

Vacunación
contra el dengue
[|pág. 33](#)

Enfermería en la comunidad:
una aproximación al territorio
y sus necesidades [|pág. 28](#)

4	EDITORIAL	Cuidar, conectar y proyectar: Reflexiones del último trimestre de 2024 WALTER PICEDA
5	EDUCACIÓN	El Aprendizaje Basado en Juegos aplicado al simulacro de examen: estrategias para mejorar el desempeño estudiantil. LUIS ABEL ESCALADA, ÁNGEL GUSTAVO QUISPE, SUSANA BEATRIZ ROMERO, ROXANA CAROLINA RÍOS, FRANCO SANTIAGO, SUÁREZ SANDOVAL
11	EVENTOS	Adecra+Cedim llevó adelante la XXVIII Jornada de Enfermería General y Neonatal
15	ENFOQUES	Importancia de la actualización en bioética: una responsabilidad del personal asistencial y de gestión CONSUELO DIEZ
20	RINCÓN LITERARIO	Los espacios que habitamos nos habitan WALTER LEGUIZAMÓN
21	GESTIÓN	Los actos lingüísticos básicos WALTER OSCAR PICEDA
28	EXPERIENCIAS	Enfermería en la comunidad: una aproximación al territorio y sus necesidades LORENA CONDOTTO
32	EVENTOS	Adecra + Cedim. Donación de material bibliográfico y para prácticas profesionales a un instituto de formación en enfermería en Villa Paranacito, Entre Ríos
33	SECCIÓN	Vacunación contra el dengue RUBÉN LASTRA
39	EVENTOS	Jornada de reflexión sobre la seguridad del paciente Organizada por las clínicas del Grupo OMINT
41	FICHA 79	Procedimiento Cateterismo Cardíaco en Hemodinamia VIVIANA DALLA TORRE
44	PUBLICACIÓN	Metodología de la investigación/recopilación
45	PRESENTACIÓN	Sociedad de Enfermería Oncológica Argentina S.E.O.A
46	INFORME	La formación de Enfermería en Argentina: evolución, cambios y tendencias hacia el cuidado de la salud actual IVÁN VIERA
53	FORMACIÓN	La telesimulación, una herramienta innovadora para el aprendizaje de habilidades blandas JUDIT VIVIANA FIGUEIRA, NORMA BEATRIZ DESCH
58		Bases para la publicación de artículos

STAFF

COMITÉ EDITORIAL

Mag. Hna. Mercedes Zamuner
Lic. Graciela Rojas
Lic. Walter Picada
Alejandra Fuente
Lic. Leandro Vargas
Lic. Maximiliana La Rosa Salaberry

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)

AÑO 21 | N° 80 | DICIEMBRE 2024

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 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: Mag. Zulma González. Máster en recursos
digitales. Lic. en Enfermería. Esp. en Informática en Salud. Profesora
universitaria. Esp. en Enfermería Clínica. Doctoranda en Educación
universitaria.

Enfermería del Adulto y del Anciano. Dra. Sandra Elena Coronel. Dra. en
Ciencias de la Salud. Lic en Enfermería. Esp. en Administración Hospitalaria.
Líder de Proceso de Enfermería y Quirúrgico. Jefe de Enfermería en Casa
Hosp. San Juan de Dios.

Gestión en Enfermería: Dra. Isabel Vera. Doctora en Enfermería. Directora
de la Unidad Académica de la UBA. Facultad de Medicina. Corporación
Médica San Martín

Enfermería Neonatal. Lic Guillermina Chatás. Subdirectora de la Carrera
de Enfermería Neonatal. Universidad Austral.

Investigación en Enfermería. Mag Laura Alberto. Maestría en Educación.
Incorporada a la Carrera del CONICET como Investigadora Adjunta
en el Instituto de Investigación en Medicina y Ciencias de la Salud de la
Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador.

Educación en Enfermería. Mag. Dolores Latugaye. Maestría en Educación
con orientación en Gestión Educativa. Doctoranda en Ciencias biomédicas.
Directora de la Carrera de Licenciatura en Enfermería Univ. Austral.

Cuidar, conectar y proyectar: Reflexiones del último trimestre de 2024

El último tramo del 2024 nos deja mucho para pensar y también para celebrar en el mundo de la enfermería. Entre aprendizajes, encuentros, desafíos y algunos llamados que siguen sin resolverse, este trimestre estuvo lleno de movimiento.

Un gran ejemplo de eso fueron las **XXVIII Jornadas de Enfermería y XII de Enfermería Neonatal**, organizadas con el respaldo de ADECRA. Estos eventos no solo trajeron nuevas ideas y conocimientos, sino que también reafirmaron la importancia de juntarnos como comunidad profesional. ¡Qué bueno es ver el entusiasmo de tantas colegas compartiendo experiencias! Desde el Ministerio de Salud, también se apostó fuerte al trabajo en equipo con actividades pensadas para inte-

grar a colegas de todas las regiones del país. Esas iniciativas sobre calidad demuestran que, cuando nos unimos, podemos hacer grandes cosas.

El **Día Nacional de la Enfermería**, celebrado en noviembre, fue otro de los momentos destacados. Las instituciones en general aportaron homenajes y reconocimientos, recordándonos por qué elegimos esta profesión. Pero, a la vez, nos hizo pensar en las cuestiones que aún están pendientes, como el pedido legítimo de los colegas de CABA, de ser incluidos en la **Carrera Profesional** de ese organismo público. Es un tema que no debe seguir esperando y que necesitamos visibilizar aún más.

En el plano estructural, **los cierres de servicios de la especialidad de Neo-**

natología se han convertido en un desafío importante. Estos cambios, impulsados por factores sociodemográficos, no solo impactan en el acceso de los pacientes a la atención especializada, sino que también presentan retos en el día a día del ejercicio profesional. Es fundamental pensar en estrategias sostenibles que garanticen tanto la equidad en la atención de salud, como el apoyo a quienes trabajan incansablemente para brindarla.

En resumen, terminamos el año con una mezcla de orgullo por lo que logramos y ganas de seguir luchando por lo que falta. Sabemos que nuestra fuerza está en la pasión y el compromiso que ponemos cada día. Sigamos construyendo juntos el futuro de nuestra profesión.

LIC. WALTER PICEDA

El Aprendizaje Basado en Juegos aplicado al simulacro de examen: estrategias para mejorar el desempeño estudiantil.

LUIS ABEL ESCALADA (1)

ÁNGEL GUSTAVO QUISPE (2)

SUSANA BEATRIZ ROMERO (3)

ROXANA CAROLINA RÍOS (4)

FRANCO SANTIAGO

SUÁREZ SANDOVAL (5)

Facultad de Ciencias de la Salud
(Universidad Nacional de Salta)

RESUMEN

El Aprendizaje Basado en Juegos emergió como una metodología innovadora que integra elementos lúdicos y pedagógicos para mejorar la experiencia de aprendizaje de los estudiantes. Paralelamente, la estrategia de simulacro de examen mediante juegos representa una forma de aplicación del aprendizaje basado en juegos, ya que prepara a los estudiantes de manera activa y participativa para situaciones evaluativas reales. La combinación de estas estrategias puede resultar sumamente beneficiosa en los procesos de enseñanza y de aprendizaje. En el siguiente artículo se plasmará la experiencia del uso de estas estrategias en la Cátedra de Enfermería Materno Infantil de la Universidad Nacional de Salta.

ABSTRACT

Game-Based Learning has emerged as an innovative methodology that integrates playful and pedagogical elements to enhance students' learning experiences. At the same time, the exam simulation strategy through games represents a form of applying game-based learning, as it actively and participatively prepares students for real evaluative situations. The combination of these strategies can be extremely beneficial in teaching and learning processes. The following article reflects the experience of using these strategies in the Maternal and Child Nursing Chair of the National University of Salta.

PALABRAS CLAVE

enseñanza mediante simulación – juegos experimentales.

KEYWORDS

Simulation Training -Games, Experimental

1) 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.

2) Licenciado en Enfermería, Especialista en Salud Pública, Jefe de Cátedra de Enfermería Materno Perinatal, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta.

3) Licenciada en Enfermería, Especialista en Gestión de la Calidad de los servicios de Salud. Docente de la Cátedra Enfermería Materno Perinatal, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta. Enfermera del Servicio de Internación Conjunta del Hospital Público Materno Infantil.

4) Licenciada en Enfermería. Docente de la Cátedra Enfermería Materno Perinatal, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta. Enfermera del Servicio de Internación de Alto Riesgo del Hospital Público Materno Infantil.

5) Enfermero Universitario. Docente Adscripto de la Cátedra Enfermería Materno Perinatal, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta.

INTRODUCCIÓN

La concepción de que el juego es sólo una actividad de entretenimiento para el tiempo de ocio va cambiando a medida que se comprueba que su uso en actividades docentes favorece la adquisición de determinadas habilidades, competencias y contenidos (Cornella, 2020).

El Aprendizaje Basado en Juegos (ABJ) es una estrategia que no solo busca incrementar la motivación y el compromiso de los alumnos, sino

también fomentar el desarrollo de habilidades cognitivas, sociales y emocionales de manera efectiva.

La estrategia de simulacro de examen mediante juegos representa una forma de aplicación del aprendizaje basado en juegos, que prepara a los estudiantes de manera activa y participativa para situaciones evaluativas reales.

Este trabajo presenta la experiencia de un simulacro de examen parcial

de la asignatura Enfermería Materno Perinatal de la carrera de Enfermería (Universidad Nacional de Salta), realizada el día previo al examen parcial real. La simulación fue llevada a cabo mediante la plantilla de juego "Serpientes y Escaleras", de la aplicación Genially. La ponderación final de su efectividad tomó en cuenta, además de la valoración de los participantes, la nota obtenida en el parcial.



PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

OBJETIVO

Valorar la implementación del simulacro de examen parcial y el aprendizaje basado en juegos como estrategias para mejorar el desempeño de los estudiantes de la asignatura Enfermería Materno Perinatal.

- Estudio descriptivo, cuali-cuantitativo de corte transversal.
- Se llevó a cabo durante el mes de junio de 2024.
- Instrumentos para la recolección de datos: formulario de Google Forms (con preguntas de opción múltiple y preguntas abiertas) y la planilla de seguimiento de la trayectoria de los estudiantes que realiza el equipo docente, teniendo en cuenta el resultado en exámenes parciales.
- Población: los 57 alumnos del tercer año de la carrera de Licenciatura en Enfermería que estaban cursando la materia.
- Muestra: quedó conformada por 27 estudiantes que participaron de la actividad y que completaron el formulario voluntariamente.

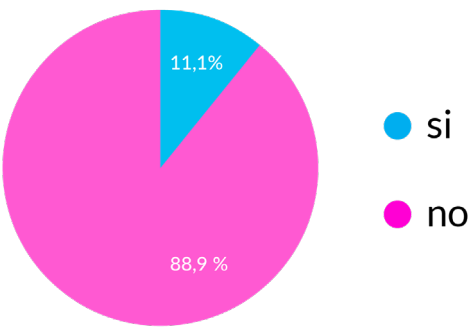
METODOLOGÍA

- Se llevó a cabo un simulacro de evaluación parcial, con carácter opcional, para los estudiantes de la asignatura Enfermería Materno Perinatal el día previo al examen. Como estrategia se usó la plantilla del juego “Serpientes y Escaleras”, de la plataforma Genially, enmarcado en la estrategia Aprendizaje Basado en Juegos. Finalizada la estrategia de simulación, se aplicó una encuesta de opinión a los participantes. Por último se analizaron las notas obtenidas en el examen parcial real.
- Para llevar a cabo la actividad se conformaron dos equipos que compitieron entre sí. El juego Serpientes y Escaleras es del estilo tablero, en el cual se usan dados (que se incluye en la plantilla) y se participa por turnos. La totalidad de los casilleros incluye preguntas sobre temas específicos a abordar en el parcial, con excepción de algunos casilleros que permiten avanzar o retroceder, perder turnos, responder preguntas extra, para intensificar la experiencia de la competencia; además de la clásica función de las escaleras que permiten conectar casilleros para avanzar o las serpientes que conectan casilleros para retroceder, haciendo más complejo el avance hacia el casillero final. A esta estrategia se le sumaron comodines de cambios de pregunta o cambio de participante para responder (tres de cada uno por equipo, seis en total). La actividad estuvo acompañada con música, con la intención de generar un ambiente distendido para los participantes.
- El desarrollo de la jornada estuvo acompañado por aclaraciones conceptuales de las diferentes consignas que surgían en el juego. Una vez finalizada (al cabo de dos horas), se solicitó a los participantes completar una encuesta de opinión sobre la actividad realizada.

RESULTADOS

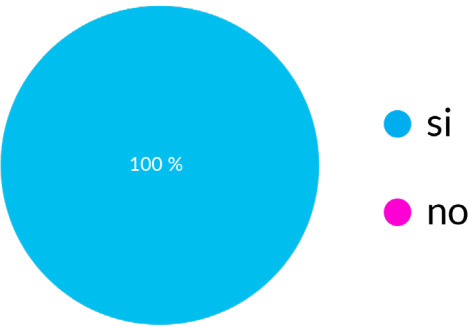
Para una gran mayoría (88.9%) fue la primera experiencia de simulacro de parcial. En este punto es importante considerar que se trata de estudiantes que cursan el tercer año de la carrera.

1. ¿Participaste alguna vez de un ensayo pre parcial en la universidad?
27 respuestas



La totalidad de estudiantes (100%) consideró que esta actividad le ayudaría en su desempeño en el examen parcial.

2. ¿Crees que esta actividad te puede ayudar a mejorar tu rendimiento en el parcial de la materia?
27 respuestas



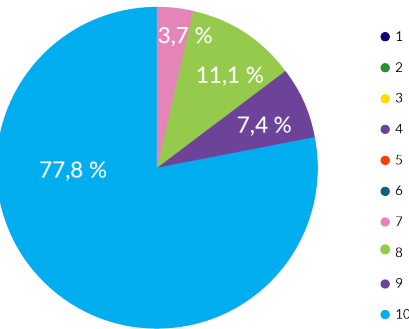
A la pregunta “¿por qué crees que puede o no ayudarte?”, algunas de las respuestas fueron: “*me ayuda a saber en qué temas debo reforzar el estudio*”; “*para afianzar conocimientos y realizar*

una autoevaluación”; “*nos ayuda a saber que temas tenemos que repasar, en cuales estamos más débiles*”. Vinculado a ello, la totalidad de estudiantes refirió que la actividad reali-

zada le permitió conocer en qué contenidos debería reforzar el estudio para el parcial del día siguiente.

El 77.8% otorgó el máximo grado de recomendación y consideró que esta estrategia debería aplicarse en otras cátedras.

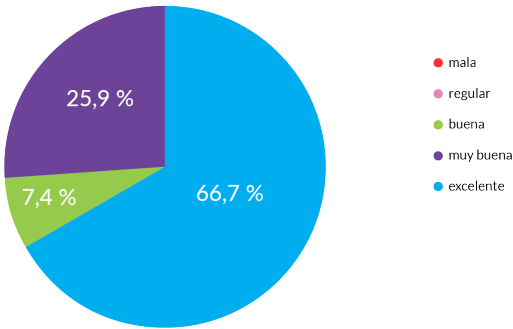
3. En una escala del 1 al 10 siendo 10 lo menos recomendable y 1 al máximo grado de recomendación, ¿qué tanto recomendarías que otras materias lleven a cabo esta actividad?
27 respuestas



Con respecto a la estrategia en sí, el 66.7% la consideró excelente, el 25.9% muy buena y el 7.4% una buena.

4. ¿Qué te pareció la estrategia de usar un juego para realizar el ensayo pre parcial?

27 respuestas



En cuanto a la valoración y posible recomendación: *“no fue aburrida y nos tuvo en constante alerta a todos para querer responder”; “se realizó de manera interactiva y participamos todos”; “hace el estudio más dinámico y menos estresante”; “me pareció muy divertida la forma de repasar junto con los profesores y compañeros y acompañados de música”; “fue algo distinto, fuera de lo normal”.* Con respecto a si esta actividad podría aplicarse en otras instancias, hubo coincidencia en señalar que debería hacerse algo similar previo a todas las instancias evaluatorias (no solo de esta materia, sino de las del resto de

materias del tercer año y también previo a los exámenes finales). Las opiniones en general sobre la actividad recuperan también otras dimensiones: *“(fue) muy entretenida, desestresante y motivante”; “estuvo muy buena, dinámica, nos ayudó a repasar y estar más listos para el examen”; “me pareció accesible y completa”: “sugiero que se siga haciendo esta actividad para el próximo cursado”; “me gusto, no pensaba que iba a ser en forma de juego. Fue novedoso creativo y dinámico.”; “me pareció una buena actividad donde se quitaron los nervios de un parcial por la modalidad que usaron”.*

En todas se destacan otros aspectos que no se indagan en este trabajo, como la salud mental de los alumnos y la sobrecarga horaria y de trabajo que traen: *“Me gustó mucho porque estamos en la última instancia, pero justamente es también donde si cursas otras materias se complica por las prácticas, parciales, informes, exposiciones, jornadas y todo se junta. Por lo que hizo esta cátedra se agradece mucho ya que es una ayudita para enfocarse en lo que hay que estudiar. Gracias”; “Muy buena profes, gracias por ser considerados con los alumnos que estamos colapsados”.*

FINALMENTE, AL ANALIZAR LAS NOTAS OBTENIDAS POR LOS ESTUDIANTES QUE PARTICIPARON DEL SIMULACRO CON LAS DE QUIENES NO LO HICIERON,

EL 77.8% DE PARTICIPANTES APROBÓ EL EXAMEN PARCIAL, MIENTRAS QUE DE AQUELLOS QUE NO, APROBÓ EL 63.4%.

CONCLUSIONES

La presencia del juego, o de algunos de sus elementos, en entornos de aprendizaje es cada vez más frecuente. Los juegos proporcionan retroalimentación inmediata y continua, algo sumamente importante para lograr un aprendizaje efectivo. Esta retroalimentación ayuda a los estudiantes a mejorar su desempeño de manera progresiva.

