijos, después estoy yo. Siempre digo que voy a ir al médico pero nunca voy... Siempre hay algo para hacer más importante que yo”. (L.A., 47 AÑOS)

“No tengo tiempo, primero están mis hijos y trabajar. Una no termina de hacerse el tiempo para ir al médico.” (C.F., 41 AÑOS)

“Me tocaba una dureza como una pelotita, pensé que se me iba a ir... No me molestaba, ni me dolía... Hace mucho que la tengo. Cuando se empezó a agrandar más y a dolerme me asusté.” (L.A., 47 AÑOS)

“Yo consulté después de varios meses. Un día le comenté a mi mamá que tenía una pelotita en la mama. Ella se preocupó y me acompañó al médico. Nunca pensé que fuera cáncer.” (E.Z., 35 AÑOS)

Gráfico 4. Tratamiento de la enfermedad.



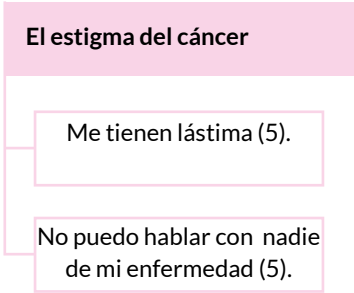
En el relato de las entrevistadas la representación de la enfermedad se carga de las definiciones más radicales y enfáticas cuando se refieren a los tratamientos: “dolorosos” y “largos”, identifican como tratamientos a la “quimioterapia”, “los rayos” y las “cirugías”. Además, aparece la palabra “herejía”, en relación al carácter de tratamientos ya percibidos como dolorosos. Asimismo, dejan ver la angustia que producen los efectos colaterales de la quimioterapia (“la caída del cabello”). Aparece la metáfora del combate: en este sentido, las mujeres manifiestan que es una enfermedad a la que hay que darle batalla.

Testimonios:

“Es una enfermedad [a causa de la cual] que te hacen muchas herejías, quimio, rayos, cirugías. Del cáncer no te salvas. Todavía no salió la cura, las personas sufren mucho y se terminan muriendo”. (M.R., 36 AÑOS)

“El cáncer es una enfermedad terrible. Cuando me dijeron que lo tenía dije *Bueno, me voy a morir...* Es una enfermedad que te hace sufrir... Los tratamientos son largos y dolorosos, porque en general te hacen quimioterapia. Me sentiría muy incómoda al verme pelada, no me gustaría que la gente me vea así. Cuando te hacen quimio y te quedás pelada, la enfermedad pasa del ámbito privado al ámbito público. Ya la gente se entera que tenés cáncer.” (S.P., 54 AÑOS)

Gráfico 5. El estigma del cáncer.



Otra categoría que surge en forma recurrente tiene que ver con el estigma de la enfermedad. Las pacientes manifiestan: “me tienen lástima”, “no puedo hablar con nadie de mi enfermedad”. De esa manera, la enfermedad es vivenciada ya no sólo como una afección biológica, sino también como un estigma social, por el cual la paciente se siente un ser socialmente desvalorizado. Enfrentar los prejuicios de vivir con una enfermedad estigmatizante lleva a las mujeres a no querer hablar con nadie sobre su padecimiento.

Testimonios:

“No digo lo que tengo; me ven flaca, demacrada y si me pregunta digo *Sí, estoy enferma y me estoy tratando*. No me animo a decir cáncer. No me animo a contarle a la gente lo que tengo porque me miran con lástima, como diciendo *se va a morir*.” (C.T., 49 AÑOS)

“Yo sentía que los demás sospechaban mi diagnóstico por los comentarios que recibía, por las caras que hacían, como de lástima... Muchas veces tratando de no hablar de mi enfermedad.” (S.P., 54 AÑOS)

