

vea

VISIÓN DE enfermería ACTUALIZADA

#82

Cultura justa:
un modelo para
impulsar la seguridad
del paciente desde
la perspectiva [página](#)
de Enfermería **5**

Gestión de insumos
hospitalarios en las [página](#)
guardias: estrategias **26**
para la mejora continua

Adecra
+Cedim

- 4 EDITORIAL
Formar, pensar, transformar: el pensamiento crítico como eje en la evolución de la Enfermería
LEANDRO MARTÍN VARGAS
- 5 SEGURIDAD DEL PACIENTE
Cultura justa: un modelo para impulsar la seguridad del paciente desde la perspectiva de Enfermería
WILLEN CABRERA CACEDA
- 11 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
Infecciones del tracto urinario en adultos mayores
MARCELA COLOIERA
- 14 EXPERIENCIAS
La simulación clínica en las instituciones de salud: una estrategia para la formación continua en Enfermería
GRACIELA ALEJANDRA CENTENO
- 20 El Ministerio de Salud y las sociedades científicas acuerdan estrategias de trabajo conjunto ante el brote de sarampión
RUBÉN LASTRA
- 23 RINCÓN LITERARIO
La simulación clínica: un cambio de perspectiva
WALTER GUSTAVO LEGUIZAMON
- 24 FICHA 81
Protocolo de monitorización electroencefalográfica en pacientes adultos críticos
LAURA ANAHÍ GÓMEZ
- 26 GESTIÓN I
Gestión de insumos hospitalarios en las guardias: estrategias para la mejora continua
NILDA ELIZABETH CHAVEZ
- 38 GESTIÓN II
Desafíos y aprendizajes en el proceso de conformación de un equipo de enfermeras para liderar un área clínica
MELISA CHICHINE
- 42 Diálogos de Enfermería
- 46 Bases para la publicación de artículos

STAFF

COMITÉ EDITORIAL

Mag. Hna. Mercedes Zamuner
Lic. Leandro Vargas
Lic. Maximiliana La Rosa Salaberry
Lic. Sabrina Soprano
Alejandra Fuente

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Magdalena Villaverde

DISEÑO GRÁFICO

Susana Prieto

Adecra

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

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

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

Periodicidad trimestral (marzo, junio,
septiembre y diciembre)

AÑO 22 | N° 82 | JUNIO 2025

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.

Editorial

FORMAR, PENSAR, TRANSFORMAR:

EL PENSAMIENTO CRÍTICO COMO EJE EN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA

En un tiempo donde la Enfermería se redefine tanto desde el *hacer* como del *pensar*, es imprescindible detenernos a reflexionar sobre el valor de la formación crítica y situada. Una formación que no se limita a reproducir conocimientos, sino que invita a cuestionar, analizar, innovar y mejorar.

*Una práctica que no se piensa,
difícilmente se transforme.*

En esta edición presentamos experiencias que reflejan esta impronta: la de profesionales de la Enfermería que desde sus espacios se animaron a desafiar lo establecido, impulsando mejoras, liderando procesos y diseñando estrategias sostenidas desde el razonamiento clínico, desde la mira-

da reflexiva y desde el compromiso con la calidad del cuidado.

El enfoque actual de gestión de insumos hospitalarios deja de ser una tarea meramente operativa para convertirse en un espacio estratégico de análisis, planificación y mejora continua. Pensar en la optimización de los recursos sin comprometer la atención nos posiciona como actores clave en la sostenibilidad del sistema de salud.

Por otra parte, la simulación clínica emerge como una herramienta de formación poderosa, donde el error deja de ser considerado (sólo) un motivo de sanción para convertirse en una oportunidad de aprendizaje. Esta metodología permite, en un entorno seguro, entrenar habilidades, afinar el juicio clínico y fortalecer la toma de

decisiones, pilares fundamentales del pensamiento crítico en acción.