Al implementar juegos, los educadores pueden crear experiencias de aprendizaje interactivas y altamente motivadoras para los estudiantes. No obstante, es preciso tener en cuenta que hacer un uso desmedido de este tipo de estrategias puede generar que se pierda la seriedad de la clase y que el resultado obtenido sea totalmente opuesto al esperado.

Como aspecto positivo, combinar esta estrategia con el simulacro de

examen logró captar la atención de los estudiantes de manera más efectiva que los métodos tradicionales de enseñanza, lo que resulta en una mayor participación y compromiso con el contenido académico.

En ese sentido, tener en cuenta la opinión de los estudiantes con respecto a este tipo de actividades específicas que se llevaron a cabo por ellos, con ellos y para ellos es también una fuente valiosa de información y autoevaluación docente.

Nuevamente, resulta pertinente traer a colación la palabra de los alumnos: *“gracias por ser considerados con los alumnos que estamos colapsados”* y *“lo que hizo esta cátedra se agradece mucho”*.

El ritmo de cursado del tercer año de la carrera es sumamente intenso si se cursan todas las materias.

Muchas veces, esto exige que tengan un rendimiento “aceptable” para los docentes, pero es necesario tener en cuenta todo el contexto, para que ese estudiante obtenga una calificación suficiente en un examen parcial. El rendimiento académico del estudiante depende en gran medida de él, pero también de cómo se le ofrecen o acercan los contenidos, de cómo son evaluados y de cómo se los prepara para esa evaluación.

Este tipo de estrategia, si bien conlleva un esfuerzo extra por parte del docente, representa una mejora en el desempeño académico del estudiante. A la luz de ello es oportuno preguntarnos: ¿no termina siendo esa la función del docente, en tanto facilitador, en los procesos de enseñanza y de aprendizaje?

BIBLIOGRAFÍA:

–Alonso Vélez, O. et al (2020) Aprendizaje Basado en Juegos formativos: caso Universidad en Colombia. Colombia disponible en:

<https://doi.org/10.24320/redie.2019.21.e12.2024>

–Carlino, P. (2001) Tutorías, simulacros de exámenes y síntesis de clases: tres situaciones de escritura académica en la Universidad. Buenos Aires Disponible en: <https://www.aacademica.org/paula.carlino/133>

–Carlino, P. (2002) ¿Quién debe ocuparse de enseñar a leer y escribir en la Univer-

sidad? Tutorías, simulacro de exámenes y síntesis de clases en las humanidades. Buenos Aires Disponible en: <https://www.aacademica.org/paula.carlino/91>

–Cornella, P. (2020). Gamificación y Aprendizaje Basado en Juegos. España Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/ECT/article/view/372920>

–Obando Bastida, J. (2018) Simulacro App: una aplicación móvil que usa el innovador concepto “gamificación educativa” que genera participación masiva en estudiantes de Colombia. Colombia.

–Rodríguez Rodríguez, E. et al (2014)

Valoración por los alumnos de las actividades realizadas para mejorar la adquisición de competencias en la asignatura de Química Analítica I del grado de Farmacia. España.

–Zabala Vargas, S. (2020) Aprendizaje Basado en Juegos (GBL) aplicado a la enseñanza de la matemática en educación superior. Una revisión sistemática de literatura. Colombia. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-50062020000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=en

ADECRA+CEDIM LLEVÓ ADELANTE LA XXVIII JORNADA DE ENFERMERÍA GENERAL Y NEONATAL

Como cada año, la Comisión de Enfermeros de Gestión de la cámara organizó una nueva edición de la jornada de formación y capacitación para profesionales del área. Fue el 12 y 13 de noviembre, en formato virtual, con más de siete mil vistas en total ambos días. Participaron de la conexión tanto estudiantes y profesionales de distintos puntos de Argentina como de México, Bolivia y Chile, entre otros países.

JORNADA DE ENFERMERÍA GENERAL “GESTIÓN DE ENFERMERÍA: FORTALECIENDO COMPETENCIAS”

“La enfermería solo puede alcanzar su reconocimiento profesional en la medida en que crezca en sus conocimientos, habilidades y el cuidado humanizado”, resaltó la Hermana Mercedes Zamuner, presidente de la Comisión de Enfermeros de Gestión, para dar inicio a la Jornada del día 1, centrada en Enfermería General.

El lema de este año fue “Gestión de Enfermería: fortaleciendo competencias”. Bajo esa consigna, los disertantes abordaron temas que hacen al ejercicio del liderazgo, la calidad en enfermería y seguridad sanitaria, así como también habilidades blandas. “Los temas a tratar son comunes a la región, no solo a Argentina”, contextualizó la gerente General de Adecra+Cedim, Silvia Monet.

La **mesa 1** estuvo orientada a la articulación de la enfermería en la gestión de la calidad y seguridad sanitaria desde la macrogestión. Clarisa Salvatierra, asesora en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente en el Ministerio de Salud de la Nación, se refirió a la gestión, implementación y medición como elementos clave en torno de la calidad.

“Se trata de un círculo virtuoso que incluye el planear, hacer, verificar y actuar”, explicó y, resaltó, en este sentido, la importancia de la “vigilancia epidemiológica de los eventos adversos”. “Lo ideal es poder contar con un sistema generalizado de la calidad, esto es, los criterios que utilicemos deberían ser parte de un sistema integral y transversal”, sintetizó Salvatierra.

La **mesa 2** giró en torno del registro legal seguro en el marco de las competencias de enfermería. Alejandro Miranda, presidente de la Asociación de Enfermería de Capital Federal, habló de “lo científico, lo legal y lo administrativo” como los tres registros fundamentales dentro del marco legal del ejercicio de la enfermería. “Usar letra clara, evitar el uso de abreviaturas y no hacer tachaduras” son algunas de las prácticas indicadas.

“Los registros de enfermería son esenciales para proporcionar atención de alta calidad, garantizar la continuidad de la atención, y proteger los derechos del paciente y del profesional”, concluyó.

Por su parte, Fernanda Suarez, jefa Corporativa de Seguridad del Paciente en Swiss Medical Group, consignó las implicancias de los registros de enfermería en tanto “testimonio documental sobre actos y conductas profesionales, donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y evolución”. “El enfermero tiene la obligación y responsabilidad profesional de hacer el registro de sus acciones en la historia clínica”, puntualizó.

Entre las razones por las cuales resulta necesario registrar enumeró: “Funciona como una herramienta de planificación y gestión, permite el seguimiento del tratamiento del pacien-

te y el acceso a datos estadísticos para investigaciones”, entre otros puntos.

Ya en la **mesa 3**, sobre la aplicación del programa en la educación continua” y la importancia de las habilidades blandas, Leonardo de Vincentis, director de Enfermería en la Fundación Iberoamericana de Salud Pública, señaló, para poner en contexto el tema: “La enfermería es una disciplina en constante evolución. Los cambios en las tecnologías, las expectativas de los pacientes y la aparición de nuevas patologías hacen que la educación continua sea imprescindible para garantizar un cuidado actualizado, seguro y de alta calidad”.

En el mismo panel, María Marta Franco, directora del Instituto de Trans-

formación y Coaching, habló sobre la importancia de las habilidades blandas, a nivel “inter e intra personal”, destacando la “empatía, el manejo del estrés, la gestión emocional, la resiliencia, el autoconocimiento, la comunicación productiva, el liderazgo, el trabajo en equipo, la ética profesional y la adaptabilidad”. “Es clave la combinación de habilidades blandas con competencias técnicas”, afirmó.

Al cierre, Maximiliana La Rosa Salaberry, jefa de Departamento de Enfermería en CEMIC e integrante de la Comisión del área de Adecrea+Cedim, reflexionó: “Mi desafío es que sigamos trabajando en la capacitación y la innovación en los cuidados”.



María Marta Franco, Leonardo De Vincentis y Ricardo Molina



Fernanda Suárez, Alejandro Miranda y Roberto Mora

JORNADA DE ENFERMERÍA NEONATAL “AVANCES EN HERRAMIENTAS DE SIMULACIÓN E INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS HUMANIZADOS”

En el segundo día de la Jornada, se dio espacio a los temas vinculados a la neonatología. Walter Picada, integrante de la Comisión Nacional Asesora Permanente de Enfermería en el Ministerio de Salud de la Nación y miembro de la Comisión de Enfermeros de Gestión de la cámara, estuvo a cargo de las palabras de apertura.

Picada sostuvo que “hoy la enfermería neonatal atraviesa un momento desafiante: la baja de la tasa de natalidad ha hecho mella en el área,

acarreado una pequeña crisis en el sector prestacional, lo que obliga a redoblar esfuerzos para garantizar la calidad de atención” y agregó: “Sin embargo, esto se presenta como una oportunidad para que la enfermería neonatal se posicione como un actor clave en la promoción de la salud”.

Entre los principales desafíos que interpelan a la neonatología, en el trabajo articulado con otros actores de la salud y con la comunidad en general, mencionó el hecho de fomentar la lactancia ma-

terna, la prevención de enfermedades y los controles prenatales.

“A pesar de las dificultades, la enfermería neonatal sigue siendo una disciplina que llena de orgullo a todo el colectivo. La complejidad de los cuidados que brinda, la necesidad de una constante actualización y la profunda conexión que se establece con los cercanos y las familias configuran un grupo de profesionales altamente capacitados y comprometidos con su misión”, remarcó.



Hna. Mercedes Zamuner, Clarisa Salvatierra, Walter Picada y Silvia Monet



Yamila Martín y Gabriela Dantelo

El **panel 1** hizo foco en la innovación en el proceso de atención y, en este sentido, en las “rutinas diferidas en un contexto de humanización”. Yamila Martín, subjefa de Enfermería de Áreas Críticas y Materno Infantil Quirúrgico-Clínico en Casa Hospital San Juan de Dios, destacó que “hay una palabra clave que caracteriza la humanización, que es la empatía”.

En ese contexto y en relación a las “rutinas diferidas”, se refirió a las tres dimensiones que se desarrollan en el Hospital San Juan de Dios: “El inicio de la atención al binomio madre-hijo, el seguimiento de la enfermería de enlace y el protocolo Hora de Oro”. “Los recién nacidos almacenan experiencias y, por eso, dividimos el proceso en dos escenarios: las acciones sensibles al tiempo y no sensibles al tiempo. Debemos prestar especial atención a las primeras, tales como el contacto piel a piel y la primera prenda al pecho, porque son las que van a tener un impacto en el recién nacido”, dijo Martín.

El **panel 2** trajo a debate el tema de la humanización de los cuidados neonatales y los desafíos emocionales frecuentes durante la internación y su acompañamiento. Ana Lucía Álvarez y Mariela Martínez, coordinadora de Enfermería de Neonatología y asistente de Coordinación de Neonatología, ambas en Hospital Universitario Austral, compartieron historias de pacientes y familias que pasaron

por la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital, y los desafíos que estos pasajes trajeron para el personal del área.

En esta misma mesa, Claudia Carissimo, psicóloga Perinatal en Clínica y Maternidad Suizo Argentina, enmarcó: “Cuando decidimos acompañar a una familia que está cursando en neonatología, consideramos los factores ambientales, psicocognitivos y conductuales”. Llamó a considerar los factores que pueden rondar en torno del estrés, tales como “la subjetividad, la dinámica de pareja, la logística familiar, el cambio brusco de contexto, el no saber qué hacer, las reacciones defensivas, el miedo, la frustración, y la sobrecarga y alostasis”.

“Enfermería tiene muchos recursos para activar, y la palabra, en este sentido, tiene un peso muy importante”, declaró Carissimo. “Hay que hablar el lenguaje del paciente, y sumando información gradualmente en el tiempo, dado que el tiempo es parte del tratamiento”, recomendó.

“Desafíos en el modelo de cuidados en pacientes ostomizados” fue el tema abordado en el **panel 3**, de la mano de Griselda Leiva, enfermera neonatal especialista en Epidemiología y control de infecciones, y Sonia Segovia, coordinadora de Neopediatría, ambas en Clínica Bazterrica.

Basada en el caso de un paciente de 33 semanas, con diagnóstico de atresia intestinal, Segovia nombró la

“capacitación *in situ*, las vías de comunicación, el proceso operativo estandarizado en cuidado de la piel (POE), el asesoramiento y monitoreo por parte de la especialista de la institución y los proveedores de la industria, y la gestión de materiales adecuados con Farmacia” como parte de las estrategias más importantes en el abordaje de estos cuidados.

Ya en el **panel 4**, antes del cierre, se habló sobre la simulación clínica como estrategia pedagógica para la formación continua en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). “La simulación clínica (SC) nace como una estrategia pedagógica para dar herramientas que, quizás, en el momento de la formación, uno no puede adquirir, en relación a habilidades psicosociales y técnicas. En síntesis, brinda calidad y seguridad a los pacientes”, puntualizó Andrés Farías, integrante de la coordinación general de la Red Nacional de Simulación Clínica (ReNaSiC) y miembro de la *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL)*. Farías contó que, en ReNaSiC y junto a otros organismos nacionales, están trabajando “en poder lograr la formación, a través de la simulación clínica, de equipos interdisciplinarios”. Luego entró de lleno en el rol de la inteligencia artificial en este campo. “La IA nos permite analizar datos y videos de todas las situaciones que van sucediendo en las prácticas de SC, pero

debemos estar preparados para tener esa base de datos con la que poder entrenar a esa IA”.

Graciela Centeno, supervisora de Enfermería del Área Materno Infantil del Sanatorio Mater Dei, invitó a la audiencia a reflexionar: “¿Cómo podemos generar simulación clínica en nuestras áreas de neonatología? ¿Cómo hacer para que nuestros equipos sean realmente competentes? ¿Qué hacemos con quienes nos cuidan?”.

En línea con Farías, Centeno explicó que “la SC como estrategia pedagógica,

permite replicar un mismo escenario clínico, evaluar el desempeño de cada participante y reflexionar sobre ese desempeño, al tiempo que fomenta la cultura de la seguridad del usuario en el sistema de salud”.

“Análisis, diseño, desarrollo, implementación y evaluación son las etapas del proceso pedagógico”, agregó, destacando que los “programas de capacitación” y la “educación continua” resultan clave.

Por último, en ese mismo panel, se transmitió la grabación de un video

en el que José Tejerina, enfermero especialista en terapia intensiva, y Andrea Arancibia, especialista en enfermería en la atención del paciente crítico neonatal, los dos representantes del Centro Interdisciplinario de Biosimulación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta, compartieron aportes en cuanto a “avances de herramientas de simulación e integración de los cuidados especializados humanizados”.



Griselda Leiva, Sonia Segovia y Verónica Kaenel



Andrés Farías, Graciela Centeno y Macarena Tinte



Ana Lucía Álvarez, Mariela Martínez, Claudia Carissimo y Gastón Alegre

| CONSUELO DIEZ*

Hospital Universitario Austral

Importancia de la actualización en bioética: una responsabilidad del personal asistencial y de gestión

“La calidad de una civilización se mide por el respeto que tiene por los más débiles de sus miembros”

Jérôme Lejeune

INTRODUCCIÓN

Este artículo plantea la importancia de la actualización en temas de bioética y cómo esta formación es responsabilidad tanto de los miembros que realizan actividades asistenciales como también de quienes desempeñan tareas de gestión. Dado que un objetivo primordial es asegurar que todos los pacientes reciban cuidados de Enfermería de alta calidad, cada uno de esos cuidados debe brindarse sobre una sólida base ética, que tenga en cuenta especialmente el respeto por la dignidad de la persona.

El sentido de la responsabilidad ética y social es lo que nos lleva a fortalecer el deseo de autonomía para actuar en ayuda de los más débiles. Su dependencia es un grito a la propia autonomía: cuanto más necesitados estén los otros, más fuerte se siente uno para sostenerlos y poder decirles que, pase lo que pase, estarán acompañados. Las múltiples limitaciones de los demás impulsan a la persona cuidadora para compensar esa fragilidad con la fuerza, la atención y el amor de que se es capaz. A lo largo de

la vida, esto va consolidando la autonomía hasta convertirla en una pasarela que rescata a los dependientes del foso de su debilidad (García Sánchez, 2024).

Tomarse en serio la formación en temas de bioética lleva a tener en cuenta siempre la dignidad humana, considerada un principio biojurídico fundamental, por cuanto constituye la referencia de toda la actividad biomédica y es el punto en el que se revela su sentido último. Proteger la dignidad humana implica un compro-

*Licenciada en Enfermería (Univ. Austral, Argentina). Especialista en Cardiología (Univ. de Navarra, España), Magister en Administración de Servicios de Enfermería (UNR, Argentina), Diplomada en Bioética (Univ. Austral Argentina). Actualmente se desempeña como Subdirectora de Enfermería. Es Miembro del Comité de Ética Institucional, de Ética Hospitalaria y del Comité de Bienestar de Personal en el Hospital Universitario Austral (PBA, Argentina).

miso social, político y jurídico, que va más allá de una mera fórmula retórica o política.

En la actualidad, encontramos una fuerte tendencia a hacer depender la dignidad y el valor de la vida humana de un determinado grado de desarrollo, de unas perfectas condiciones

psicofísicas, del pleno ejercicio de la autonomía de los progenitores, de la calidad de vida, etc. Frente a estas visiones, que son reduccionistas y excluyentes, la concepción de la dignidad sostiene que todo ser humano es valioso por lo que es, no por las capacidades o cualidades que tiene. La

dignidad humana sólo puede basarse en la idea de que todo ser humano merece un respeto incondicionado; es decir, se presupone su valor incommensurable que lo eleva (cuerpo y espíritu) por encima de los objetos. (Aparisi Miralles, 2013).

LA BIOÉTICA EN LOS TRAYECTOS DE FORMACIÓN

Si bien los planes de estudio de varias universidades de nuestro país incluyen temas de bioética –que los alumnos escuchan con interés–, éstos suelen abordarse con superficialidad. Esto se hace evidente al considerar la diferencia de tenor con las situaciones que habrán de experimentar durante su ejercicio profesional, ya sea en el área asistencial, en la gestión, docencia o investigación.

A nivel de posgrado, las especialidades y maestrías con foco en lo asistencial también abarcan en sus programas dilemas bioéticos relacionados con los temas específicos que se estudian, pero no incluyen todos los temas necesarios. Finalmente, con respecto a las diplomaturas y maestrías en bioética, sí participan

enfermeros, pero su número suele ser reducido.