CONCLUSIONES

Este estudio permitió aproximarse de manera comprensiva al significado que atribuyen las pacientes enfermas de cáncer de mama a su patología. Los resultados y el análisis de testimonios dan cuenta de la vigencia de la hipótesis planteada al inicio. Esto es: que pese a los avances científicos, persiste una fuerte asociación entre el concepto “cáncer” y la perspectiva de sufrimiento y muerte. Dan cuenta de ello las expresiones con las cuales las pacientes lo verbalizan: la enfermedad es percibida como agente exógeno, una “cosa”, un “bicho”, algo extraño al sujeto, proveniente del exterior; en cuanto a los tratamientos, se los describe como “largos y dolorosos”, se reconoce como únicos tratamientos para el cáncer la “quimioterapia, los rayos y las cirugías” y en algún caso llega a emplearse la palabra “herejía”. Con respecto a las secuelas, aquellas derivadas de la quimioterapia son vividas con temor. La pérdida del cabello es señalada en relación a ser percibidas socialmente como enfermas de cáncer, constituyendo además condiciones de estigmatización. En cuanto a las causas de la enfermedad, se apela a explicaciones biomédicas, espirituales, o relacionadas con emociones negativas muy intensas. Los hallazgos sugieren que los determinantes para un diagnóstico oportuno y precoz se ven obstaculizados por una compleja coyuntura: “por trabajo”, “falta de tiempo”, “dejadez”, “cuidado de los hijos”, que sólo se trata de “un bulto indoloro”, lo cual configura un mayor riesgo para la salud pues el diagnóstico de la enfermedad se realiza en períodos avanzados de la misma.

Estos resultados coinciden con los recogidos en otras investigaciones sobre la persistencia de esas representaciones; en particular, remitimos a los trabajos publicados por Giraldo (2009), Fidalgo (2014), Palacios Espinosa y Castaño Rodríguez (2013). Los resultados obtenidos en este estudio revelan la necesidad de completar los vacíos de conocimiento, suministrando información y difundiendo las ventajas de la mamografía, el autoexamen de mamas, como medidas de prevención.

BIBLIOGRAFÍA

Abrić, J.C. (2001) "Metodología de recolección de las representaciones sociales". México: Ediciones Coyoacán.

Almanza Muñoz, J. & Holland, J.C. (2000) "Psico-oncología: estado actual perspectivas futuras". Revista del Instituto Nacional de Cancerología, 46(3): 196-206.

Álvarez, M. (2002) "Teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici: algunas consideraciones críticas". Tercer Encuentro Metropolitano de Psicología Social.

Camps, C., Sánchez, P., & Sirera-Pérez, R. (2006) "Inmunología, estrés, depresión y cáncer". Psicooncología, 3(1): 35-48.

Castaño, M.E. (2006). "Estilo de vida para prevenir el cáncer de mama". Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_2.pdf

Castaño Rodríguez, A. M., & Palacios-Espinosa, X. (2013). "Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia". Psicooncología, 10(1), 79-93.

Espinosa, X (2014) "Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en pacientes oncológicos". Psicol. 10 (2) 207-223

Fidalgo, H (2014) "Representaciones sociales y metáforas del cáncer en los siglos XVII Y XVIII, Rev antidopa. 6 , 199-213

Giraldo, C. (2009) "Persistencia de las representaciones sociales en el cáncer de mama", Revista Salud Pública. 11(4), 514-525.

Goffman, E. (1980) "Estigma. La Identidad Deteriorada". Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

Hueso Montoro, C. (2006) "El padecimiento ante la enfermedad: Un enfoque desde la teoría de la representación social", Index de Enfermería. 15(55), 49-53.

Insa, L., Monleón, B., & Espallargas, P., (2010). "El enfermo con cáncer: una aproximación a su representación social", Psicol Soc, 22(2), 318-332.

Instituto nacional del cáncer Tratamiento del cáncer de seno (2018) Versión para profesionales de salud fue publicado originalmente por el Instituto Nacional del Cáncer". Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/cancer-de-mama>

Linares, L., Benedito, M., & Piqueras, E. (2010) "El enfermo de cáncer: una aproximación a su representación social". Psicol. soc. 22, (2), 318-327.

León, M., Páez, D., & Díaz, B. (2003) "Representaciones de la enfermedad estudios psicosociales y antropológicos", Boletín de Psicología. 77, 39-70.