Finalmente, encontrarán en estas páginas experiencias valiosas en el proceso de conformación de un equipo de enfermeras para liderar, generar confianza y asumir la gestión con visión profesional más consciente, más preparada y más protagonista. *Una Enfermería que comparte es una Enfermería que crece* y a partir de allí se piensa a sí misma como parte de la solución: se forma para transformar y transforma porque se atreve a pensar diferente. *Formarse para liderar implica aprender a pensar en equipo, anticiparse, evaluar y adaptarse.*

Los invitamos a leer, reflexionar y, por qué no, a inspirarse.

LEANDRO MARTÍN VARGAS

Cultura justa: un modelo para impulsar la seguridad del paciente desde la perspectiva de Enfermería

Willen Cabrera Caceda*

RESUMEN

La *cultura justa* es un enfoque ético proactivo para la seguridad del paciente y el bienestar profesional, que equilibra el reporte seguro (aprendizaje basado en el análisis de los sistemas) con una responsabilidad justa y diferenciada según la conducta. Valora el rol clave de Enfermería y exige liderazgo activo para fomentar la mejora continua.

ABSTRACT

Just Culture is a proactive ethical approach promoting patient safety and professional well-being that balances safe reporting (by learning through system analysis) with fair, behavior-based accountability. It values Nursing's key role and requires active leadership for continuous improvement.

PALABRAS CLAVE

seguridad del paciente, cultura justa, error asistencial, liderazgo

KEYWORDS

Patient safety, Just Culture, Healthcare errors, leadership

*Profesor y Licenciado en Enfermería. Director de Enfermería en CEMDOE. Docente de diferentes posgrados en gestión y calidad en salud.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente se ha consolidado como una prioridad estratégica y ética ineludible, exigiendo un enfoque proactivo y no meramente reactivo. En la atención de salud moderna, caracterizada por su creciente complejidad tecnológica y organizacional, el histórico informe “*Errar es hu-*

mano” (IOM, 1999) marcó un punto de inflexión al evidenciar que la mayoría de los errores que causan daño no se deben a profesionales incompetentes, sino a fallos sistémicos o de procesos. Aun el profesional más competente puede volverse proclive a cometer errores en entornos mal diseña-

dos o bajo presiones excesivas. Para Enfermería, en particular, la comprensión de estas dinámicas sistémicas es fundamental, pues se trata de un colectivo afectado por las fallas del sistema y es, a la vez, la clave para su mejora.

EL NACIMIENTO DE UN NUEVO PARADIGMA: LA CULTURA JUSTA

Frente a la limitada eficacia y a los efectos contraproducentes de la tradicional cultura de la culpa – que a menudo silencia los problemas, fomenta el ocultamiento de errores y obstaculiza el aprendizaje organizacional–, el concepto de «cultura justa» (*Just Culture*) promovido por expertos como James Reason y David Marx (1997), surge como una respuesta que busca un equilibrio entre lo pragmático y lo ético, en beneficio tanto de la seguridad del paciente como del bienestar profesional. Este modelo entiende, por un lado, que es indispensable crear un ambiente de alta seguridad psicológica, donde todo el personal de salud,

y en particular el de Enfermería, se sienta seguro para reportar errores (propios o ajenos), cuasi-fallos y condiciones inseguras, sin temor a represalias desproporcionadas o juicios injustos. Esta apertura es la fuente primordial de información para el aprendizaje organizacional y la mejora proactiva. La seguridad psicológica anima a verbalizar dudas o preocupaciones.

Por otro lado, el modelo basado en el concepto de *cultura justa* no implica impunidad, sino que mantiene la necesaria rendición de cuentas (*accountability*) individual y colectiva. Esta rendición de cuentas se enfoca primariamente

en la responsabilidad de aprender de los eventos y mejorar el sistema, no solo en la sanción. Establece límites claros para conductas que ponen en riesgo deliberado e injustificado a los pacientes, aplicando la responsabilidad de forma justa y diferenciada.