Frente a esta situación, Hoskins y col. (2018) recomiendan implementar diferentes estrategias, como las que se enumeran a continuación:

- Ofrecer educación ética en entornos académicos y clínicos.
- Encuestar a los participantes de los programas de licenciatura, especialidades y maestrías para identificar deficiencias y desarrollar una programación adecuada.
- Establecer grupos de trabajo de especialistas en bioética y enfermeras líderes para encontrar estrategias pedagógicas efectivas

- Desarrollar documentos de mejores prácticas para la educación en ética de la Enfermería.

- Guiar a los estudiantes, durante la transición a la práctica clínica, para que participen en asociaciones académico-profesionales.

- Fomentar la interacción con organizaciones profesionales para apoyar programas interdisciplinarios de educación ética, formación del profesorado e iniciativas de investigación.

- Desarrollar asociaciones para la educación interdisciplinaria sobre bioética con otros profesionales de la salud.

BIOÉTICA Y PRÁCTICA ASISTENCIAL

El personal asistencial encuentra habitualmente situaciones, experiencias y casos de pacientes que los desconciertan y frente a los cuales, en el mejor de los casos, buscan el consejo de personal capacitado que les ayude a desempeñarse éticamente. En esos momentos es donde se hace evidente la importancia de la actualización en estos temas.

Si bien dicha actualización es responsabilidad de cada profesional, también lo es de los líderes, ya que deben asegurar que la atención al paciente y a su familia contempla una ética de los cuidados.

Para el personal que se dedica a la Bioética se recomienda “caminar los pasillos”, ya que el contacto habitual y directo con los pacientes y con el per-

sonal de primera línea crea un clima de confianza que permite detectar casos que necesiten una toma de decisiones ágil y compartida, además de descubrir necesidades de formación sobre nuevos dilemas éticos.

Es importante tener en cuenta que la práctica asistencial influye en forma directa sobre quienes brindan cuidados. La riqueza que surge de las rela-

ciones interpersonales beneficia a los profesionales, otorgando oportunidades únicas para aprender en el ámbito técnico y científico, como así también en la aplicación práctica de la bioética. Cada dilema ético que se experimenta en la actuación profesional es una oportunidad de capacitación y de cuidado de la conciencia, ya que muchas

veces imprime una huella imborrable en el personal de salud, en el paciente y en sus allegados. Esto puede implicar un crecimiento personal o, por el contrario, ser el origen de un gran sufrimiento si no se toman las decisiones adecuadas. Un momento clave de formación y actualización es luego de la resolución

de algún caso en el Comité de Bioética. Compartir las decisiones con otras personas del área puede ser de gran ayuda ya que no sólo el personal a cargo del paciente se plantea dudas al respecto sino los que comparten el lugar de trabajo.

¿CÓMO PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO?

- Brindar tiempos protegidos para poder participar en actividades de capacitación y actualización
- Otorgar becas para realizar cursos, diplomaturas o maestrías de Bioética.
-
- Incorporar temas de bioética relacionados en las clases de capacitación técnica o de actualización científica.
- Realizar actividades de capacitación con diferentes estrategias tales como cine forum, talleres con lectura de temas de actualidad, conversaciones con expertos.
- Brindar clases teóricas presenciales o en aula virtual (sincrónicas o asincrónicas).
- Fomentar la realización de ateneos con casos recientes.
- Sugerir el uso de las redes sociales o páginas webs que traten temas específicos.
- Recomendar la participación en conferencias y congresos internacionales
- Fomentar proyectos de humanización del cuidado y mostrar temas éticos implicados en cada proyecto (por ejemplo, autonomía del paciente, derecho a la información, cuidado de la intimidad, etcétera).

¿QUÉ TEMAS PUEDEN SER ABORDADOS?

- Los relacionados con el inicio de la vida: reproducción asistida, diagnóstico prenatal, aborto, embarazo subrogado, separación de siameses.
- Los relacionados con el final de la vida: cuidados paliativos, adecuación del esfuerzo terapéutico, eutanasia.
- Trasplante de órganos.
- Objeción de conciencia y objeción de ciencia.
- Medicación compasiva y *off label*.
- Bloqueo hormonal en adolescentes.
- Bioética y derecho.

A modo de ejemplo, en nuestro hospital, desde hace tres años se realizan con frecuencia encuentros del personal de Enfermería con el Comité de Bioética para tratar temas de actualidad:

Año	Cantidad de participantes	Temas tratados
2022	12	Embarazo subrogado, adecuación del esfuerzo terapéutico
2023	22	Paciente con Síndrome de Marfan, embarazo ectópico, voluntades anticipadas, empleo de órganos de pacientes que recibieron la eutanasia, trasplante hepático en paciente adulto alcohólico y niño con recursos escasos, decisiones de no ingreso a la UCI, gestión de la ambigüedad genital, situación en España de la eutanasia, donante de médula ósea menor de edad, adecuación del esfuerzo terapéutico en neonatología.
2024	41	Separación de siameses, cuidados paliativos perinatales, atención a pacientes embarazadas vulnerables, miedo a la muerte, tratamiento compasivo/ off label.

Tanto las actividades que se realizan como los temas abordados facilitan a los profesionales saber distinguir entre lo ético y lo no ético, entre lo que se puede resolver directamente entre profesionales del área o cuándo es necesario consultar a algún experto o plantear el caso al Comité de Bioética.



CONCLUSIÓN

En la actualidad resulta evidente la necesidad de brindar formación y actualización en temas de bioética que permitan alcanzar una adecuada y profunda comprensión de los criterios científicos y objetivos para la defensa

de la dignidad de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural, y que permitan aplicar estos conocimientos en la práctica profesional.

Es responsabilidad de los líderes contar con personal formado en temas de

esta disciplina, que se desempeñen en diferentes áreas, turnos y puestos de trabajo, ya que de este modo será posible aconsejar con celeridad frente a algún dilema que pueda presentarse en la práctica asistencial.



BIBLIOGRAFÍA CITADA:

–Academia Nacional de Medicina. (2024). “Declaración sobre Libertad de actuación y objeción de ciencia”. Publicado en: <https://anm.edu.ar/libertad-de-actuacion-y-objecion-de-ciencia/>
–Aparisi Miralles, Á., (2013) “El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global”. Cuadernos de Bioética, XXIV(2): 201-221. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87528682006>
–García Sánchez, E. (2024) “La humanidad cuidadora”. Red de investigaciones

filosóficas. Universidad Católica de Valencia. Disponible en: https://proyectoscio.ucv.es/articulos-filosoficos/articulos_fondo/la-humanidad-cuidadora/
–Hoskins, K., Grady, C., Ulrich, C.M., (2018) “Ethics Education in Nursing: Instruction for Future Generations of Nurses”. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 23, nº 1, Manuscript 3.
–Prieto, P. (2017) “Servicio hospitalario de humanismo y Bioética de la Clínica

Santa Fe de Bogotá”. *Acta Med Colomb*, vol. 42, nº 2.
–Yagüe Sánchez, JM. (2017) “La enfermera en los comités de ética”. *Rev ROL Enferm*; 40(9): 618-622.

Sitios de referencia:

- Fundación Jérôme Lejeune: www.fundacionlejeune.es
- BioeticaRed: www.bioeticared.com
- BioeticaWeb: www.bioeticaweb.com

Los espacios que habitamos nos habitan

WALTER LEGUIZAMÓN

Jefe de Departamento de
Enfermería Centro del Parque

“Lo que nos une es mucho más de lo que nos separa; es nuestra humanidad compartida.”

JOANNES PAULUS PP. II

En un pequeño pueblo rodeado de montañas, donde el frío ártico se mezclaba con los vientos del oeste, tres amigos se reunieron en una cabaña acogedora para debatir un tema delicado: el fin de la vida y la muerte de un ser querido.

Li, un hombre asiático con un profundo respeto por la tradición, miraba por la ventana la nieve que caía suavemente. En su cultura, la muerte era vista como una parte del ciclo de la vida, un regreso a los ancestros. Para él, la bioética se entrelazaba con el honor y la memoria:

–Cuando un ser querido se enfrenta a la muerte, debemos asegurarnos de que su despedida sea digna y rodeada de amor. La vida no termina, solo cambia de forma –comentó, su voz suave pero firme.

A su lado, Ethan, un hombre occidental, se mostraba más pragmático. Criado en una cultura que valoraba la autonomía individual, creía que cada persona debía tener el control sobre su propio final:

–La muerte es un derecho personal. Si alguien decide que ya no quiere seguir luchando, debemos respetar su decisión. La bioética debería enfocarse en la libertad de elección –argumentó, gesticulando con pasión.

Desde el rincón de la cabaña, Aana, una mujer esquimal, escuchaba atentamente. Su perspectiva era única, influenciada por las duras realidades del entorno que la rodeaba:

–En mi comunidad, la muerte se celebra como un viaje hacia el mundo de los espíritus. No es solo un final, sino una transformación. Cuando alguien se va, todos nos reunimos para honrar su vida y su espíritu –dijo, con una sonrisa melancólica.

El debate continuó. Cada uno fue compartiendo historias de pérdidas personales y las formas en que sus culturas habían enfrentado la muerte. Li recordó a su abuela, quien había hecho su transición rodeada de su familia, compartiendo risas y lágrimas hasta el último aliento. Ethan habló de un amigo que había elegido la eutanasia, reclamando su derecho a decidir cómo y cuándo morir. Aana relató cómo su pueblo cuidaba de los ancianos, preparándolos para el viaje, y cómo la muerte se percibía como un acto de amor y respeto.

Con el tiempo, los tres amigos comen-

zaron a encontrar puntos en común. Comprendieron que, aunque sus tradiciones y creencias eran diferentes, todos compartían un profundo amor y respeto por aquellos que partían. La bioética, se dieron cuenta, no era solo una cuestión de leyes y normas; era también un reflejo de la humanidad compartida.

La conversación fluyó de manera más ligera, convirtiéndose en risas y anécdotas, mientras el fuego crepitaba en la chimenea. Al final, se dieron cuenta de que, a pesar de sus diferencias, el amor y la empatía eran el hilo que unía sus culturas.

Así, en esa cabaña rodeada de nieve, tres amigos de mundos distintos encontraron una forma de entenderse y apoyarse en el momento más delicado de la vida: el final. Y así, el frío exterior se hizo cálido en el abrazo de su amistad.



Ilustración: Katerina Lucia Atamañuk Herrguth -
Estudiante de Lic. en Artes Visuales y Dibujo en la
UMSA (Universidad del Museo Social Argentino)

Los actos lingüísticos básicos

WALTER OSCAR PICEDA*

RESUMEN

La ontología del lenguaje sostiene que el lenguaje precede y constituye a los individuos como sujetos sociales. Al definir actos lingüísticos (afirmaciones, declaraciones, juicios, pedidos y ofertas), destaca que cada comunicación crea realidades y compromisos sociales específicos, algo esencial para el liderazgo organizacional, donde el lenguaje genera contextos y dirige acciones.

ABSTRACT

Language ontology holds that language precedes and constitutes individuals as social subjects. By defining linguistic acts (statements, declarations, judgments, requests, and offers), it highlights that each communication creates specific social realities and commitments, essential for organizational leadership, where language generates contexts and directs actions.

PALABRAS CLAVE

lenguaje, actos lingüísticos, compromiso social

KEYWORDS

language, linguistic acts, social commitment

INTRODUCCIÓN

Habitualmente, otorgamos un carácter de precedencia al individuo respecto del lenguaje. En cambio, la ontología del lenguaje, a partir de preceptos de esta rama de la filosofía, se opone a dicha concepción y sostiene que el lenguaje precede a los individuos, a los cuales se comprende más que como ejemplares de una especie, como *sujetos sociales* y, por lo tanto, constituidos en seres lingüísticos. Este postulado se basa en el convencimiento de que el lenguaje necesita de un dominio consensual: esto

es, que las palabras que el individuo aprende existan con su significado en la sociedad. Sin dejar de reconocer que hacen falta determinadas características biológicas para poder desarrollar el lenguaje, es dable pensar que si un ser humano no ha tenido contacto con ninguna sociedad (imaginemos un niño criado en los bosques por animales), pese a tener todas las estructuras anatómicas, nerviosas y sensitivas que le permitirían hablar, no lograría hacerlo. Por ello, desde la ontología del lenguaje,

se propone que el lenguaje es un fenómeno social y no biológico. Aquí surge también otro de sus postulados básicos: que el lenguaje es generador de realidades. Situados en el ámbito organizacional, podemos basarnos en lo anterior para sostener que el lenguaje es creador de los contextos necesarios para que los sucesos se den en la dirección que requerimos. En este artículo plantearemos esto como una habilidad de liderazgo: la capacidad de crear los contextos or-

*Licenciado en Enfermería. Profesor Universitario de Enfermería. Magister en Gerenciamiento de Servicios Integrales de Enfermería.

ganizacionales necesarios a través del adecuado manejo de las habilidades comunicacionales. Para ello resulta pertinente distinguir lo que en ontología del lenguaje se conoce como **actos lingüísticos básicos**. Esto es: las afirmaciones, las declara-

ciones, los juicios, los pedidos y las ofertas, que son distinciones, recortes de la realidad, universales: están presentes en todos los idiomas.

Lo primero que diremos al respecto es que hay que considerar que el hablar no es un acto inocente, toda vez

que –como señalamos antes– el lenguaje genera realidades e involucra diferentes compromisos sociales en función del acto lingüístico en el cual estemos implicados. A continuación iremos viendo el desarrollo de cada uno y cuál es este compromiso social.

1. AFIRMACIONES

Para comenzar a describir los actos lingüísticos básicos tomaremos las afirmaciones y las declaraciones. Entre ellas se establece un factor distintivo común: esto tiene que ver con la forma en la cual el lenguaje se relaciona con la realidad circundante (con el mundo), ya sea subordinándolo (afirmaciones) o supraordinándolo (declaraciones). Esta distinción facilitará abordarlas por separado.

Las afirmaciones son básicamente descripciones, pero un análisis en profundidad nos permite ver que son *proposiciones* acerca de nuestras observaciones. El postulado de que nunca sabemos cómo son las cosas está en la base de por qué no decimos que son descripciones.

Sabemos realmente cómo es que nosotros las observamos, pero el postulado de que no hay verdades absolutas nos permite decir que es como nosotros interpretamos o cada uno de nosotros interpreta qué es esa cosa.

Puede servirnos como ejemplo pensarlo desde una analogía: lo que pasa con una persona daltónica y una persona que no tiene esta condición. Lo que para la persona daltónica es verde, para la persona no daltónica puede ser amarillo, y esto no significa que la verdad esté de uno u otro lado. Otro ejemplo, también derivado

de los colores, es el caso de los esquimales, que ven tonalidades de blanco que quienes no vivimos en zonas polares no llegamos a detectar.

Además, para que algo pueda ser observado, por ejemplo una mesa, es necesario que en el dominio consensual de esa sociedad exista el concepto mesa. Vamos a considerar que esa observación es verdadera, solo porque nuestros vecinos o cercanos validan que eso es una mesa. Pero podría pasar que el mismo objeto en otro dominio consensual reciba otro nombre o tenga otro significado; en dicho caso, al decir que ese objeto es una mesa se estará ante una afirmación no verdadera.

El **compromiso social** que implican las afirmaciones es el de adecuarse a las observaciones que hacemos del mundo; es decir, nos comprometemos a su veracidad. De esta forma, es posible delinear algunas características de las afirmaciones:

- se aportan con el compromiso de presentar pruebas de lo que se dice, si éstas se solicitan
- son específicas
- son verdaderas o falsas

- se basan en propiedades externas preexistentes, o sea, están subordinadas a la realidad, al mundo

- diferentes mundos disponen de diferentes afirmaciones

- requieren del hablante que las enuncia, el desarrollo de la capacidad de percepción

Son ejemplos de afirmaciones:

- La reunión del jueves pasado terminó a las 11:40.
- La presión arterial del señor González es de 150/80.
- Esta semana llegaste después del horario de ingreso tres veces.
- Al terminar la reunión se leyó lo que se acordó y todos los presentes firmaron que aceptaban los consensos.
- Entregaste el pedido en el plazo convenido.
- No excediste tu horario de trabajo para cubrir la demora de tu reemplazo.
- Hay una nota de reclamo por la atención que le dispensaste a la paciente Gómez.

2. DECLARACIONES

En este tipo de actos lingüísticos la realidad o el mundo se halla subordinada a la palabra; esto es: después de haber sido dicho lo que se dijo, el mundo es diferente.

Algunos de los ejemplos más fácilmente identificables provienen de la historia universal: las declaraciones de independencia de los países.

Sin embargo, los podemos hallar también en acciones más sencillas, de la vida cotidiana: cuando un juez de paz dice “los declaro marido y mujer”; cuando un juez dice “culpable” o “inocente”; cuando el árbitro de un juego dice “gol”.

Incluso en un nivel más íntimo, de la cotidianidad, como es nuestro hogar: también se trata de una declaración cuando alguien dice “es hora de comer”; “ahora podemos encender el televisor”.

Claramente, podemos llevarlo al ámbito organizacional. Por ejemplo,

cuando se declara que Juan Pérez está suspendido, cuando se comunica que, a partir del primero de agosto, se dejan de usar barbijos en todos los sectores administrativos de la clínica. Hay un denominador común en cada uno de estos actos lingüísticos: que se focaliza en el enunciante. Desde los congresales que pueden declarar la independencia de un país, pasando por el juez de paz que casa a dos personas, el árbitro que declara que una jugada finaliza en gol, una madre que dice que es hora de cenar o el jefe de recursos humanos que define que tal persona está suspendida, en todos estos casos hay una autoridad reconocida para hacer esas declaraciones. Se trata de personas o entidades que tienen autoridad para hacer esa declaración y a partir de allí cambiar la realidad. En función de la existencia o inexistencia de esta condición de autoridad del enunciante las decla-

raciones se clasifican como válidas o inválidas, respectivamente.