Martínez Cortes F. (2002) "Enfermedades y padecer. Ciencias y humanismo en la práctica médica: historia y filosofía de la medicina", Anales médicos. 47(2). 112-117.

Menéndez E. (2004) "Modelos de atención de los padecimientos, de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", Espinedi. Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Ediciones.

Mora, C. (2009) "Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama", Rev de salud pública. 11(4): 514-525.

Moscovici, S. (2001) "Social Representations": Essays in Social Psychology. New York: NYU Press., p. 313.

OPS/OMS (2010) "Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control." En: Informe final Diagnóstico de situación del programa nacional y programas provinciales.

Pardo, C., Murillo, R., Piñeros, M., & Castro, M. A. (2002) "Casos nuevos de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología", Revista colombiana de cancerología. 7(3).

Palacios Espinosa, X., & Castaño Rodríguez, (2013) "Representación social del cáncer y la quimioterapia", Revista de Psicooncología, 10(1), 79-93.

Rodríguez Salazar, T. (2007) "Representaciones sociales", Teoría e investigación universidad de Guadalajara.

Rodríguez, T. (2011). "Discusiones teórico-metodológicas sobre el carácter contextual de las representaciones sociales". Sinéctica (36), pp. 21-31.

Salcedo, H. (2008) "Representaciones sociales y metáforas del cáncer en los siglos XVII y XVIII: una antología de lugares comunes", Antipoda.

Zayas García, A. (2016). "Factores psicoemocionales y ajuste psicológico asociados al cáncer de mama". (Tesis doctoral inédita). Universidad de Sevilla, Sevilla.

CAPACITACIONES PARA ENFERMERÍA 2024

¡No te quedes afuera!

LIDERAZGO Y GESTIÓN DE ENFERMERÍA CON BASE EN COACHING ORGANIZACIONAL

Del 10 de abril al 20 de noviembre

Valores:

Matrícula: \$35.000

De abril a julio: \$48.000 por mes

De agosto a noviembre: \$60.000 por mes

Cierre de inscripción: 4 de abril

GESTIÓN DE JEFATURAS EN ÁREAS DE ENFERMERÍA

Del 2 de mayo al 21 de noviembre

Valores:

Matrícula: \$42.000

De mayo a julio: \$57.000 por mes

De agosto a diciembre: \$74.100 por mes

Cierre de inscripción: 25 de abril

NIVELACIÓN MATEMÁTICA Y ESTADÍSTICA PARA GESTIÓN EN ENFERMERÍA

Del 17 de mayo al 12 de julio

Valores:

Matrícula: \$30.000

De mayo a julio: \$33.000 por mes

Cierre de inscripción: 9 de mayo

INTRODUCCIÓN AL CUIDADO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Del 29 de mayo al 18 de diciembre

Valores:

Matrícula: \$35.000

De mayo a julio: \$40.000 por mes

De agosto a diciembre: \$52.000 por mes

Cierre de inscripción: 23 de mayo

MÁS INFORMACIÓN: Alejandra Fuente | alejandrafuente@adecra.org.ar



17 años del programa de mentoría en Enfermería: una experiencia de perseverancia y transformación

| ALICIA VALENTINA GARCIA*
Hospital Universitario Austral

INICIOS Y PROPÓSITO

El programa de mentoría en Enfermería del Hospital Universitario Austral se estableció para brindar apoyo a los nuevos profesionales, fomentar el aprendizaje del modelo institucional orientado a la calidad y seguridad del paciente, y sistematizar el acompañamiento a un par en un tiempo determinado.

Con 23 años de antigüedad, el hospital se ha mantenido a la vanguardia, ofreciendo atención en todas las especialidades de la medicina. Su compromiso con la calidad asistencial se refleja en un proceso continuo de acreditación y reacreditación internacional, que ha superado la década de vigencia. Cuenta con aproximadamente 200 camas, un índice de ocupación del 91%, más de 1700 cirugías al mes, un fuerte desarrollo en las áreas de oncología y trasplantología. La dotación de 600 profesionales de Enfermería comprometidos con la demanda clínica asistencial de alta complejidad y un equipo de más de 30 mentores en Enfermería hacen posible que la organización hospitalaria avance en su misión y cumpla con su propósito institucional.