De allí que uno de los pilares de la *cultura justa* sea la capacidad de distinguir, de manera clara y justa, la naturaleza de las conductas profesionales que llevan a un incidente o cuasi-incidente. Esta clasificación, inspirada en la obra de Reason y Marx, ayuda a determinar la respuesta organizacional adecuada:

ERROR HUMANO (conducta no intencional)	CONDUCTA DE RIESGO	CONDUCTA TEMERARIA
EJEMPLO: Confundir un medicamento con otro de nombre o envase similar.	EJEMPLO: Saltarse el doble chequeo de la medicación por creer que “es una pérdida de tiempo” o asumir que “no pasa nada”.	EJEMPLO: Administrar un fármaco con contraindicación absoluta o ignorar protocolos básicos sin justificación, exponiendo al paciente a un riesgo serio.
RESPUESTA ORGANIZACIONAL: Ofrecer consuelo al profesional (reconociendo la figura de la “segunda víctima”), investigar las causas sistémicas (rotulación deficiente, condiciones de sobrecarga, etcétera) y rediseñar procesos. Sancionar a la persona por un error inadvertido suele ser contraproducente, pues inhibe la notificación.	RESPUESTA ORGANIZACIONAL: Un abordaje formativo y de capacitación, revisando también factores que incentivan esos atajos (sobrecarga, prisa, rutina). Se enfatiza la corrección del sistema y la educación, reservando la sanción para casos de reincidencia clara o resistencia a las medidas de seguridad.	RESPUESTA ORGANIZACIONAL: Medidas disciplinarias claras y transparentes. Si bien la cultura justa no implica impunidad, sí exige que la sanción sea coherente y proporcional.

RELEVANCIA PARA ENFERMERÍA

Disponer de lineamientos y algoritmos de decisión para cada tipo de conducta evita la arbitrariedad y promueve un ambiente equitativo. De este modo, el personal sabe que la notificación de errores no intencionales derivará en aprendizaje y no en castigo.

APRENDER DE LOS ERRORES: EL MOTOR DE LA MEJORA CONTINUA

Desde el paradigma de la *cultura justa*, los errores y cuasi-fallos se consideran valiosas oportunidades de aprendizaje colectivo, no eventos para ocultar. La notificación abierta y voluntaria, en la cual Enfermería juega un rol protagónico por su cercanía al cuidado, alimenta el sistema de mejora:

- Analizar esos cuasi-fallos reportados puede revelar debilidades antes de que ocurra daño.
- Identificar tendencias en los datos reportados ayuda a priorizar áreas clave para iniciativas de mejora de la calidad en Enfermería.
- Compartir las lecciones aprendidas entre diferentes unidades y equipos es crucial para prevenir errores similares en toda la organización.

Ahora bien, sólo reportar no es suficiente. La organización debe comprometerse a realizar análisis profundos y sistémicos (ACR), idealmente de forma multidisciplinar e incluyendo a quienes estuvieron cerca del evento, para comprender los factores latentes. Este proceso requiere la asignación de tiempo y recursos específicos para ser efectivo. Además, es vital cerrar el ciclo de retroalimentación (*feedback loop*): informar de manera transparente a los profesionales de enfermería

que notificaron sobre los análisis y las acciones de mejora implementadas es fundamental para mantener su compromiso, validar su contribución y fomentar la notificación futura.

RESPONSABILIDAD Y LIDERAZGO DE ENFERMERÍA PARA IMPULSAR LA CULTURA JUSTA

La transición hacia y el sostenimiento de una *cultura justa* dependen crucialmente de un liderazgo visible, comprometido y coherente. El rol de Enfermería (en la dirección, gerencia y coordinación) resulta de particular importancia: su liderazgo debe ser activo, demostrar con acciones consistentes que la seguridad es una prioridad estratégica y trabajar en forma activa para desmontar el miedo al reporte, protegiendo así a quienes notifican de buena fe. Esto implica:

- Modelar el comportamiento: hablar abiertamente sobre errores y riesgos.
- Fomentar la transparencia: promover activamente sistemas de reporte seguros.
- Escuchar activamente: realizar rondas de seguridad, dialogar con el personal.