La autoridad puede estar dada por la sociedad, por las reglas constitutivas de una organización, por las normas de convivencia de una familia; en casos de relaciones interpersonales, por uno mismo.

Incluso es posible identificar un tipo de declaraciones llamadas *fundamentales*, las cuales son enunciadas por los individuos y dirigidas a modificar la realidad de sí mismos. Claramente, la única persona con la autoridad para realizar declaraciones acerca de sí mismos son los propios enunciantes. De esta forma, se reconocen las declaraciones: “basta”, “sí”, “no”, las de ignorancia, las de amor, etcétera.

Como se ha dicho, cada acto lingüístico implica un compromiso social. En este caso, la condición estará dada por tener un comportamiento consistente con lo que se ha declarado.



3. JUICIOS

Este otro tipo de acto lingüístico básico requiere también estar atento para no confundirlo con una afirmación.

Puede pasar a menudo que digamos: “Apple es una compañía informática”, casi como si fuera una aseveración del mismo tipo que decir “Apple es una compañía informática de gran innovación”. Lo mismo pasa cuando hablamos de personas y decimos por ejemplo “Isabel es una enfermera” e

“Isabel es una enfermera eficiente” como aseveraciones equivalentes.

Se suele entender que lo que importa solamente es la referencia al sujeto de la oración. Sin embargo, al examinarlas con atención surge casi de inmediato que hay una diferencia sustancial: en el primero de los casos estoy enunciando un hecho, dato o afirmación. En el segundo caso, estoy emitiendo una opinión o juicio.

Otra diferencia tiene que ver con el compromiso asumido por el orador: en el primer grupo hay compromiso de proporcionar evidencia; en el segundo, no.

Para marcar aún más la diferencia entre afirmaciones y juicios conviene remitirnos a un ejemplo:

[afirmación]: “Se decretó la emergencia sanitaria por la pandemia”

→ este es un dato, un hecho puntual, a partir del cual pueden surgir diferentes interpretaciones:

[juicios]:

“Salir a la vía pública es inseguro.”

“Mi libertad de circulación está vulnerada.”

“Usar barbijos de manera permanente es necesario.”

“Sólo se requiere usar barbijos para asistir a los pacientes.”

“Con la vacuna aplicada voy a estar protegido.”

“Las vacunas envenenan.”

El segundo grupo de aseveraciones pertenecen a la clasificación de juicios u opiniones que se van generando a partir del hecho propiamente dicho, de acuerdo con quien sea el que observa y emite.

Resulta significativo señalar que a los juicios se los puede ubicar en el grupo de las declaraciones, puesto que tienen la particularidad de no someterse al mundo, pero sí la de modificar el mundo circundante, en función de que sea aceptada la autoridad de quien lo emite. De acuerdo con la autoridad conferida por la comunidad a este emisor, se puede determinar si un juicio es válido o inválido.

Por ejemplo:

Si una enfermera de unidad coronaria refiere que el Sr. González tiene signos de injuria miocárdica, estoy ante la enunciación de un juicio, emitido por un individuo con autoridad para hacerlo dentro de esa comunidad, que representa la unidad coronaria, por lo tanto, voy a considerarlo válido.

Esta aseveración va a cambiar la realidad circundante para quien emite el juicio, pues va a iniciar una serie de acciones dirigidas a atender a ese paciente, y para todo el entorno, que va a adecuar su dinámica en función de estas acciones.

Los juicios admiten también otro tipo de clasificación, en relación a cómo se fundamenta la veracidad de esa sentencia o veredicto que se está dando. Esto nos permite hablar de juicios fundados o juicios infundados.

En el ejemplo de la enfermera de unidad coronaria, la experticia de la colega, el EKG de control que presenta cambios respecto al último realizado, pueden fundar lo que se manifiesta, expresando que notó modificaciones en el nivel del segmento ST respecto al último electrocardiograma que tenía realizado el paciente. Este último electrocardiograma es el estándar

que tiene la enfermera para fundar su juicio acerca del electrocardiograma actual. Luego, el posterior dosaje de enzimas cardíacas, la evolución clínica del paciente, van a corroborar si fue o no un diagnóstico acertado.

En principio estamos ante un juicio *válido*, pues la emisora es autoridad reconocida en la comunidad, y *fundado*, pues el estándar requerido lo demuestra.

Hay que considerar que lo que hace la enfermera cuando funda el juicio es ni más ni menos que emitir una sentencia que es una afirmación: el electrocardiograma actual presenta un supradesnivel del segmento ST, respecto al electrocardiograma anterior. Es necesario que se funden los juicios y que se lo haga con afirmaciones, pues debe entenderse que los juicios

no son verdades, son solamente opiniones sujetas a comprobación.

Es importante considerar esta distinción a la hora de establecer conversaciones con el resto de los actores con los cuales trabajamos.

Por ejemplo:

Si debo tener una conversación con un liderado, para encuadrar su nivel de puntualidad, es conveniente enmarcarla por fuera de una sentencia que implique un juicio. Es conveniente no decir “usted es impuntual”, pues de esta manera estoy incurriendo en una opinión que está afectando al ser de la persona. Esta sentencia va a tener consecuencias en esa persona, pues a partir del juicio que hago, va a ser considerada impuntual independientemente del contexto en que se desenvuelva.

Quizá esta persona llega tarde a este empleo, pero no llega tarde a las citas con el médico, con los profesores de sus hijos, a las reuniones de amigos. Aquí lo que está variando es el *dominio* en el cual se hace el juicio.

Si, en cambio, la conversación gira en torno a la aseveración: “Usted tiene un total de seis llegadas tarde en el último mes”, vamos a hacer foco en una afirmación que, fundada en el registro de fichadas, va a ser fácilmente comprobable.

Por último, es importante señalar que los juicios tienen también como característica la temporalidad: se emiten en el presente, basados en hechos o datos del pasado, y tienen impacto en el futuro.

4. PEDIDOS Y OFERTAS

Se trata de dos tipos de actos lingüísticos que están comprendidos dentro de lo que son las promesas o compromisos: los pedidos y las ofertas.

En ambos casos son necesarios sus cuatro elementos básicos:

1. orador
2. oyente
3. acción a llevarse a cabo
4. factor tiempo

Para el diseño específico de cada uno de estos actos lingüísticos es conveniente tener en cuenta los siguientes elementos:

1. claridad en cada uno de los elementos constituyentes de la oferta o pedido

2. condiciones de satisfacción
3. claridad en quién es el beneficiario:
 - a) pedido → el orador
 - b) oferta → el oyente
4. posibilidad de reclamo

Veamos a continuación su aplicación:

Ejemplo 1: pedido

En posición de Jefe de Departamento, una persona solicita a un mando medio liderado que la semana próxima, desde el lunes 10/12 hasta el viernes 17/12 inclusive, dé aviso personal o telefónicamente al cien por ciento de sus reportes –que se encuentran detallados en una lista– el turno asignado por el sector de medicina laboral para realizar el control periódico anual.

Además, se le indica que debe realizar el 17/12, al final del turno, un informe del avance del proceso, incluyendo casos avisados y casos sin aviso.

Ejemplo 2: oferta

Se convoca a tres enfermeros liderados para concursar la promoción de un puesto de supervisión. La oferta consiste en:

- un periodo de pasantía por el puesto que finaliza a los tres meses
- la posibilidad de realizar un examen escrito de conocimientos del puesto
- una entrevista personal con el líder

Se informa además que:

- solo una de las tres personas accederá al puesto
- será la que obtenga el mayor puntaje promedio en las instancias de evaluación señaladas, mientras que las otras dos obtendrán una posición de privilegio para futuras coberturas a realizar en supervisión
- el resultado será comunicado en una reunión grupal el día 30/11

En ambos ejemplos podemos observar que se dan todos los elementos señalados con anterioridad:

- la claridad en cada uno de los componentes de la oferta:
- las condiciones de satisfacción de esta,

- claridad en quiénes el beneficiario y
 - queda abierta la posibilidad de reclamos ante el incumplimiento de alguna de estas condiciones
- Como se ve, cada acto lingüístico im-

plica un compromiso social general. En este caso se va a tratar de la sinceridad de la promesa involucrada, sea que esté ofreciendo o que esté peticionando.

CONCLUSIÓN

La ontología del lenguaje nos invita a comprender el poder de la palabra en la configuración de realidades y compromisos sociales. Esta perspectiva resulta fundamental para desarrollar habilidades comunicativas que, en

contextos organizacionales, no sólo estructuran interacciones, sino que también crean los escenarios necesarios para alcanzar los objetivos comunes y fortalecer el liderazgo efectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Echeverría, R. (2001). Ontología del lenguaje. Buenos Aires: Granica.
2. Maturana, H.R. y Varela, F.J. (1984). De máquinas y seres vivos: Una teoría sobre la organización biológica. (2° ed.). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
3. Santos, R. y Oliveira, T. (2021). Actos del lenguaje y su impacto en la sociedad: Análisis desde la filosofía del lenguaje. Repositorio Digital de la Universidad de Sao Paulo (USP). Disponible en <https://repositorio.usp.br>.
4. Bunge, M. (2016). Filosofía del lenguaje en perspectiva sistémica. Repositorio Digital de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Disponible en <https://repositorio.uba.ar>.
5. Rodríguez-Consuegra, F. (2003). La filosofía del lenguaje: su naturaleza y su contexto. DIÁNOIA. Revista de Filosofía, 48(50), 41-68. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/4116016​>

CURSO DE POSGRADO GESTIÓN DE JEFATURAS EN ÁREAS DE ENFERMERÍA

Dirigido a licenciados en enfermería,.

DIRECTORA	Dra. en enfermería <i>Isabel Vera</i>
MODALIDAD	Virtual - sincrónico
FECHA DE CURSADA	Días jueves
HORARIOS	8:30 a 12:30 hs
CARGA HORARIA	440 hs.
DURACIÓN	De abril a noviembre

CURSO DE NIVELACIÓN MATEMÁTICA Y ESTADÍSTICA PARA GESTIÓN EN ENFERMERÍA

DOCENTE	Mg. Marcos Finn
MODALIDAD	Virtual - sincrónico
FECHA DE CURSADA	Días viernes
HORARIOS	9:00 a 11:00 hs (una clase por semana)
DURACIÓN	De abril a junio

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

DOCENTES	Dr. en Psicología Social <i>Darío Oscar Siani</i> Prof. Mgtr. en Enfermería <i>Walter Oscar Piceda</i>
MODALIDAD	Virtual - sincrónico
FECHA DE CURSADA	Miércoles de abril a noviembre
HORARIOS	8.30 a 11.30 hs

Enfermería en la comunidad: una aproximación al territorio y sus necesidades

INTRODUCCIÓN

La Práctica Profesionalizante Integrada es un espacio fundamental de la formación de futuros profesionales de Enfermería que se estructura en cuatro etapas: innovación, prueba, consolidación y estandarización. Las y los estudiantes reciben en ella la formación teórica necesaria, que luego volcarán en la comunidad, mediante actividades de aplicación de sus conocimientos y participación en eventos comunitarios.

Esta práctica beneficia tanto a los estudiantes, al proporcionarles una formación integral, como a la comunidad, que recibe servicios de salud de calidad. Asimismo, la institución formadora gana visibilidad en la comunidad y documenta cada fase para mejorar la enseñanza y compartir experiencias. Este artículo presenta la colaboración entre la Escuela Superior de Enfermería Rosa Carmen All (provincia de Santa Fe) y diversas entidades comunitarias, el municipio local, grupos vecinales y centros de jubilados. Esta

articulación ha sido clave para establecer buenas prácticas en la comunidad y ha permitido abordar necesidades locales mediante actividades de

promoción de la salud y prevención de enfermedades que fortalecen el vínculo y el compromiso de futuros profesionales con la comunidad.



*Profesora de Nivel Medio y Superior. Se desempeña en la Escuela Superior de Enfermería Rosa Carmen All.

OBJETIVOS Y METAS:

- El objetivo principal es proporcionar cuidados de salud y prevención de enfermedades a la comunidad, mientras los estudiantes desarrollan habilidades en Atención Primaria de Salud (APS).
- La meta es ampliar las oportunidades de práctica para los estudiantes, involucrándolos en la comunidad y diversificando sus experiencias más allá de los centros de salud.

Las actividades realizadas incluyen:

- Promoción del cepillado dental: campañas en escuelas para niños.
- Prevención del cáncer de mama: información y charlas para todas las edades.
- Controles de salud: medición de glucosa y presión arterial en centros de jubilados y vecinales.

ENFOQUE Y PROCESO:

- Al inicio del año escolar se elabora un calendario de actividades en colaboración con diversas entidades.
- Se proporciona contenido teórico y práctico simulado a los estudiantes para desarrollar sus habilidades antes de trabajar en la comunidad.
- Las actividades se planifican detalladamente y se obtienen permisos necesarios.

RECURSOS:

- Cuadernillo de técnicas: guía fundamental para los estudiantes.
- Documentación visual: fotografías, videos y podcasts de las actividades.
- Material bibliográfico: apoya la teoría y la práctica de las intervenciones.
- Documentación de normativas: asegura la adherencia a estándares de calidad.
- Entrevistas y testimonios: perspectivas cualitativas sobre el impacto de la práctica.

IMPLEMENTACIÓN:

Las actividades se desarrollan según el siguiente cronograma:

- agosto: actividades en la vecinal del barrio “Roma” con ASDI.
- 15 de septiembre: participación en el Centro de Día “El Encuentro”.
- 22 de septiembre: controles de glucemia y presión arterial en el Centro de Jubilados del barrio “El Pozo”.
- octubre: prevención del cáncer de mama en la Plaza Constituyente, en conjunto con el municipio.
- noviembre: actividades de higiene bucal en la Escuela Julio Bello.

RESULTADOS:

● Impacto en la comunidad y organizaciones:

Las actividades han tenido una incidencia significativa, que se observa en la mejora de los recursos y la participación. A su vez, las colaboraciones permiten realizar actividades sin grandes gastos adicionales.

● Sostenibilidad y replicación:

La colaboración continua y la metódica planificación favorecen que el modelo sea replicable en otras comunidades. Por caso, se ha implementado en San Javier en años anteriores. En el futuro se explorarán acuerdos colaborativos en ciudades cercanas.

PRÁCTICA PROFESIONALIZANTE INTEGRADA I

ORGANIZACIÓN

• ETAPA 1:

Contenido teórico en aula: preparación previa a la práctica en la comunidad.

• ETAPA 2:

Trabajo en la comunidad: aplicación de conocimientos y análisis de necesidades.

• ETAPA 3:

Actividades comunitarias: organización de eventos y actividades relacionadas con la salud.

• ETAPA 4:

Resultados y opiniones.

BENEFICIOS

para las y los estudiantes:

- formación integral que combina teoría y práctica
- preparación para brindar atención de calidad

para la comunidad:

- servicios de salud de calidad y prevención de enfermedades
- fortalecimiento de la confianza en los servicios de salud locales

para la institución:

- visibilidad de la institución
- aumento en la reputación y atracción de nuevos estudiantes

PRÁCTICA PROFESIONALIZANTE

01

Planificación del año lectivo. Efemérides para el año y actividades áulicas y en terreno. Selección del equipo docente.

02

Valoración del territorio
Necesidades de actividades de autocuidado en la comunidad (reunión con instituciones barriales, establecer fechas, materiales y costos)

03

Actividades pedagógicas con el estudiante
Preparación, simulación
Áulicas, técnicas de comunicación, cuidado de la salud y abordaje, ideas y elaboración de estrategias, educativas (charlas, teatralización, stand)

04

Actividades en terreno según el calendario efemérides (estudiantes, docentes e instituciones colaboradoras)

Diseño curricular de enfermería

Finanzas

Investigación

Organización

Material bibliográfico

Recursos

Documentación

Distribución

Creatividad

Materiales

Informe

Calendario

CONCLUSIONES

La Práctica Profesionalizante Integrada I de la Escuela Superior de Enfermería Rosa Carmen All demuestra que el compromiso con la formación de enfermeras y enfermeros competentes contribuye de manera directa al bienestar de la comunidad.

Las actividades comunitarias fortalecen la colaboración social y preparan a los estudiantes para enfrentar desafíos de salud en contextos reales, integrando teoría y práctica en su formación.



REFERENCIAS

–FAO (2024) Cómo captar e intercambiar buenas prácticas para generar cambios.

<https://www.fao.org/capacity-development/resources/practical-tools/como-captar-e-intercambiar-buenas-practicas-para-generar-cambios/es/>

–FARMAMUNDI (2018)

“Convivir cuidándonos”. Serie de material audiovisual, disponible

en: www.farmamundi.org y

<https://www.youtube.com/c/FarmamundiEducaci%C3%B3n>

–Rengifo Arias, D. M., López González, M. M., y Gil Londoño, E. M. (2023) Estrategias didácticas desarrolladas con estudiantes de enfermería para el logro de competencias profesionales: Revisión integrativa. *Cultura de los Cuidados*, 27(65): 274–284.

en: www.farmamundi.org y <https://www.youtube.com/c/FarmamundiEducaci%C3%B3n>

Disponible en:

<https://doi.org/10.14198/cuid.2023.65.21>

–Román, M.C. (2019) Manual de buenas prácticas en ciclos de mejora continua. FLACSI. Disponible en: https://www.flacsi.net/web2019/wp-content/uploads/2019/12/SCGE-Manual_buenaPractica.pdf

La Cámara hizo entrega de más de 200 ejemplares de la Revista VEA, más de 100 manuales y libros sobre control de infecciones hospitalarias y epidemiología, y un maniquí para ejercitación de prácticas profesionales.



Como parte de las acciones solidarias y con el propósito de contribuir a la formación en el campo de la enfermería, Adecra+Cedim hizo entrega de un kit de materiales para capacitación al Instituto Superior de Formación Docente Continua de Villa Paranacito (ISFDC), en Entre Ríos.

La Gerente General de Adecra+Cedim, Silvia Monet, destacó al respecto: “Nos enorgullece saber que, a través de esta donación, hemos hecho un aporte, directa e indirectamente, al desarrollo de la enfermería en Argentina”.