El hospital se destaca por su compromiso con la calidad asistencial y ofrece atención en diversas especialidades médicas. En estos diecisiete años, el programa ha evolucionado para complementar la demanda institucional de profesionales de Enfermería con un nivel de competencia de excelencia y fomentar un compromiso potencial con el desarrollo de la propia disciplina enfermera. El programa de mentoría para nuevos profesionales comenzó en el año 2000 como una iniciativa para minimizar el estrés del período inicial, generar confianza, motivación y contención, y al mismo tiempo evitar la deserción. Luego, entre 2006 y 2013, se transformó en una gran estrategia para favorecer el aprendizaje del modelo institucional orientado a la calidad y seguridad del paciente, hasta ser reconocido (2013–2023) como un programa completo, necesario para sistematizar el acompañamiento a un par en un tiempo determinado, con evidencia en los resultados favorables para la seguridad de los pacientes y para las prácticas de Enfermería basadas en evidencia.

Jornada de capacitación para Mentores 2023, luego de recibir el curso de Talk Debriefing (nivel usuarios) como herramienta para usarla después de cualquier evento de aprendizaje con sus mentorizados, promoviendo la reflexión guiada, el apoyo al diálogo y la seguridad del paciente.

<https://www.talkdebrief.org/>



CONSOLIDACIÓN Y AVANCES

El programa ha evolucionado para complementar la demanda institucional con profesionales que poseen un nivel de competencia de excelencia y fomentar un compromiso potencial sobre el desarrollo de la propia disciplina enfermera. Los mentores, con amplia experiencia y conocimiento en todas las especialidades, brindan orientación, apoyo y supervisión a los nuevos integrantes del equipo. Esto ha resultado en una disminución significativa en el tiempo de adaptación, un aumento en la confianza y competencia en la prestación de cuidados, y una mayor retención del talento en el equipo de Enfermería.

La mentoría no solo ha contribuido al desarrollo profesional de los nuevos integrantes, sino que también ha promovido la seguridad del paciente y una cultura de aprendizaje continuo en el entorno hospitalario.

La experiencia de los años y los resultados a la vista nos hablan del impacto positivo que puede tener un programa de mentoría bien estructurado en un entorno hospitalario de alta complejidad, demostrando que el apoyo y el desarrollo profesional son fundamentales para el éxito del equipo de Enfermería.

Como hitos destacables en la perseverante evolución del programa cabe mencionar la optimización de los subprocesos de selección, capacitación, reconocimientos y resultados que evidenciaron la capacidad de adaptación y transformación del mismo a los momentos históricos del hospital, de la región, del país, de los perfiles profesionales y de las demandas y/o necesidades de nuestros pacientes y sus familias.

El perfil del profesional de Enfermería para ser mentor requiere vocación por la disciplina, competencia en el

*Licenciada en Enfermería (UA). Especialista en Educación y Nuevas Tecnologías (FLACSO). Especialista en Administración y Gestión en Enfermería (UNC). Profesora Universitaria en Enfermería (UCASAL). Enfermera Educadora en el Hospital Universitario Austral.

desempeño, intelecto académico, sentido de pertenencia institucional, generosidad con sus conocimientos y experiencia clínica. Su reclutamiento / selección está a cargo del Coordinador de Enfermería del sector, quien lo introduce en el programa, de mutuo acuerdo, en base a la valoración de los atributos mencionados.