- Garantizar recursos: abogar por y asignar recursos específicos (tiempo, personal) para actividades de seguridad. Asegurar condiciones de trabajo seguras.
- Aplicar la justicia: asegurar que la respuesta a los errores sea consistente y equitativa en todas las unidades y turnos.
- Apoyar al personal: implementar y promover mecanismos de apoyo efectivos para las «segundas víctimas».

IMPACTO POSITIVO Y DESAFÍOS PERSISTENTES

Una cultura justa robusta trae beneficios tangibles y medibles:

- mejora la notificación de incidentes (lo que amplía la visión sobre los riesgos)
- potencia el aprendizaje organizacional a partir de ellos
- optimiza procesos asistenciales
- fortalece el clima laboral
- fomenta una mejor colaboración interprofesional

Para Enfermería, en particular, se traduce en mayor satisfacción profesional, reducción significativa del *burnout* y mejor retención del talento, lo cual impacta de manera positiva en la continuidad

asistencial y reduce costos asociados a la rotación y a los propios eventos adversos.

No obstante, la implementación y, sobre todo, el sostenimiento a largo plazo enfrentan desafíos importantes y persistentes:

- el arraigado temor a la culpa y las represalias (disciplinarias, legales)
- la sobrecarga de trabajo crónica, que incrementa la carga cognitiva y limita el tiempo para prácticas seguras y reporte reflexivo

- el escepticismo organizacional («esto ya se intentó»)
- la resistencia natural al cambio
- la dificultad inherente en diferenciar en forma consistente las conductas
- la tensión por equilibrar seguridad y producción
- asegurar la aplicación coherente de estos principios en todas las disciplinas y niveles jerárquicos

Superar estas barreras requiere un esfuerzo organizacional deliberado, paciente y multifacético, que combine formación continua, liderazgo ejemplar, sistemas robustos, comunicación constante y resiliencia organizacional ante los inevitables contratiempos. Celebrar los pequeños avances y éxitos durante este largo proceso ayuda a mantener el impulso y la credibilidad.



*Adaptado de "A just culture guide" NHS

CONCLUSIÓN

La *cultura justa* constituye un pilar fundamental para impulsar la seguridad del paciente en entornos complejos: trasciende la dimensión de una mera política para convertirse en un nuevo tejido ético y organizacional que reconoce la falibilidad humana, aborda las deficiencias del sistema y reclama una rendición de cuentas diferenciada según la naturaleza de los actos. En lo que respecta a Enfermería, esta cultura adquiere particular relevancia, pues la labor de las y los profesio-

nales está íntimamente ligada a tareas delicadas y altamente expuestas a riesgos sistémicos.

Adoptar la *cultura justa* implica un compromiso de liderazgo, de todos los niveles de la institución, para promover la seguridad psicológica y dotar de herramientas a los equipos para el reporte y la mejora continua.

Desde el temor a las consecuencias legales hasta la persistencia de la sobrecarga de trabajo, el camino no está exento de desafíos, pero los beneficios tangibles en

términos de disminución del *burnout*, mayor retención del talento y mejor experiencia del paciente justifican ampliamente la inversión de tiempo y recursos.

Una apuesta firme por la *cultura justa* llevará al desarrollo de organizaciones sanitarias más resilientes y humanas, capaces de aprender de los errores y, sobre todo, de proteger aquello que más importa: la seguridad y el bienestar de los pacientes y de quienes los cuidan.

BIBLIOGRAFÍA:

- Altman, E., Clancy, C. y Blendon, R. (2004). "Improving patient safety—five years after the IOM Report." *New England Journal of Medicine*, 351, 2041–2043.
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, M. N., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., Newhouse, J. P., Weiler, P. C., & Hiatt, H. H. (1991). "Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I." *New England Journal of Medicine*, 324(6), 370–376.
- Frankel, A. S., Leonard, M. W. & Denham, C. R. (2006). "Fair and Just Culture, Team Behavior, and Leadership Engagement: The Tools to Achieve High Reliability." *Health Services Research*, 41(4 Pt 2), 1690–1709. PMID: 16898988
- Hershey, K. (2015). "Examining Just Culture and Nursing Peer Review." *Journal for Nurses in Professional Development*, 31(5), 269–274. PMID: 26352096
- Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, M. N., Lawthers, A. G., Localio, A. R., Barnes, B. A., Hebert, L., Newhouse, J. P., Weiler, P. C., & Hiatt, H. H. (1991). "The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II." *New England Journal of Medicine*, 324(6), 377–384.
- Reason, J. T. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate Publishing Limited: Aldershot, Hampshire, England.
- Stavrianopoulos, T. (2017). "The Development of the Concept of 'Just Culture' for the Prevention of Medical Errors." *Materia Socio Medica*, 29(2), 121–122. PMID: 28694734
- Walton, M. (2004). "Creating a 'Just Culture': the key to safety improvement." *Medical Journal of Australia*, 180(3), 76–77. PMID: 14723579
- Westrum, R. (2004). "A typology of organisational cultures." *Quality & Safety in Health Care*, 13(Suppl 2), 22–27.

Infecciones del tracto urinario en adultos mayores

Marcela Coloiera



INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso natural, gradual y progresivo que afecta al organismo de la persona. Conlleva un aumento del daño celular y tisular a lo largo del tiempo, que provoca un deterioro en las capacidades físicas y mentales. Como consecuencia, la persona anciana tiene un mayor riesgo de contraer enfermedades. Dado que un alto porcentaje de adultos mayores padece multipa-

tologías, es importante abordar las infecciones del tracto urinario porque se trata de una patología que afecta de manera aguda al resto del organismo. Todo adulto mayor postrado o con poca movilidad que utiliza pañales es susceptible de sufrir infecciones urinarias a repetición.

Resulta fundamental que quienes están a cargo del cuidado de estos pacientes sepan distinguir los síntomas, puedan detectarlos tempranamente y efectuar la con-

sulta oportuna al médico. Se han reportado casos clínicos de excitación psicomotriz severa por los cuales se ha recurrido a un servicio de emergencia psiquiátrica, donde se solicita de inmediato la realización de un urocultivo. Una vez recolectada la muestra se comienza el tratamiento empírico hasta tener los resultados. A poco de iniciar el tratamiento los síntomas psiquiátricos ceden, con lo cual se mejora la calidad de vida de la persona y de su entorno.

*Enfermera universitaria. Diplomada en gerontología. Se desempeña como Supervisora, capacitadora y coordinadora de equipos interdisciplinarios en residencias de larga estadía (Hogar Suizo, Hogar Casasol, Hogar Santa Isabel).

CONSIDERACIONES GENERALES

Esta afección se produce cuando las bacterias ingresan y se multiplican en el aparato urinario (riñones, uréteres, vejiga y uretra). Se trata de una patología común, cuya frecuencia aumenta con la edad. Según las estadísticas:

15% en personas
entre 60 y 70 años;

30% en personas
entre 70 y 80 años;

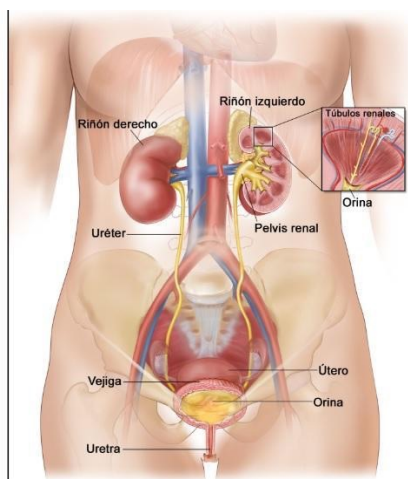
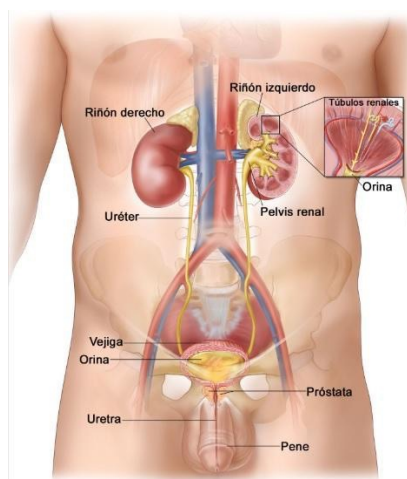
50% en adultos
mayores a 80 años.