El ISFDC, ubicado en Islas del Ibicuy, en Entre Ríos, fue creado hace 33 años con el objetivo de formar a maestros y maestras en el Profesorado de Educación Primaria. Según contaron sus directivos, “con el paso

del tiempo y en función de las distintas gestiones y demandas locales y provinciales, se fue ampliando la oferta académica, hasta que en 2008 nació la Tecnicatura Superior en Enfermería”.

“Desde entonces, durante estos 16 años de trabajo no solo hemos logrado la experticia que requiere la formación del futuro enfermero/a, sino que, año a año, nos vamos superando en términos de mejora de la formación inicial de nuestros estudiantes. Esto nos ha valido el apoyo del Instituto Nacional de Educación Tecnológica (INET), que nos ha tomado como referentes en simulación clínica”, señalaron.

Durante el ciclo 2023, un porcentaje considerable de docentes de la carrera y sede se incorporaron a la propuesta de actualización académica “Prácticas de Enseñanza para la Educación Superior en Enfermería”, reconocida por la Resolución N° 1787/23, que impulsa la Dirección de Educación Superior del Consejo General de Educación (CGE).

Desde el Instituto expresaron a la Cámara su sincero agradecimiento por la generosidad y el apoyo: “Este aporte es de gran importancia para la formación de nuestros estudiantes. Confiamos en que este vínculo de solidaridad y cooperación entre instituciones siga creciendo”.



Vacunación contra el dengue

RUBÉN LASTRA*

CONSIDERACIONES GENERALES

En primer término, es fundamental recordar el alto impacto de los programas organizados de vacunación en la disminución de la morbimortalidad en la población, junto con el agua potable, la eliminación de excretas y una alimentación adecuada. (1).

Algunas fuentes sitúan el origen de las vacunas en China, con una técnica llamada variolización. Esta técnica, que buscaba prevenir la viruela, consistía en pulverizar las costras de una persona enferma con síntomas

leves para insuflarlas por la nariz de personas sanas para inmunizarlas. Se calcula que esta práctica puede tener más de mil años de antigüedad, pero el primer registro lo encontramos en varios relatos del siglo XVI. Por su parte, la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics) identifica el inicio de la era de las vacunas con los trabajos del médico Edward Jenner, descubridor de la vacuna contra la viruela.

Técnicamente, una vacuna es una

suspensión de microorganismos vivos atenuados (no patogénico) o inactivados, o sus fracciones, que al ser administrados **inducen una respuesta inmune** que previene la enfermedad contra la que está dirigida.

La vacunación es una **inmunización artificial activa**, es decir, se produce cuando la exposición a un organismo patógeno hace que el sistema inmunario produzca anticuerpos contra esa enfermedad, en este caso inducida por vacunas

LA VACUNACIÓN COMO PARTE DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLES (ODS)

En el año 2000, los países integrantes de las Naciones Unidas se reunieron para anunciar los Objetivos del Milenio (ODM) 2000-2015, ocho objetivos dirigidos a mitigar la pobreza, mejorar la educación, el desarrollo y el progreso. Los mismos están basados en la Carta de las Naciones Unidas, los Objetivos de la Organización Mundial de la Salud y la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Sin embargo, pese a lograr algunos avances, los resultados han sido muy desiguales. Por eso, en 2015 los países anunciaron los ODS Objetivos de Desarrollo Sustentable con 17 objetivos destinados a combatir la pobreza y la pobreza extrema.

Entre ellos, el objetivo 3 es **garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades**.

Una de las metas para lograrlo es el

acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

Aquí reside la importancia de nuestro rol como profesionales de la Enfermería en las políticas públicas de gestión, y para lograr que el calendario nacional de vacunación, que en nuestro país es uno de los más completos, pueda llegar a todos los ciudadanos.

* Licenciado en Enfermería. Miembro del Comité de Expertos de Enfermería en Ética y Legislación de FAE. Representante de FAE ante la CoNaIn Comisión Nacional de Inmunizaciones. Miembro de la Comisión Fiscalizadora de la Asociación de Enfermería de Capital Federal (AECAF). Director de Capacitación del Programa Ampliado de Inmunizaciones en AECAF. Coordinador General de Vacuna Internacional en la Dirección de Sanidad de Fronteras y Terminales de Transporte - Ministerio de Salud de la Nación



DENGUE: CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

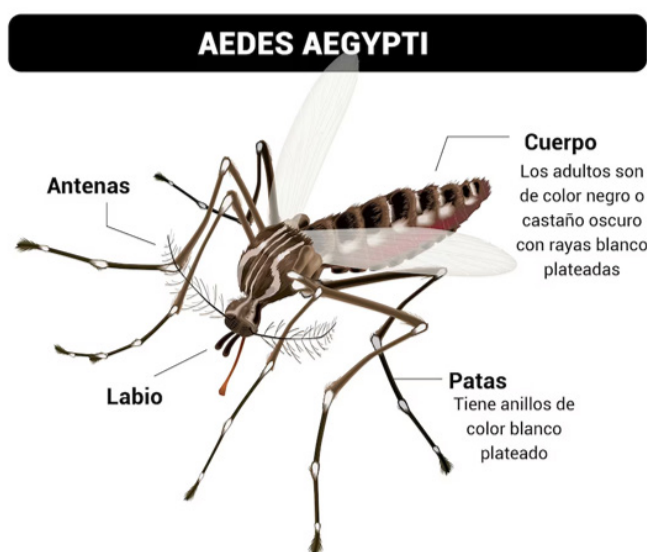
En la terminología utilizada para describir la propagación y el impacto de una enfermedad, hay tres conceptos a tener en cuenta:

- **Erradicación:** la erradicación de una enfermedad infecciosa se declara cuando la enfermedad no se encuentra ni se transmite en ninguna parte del mundo.
- **Eliminación:** la eliminación de una enfermedad infecciosa se declara cuando la enfermedad ya no se encuentra ni se transmite a una tasa sostenida dentro de una zona geográfica.
- **Control:** se refiere a la aplicación de medidas poblacionales dirigidas a conseguir la reducción de la incidencia de la enfermedad a niveles en que deje de constituir un problema de salud pública.

Enfermedades como el dengue, pueden ser controladas pero no erradicadas, porque son transmitidas por un vector, en este caso un mosquito, portador del virus.

Los **arbovirus** son todos los virus que se transmiten al ser humano o a otros vertebrados por ciertas especies de artrópodos hematófagos, especialmente **insectos** (moscas y **mosquitos**) y arácnidos (garrapatas).

Las familias que pertenecen al sistema de clasificación actual y tienen algunos miembros del grupo arbovirus son: Peribunyaviridae, Orthomyxoviridae (por ejemplo, thogotovirus), Sedorreoviridae (p. ej., orbivirus), Togaviridae (p. ej., alphavirus) y Flaviviridae (2). Éstos últimos, los flavivirus, son causantes de numerosas enfermedades en animales y humanos, siendo las más conocidas la fiebre amarilla, fiebre de Zika y el dengue.



De la familia Flaviviridae, se han identificado cuatro serotipos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4. La infección por un serotipo específico confiere una inmunidad homóloga a largo plazo para el serotipo infectante y una inmunidad heteróloga temporal para el resto de los tres serotipos, serotipos, la cual puede variar entre seis meses hasta dos años.(3)

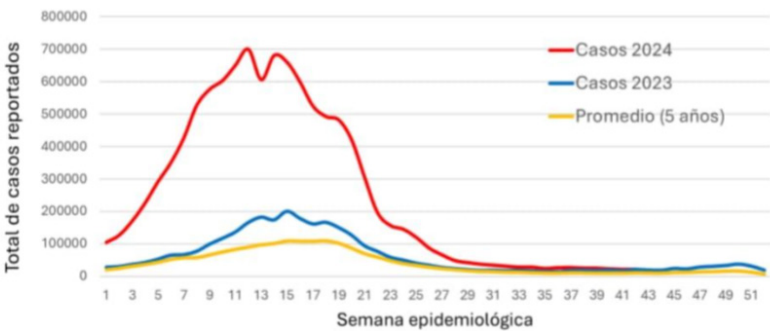
La infección por dengue abarca un gran espectro clínico que incluye la infección asintomática, el dengue sin signos de alarma, el dengue con signos de alarma y el dengue grave. El contagio se produce cuando una hembra infectada se alimenta de la sangre de un individuo enfermo y luego pica a otras personas, es decir que no es una transmisión entre personas u objetos.

El dengue es considerada una enfermedad viral reemergente, transmitida por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*, peridomiciliario. En los últimos años se ha visto un retorno alarmante.

De acuerdo a la OMS, el dengue tiene un comportamiento estacionario: en el hemisferio Sur la mayoría de los casos ocurren durante la primera mitad del año, en cambio, en el hemisferio Norte, los casos ocurren mayormente en la segunda mitad. Este patrón de comportamiento corresponde a los meses más cálidos y lluviosos. Siendo la principal arbovirosis a nivel

mundial, con aproximadamente 3,9 mil millones de personas expuestas en más de 120 países, los factores destacables para esta reemergencia, son: la urbanización, la adaptación del vector vinculada al clima, las condiciones de vida, las acciones de control de vectores, el aumento del movimiento de personas. (4)

Número total de casos sospechosos de dengue 2024 a la SE 42, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur



SITUACIÓN DE DENGUE EN ARGENTINA

El dengue presenta una tendencia incremental y progresiva expansión geográfica, con tres importantes epidemias en el último tiempo, en las temporadas 2015/2016, 2019/2020 y 2022/2023.

Cabe destacar que desde la temporada 2022/2023 se instaló la circulación viral persistente en el NEA, se produjo un acortamiento del periodo interbrote y se extendió la circulación viral autóctona a todas las regiones del país.

En la temporada 2024/2025, que comenzó en la SE31/2024 y hasta

la SE44/2024, fueron confirmados 114 casos (102 sin antecedentes de viaje y el resto con antecedentes de viaje, trasplante o vacunación). Durante la SE44, se notificaron 790 casos sospechosos de los cuales 10 se confirmaron y 30 se tratan de casos probables aún en investigación.

En Argentina desde la SE1 a la SE44 de 2024 se registraron hasta el momento 579.897 casos de dengue de un total de 763.421 casos notificados investigados.

La detección de casos se mantuvo durante todas las semanas, funda-

mentalmente por las notificaciones aportadas por las provincias de Chaco (donde el 47% de los casos confirmados y probables cuentan con residencia en San Fernando, y el resto se reparten en otros 12 departamentos de la provincia) y Formosa (donde en 44 de los 92 casos confirmados pudo identificarse el serotipo DEN-2, y en 6 el DEN-1, con residencia en los departamentos de Capital, Patiño, Pilagás y Pilcomayo). A las provincias anteriormente mencionadas se sumaron casos sin antecedentes de viaje, detectados de manera aislada por el momento.

VACUNACIÓN CONTRA DENGUE EN ARGENTINA

Desde finales de 2022, un grupo de trabajo de la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaiN), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, analizó la recomendación de la incorporación de una vacuna contra el dengue en el marco de la estrategia integrada EGI-Arbovirus como parte de las intervenciones sanitarias que contribuyen a reducir el impacto de la enfermedad en nuestro país.

A lo largo del 2023, a través de revisiones bibliográficas, reuniones con los laboratorios productores y el análisis epidemiológico permanente a distintos niveles, el grupo de trabajo discutió la información correspondiente a tres vacunas tetravalentes contra el dengue en una fase de desarrollo avanzado o comercialmente disponibles. En noviembre de ese año, la CoNaiN recomendó que, de implementarse la vacunación tetravalente contra el dengue, debe hacerse a través de una estrategia focalizada a nivel departamental considerando escenarios de alta transmisibilidad de la enfermedad como una intervención más de la Estrategia de gestión integrada de dengue y otras arbovirosis.

Para determinar qué departamento puede beneficiarse mayormente del insumo, avaló el uso de indicadores tales como la incidencia acumulada, densidad poblacional, determinantes sociales de la salud, acceso a una atención de calidad y otros que se relacionen a la incorporación de este insumo a la estrategia más general de control de arbovirosis.

En abril de 2023, la vacuna QDENGGA® del laboratorio Takeda fue aprobada en Argentina por la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) para personas a partir de los cuatro años de edad, con un esquema de dos dosis separadas de tres meses. Se comercializa en nuestro país desde octubre de 2023.

Durante el año 2024, dado el contexto epidemiológico, diferentes gobiernos provinciales han implementado estrategias de vacunación pública contra el dengue. También prepagas y entidades de seguridad social (5) Siguiendo las recomendaciones de la CoNaiN, el Ministerio de Salud de la Nación definió en mayo de 2024

avanzar en una política integral para el abordaje del dengue para fortalecer las acciones de prevención durante todo el año y frente a la próxima temporada, incluyendo una estrategia de vacunación focalizada en zonas de alta circulación histórica, en diálogo con las provincias y a partir de la transferencia de recursos por cumplimiento de metas.

La población objetivo son las personas de 15 a 39 años que residen en departamentos priorizados según carga histórica de enfermedad, densidad poblacional y otros indicadores socio-sanitarios. Se avanzará por etapas iniciando con la población de 15 a 19 años, de acuerdo con la disponibilidad de vacunas y según las estrategias ya implementadas por las jurisdicciones.

Es fundamental el comienzo antes del período de mayor circulación viral para completar el esquema previsto, dado que no hay datos actuales disponibles sobre la eficacia de campañas reactivas para el control de brotes o epidemias.

Forma farmacéutica

La vacuna tetravalente contra el dengue es un polvo y diluyente para solución inyectable.



Se presenta como polvo en un vial de vidrio de dosis única y un diluyente en vial de vidrio. El polvo y el diluyente deben mezclarse antes de su uso.

VACUNA TETRAVALENTE CONTRA EL DENGUE DEL LABORATORIO TAKEDA

Agente inmunizante: vacuna tetraivalente contra el dengue es una vacuna a virus vivos atenuados. La potencia de cada uno de los cuatro componentes es diferente, siendo la mayor la correspondiente al serotipo 4 y la menor, la del 2.

Vías de administración y esquema de vacunación: vía subcutánea en dosis de 0,5 ml., en un esquema de 2

dosis con un intervalo mínimo de 3 meses (0 y 3 meses). Al momento, la necesidad de una dosis de refuerzo no ha sido definida, aunque se ha verificado una pérdida de eficacia progresiva en el tiempo.

Diluyente: la vacuna liofilizada debe reconstituirse con el diluyente antes de la administración. No debe mezclarse con otras vacunas en la misma

jeringa. Para reconstituirla sólo debe utilizarse el diluyente (solución de cloruro de sodio al 0,22%) suministrado con la vacuna, ya que no contiene conservantes ni otras sustancias antivíricas. Usar otro diluyente puede dañar el producto e inactivar el inmunobiológico. Se debe administrar inmediatamente después de la reconstitución.

Intervalo de tiempo recomendado entre la aplicación de vacunas vivas atenuadas

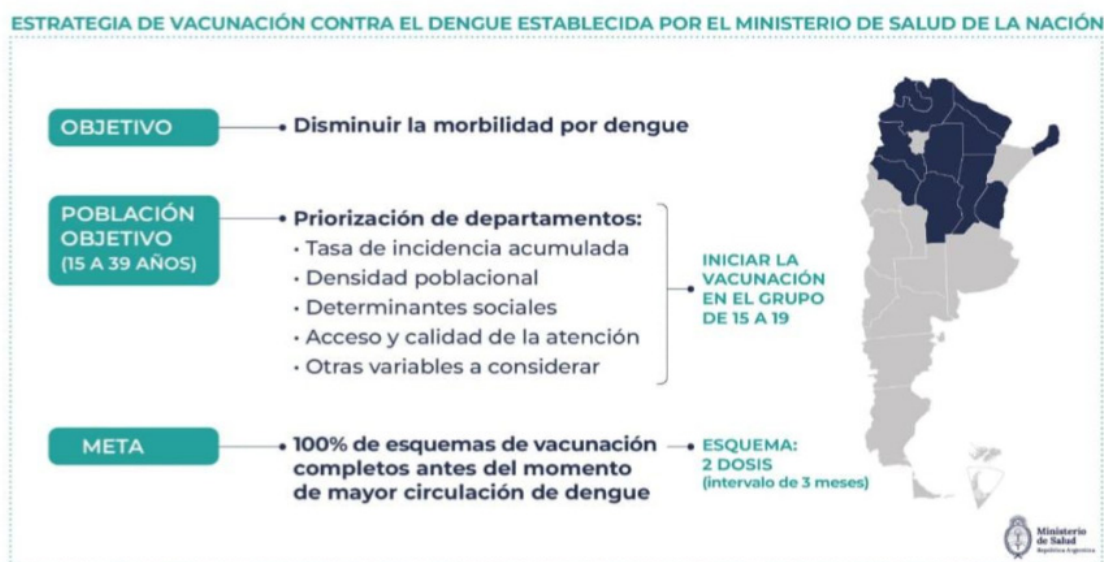
TIPO DE ANTÍGENO	INTERVALO MINIMO ENTRE DOSIS
2 o más antígenos vivos parenterales	Se pueden administrar simultáneamente o separados al menos de 4 semanas.(Triple viral, Varicela, Fiebre Amarilla, DENGUE) es para impedir la interferencia entre ambas vacunas si el intervalo es menor de 4 semanas, la segunda vacuna NO se considera válida y debe repetirse a las 4 semanas

DEFINICIÓN DE POBLACIÓN OBJETIVO Y PRIORIZACIÓN DE DEPARTAMENTOS

En Argentina, la Comisión Nacional de Inmunización (CoNaIn) emitió sus recomendaciones, adaptándolas a los datos epidemiológicos sobre la carga de la enfermedad, la intensidad de la infección, la hospitalización y otros indicadores que señalan grupos poblacionales de alto riesgo que pudieran beneficiarse mayormente de la

vacuna. De esta forma, la estrategia focalizada de vacunación conducida por el nivel nacional tiene como población objetivo las personas de 15 a 39 años que residen principalmente en departamentos priorizados. Con el mismo criterio se elaboró un índice de priorización, considerándose

se como departamentos de alta carga histórica de enfermedad a aquellos con una tasa de incidencia acumulada de casos de dengue entre los años 1998 y 2024 mayor a 2.000 cada 100.000 habitantes. Esto orientó el análisis preliminar a 86 departamentos pertenecientes a catorce jurisdicciones.