En materia de capacitación, el programa transitó por la enseñanza de determinadas competencias (escucha activa, trabajo en equipo, diálogo pedagógico, planificación de la relación y de las enseñanzas, entre otras) en forma continua a lo largo de todo un año. Actualmente se realizan jornadas anuales de capacitación sobre un tema específico vinculado a la profesionalización de la relación de enseñanza-aprendizaje (liderazgo, autoconfianza, cómo ser modelo para otros, *debriefing* clínico). Los resultados del proceso son producto de indicadores relacionados con la calidad y la satisfacción, la relación, el respeto y la comunicación, y el nivel de aprendizaje al lado de un mentor. Estos resultados no solo nos permiten valorar los aspectos positivos sino también identificar aquellos puntos donde es preciso realizar ajustes y/o adecuaciones para su continuidad y poder cumplir con su objetivo.

En esta experiencia reconocemos, como beneficios el aprendizaje, el crecimiento personal, el acompañamiento, la contención, la paciencia, la dedicación, la disponibilidad para ayudar y explicar; como aspectos a mejorar, la revisión permanente del proceso, comparando con otras experiencias, mejorar la difusión del programa, garantizar un tiempo protegido para la capacitación de los nuevos mentores a lo largo de todo el año.

VISIÓN A FUTURO

Nuestros deseos se focalizan en profundizar el perfil del mentor en la dimensión de la práctica avanzada en la Enfermería clínica y especializada y en la retención en el rol de los expertos. Esto nos permitirá, por un lado, llevar el programa de Mentoría en Enfermería a un nivel de competencia superior; por otro, ampliar el cupo de mentores por servicio y en todos los turnos, ya que en la actualidad cada sector o servicio tiene un promedio de tres mentores y la demanda del perfil de mentor cada día es mayor.

La expansión del número de mentores permitirá una cobertura más integral y una atención más personalizada



Los testimonios de los mentorizados son un valioso insumo como reconocimiento a la mentorización. A partir de criterios que definen su rol como mentores se seleccionan los más elocuentes y votados, entregando diplomas y medalla institucional.

para los nuevos profesionales, fortaleciendo así el compromiso con la excelencia en el cuidado del paciente y el desarrollo profesional.

Consideramos que este enfoque proactivo nos permitirá seguir evolucionando y adaptándonos a las ne-

cesidades cambiantes. Garantizar la continuidad del programa de mentoría es un pilar fundamental para el crecimiento y la excelencia en Enfermería en el Hospital Universitario Austral.

¿Qué entendemos por mentoría?

Se trata de un proceso relacional complejo, que empodera, nutre y desarrolla el vínculo de enseñanza y aprendizaje mutuos que se establece entre un profesional que ingresa a la institución y su mentor.

¿Cuál es el objetivo del programa de mentoría?

Brindar apoyo y guía a los nuevos profesionales de Enfermería para que puedan desempeñarse de manera efectiva en su nuevo entorno laboral y logren brindar cuidados de alta calidad y seguridad al paciente.

¿Qué es un mentor?

Es un profesional de Enfermería que **asume la responsabilidad de compartir su conocimiento y experiencia** con otro profesional cuyo conocimiento y experiencia en la modalidad de trabajo institucional son menores (O'Neil & Dupree, 2009).

¿Cuál es su función?

Guiar y acompañar a otro profesional en el proceso de integración a la modalidad de trabajo institucional en un marco de respeto y comprensión (Billay, & Yonge, 2014).

Actuación de Enfermería en el posoperatorio inmediato de reemplazo total de cadera

WALTER PICEDA

Jefe del Departamento de Enfermería Clínica y Maternidad Santa Isabel



1. DEFINICIÓN:

El posoperatorio inmediato tras un reemplazo total de cadera es una fase crítica en la recuperación del paciente. Durante esta etapa, los pacientes requieren una atención especializada para garantizar una recuperación exitosa y prevenir complicaciones.

2. OBJETIVOS:

- **Monitorización de constantes vitales básicas:** observar la temperatura axilar, la frecuencia cardíaca y la presión arterial.
- **Control del dolor:** aplicar terapia analgésica de acuerdo con la valoración a intervalos regulares del dolor.
- **Cuidado adecuado de las heridas:** valoración y curación consecuente de la herida; seguimiento del proceso de cicatrización.
- **Prevención de complicaciones:** vigilar signos que anticipen procesos infecciosos, tromboembólicos y problemas respiratorios.
- **Acompañamiento emocional:** orientar al sujeto de derecho de atención (SDA) en el afrontamiento del proceso de recuperación.
- **Educación del SDA:** proporcionar información sobre movilización segura, higiene personal, nutrición adecuada y guía para el reinicio de las actividades básicas de la vida diaria.