CONCLUSIÓN

La vacunación contra el dengue puede evitar complicaciones graves y hospitalizaciones; es una más de las estrategias de gestión integradas entre los sectores público y privado, en un marco multidisciplinario e intersectorial. Cada jurisdicción provincial, así como

la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, organizan sus programas de vacunación de acuerdo tanto a las pautas nacionales como a sus propios escenarios y contextos epidemiológicos. Por tratarse de un problema reemergente de la salud pública, exige el com-

promiso de todos los actores del área de la salud, entre los cuales Enfermería debe tener un rol protagónico en la ayuda, difusión, educación, promoción de acciones estratégicas para mitigarlo, contribuyendo así a una ciudadanía saludable y empoderada.

REFERENCIAS:

1) Recomendaciones sobre vacunación
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000000451c-nt-2013-06_recomendaciones-vacunacion-argentina-2012.pdf

2) Generalidades sobre enfermedades infecciosas
<https://www.msmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/arbovirus-arenavirus-y-filovirus/generalidades-sobre-las-infecciones-por-arbovirus-arenavirus-y-filovirus>

3) Vacuna del dengue
file:///C:/Users/fedar/OneDrive/Documents/09-2024-It-vacuna-tetravalente-de-dengue%20(1).pdf

4) file:///C:/Users/fedar/OneDrive/Documents/330-Texto%20del%20art%C3%A1culo-2122-1-10-20240805%20(1).pdf

5) Vacuna del dengue
file:///C:/Users/fedar/OneDrive/Documents/09-2024-It-vacuna-tetravalente-de-dengue%20(1).pdf

Jornada de reflexión sobre la seguridad del paciente

El pasado 24 de octubre, las clínicas del Grupo Omint (Bazterrica, del Sol y Santa Isabel) unieron esfuerzos para organizar una jornada de reflexión y debate cuyo objetivo principal fue analizar cómo transformar la práctica de Enfermería en mejoras concretas para el cuidado de los sujetos de derecho de atención, haciendo foco en la seguridad.

Este evento, que combinó un formato presencial y virtual, logró reunir a 118 asistentes y más de 130 participantes conectados por vía remota

simultánea, lo que demuestra el gran interés y compromiso del sector en abordar la temática.

La seguridad del paciente es un tema de vital importancia en el ámbito de la salud, y la enfermería juega un papel fundamental en su promoción y mejora. Al fomentar espacios de reflexión y debate como esta jornada, las instituciones de salud demuestran su compromiso con la excelencia en la atención y con el bienestar de sus pacientes.

La jornada se estructuró en torno a diversos paneles que abordaron cuestiones clave alineadas con las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud para su mejora en cada paso de la atención.

Los participantes, entre los que se encontraban enfermeros, estudiantes de enfermería y personal externo, tuvieron la oportunidad de intercambiar experiencias, conocimientos y buenas prácticas en un ambiente de colaboración y aprendizaje mutuo.



PRINCIPALES APORTES:

- Intercambio de experiencias y conocimientos: Los participantes pudieron compartir sus experiencias y conocimientos sobre las diferentes estrategias y herramientas que se están utilizando para mejorar la seguridad del paciente en las instituciones de salud.
- Fortalecimiento de redes de colaboración: La jornada sirvió como un

espacio para fortalecer las redes de colaboración entre los profesionales de enfermería de las diferentes instituciones participantes.

- Actualización en las últimas tendencias: Los paneles abordaron las últimas tendencias y avances en materia de seguridad del paciente, lo que permitió a los participantes estar

al día de las mejores prácticas internacionales.

- Promoción de una cultura de seguridad: La jornada contribuyó a promover una cultura de seguridad en las instituciones de salud participantes, fomentando la identificación y la gestión de riesgos, así como la mejora continua de los procesos asistenciales.



UN HITO EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

La seguridad del paciente es un tema de enorme importancia en el ámbito de la salud, y Enfermería juega un papel fundamental en su promoción y mejora. Al fomentar espacios de reflexión y debate como esta jornada las instituciones demuestran su compromiso con la excelencia en la atención y con el bienestar de sus pacientes.

La jornada representa un hito importante en el camino hacia la mejora continua de la práctica enfermera: al fomentar la colaboración, el aprendizaje y la innovación, este tipo de eventos contribuye a garantizar una atención de calidad y segura para todos los pacientes.

Es fundamental que las instituciones de salud continúen invirtiendo en iniciativas de este tipo, ya que permiten fortalecer los conocimientos y habilidades de los profesionales, lo cual, en última instancia, redundará en una mejora de los resultados en salud.

Procedimiento Cateterismo Cardíaco en Hemodinamia

VIVIANA DALLA TORRE

Lic. Enfermería – Sanatorio Mater Dei

DEFINICIÓN:

Se denomina cateterismo cardíaco a un conjunto de procedimientos invasivos realizado por personal interviniente especializado en el servicio de Hemodinamia, que consiste en la inserción de catéteres por abordaje percutáneo a través de una arteria (radial, femoral), para ingresar en el sistema vascular y estructural cardíaco con una finalidad diagnóstica o terapéutica.

TIPOS DE ESTUDIOS

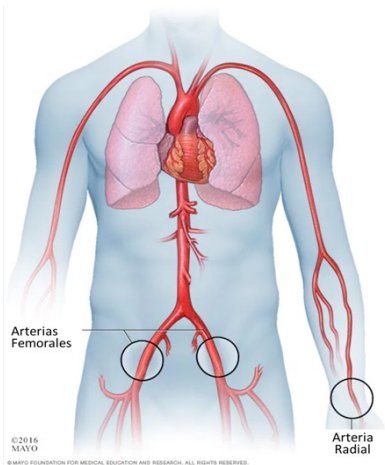
- **Cinecoronariografía (CCG):** consiste en la obtención de imágenes por medio del uso de contraste para determinar características del flujo y permeabilidad vascular cardíaca.
- **Angioplastia transluminal coronaria (ATC):** procedimiento terapéutico realizado para restablecer o mejorar la perfusión de flujo sanguíneo vascular coronario.

EQUIPO Y MATERIALES

- **Elementos de protección personal del equipo Interviniente:**
 - equipo de protección personal (chaleco, falda, cuello plomado, antiparras, cofias, botas quirúrgicas, barbijo)
 - dosímetros
- **Elementos y equipos necesarios:**
 - rasuradora
 - cinta adhesiva
 - monitor multiparamétrico completo
 - desfibrilador
 - BCPIA
 - mesa de anestesia
 - carro de paro
 - bolsa de reanimación con máscara
- **Elementos para mesa quirúrgica para iniciar CCG:**
 - Equipo de mesa quirúrgica que contiene: campos, camisolines quirúrgicos, compresas y potes estériles
 - Solución fisiológica 500 ml heparinizada con 5000 ui



Sala de Hemodinamia



Zonas de punción arterial
(imagen Clínica Mayo 2016)

- Solución dextrosada al 5% 250 ml con 25 mg Nitroglicerina para los vasoespasmos arteriales
- Lidocaína al 2% para anestesia local
- Antiséptico para limpieza quirúrgica de zona de punción
- Catéteres diagnósticos JR (para coronaria derecha) y JL (para coronaria izquierda) en 6 Fr, curva según sitio de abordaje y anatomía coronaria
- Introductor estándar en 6 Fr, radial o femoral según corresponda
- Cuerda guía teflonada punta J 0.035, largo según sitio de abordaje
- Llave Manifold, en lo posible 3 vías, por si se prosigue con angioplastia
- Guía macrogoteo para administración de contraste iodado
- Conector prolongador de presiones tipo BT 26
- Jeringas de 10ml y 5ml punta luer lock
- Agujas según necesidad
- Aguja de punción o catéter para sitio de punción
- Gasas y compresas
- En caso de proceder con la ATC se debe agregar a la mesa:
 - Catéter guía (derecho o izquierdo, según corresponda)
 - Cuerda coronaria 0.014x190
 - Balones coronarios, para pre dilatación, diversas medidas
 - Rotador de cuerda
 - Tool
 - Llave en Y
 - Lavado con solución fisiológica con una segunda guía macrogoteo
 - Inflador con manómetro
 - Stent coronario (medida a usar según la lesión a tratar)



Preparación de la mesa para CCG

Monitor de Sala de procedimiento

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTES DEL PROCEDIMIENTO

• Recepción del paciente ambulatorio:

- Controlar los equipamientos biomédicos antes del estudio, mesa de anestesia completa, carro de medicación, desfibrilador, consola BCIA, ecg y monitores.
- Recibir al paciente de manera amena, presentándonos con nuestro nombre, fomentando un ambiente agradable brindando respeto y resguardando la intimidad personal.

- Identificar al paciente por pulsera.
- Llamar al paciente siempre por su nombre y explicar las acciones a realizar y cualquier duda que surja.
- Realizar entrevista para detectar alergias, suspensión de medicación anticoagulante, antecedentes relevantes, baño prequirúrgico.
- Corroborar horas de ayuno previo.
- Verificar la presencia de estudios (laboratorios, Rx, ECG).

- Verificar que tenga el consentimiento informado firmado, si no lo tuviera, comunicar al equipo médico interviniente.
- Controlar signos vitales.
- Asistir en colocación de camisolín, cofia y pantuflas (aplica solo en pacientes ambulatorios).
- Guardar pertenencias del paciente de manera segura.

• Recepción del paciente internado:

- Coordinar con el servicio de procedencia del paciente.
- Como parte de la preparación, el paciente debe ser trasladado sin ropa interior y en camilla, sin bijouterie. Debe retirarse la prótesis dental si no se encuentra pegada; sólo se permiten audífonos para que el paciente pueda colaborar.
- Deben trasladarse con los últimos estudios realizados de laboratorio e imágenes.
- Realizar consultas sobre antecedentes y cualquier particularidad en el momento de transmisión de información del paciente.

DURANTE EL PROCEDIMIENTO

- Rasurar zona de punción, si aplicara.
- Posicionar al paciente y a las extremidades si fuera necesario.
- Proceder al monitoreo de signos vitales y registrar.

-Alertar sobre cambios electrocardiográficos o hemodinámicos que podamos detectar.

-Asistir a los integrantes del equipo intervencionista sobre materiales que soliciten.

LUEGO DEL PROCEDIMIENTO (sala de recuperación)

- Registrar signos vitales al finalizar el procedimiento.
- Valorar el nivel de conciencia post anestesia o sedación.
- Valorar sitio de punción (control hemostático, presencia de hematoma, sangrado y pulsos).
- Valorar alergias post administración del contraste.
- Valorar el dolor con escala objetiva (numérica o analógica).

En ocasiones, al finalizar el estudio el paciente se internara en UCO durante 24 horas; en otras oportunidades se retira con el alta, luego de tres (3) horas de recuperación desde el servicio.

En caso de que el paciente se retire a su domicilio desde el servicio:

- Realizar monitoreo cardíaco y de signos vitales hasta retirarse del servicio.
- Verificar la tolerancia a dieta previa al alta.
- Brindar pautas de alarma sobre posible hemorragia en su domicilio.
- Educar al paciente y la familia sobre su dieta, hidratación, eliminación del contraste, reposo, hematomas, alergias, signos de infección o dolor en zona de punción.
- Informar la importancia del reposo de sitio de punción, formas del retiro del vendaje compresivo.
- Entregar los estudios previos, prequirúrgicos y el estudio diagnóstico del día.

BIBLIOGRAFÍA:

-Fernández Maese J.M., García Aranda F.J, Gómez Fernández M., Ramírez Yáñez P., Rodríguez García-Abad V., Sánchez Hernández E.M., Seoane Bello Montserrat (eds.) (2014). *Manual de Procedimientos de Enfermería en Hemodinámica y Cardiología Intervencionista*. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología.

Este libro tiene la intención de acompañar a quienes comienzan a tomar contacto con los distintos aspectos que involucra la investigación científica. En tal sentido, apunta a brindar a sus lectores las herramientas necesarias para planificar y llevar adelante su desarrollo siguiendo los pasos del método científico, desde

diversos enfoques (sociológico, clínico, geográfico, histórico, antropológico, literario, biológico, arqueológico, etcétera).

Encontrarán aquí contenidos metodológicos y estadísticos valiosos para que se animen a este desafío y a destacar con sus investigaciones.

El libro está disponible en papel (español) y en formato ebook (español e inglés).

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION / RECOPIACION

Todavía no conocés nuestro libro?



NUESTROS EMAILS

patriciarebollo.cyma@yahoo.com.ar
elandroiddeema@gmail.com



AQUI PODES CONSEGUIRLO

Sociedad de Enfermería Oncológica Argentina S.E.O.A

Estamos muy contentos de presentarles y hacerlos partícipes del lanzamiento de la Sociedad de Enfermería Oncológica Argentina, S.E.O.A (autorizada por Resolución de IGJ 670), una entidad civil privada, de carácter científico-técnica, de alcance nacional, autónoma e independiente.

Este es el corolario de un largo camino iniciado desde hace más de dos años, donde cada uno de los que hoy en día formamos parte de la comisión de esta sociedad científica, empezamos a reunirnos de manera continua para la conformación y creación de la misma. Idea que surge a partir de la necesidad detectada y demanda de los propios enfermeros oncológicos argentinos, con el gran objetivo de estimular el progreso y la excelencia

en la formación y praxis de la enfermería oncológica en nuestro país.

Conocemos las realidades diversas y complejas de los contextos en los cuales se desarrolla la enfermería oncológica de Argentina y los desafíos a los que diariamente responde. Ya que quienes formamos esta sociedad somos enfermeros de distintas instituciones y regiones del país, conocemos a los pares de las distintas provincias, en los ambientes públicos y privados, y sabemos que es imprescindible contar con una red que nos nucleee para trabajar en conjunto de manera representativa. Así fue como con mucho esfuerzo, dedicación, tiempo, persistencia y un excelente trabajo en equipo, se forma S.E.O.A.



Unidos y colaborando con redes internacionales de enfermería oncológica, en pos de avanzar y contribuir al fortalecimiento de nuestra área para brindar a los pacientes y familiares un cuidado de calidad, humanizado, basado en la evidencia y teniendo en cuenta la seguridad en las distintas fases de tratamiento.

¡Los animamos a sumarse! <https://www.seoa.com.ar/>

Nuestra Misión:

Contribuir al progreso y la excelencia en la formación y praxis de la enfermería oncológica en Argentina.

Nuestra Visión:

Lograr una posición de sólido liderazgo en la especialidad en Argentina a través de las diferentes actividades académicas y de investigación.

Nuestros Valores:

1. Responsabilidad y compromiso
2. Trabajo en equipo
3. Sentido de pertenencia
4. Integridad y confiabilidad
5. Dedicación y esfuerzo

La comisión actualmente está conformada de la siguiente manera:

PRESIDENTE: María Constanza Celano

VICEPRESIDENTE: Héctor Raúl Ureta

SECRETARIO: Ricardo Fabián Molina

TESORERA: Maximiliana La Rosa Salaberry

VOCAL TITULAR: Evangelina Janeth Herrera

VOCAL SUPLENTE: Ana María Holzman

Órgano de fiscalización de cuentas

REVISOR DE CUENTAS TITULAR:

Joan Manuel González Guevara

REVISOR DE CUENTAS SUPLENTE:

Belén Garzón

La formación de Enfermería en Argentina: evolución, cambios y tendencias hacia el cuidado de la salud actual

| IVÁN VIERA*

INTRODUCCIÓN

El hito fundacional de la profesionalización de Enfermería está marcado por los principios que sistematizó Florence Nightingale en la Europa de principios de 1800. Con la presencia de Cruz Roja en la Primera Guerra Mundial, cobra importancia a escala global (Ramacciotti et. al., 2020).

Este artículo aborda el desarrollo profesional de la Enfermería en nuestro país en relación a las circunstancias políticas y sociales en diferentes momentos de la historia argentina.

Si bien hay registros de la época precolombina que dan cuenta de que los pueblos originarios poseían prácticas curativas y de cuidados que fueron transmitidas de generación en generación, fue recién en el siglo XIX que la enfermería se estableció como una disciplina reconocida en el país (Fernández, 2016). Algunas de las figuras destacadas de la historia, como Cecilia Grierson (primera médica graduada en Argentina, fundadora de la Escuela de Enfermería del Hospital de Clínicas

de Buenos Aires), Ramona Mora Araujo (primera enfermera de pueblo originario en graduarse en Argentina, fundadora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Tucumán) y Marta Castrillo (enfermera y líder gremial que luchó por los derechos de las enfermeras y promovió la creación de leyes para proteger sus intereses) dan cuenta de ese cruce inseparable entre el desarrollo de la profesión y las condiciones sociohistóricas que fueron su contexto.

A lo largo de los años, la Enfermería argentina ha sabido afianzarse y adaptarse a las nuevas condiciones, a los cambios en cuanto al cuidado de la salud. Como afirma Zabelegui Yarnoz (2022), la Enfermería es una profesión en constante evolución marcada por los cambios en la cobertura sanitaria, el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y el avance de la tecnología. Señala el autor, además, que esta misma evolución amplió las áreas de

competencia, haciéndola extensiva a otras como la gestión, la docencia, la investigación, ya no sólo las actividades asistenciales.

Esta ampliación trajo una mayor interacción con profesionales e interconsultores de las distintas profesiones, que intervienen en la atención sanitaria a los distintos individuos. Enfermería fortalece así su rol dentro del equipo de salud interdisciplinario.

Desde la creación de las primeras escuelas de enfermería en la década de 1880 y la presencia global de la Cruz Roja, el avance de la Enfermería ha sido significativo y sostenido, tanto en la formación como en la profesionalización de las enfermeras. Desde entonces, es una pieza clave del sistema de salud en Argentina: su capacidad de desarrollo y evolución le han permitido adaptarse a las necesidades de cuidado de la población y al progreso tecnológico de la medicina sin perder su identidad como profesión.

*Licenciado en Enfermería (UNR). Especialista en Docencia Universitaria (UTN). Profesor Titular en la Escuela de Enfermería de la UNR.

LA CONFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

En el desarrollo de nuestro sistema de salud, hasta la fecha, se observan diferentes etapas. Debido al declive comunitario, el Estado argentino se vio en la necesidad de expandir los sistemas en hospitales y dispensarios vecinales. Dada la extensión territorial y su tendencia fragmentaria, la integración social Argentina no pudo seguir un modelo europeo. Eso explica en parte por qué surgen dos entidades de protección social: el de asistencia pública y el de seguro social.

Al no estar fusionados, esto generó que los costos operativos de ambas entidades se duplicaran. Posteriormente, además, con la medicina prepaga, se conforma una tercera entidad. Al no poder fusionarse tampoco estas tres entidades, se imposibilita la sinergia de las mismas y se divide la atención de los individuos por clases sociales. Esta situación surge como una alternativa para descomprimir las exigencias y evitar el deterioro del sistema de salud. Es así como, por ejemplo, si en el sistema público se atiende solo a los sectores llamados “carenciados”, su mantenimiento resulta menos prioritario, produciéndose una fractura en los servicios sociales.

Para comprender esta configuración es necesario hacer un breve repaso histórico.

EL MODELO DEL ESTADO DE BIENESTAR

Con posterioridad a la crisis de los '30, se inicia la expansión de los servicios de salud asociadas al incremento de los derechos civiles. Hasta 1943, la salud era responsabilidad del Departamento Nacional de Higiene, dependiente del Ministerio del Interior. Durante esa década se asume la salud pública como tal y se crea la

Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, en 1949.

Los gobiernos del Gral. Perón (1943-1955) pusieron el acento en la evolución de las políticas públicas, lo cual, de alguna manera, consolidó las fragmentaciones antes mencionadas. Las políticas de inclusión social, la ampliación de derechos sociales y la multiplicación de los servicios públicos, el seguro social enfocado en los trabajadores que poseen un salario son rasgos por los que se considera este período como el inicio del Estado de Bienestar (Bello et. al., 2012, pp.1-13).

La Argentina, señala Ramón Rodríguez (2022), experimentaba significativos cambios políticos, sociales y económicos, un contexto en el cual las iniciativas impulsadas por Cecilia Grierson para la profesionalización de la Enfermería generaron una fuerte feminización laboral, que fue entendida como una construcción social y política: posibilitó que muchas mujeres se incorporaran al mercado de trabajo, legitimando la condición femenina con el cuidado y la atención del otro. Algo similar a lo que ocurrió en el ámbito educativo.

Es importante destacar que, en todo contexto histórico, para llevar adelante las transformaciones institucionales conducentes a obtener logros concretos (como el control y erradicación de enfermedades infecciosas, la creación de una autoridad sanitaria encargada de velar y atender los males físicos y morales de la población) fue necesaria la elaboración de un cuerpo de leyes, ordenanzas e instituciones tendientes a poner en condiciones sanitarias a las ciudades y a sus habitantes, para evitar dificultades en el proceso de modernización y progreso del país.

Desde 1910 se registra un ingreso creciente de mujeres en Enfermería en la ciudad de Buenos Aires. Hay interpretaciones diferentes sobre esta medida adoptada: o bien por es-

tablecer roles de género, al definir las tareas propias de las mujeres, o bien por razones laborales y económicas, para orientar a los varones a otras actividades productivas (Martín, 2010). Si bien existían prácticas de cuidado mixtas (a cargo de varones y mujeres), con los cambios introducidos por Grierson la profesión quedó definida como una labor femenina. Se inició entonces un proceso de profesionalización de la enfermería, con políticas sanitarias pensadas como ejes fundantes del proyecto de Nación, que posteriormente fueron continuadas en la década de 1940, con un nuevo modelo de Estado, el “Estado benefactor” o “Estado peronista” (idem, pp.1-2).

Al observar la relación de cama / habitantes en esa época, la proporción aproximada es de 1 cada 143, situación que se duplica en la actualidad, donde se estima en 1 cama cada 250 habitantes. Esto habla de que fue preciso reforzar la dotación del recurso humano, lo cual representó avances en la situación de salud, las políticas de salud y el propio sistema de salud. En su trabajo sobre la evolución del sistema de salud en Argentina, Tobar (2012, pp.1-19) destaca que las políticas llevadas adelante por el gobierno en la década del '40 llevaron a un descenso en la tasa de mortalidad (24%), un aumento de la esperanza de vida (10 años, aproximado) y a la erradicación del paludismo.

En el transcurso de los nueve años de gestión del Dr. Ramón Carrillo, se sancionaron las leyes de Sanidad Pública (13.012) y de funcionamiento de los Servicios de Salud (13.019), por medio de las cuales fue posible ofrecer asistencia médica y gratuita al 60% de la población.

Durante la década del '50 surge el sistema de obras sociales, relacionado directamente con los gremios y sindicatos, lo que marca otro momento en la organización del sistema de salud.



Este modelo quedó nulo en 1974, ya en el tercer gobierno del Gral. Perón, con la sanción de la Ley 20.748, que establecía que el Estado era el responsable del derecho de salud, siendo su garante económico.

La salud sufre la rudeza de las políticas, los ajustes en cuanto al gasto del Estado fraccionan el sistema público. A partir del año 1976, la instauración de un modelo burocrático-autoritario en Argentina intenta eliminar las bases del Estado en cuanto al compromiso de la sociedad con la defensa de los valores democráticos y la justicia social, que se mantienen arraigados en la conciencia colectiva (Ugalde et al., 2008 pp. 31-56). Con el Estado bajo el control de las Fuerzas Armadas, el nuevo modelo propone caudales estables de financiación; entre sus acciones se observan:

- fragmentación del sistema
- descentralización de los servicios
- fortalecimiento del sector privado.
- focalización de la provisión pública
- arancelamiento de servicios públicos
- abordaje tecnocrático

Las áreas de competencia no se limitan solo al trabajo asistencial, sino también a la industrialización farmacológica y a la gestión del recurso humano. Debido a la crisis económica es inevitable el deterioro de los sistemas y la brecha cada vez mayor en cuanto al sistema público y privado a medida que va perdiendo poder la fiscalización del Estado.

Con respecto a Enfermería, a partir de los '80 se pone en marcha un programa de capacitación de auxiliares en servicio que se extiende a 20 de las 24 provincias de nuestro país. El

proceso de profesionalización se origina en las demandas planteadas por las asociaciones profesionales de Enfermería desde mediados del siglo XX (Faccia, 2015).

Diversos estudios promovidos por organismos internacionales en toda la región arrojaron resultados contundentes sobre la fuerza laboral enfermera: en ese momento estaba compuesta en un 75% por personal con escasa o nula formación. En el ámbito práctico, esta situación fue uno de los principales motivos para cambiar la tendencia en la composición de la fuerza laboral. La propuesta pedagógica de la formación en servicio, orientada a integrar el estudio con el trabajo, surgió con el objetivo de facilitar las acreditaciones (Heredía et al., 2002).

Teniendo en cuenta, según Escobar Castellanos (2018), que la responsabilidad de mantener la humanización en la atención médica recae en el personal que atiende a los pacientes en diferentes entornos de salud, la Enfermería asume el papel fundamental de proporcionar un cuidado humanizado. En este contexto, el cuidado de pacientes críticos se aleja cada vez más de una atención humanizada de alta calidad: humanizar implica asistir a las personas en el mantenimiento de sus funciones fisiológicas, psicológicas y sociales para promover su bienestar, respetando el derecho de cada paciente a recibir una atención competente, con respeto a su dignidad y con información clara y oportuna.

ENTRE EL SABER TÉCNICO Y LA DOCENCIA

El uso cada vez más frecuente de la tecnología en el ámbito de la salud y en la vida de las personas puede conducir a una significativa deshumanización en la atención, lo que podría afectar la evolución y recuperación de los pacientes. Estas son las situaciones a las que se enfrenta actualmente la Enfermería en el entorno laboral, donde impera una cultura científico-tecnológica que a menudo va en detrimento del cuidado humano, planteando dilemas éticos al personal de salud en la toma de decisiones en circunstancias complejas, que pueden influir tanto en el bienestar del paciente como en el del propio personal.

En la actualidad, la enseñanza teórica destinada a los estudiantes tiende a complementarse con el desarrollo de habilidades prácticas y emocionales. La incorporación del campo práctico en la formación de la carrera es una valiosa herramienta para la formación, que permite mediante la práctica y la simulación de situaciones un mejor desarrollo a la hora de aplicar lo aprendido en situaciones

reales. (Raggio, 2019). Por otra parte, cada vez más, se ve la necesidad de una formación docente que sea innovadora, completa, metodológica, con estrategias de comunicación y liderazgo desarrolladas, con el fin de favorecer el aprendizaje fluido de los estudiantes. Ponti (2016) señala que una vez que la Enfermería reconoce estos problemas, comienza a esforzarse en desarrollar su propio modelo educativo y currículos.

La educación tradicional, enfocada en la repetición de conocimientos, el entrenamiento y la experiencia, ha prevalecido muchas veces sobre estos intentos innovadores. Esto explica por qué la Enfermería ha enfrentado dificultades para implementar cambios curriculares acordes a sus principios, en parte debido a que el modelo médico y la estructura de las instituciones de salud se han mantenido inamovibles. De allí que el enfoque educativo sigue centrándose en las causas anormales y desadaptadas del comportamiento en lugar de enfocarse en las necesidades fundamentales humanas, lo que resulta en graduados con un enfoque predominantemente biológico en la salud y la enfermedad. Este marco de referencia, utilizado por la Enfermería para planificar el cuidado, dificulta la incorporación de conceptos como la prevención y la promoción de la salud.

LA IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN CONTINUA

Afirma Durá Ros (2020) que el cuidado de la salud es una de las necesidades más importantes de las personas y que la enfermería es una pieza clave en el sistema de salud. Por ello la formación resulta fundamental para asegurar que los pacientes reciban un cuidado de calidad. Dicha formación debe ser capaz de dar respuesta a los cambios actuales en la cobertura sanitaria, el envejecimiento de la población, el aumento de las en-

fermedades crónicas, el avance de la tecnología. La inclusión de prácticas clínicas y una formación docente innovadora, enfocada en el desarrollo de habilidades sociales y emocionales, es esencial para la formación de los futuros profesionales.

En Argentina, este es un proceso continuo que se ha ido adaptando a las necesidades cambiantes del cuidado de la salud. Se espera que los profesionales sean líderes en el cuidado de la salud, que estén preparados para enfrentar los desafíos de la atención sanitaria en un mundo cambiante.

Tal como señala Felsenstein, C. (2018), "la enfermería, como profesión socio sanitaria, se configura como un campo de conocimiento, prácticas y saberes en constante evolución, que se adapta a las demandas y necesidades de las personas, las familias y la sociedad, y a los desafíos de la realidad sanitaria y social".

En este contexto, resulta fundamental que la formación incorpore los avances tecnológicos y las nuevas formas de atención que se han desarrollado en los últimos años. En palabras de Beatriz Arós (2017; pp 75-79) "la educación en enfermería debe ser rigurosa, actualizada y acorde con las tendencias y demandas del mercado sanitario actual". Asimismo, es importante destacar que la evolución de la enfermería debe responder no sólo a las demandas del mercado sanitario, sino también a las necesidades de la población. Así lo afirma Villalba (2017): "la enfermería debe estar enfocada de manera decidida en el paciente y su familia, y en la comunidad en la que están insertos. Debe buscar siempre una atención individualizada y centrada en la persona, con un enfoque integral y holístico".

En este sentido, es necesario que la formación se enfoque no sólo en los conocimientos técnicos y científicos, sino también en las habilidades emocionales y humanas que permiten una atención integral y personalizada.

Como afirma Berta L. (2011): “la educación en enfermería debe enfatizar valores como la ética, la empatía, la sensibilidad y la solidaridad, que son fundamentales para una buena práctica profesional”.

La evolución de la Enfermería no ha concluido, es necesario seguir adaptándose a los cambios que se presentan hoy en día y de cara al futuro. Como afirma Berrondo A. (2019; pp. 40-45) “la formación en enfermería debe estar en permanente actualiza-

ción y renovación, para poder dar respuesta a los desafíos que se plantean en la actualidad y en el futuro”. Por caso: basada en la necesidad de adaptación y desarrollo de los nuevos profesionales, la simulación clínica ofrece una metodología de aprendizaje que permite adquirir competencias de Enfermería (Barra et. al., 2023). Se utiliza como método de aprendizaje y de evaluación para poner en función los conocimientos, las habilidades, el

manejo de las emociones del personal en formación.

El currículum, los saberes, la enseñanza y la formación docente son factores que tienen una influencia significativa en el desarrollo profesional. Siguiendo a Andrade-Pizarro (2023), Amezcua (2022) y Aguirre Raya (2020), a continuación se sintetizan tres logros durante la historia de la educación en Enfermería y tres desafíos actuales:

LOGROS HISTÓRICOS

DESAFÍOS ACTUALES

Reconocimiento de la importancia de una formación académica sólida: la educación formal en enfermería en Argentina comenzó en 1900 con la creación de la Escuela Nacional de Enfermeras. Posteriormente, se fundaron diversas escuelas de enfermería en todo el país y se establecieron normativas para regular la formación de los profesionales.

Adaptar la educación en enfermería a los cambios demográficos y epidemiológicos actuales incentivando la investigación: en la última década, se ha promovido la inclusión de la investigación en la formación de los enfermeros, con el objetivo de fomentar la toma de decisiones basada en evidencia y la innovación en la práctica. La investigación tiene un rol fundamental en el desarrollo y mejora de la enfermería y su enseñanza.

Fomentar la colaboración interprofesional y una atención humanizada: en los últimos años, se ha enfatizado en la importancia de una atención más humanizada y centrada en las necesidades individuales de cada paciente. Este modelo ha sido adoptado por muchas instituciones de salud y ha requerido una actualización de los currículums y saberes de los profesionales de enfermería.

La actualización constante de los saberes de los profesionales: la enfermería es una disciplina dinámica en constante evolución.

La inclusión de la tecnología en la práctica y la formación: la tecnología ha impactado profundamente en la práctica de enfermería y en la atención de la salud en general. Actualmente, se busca incluir esta perspectiva tecnológica y de cuidado centrado en el paciente para poder adaptarse a los cambios tecnológicos que ocurren.

La necesidad de incrementar el número de enfermeros en el sistema de salud. Actualmente, existe una escasez de enfermeros en el sistema de salud, lo que dificulta la atención de calidad y compromete la seguridad del paciente. Por lo tanto, se requiere de políticas y medidas que incentiven la formación y contratación de enfermeros para solucionar la escasez de personal en el ámbito de salud.

Los estudios de Andrade-Pizarro (2023), Amezcua (2022) y Aguirre Raya (2020) nos permiten identificar importantes logros y desafíos en la educación en Enfermería. Se ha avanzado en la formación académica

y la investigación, lo que ha mejorado la preparación de los enfermeros. Sin embargo, aún existen desafíos como la escasez de docentes, la adaptación a los cambios demográficos y la promoción de la colaboración interpro-

fesional, que requieren atención y esfuerzos conjuntos para garantizar una educación de calidad y preparar a los futuros enfermeros para enfrentar los desafíos de la atención médica actual.

Como se ve, la evolución de la formación en Enfermería en Argentina es un proceso continuo y dinámico. Una diferencia fundamental entre la actualidad y el comienzo del siglo pasado es que ya no hay dudas sobre su importancia en el sistema de salud. Mientras que en los primeros años del siglo XX algunos médicos, como Enrique Boero, expresaban ciertas reservas sobre la asignación de res-

ponsabilidades a las enfermeras (a quienes consideraban “parásitos”), en la década de los sesenta ya no había cuestionamientos dentro de la comunidad médica respecto a las numerosas responsabilidades que debían asumir las enfermeras. En este sentido, Francisco Martone, médico que desempeñó un papel relevante en la reforma de los planes de estudio de las escuelas de enfermería de la Cruz

Roja en los años ‘60, buscó respaldar sus argumentos apelando a las directrices emanadas de organizaciones internacionales de salud y a los encuentros nacionales y regionales de enfermería (Ramacciotti & Rayez, 2018). A diferencia de Boero, este médico propuso que las enfermeras debían desempeñar múltiples funciones en su ejercicio profesional.

CONCLUSIONES

La formación histórica de la Enfermería en Argentina da cuenta de una evolución significativa desde la época de hegemonía médica y la falta de reconocimiento, a una profesionalización y valoración crecientes de su labor.

Hasta la sanción de la Ley de Ejercicio Profesional de Enfermería (24.004) promulgada en 1993, la práctica de Enfermería se encontraba dentro de la Ley de Ejercicio de la Medicina (17.132), en el capítulo de colaboración.

Durante ese largo proceso, ha transitado desde una formación técnica y biologicista hacia una visión holística y humanizada del cuidado, que reconoce la importancia de atender no solo aspectos físicos, sino también emocionales, sociales y espirituales de los pacientes. De momentos en los cuales era poco valorada o se la veía como una profesión femenina, ha llegado a convertirse en una profesión con título de grado, con diferentes niveles de especialización y formación de posgrado, así como una amplia gama de áreas de competencia.

Estos avances han contribuido a fortalecer la identidad y el papel de los profesionales de Enfermería en el sistema de salud, promoviendo una atención más integral y centrada en la persona. La formación docente ha sido fundamental en ese camino para



el desarrollo de una fuerza laboral en Enfermería competente y capaz. La transformación que hemos reseñado fue posible porque implicó, en paralelo, la evolución del personal docente en cuanto a su formación, al desarrollo de nuevas estrategias ya no solo enfermeras sino en áreas como liderazgo, trabajo en equipo y gestión.

Atendiendo a eso, los educadores en Enfermería deben estar actualizados en las últimas tecnologías, prácticas clínicas, y ser capaces de transmitir este conocimiento de manera efectiva a los estudiantes. Para ello es preciso que los programas de formación sean innovadores y estén actualizados para enfrentar los desafíos del cuidado de la salud en un mundo cambiante. Se debe pensar

en formar nuevos profesionales con capacidad de pensamiento crítico y para resolver problemas, preparados para ejercer funciones y actividades en cualquier área de competencia, en los diferentes niveles de complejidad que estos representan, siempre enfocados en la mejora de la atención sanitaria de la población.