3. EQUIPO Y MATERIALES:

Durante el posoperatorio inmediato, el personal de Enfermería debe estar familiarizado con el equipo y los materiales necesarios para brindar una atención óptima. Esto incluye:

- **Monitorización:** equipos para medir signos vitales y detectar precoz de cambios significativos.

- **Material de curación:** gasas estériles, antisépticos y apósitos, soluciones descontaminantes.

- **Medicamentos:** analgésicos, anticoagulantes y antibióticos derivados de las prescripciones médicas.

- o **Analgesia:** la valoración del dolor es esencial para su manejo. Las escalas (numéricas y/o analógicas) y la observación directa permiten evaluar el nivel del dolor y adaptar las intervenciones de enfermería, considerando ciertas premisas:

- La intensidad de dolor está determinada por lo que el paciente refiere.
- La intervención analgésica debe anticipar a la aparición de dolor.
- La manifestación de dolor es indicador de la necesidad de adecuar el tratamiento. Cuando éste es efectivo, no hay dolor.
- La escala analgésica farmacológica reconoce tres niveles: 1) no opioides; 2) opioides débiles + no opioides; 3) opioides potentes + no opioides. Se debe considerar el abordaje integral del dolor; esto incluye la analgesia farmacológica en sus diferentes niveles, además de técnicas no farmacológicas como terapia física, relajación y distracción.

- **Dispositivos especiales:**

- o Inodoro portátil: colocado al lado de la cama, facilita el uso del baño sin tener que desplazarse demasiado.
- o Almohadas adicionales: proporcionan soporte y comodidad; constituyen además un elemento recomendable de uso terapéutico, por las siguientes razones:

- **Alivio del dolor y presión:** colocar una almohada entre las piernas ayuda a mantener una alineación adecuada de la cadera y la rodilla, lo que reduce la tensión en la articulación de la cadera y disminuye el dolor.

- **Prevención de la rotación interna:** después de la cirugía se recomienda evitar la rotación interna excesiva de la cadera. La almohada entre las piernas ayuda a mantener las piernas separadas y evita que la cadera gire hacia adentro.
- **Estabilidad y seguridad:** la almohada proporciona estabilidad al paciente mientras se mueve en la cama. Esto resulta de especial importante para evitar caídas o movimientos bruscos que puedan afectar la cadera recién operada.
- **Reducción del riesgo de luxación de cadera:** la posición con la almohada entre las piernas ayuda a mantener la cadera en una posición neutral, lo que disminuye el riesgo de luxación de la prótesis de cadera.

4. ROLES Y RESPONSABILIDADES:

- **Evaluación continua** del estado del SDA y para detectar cualquier problema.
- **Administración de medicamentos** analgésicos y otros fármacos según prescripción médica.
- **Instrucción al paciente:** educar sobre el manejo del dolor, la movilización y la higiene.
- **Asistencia en la movilización en cama.**
- **Acompañamiento en la deambulación precoz.**
- **Vigilancia:** estar alerta ante la aparición de signos de complicaciones a fin de actuar rápidamente.



5. CONSIDERACIONES GENERALES:

- **Movilización temprana:** fomentar la movilización gradual para evitar rigidez y trombosis. Los pacientes deben comenzar con movimientos suaves, como flexionar y extender las piernas en la cama. A medida que se sientan más cómodos, se les anima a levantarse y caminar con ayuda.
- **Control del dolor durante la movilización:** administrar analgésicos antes de los ejercicios de movilización para reducir la incomodidad.
- **Medias de compresión o sistemas de compresión neumática intermitente:** considerar su empleo

- como medida adicional a la farmacoterapia indicada, como medida preventiva de trombosis.
- **Técnicas de transferencia:** enseñar a los pacientes cómo moverse de la cama al sillón o al baño de manera segura. Utilizar dispositivos de asistencia, como barras de apoyo o andadores, según sea necesario.
- **Prevención de caídas:** estar atentos a los signos de debilidad o mareos. Proporcionar apoyo al SDA durante la movilización y asegurarse de que el entorno esté libre de obstáculos.
- **Educación sobre restricciones:** informar a los pacientes sobre las limitaciones temporales, como cruzar las piernas o girar bruscamente la cadera.

6. CONCLUSIONES:

La actuación de Enfermería en el posoperatorio inmediato es fundamental para contribuir en la recuperación exitosa, despojada de complicaciones evitables y facilitada por la actitud proactiva que el grupo de profesionales actuante incentive en el SDA. La comunicación efectiva y empática que brinde la necesaria educación al paciente contribuirán a garantizar una transición sin dificultades hacia la externación.



REFERENCIAS:

–Aliaga Ganuza, V. P., Pola Sáez, S., Frago Gómez, A. et al. (2023). La atención de enfermería en la recuperación postoperatoria. *Enfermería*, 1-7.

–Balverde, M., García, J., Solla, G., Escudero, C., Pastorino, M., Gutiérrez, S., et al. (2001). Comparación del uso de ketoprofeno y dextropropoxifeno/dipirona para el control del dolor posoperatorio. *Anest Analg Reanim*, 17(2), 61-66.

–Brown, L. E., & White, J. (2019). Postoperative pain management in total hip arthroplasty patients: A systematic review. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(6), 1150-1161.

–Smith, J. K., & Rodriguez, M. (2020). Nursing care in the immediate postoperative period after hip replacement surgery. *Journal of Orthopedic Nursing*, 25(3), 123-135.

–Valle Dávila, M. F., Guerrero Ceh, J. G., Acosta Balseca, S. L., & Cando Rendón, M. M. (2021). Cuidado de enfermería durante el postoperatorio inmediato. *Revista Eugenio Espejo*, 15(2), 18-27.

Mi pequeño guerrero

| LUIS ABEL ESCALADA*

Siempre me cuestioné si tener un hijo era lo correcto para mí. Creo que recién cuando me enteré de que iba a tener uno empecé a pensar si sería capaz de cuidarlo y amarlo.

Con el paso del tiempo y el embarazo me fui habituando a tenerte cerca. Te hablaba, y aunque no me respondías yo imaginaba que lo hacías. Te contaba mis cosas, mi día a día; imaginaba que, si me había enojado con alguien y te lo contaba, vos también te ibas a enojar para compartir el mismo sentimiento que yo. Ahí me di cuenta de que te amaba. De que, aunque no conociera tu carita, ya me parecías hermoso.

Planificaba cómo presentarte a mis amigos y a la familia cuando por fin te tuviera en mis brazos. Imaginaba que te iba a presumir por todos lados y que tu sola presencia les iba a causar envidia a algunos, por ser yo el poseedor de algo tan hermoso como vos.

Todos mis planes se esfumaron cuando decidiste venir a este mundo mucho antes de lo que teníamos previsto. Llegaste tan intempestivamente, de manera tan inesperada. El corazón se me llenó de sentimientos –debo confesar que muchos de ellos negativos. Sentía miedo, tenía muchas dudas. Quería verte, necesitaba saber que estabas bien.

El primer encuentro no fue para nada lo que esperaba. Te vi tan chiquito, tan frágil, tan desprotegido. En mi mente, cuando caminaba hacia “la neo”, me imaginaba que iba a ver una pequeña versión de mí, un poco más chico de lo normal, pero solo eso. La realidad es que no, sos incluso mucho más chiquito de lo que imaginaba, pero aun así, detrás de todos los cables y tubos que tenés alrededor sos más hermoso de lo que pude imaginar alguna vez. Me había hecho una imagen de tu cara muchas veces. Para nada acerté. Tu belleza no se compara con nada y es imposible que me la haya imaginado alguna vez como realmente es.