Hoy día, en nuestro país, como en muchas partes del mundo, hay una marcada escasez de enfermeros. Este breve recorrido histórico quizás pueda contribuir a despertar el interés por la profesión y a fortalecer el compromiso de quienes la han abrazado, recordando que el profesionalismo aúna a todos los enfermeros, y que hemos dejado de ser colaboradores para ser protagonistas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Aguirre Raya, D.A. (2020). Retos y desafíos de la Enfermería en el mundo moderno. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(3).
- Amezcuca, M. (2022) *Los avances en historia de la Enfermería trazan nuevos desafíos para las revistas científicas*. *Index de Enfermería*, 31(4): 243-244. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.58807/index-enferm20225413>
- Andrade-Pizarro, L.M.; Bustamante-Silva, J.S.; Viris-Orbe, S.M. y Noboa-Mora, C.J. (2023). Retos y desafíos de enfermería en la actualidad. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 7(14): 41-53. Disponible en: <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2525>
- Arós, B. (2018) Importancia de la educación en enfermería. *Revista de Enfermería*, 41(2): 75-79.
- Barra, M.J. y Calisto-Alegría, C. (2023). Factores facilitadores y obstaculizadores del aprendizaje a través de la simulación. *Ciencia y enfermería*, 29, 01. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.29393/ce29-1ffmc20001>
- Belló, M. y Becerril-Montekio, V.M. (2011) El sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53(2): pp 1-13.
- Berrondo, A. (2019) *La formación en enfermería en Argentina: desafíos y proyecciones*. *Revista Argentina de Salud Pública*, 10(38), 40-45.
- Berta, L. (2011) Los valores en la formación de enfermería. *Revista de Enfermería* 34(3): 51-57.
- Escobar Castellanos, B. y Cid Henríquez, P. (2018) *El cuidado de enfermería y la ética derivada del avance tecnológico en salud*. *Acta bioethica*, 24 (1): 39-46. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>
- Dure Ros, M.J. (2013) "La simulación clínica como metodología de aprendizaje y adquisición de competencias en enfermería." Universidad Complutense de Madrid.
- Faccia, K. A. (2015) Continuidades y rupturas de profesionalización de la enfermería (1955-2011). En Biernat, C. Cerdá, J. M y Ramacciotti K. N. (Dres.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, pp. 315-331.
- Felsenstein, C. (2018) *La enfermería como campo de conocimiento y práctica*. *Enfermería y Salud*.
- Fernández G. (2016). *Historia de la Enfermería en Argentina*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Heredia et. al. (2002) *Formar para transformar: experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina: 1990-2000*. Representación OPS/OMS Argentina, 54.
- Marín, G.H. (AÑO) El sistema de salud argentino: un análisis a partir del acceso a los medicamentos. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. vol. 26, nº11, pp. 5453-5462. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.06152021>
- Moreno I, y Siles J. (2014) Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *Aquichan*; 14(4): 594-604.
- Ponti, L. (2016) *La enfermería y su rol en la educación para la salud*. Buenos Aires: Ed.Teseo; pp 26-27.
- Ramacciotti, K.I. (directora) (2020). *Historias de la enfermería en Argentina: Pasado y presente de una profesión*. José C. Paz: Edunpaz.
- Ramacciotti, K.I. (2019). *La profesionalización del cuidado sanitario. La enfermería en la historia argentina*. *Trabajos y Comunicaciones*, nº 49. Disponible en: <https://doi.org/10.24215/23468971e081>
- Ramacciotti, K.I. y Rayez, F. (2018). "La medicina social y preventiva en la Argentina desde un enfoque biográfico. La trayectoria de Francisco Martone". *Revista Historia y Sociedad*, (36). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/hys.n36.74022>
- Ramón Rodríguez, R. (2022). La Enfermería en Argentina de fines del siglo XIX: los aportes de Cecilia Grierson. *Temperamentvm*, nº18 Disponible en: <https://doi.org/10.58807/tmp-tvm20224899>
- Tobar, F. (2012) "Breve historia del sistema argentino de salud" En: Garay, O. (Coord.) *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*. Buenos Aires: Editorial La Ley. (pp.1-19)
- Ugalde, A. y Homedes, N. (2008). La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. *Salud colectiva*, 4(1), 31-56. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000100003&lng=es&tlng=es
- Zabalegui Yáñez, Adelaida. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1): 16-20.

La telesimulación, una herramienta innovadora para el aprendizaje de habilidades blandas

JUDIT VIVIANA FIGUEIRA*
NORMA BEATRIZ DESCH**

Las habilidades blandas son fundamentales para una práctica profesional de la salud efectiva, con impacto en la calidad de atención, la seguridad del paciente y el trabajo en equipo. Sin embargo, la enseñanza tradicional a menudo enfrenta desafíos para desarrollar estas habilidades de manera efectiva.

INTRODUCCIÓN

Las habilidades blandas o habilidades no técnicas, como la comunicación efectiva, la empatía, el trabajo en equipo y la resolución de conflictos, son fundamentales para los profesionales de la salud: permiten construir relaciones sólidas con los pacientes, mejoran la colaboración entre colegas y contribuyen a brindar una atención de alta calidad.

Estas habilidades son las que posibilitan al profesional de salud detectar las áreas de oportunidad donde puede intervenir para mejorar la adherencia al consejo sanitario o al tratamiento, y que esto se traduzca en la

mejora de la salud de las personas (1). En su obra *Desarrollo del talento humano basado en competencias*, la autora Martha Alles las define de manera general, como todos aquellos atributos o capacidades que le permiten a una persona desempeñarse en su trabajo de manera efectiva (2).

Otro autor, Chiavenato, las denomina “competencias básicas” y las define como las cualidades personales “esenciales” para llevar a cabo actividades de manera que sea posible diferenciar el rendimiento entre las personas. Su definición incluye el conocimiento, las habilidades, las ac-

titudes, los intereses, los rasgos, los valores y otras características personales (3).

La relevancia de estas habilidades en el contexto de la salud radica en que impactan en forma directa en la calidad de atención, la seguridad del paciente y su satisfacción, así como en la dinámica del equipo. Es notable que, pese a ello, la enseñanza de habilidades blandas en la formación de los profesionales presenta todavía muchos desafíos: los métodos tradicionales, como las clases magistrales o las rotaciones clínicas, a menudo

*Licenciada en Enfermería (UNR) y Magíster en Administración de Sistemas y Servicios de Salud (UBA). Docente en la carrera de Enfermería de UAP (Universidad Adventista del Plata) y UCES (Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales). Docente en la Maestría de Administración de Servicios de Salud y en la Especialización en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud de UCES. Asesora académica y gestora de proyectos para el desarrollo de la universidad (UCES); integra el Comité de Evaluación Universitaria de UCES.

**Licenciada en Psicología (UNSL). Especialista en Capacitación y Desarrollo (UB). Docente en la carrera de Psicología de UAP (Universidad Adventista del Plata).

Anteriormente, docente de la carrera de grado y posgrado de Enfermería en UAP, UA (Universidad Austral) y UCES (Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales).

Psicóloga Organizacional del personal de enfermería. Ex Hospital Frances, hoy Cesar Milstein (1998- 2006). Actualmente, socio gerente de CONNEXOS RH y consultora de RRHH.



carecen de oportunidades para practicar y recibir retroalimentación en tiempo real.

La telesimulación surge como una alternativa innovadora para abordarlas. Se trata de una herramienta innovadora para el aprendizaje de habilidades blandas que puede mejorar significativamente la adquisición y el desarrollo de las mismas.

A continuación se reseñan conceptos, características principales, ventajas, desafíos y ejemplos de su aplicación, así como estrategias de integración de la telesimulación en la formación en salud.

1. TELESIMULACIÓN: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

Tradicionalmente, los estudiantes de grado desarrollaban la mayoría de las competencias clínicas en entornos hospitalarios. Sin embargo, debido a las medidas de distanciamiento social

adoptadas a raíz de la pandemia por SARS-CoV2 las actividades presenciales debieron ser suspendidas y fue preciso buscar alternativas de aprendizaje.

En ese contexto cobró notoriedad la aplicación de la telesimulación como una estrategia de enseñanza en la cual se utilizan las telecomunicaciones (equipos como teléfonos inteligentes, cámaras de video, micrófonos, computadoras, conexión a Internet, softwares especializados) y recursos de simulación (instructores de tareas, simuladores de alta fidelidad, pacientes estandarizados) con la finalidad de brindar educación, capacitación o evaluación en un sitio distante al centro de simulación.

Esta estrategia, descrita por primera vez hace aproximadamente una década, ha sido utilizada desde entonces para desarrollar habilidades cognitivas, procedimentales y afectivas en diferentes áreas del conocimiento como anestesiología, cirugía laparos-

cópica, cirugía robótica, medicina de urgencias y pediatría (4).

La telesimulación se define como el uso de telecomunicaciones y recursos de simulación para brindar educación, capacitación o evaluación a distancia. En esencia, permite a los estudiantes participar en simulaciones interactivas y realistas, sin estar físicamente presentes en un centro de simulación (5).

Existen diferentes tipos de simulaciones: escénicas, instrumentales y virtuales. En el caso específico de la telesimulación, se enmarca entre las simulaciones virtuales; puede ser con pacientes estandarizados remotos, con simuladores virtuales y/o con simuladores de baja y alta fidelidad controlados a distancia.

Las características clave para el diseño de la telesimulación incluyen: realismo, interactividad y retroalimentación. Un ejemplo de habilidades blandas que pueden enseñarse bajo esta modalidad es la comunicación efectiva (6)(7). Permite a los estudiantes practicar la comunicación verbal y no verbal con pacientes simulados, incluyendo la toma de historias clínicas, la explicación de diagnósticos y la gestión de expectativas.

2. VENTAJAS Y BENEFICIOS

En un mundo cada vez más digitalizado, la educación se encuentra en un proceso de transformación. La telesimulación emerge como una herramienta que promete cambiar la forma en que los estudiantes se involucran con su aprendizaje. Este enfoque no solo hace que el aprendizaje sea más interactivo y atractivo, sino que también ofrece una serie de beneficios que suponen una mejora significativa en la experiencia educativa (8)(9).



- Uno de los aspectos más destacados es la capacidad para aumentar la motivación y la participación del estudiante: a través de experiencias interactivas que simulan situaciones de la vida real, los alumnos ya no son observadores pasivos, sino que se convierten en participantes activos (10).
- Además, se ha mostrado eficaz en la mejora de la retención de conocimientos y habilidades: a diferencia de los métodos tradicionales de enseñanza, que a menudo se limitan a la teoría, la telesimulación ofrece una experiencia práctica y memorable (11).
- Otro beneficio significativo es la reducción de costos y el aumento de la accesibilidad: al eliminar la necesidad de contar con espacios físicos específicos para la enseñanza, esta modalidad permite que estudiantes de ubicaciones remotas puedan acceder a experiencias de aprendizaje de calidad (12).
- La flexibilidad que brinda esta modalidad es otro factor clave en su

éxito: permite a los estudiantes participar en el aprendizaje cuando y donde lo deseen, adaptándose así a sus necesidades e intereses individuales. Esta personalización en el proceso educativo no solo mejora la experiencia del estudiante, sino que también fomenta un sentido de responsabilidad y autodirección en su aprendizaje (13).

3. DESAFÍOS Y LIMITACIONES

Como se ve, esta metodología está redefiniendo lo que significa aprender en el siglo XXI. La educación está evolucionando y, sin duda, la telesimulación juega un papel fundamental en esa transformación. Así como es importante reconocer que poco a poco se abre camino en la educación de los estudiantes de ciencias de la salud, es importante señalar también que, aunque ofrece numerosas ventajas, enfrenta algunos desafíos que deben ser abordados. Este enfoque innovador no está exen-

to de limitaciones que pueden influir en su implementación y eficacia. Algunas de esas consideraciones son:

- Para que funcione de manera efectiva, se requiere una infraestructura tecnológica robusta y no todas las instituciones cuentan con los recursos o la infraestructura necesaria para implementar estos sistemas. Aunque la telesimulación puede resultar más asequible que la simulación tradicional a largo plazo, la inversión inicial en tecnología y capacitación del personal es un factor a considerar. La gestión de estos costos es crucial para asegurar que sea una opción viable y accesible para todos.
- Si bien tiene el potencial de enriquecer la educación, su éxito depende de cómo se integre con los métodos tradicionales de enseñanza. Es fundamental que se realice una integración efectiva para mantener la coherencia en la experiencia de aprendizaje. Los estudiantes deben sentirse parte de un proceso educativo continuo, y esto implica que los educadores diseñen un plan que combine la telesimulación con clases teóricas y prácticas. La falta de esta conexión puede llevar a una fragmentación en el aprendizaje, afectando la comprensión y el desarrollo de las competencias necesarias (13).

La telesimulación tiene el potencial de transformar la formación de profesionales de la salud competentes, brindándoles las herramientas necesarias para sobresalir en su labor y asegurando que estén listos para enfrentar los desafíos de la atención al paciente con confianza. Es por ello que las dificultades que pueda suponer hoy su implementación deben ser consideradas como parte de una transición y no como un motivo para evitarla.



CONCLUSIONES

La telesimulación constituye una valiosa herramienta para la formación profesional en salud, especialmente en el desarrollo de las habilidades blandas, cruciales para brindar una atención de calidad centrada en el paciente.

Si bien este enfoque educativo trae consigo una serie de ventajas notables (mayor realismo en las situaciones de

aprendizaje, interactividad que fomenta el compromiso, retroalimentación dinámica y una accesibilidad que permite a más estudiantes participar en esta experiencia), no está exento de desafíos como la gestión de costos y la integración; es preciso tener en cuenta estos obstáculos al considerar su integración en los programas de formación de grado.

Dado que los beneficios superan las dificultades, una planificación y el desarrollo de las estrategias apropiadas permitirán incorporar la telesimulación en la currícula y mejorar significativamente la adquisición y el desarrollo de habilidades blandas.

Los futuros profesionales de la salud necesitan no solo un manejo apropiado de herramientas técnicas, sino también de aquellas que contribuyen a comunicarse de manera efectiva y empatizar con sus pacientes, aspectos clave en el ejercicio de una profesión centrada en la persona.

En este sentido, la incorporación de tecnologías innovadoras como la realidad virtual y la inteligencia artificial pueden llevar la experiencia de aprendizaje a un nuevo nivel, haciéndola más inmersiva y efectiva. Un entorno donde los estudiantes puedan practicar situaciones clínicas complejas en un mundo virtual, recibiendo retroalimentación en tiempo real y perfeccionando sus habilidades en un entorno seguro.

REFERENCIAS:

- Vargas, R. y Zaldivar Acosta, M. (2023). Habilidades Blandas: una respuesta para la mejora de la atención de profesionales de la salud. *Revista Española de Educación Médica*, 4(3). Disponible en: <https://revistas.um.es/edumed/article/view/576321>
- Alles, Martha (2018). *Desarrollo del talento humano basado en competencias*. Edición revisada. Buenos Aires: Editorial Granica.
- Chiavenato, Idalberto (2001). *Administración de recursos humanos*. Quinta edición. Bogotá: McGraw Hill.
- Mikrogianakis A, Kam A, Silver S, Bakanisi B, Henao O, Okraïneç A, et al. (2018) Telesimulation: An innovative and effective tool for teaching novel intraosseous insertion techniques in developing countries. *Acad Emerg Med*; 18(4):420-7.
- Mercado-Cruz, E., Morales-Acevedo, J.A., Lugo-Reyes, G., Quintos-Romero, A.P. y Esperón-Hernández, R. (2021). Telesimulación: una estrategia para desarrollar habilidades clínicas en estudiantes de medicina. *Investigación en educación médica*, 10(40): 19-28. Disponible en: <https://riem.facmed.unam.mx/index.php/riem/article/view/730/911>
- Ríos-Barrientos, E. (2023) "Telesimulation, Strategy for Academic Continuity and Interprofessional Training in Health Sciences". *Revista Iberoamericana de Tecnologías del Aprendizaje*, vol.18, n°3; pp. 313-318.
- Tsang ACO, Shih KC, Chen JY. (2021) Clinical skills education at the bedside, web-side and lab-side. *Med Educ*; 55(1):112-4.
- Palomer, L. y López, R. (2016) Educación universitaria: formando profesionales y personas. *FEM*; 19(6): 281-285. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322016000600003
- Ramani S. y Leinster S. (2008) AMEE Guide n34: teaching in the clinical environment. *Med Teach*;30(4): 347-64.
- Gutiérrez-Cirlos C, Naveja JJ, Sánchez-Mendiola M. (2020) Modelos de educación médica en escenarios clínicos. *Investig en Educ Med*; (35):96-105.
- McCoy CE, Sayegh J, Alrabah R, Yarris LM. (2017) Telesimulation: An Innovative Tool for Health Professions Education. *AEM Educ Train*; 1(2):132-6.
- Sartori DJ, Olsen S, Weinshel E, Zabar SR. (2019) Preparing trainees for telemedicine: a virtual OSCE pilot. *BMC Med Educ*; 53(5):517-8.
- Plackett R, Kassianos AP, Kambouri M, Kay N, Mylan A, Hopwood J, et al. (2020) Online patient simulation training to improve clinical reasoning: A feasibility randomised controlled trial. *BMC Med Educ*; 20(1): 245. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7395338/>

¡PUBLICÁ TU ARTÍCULO EN

vea

VISIÓN DE **enfermería** ACTUALIZADA



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

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

Bases para la publicación de artículos

RECIBIMOS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS RELACIONADAS CON LA DISCIPLINA ENFERMERA

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)

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

INFORMACIÓN DEL AUTOR

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

SOBRE EL ARTÍCULO

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

BIBLIOGRAFÍA: FORMATO DE CITA

LIBROS

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

Ejemplo:

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

REVISTAS

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

Ejemplo:

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

Los números de páginas de referencia se indicarán en NOTA AL PIE, de la siguiente manera: Altman, Clancy y Blendon (2004: 2042).

GRÁFICOS Y FOTOS

- Enviar por separado y con buena resolución de imagen

INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS PROFESIONALES, DOCENTES, INVESTIGADORES Y ALUMNOS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS TRABAJOS:

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

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

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