Intento tocarte y alguien me reta desde el fondo porque no me lavé las manos. Desde ahora tengo que acostumbrarme a que sos mi hijo, pero también sos el hijo de otras personas que te cuidan más que yo, pero solo por ahora. Nadie te va a cuidar mejor que yo.

Ahora sí, ya te veo por primera vez: quiero tocarte, acariciarte, pero te veo tan frágil que me da pavor lastimarte con mi torpeza. Mejor en otra oportunidad, ahora solo voy a mirarte y contemplarte.

Vi muchas películas en donde el bebé nace y los padres lo alzan y lloran de felicidad. Yo estoy llorando, pero no sé si es de felicidad, de angustia, de temor, o vaya a saber uno el motivo. Lloro porque estás vivo, pero también lloro porque no te puedo tener en mis brazos. Creo que también lloro porque pensé que tenía un tiempo más para prepararme antes de que nacieras y ahora ya no lo tengo. Ahora tengo que actuar y aprender sobre la marcha.

Pregunto al azar cuando alguien se acerca, “¿Cómo está mí bebé?”. Necesito que alguien me diga que estás bien, que en unos días ya vamos a poder llevarte a casa. Ese alguien me dice simplemente que no es tu enfermera, que la tuya ya va a venir y que esa información me la va a dar el médico.

Te sigo mirando y no puedo evitar que las lágrimas sigan cayendo. Veo que intentás abrir los ojitos, mirás de reojo y en un instante ya los cerraste de nuevo. ¿Me habrás visto? ¿Me reconociste? Tal vez si te vuelvo a hablar y te cuento cómo estoy te des cuenta de quién soy. Y de paso me ayudás a tener un poco más de confianza y seguridad.

Se acerca otra persona a tu incubadora, me saluda y me dice que ella va a ser tu enfermera. Qué distinta es de ese otro que me retó antes. Me da más confianza y vuelvo a preguntar por tu estado. Me dice lo obvio, que sos muy chiquito. Eso ya lo puedo ver. Pero también me dice que estás estable –qué palabra tan confusa y misteriosa.

Ahora hay que tener paciencia y fe, eso también me dice; mientras me explica más cosas recalca varias veces que hay que tener paciencia. El crecimiento va a ser lento y tal vez aparezcan algunas complicaciones en todo el proceso, pero yo debo estar fuerte y firme para transmitirte esa energía positiva a vos y aunque sea de esa manera, poder ayudarte. Me dice algo así como un mes o dos de internación antes de que te vayas conmigo a casa. Es mucho tiempo. Demasiado para estar separados, pero al mismo tiempo una ínfima parte del que voy a tenerte a mi lado una vez que salgas.

Finalmente decido que es mejor irme para que tu enfermera pueda controlarte. Antes de hacerlo me pregunta si ya elegí un nombre para vos. Te miro y muy feliz se lo digo, lo anota en una tarjeta y me despide.

Mientras voy caminando, la cabeza se me llena de preguntas, de dudas, de miedos.

No sé si estaba preparado para tener un hijo. Lo que sí sé es que voy a hacer mi mejor esfuerzo ahora que tengo uno, ahora que el más hermoso de todos es mi hijo.

Hay tantas cosas que tengo que contarte –espero que no te aburras de escucharlas. Mañana me voy a animar y te voy a tocar y también te voy a saludar, te voy a cantar esa canción que durante semanas y semanas te canté mientras crecías.

Se me viene a la mente tu carita, repito tu nombre en voz baja y sonrío.

Mi pequeño guerrero, mi superhéroe.

*Licenciado en Enfermería. Ex Jefe de Residentes, Residencia de Enfermería con Orientación en Salud Materno Infantil. Docente de la Cátedra Enfermería Materno Perinatal, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta. Enfermero del Servicio de Neonatología del Hospital Público Materno Infantil, Salta.

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)

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).

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.

RECIBIMOS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS RELACIONADAS CON LA DISCIPLINA ENFERMERA

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

SOBRE EL ARTÍCULO

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

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