La mayoría de las infecciones urinarias ocurren en la vejiga o la uretra. Las mujeres tienden a contraerlas con más frecuencia debido a que su uretra es más corta, lo que facilita el acceso de los microorganismos a la vejiga.

ETIOLOGÍA

- Acortamiento de la uretra según aumenta la edad.
- Estasis urinaria provocada por retención de orina a causa de obstrucción, común en los hombres por hipertrofia prostática.
- Sondaje vesical.
- La pérdida de movilidad causa estancamiento de la orina en la vejiga

- Déficit de hidratación: la orina queda estancada en la vejiga y favorece la aparición de infección del tracto urinario (ITU).
- Bajas defensas del sistema inmunológico.
- Litiasis renal.
- Incontinencia urinaria / intestinal.
- Antecedentes de diabetes.
- Tratamiento oncológico.



La orina se elabora en los túbulos renales y se acumula en la pelvis renal de cada riñón. La orina fluye desde los riñones, pasa por los uréteres y se almacena en la vejiga hasta que sale del cuerpo por la uretra.

SINTOMATOLOGÍA

Se debe prestar especial atención porque la infección urinaria en el adulto mayor tiene una presentación de síntomas diferente a la del adulto joven.

- deterioro del sensorio
- excitación psicomotriz

- ardor al orinar
- disuria o polaquiuria
- hematuria

Cabe destacar que un síntoma común en una infección es la fiebre, la cual, en general no se evidencia en el adulto mayor.

DETECCIÓN

El síntoma más visible es el cambio brusco de conducta. Puede haber

- deterioro del sensorio, alucinaciones, o conductas agresivas.
- color y olor distintos en la orina.

- cambios en la cantidad de diuresis registrada.
- mayor cantidad de sedimento urinario (orina turbia).

TRATAMIENTO

Los cuidados de Enfermería para pacientes adultos mayores con infección urinaria (ITU) incluyen:

- Realizar urocultivo.
- Antibioticoterapia de acuerdo a indicación médica.

- Mantener una buena higiene personal y del entorno.
- Asegurar la hidratación.
- Revisar las sondas urinarias (realizar recambio con determinada frecuencia con técnica aséptica).
- Monitorizar los síntomas.
- Ayudar a mantener buenos hábitos de higiene.
- Explicar al paciente y a su familia los signos y síntomas de la ITU.
- Monitorizar el color, olor y claridad de la orina.

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.

Se recomienda para el paciente:

- Beber mucha agua para diluir la orina y expulsar las bacterias.
- Evitar las bebidas que puedan irritar la vejiga.
- Secarse bien la piel después de lavarla.
- Cambiar el pañal con frecuencia.
- Utilizar productos transpirables y de calidad.

CONSIDERACIONES FINALES

Cuando se presenta el síndrome confusional agudo el paciente se deshidrata y esto agrava el cuadro. Puede requerir internación, lo cual agrava el deterioro cogni-

tivo y la movilidad, afectando su salud integral.

Por ello la prevención de la ITU es clave: se deben brindar indicaciones claras sobre cuidado,

detección temprana y actuación ante los primeros síntomas, a fin de evitar el síndrome confusional agudo y las internaciones que van en detrimento de la salud del adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

-Arias, C.J. [comp] (2024) *Práctica y clínica con adultos mayores*. CABA: Editorial Autores de la Argentina.

-García López, M.U.; Rodríguez Ponce, C.; Toronjo Gómez, A.M. (2012) *Enfermería del anciano*. Barcelona: Editorial Grafos.

-Organización Panamericana de la Salud (2023) *Esperanza de vida y carga de la enfermedad en las personas mayores de la Región de las Américas*.

<https://www.paho.org/es/documentos/esperanza-vida-carga-enfermedad-personas-mayores-region-americas>

-Perez Abascal, N.; Corcuera Catala, J.; Cruz Jentoft, A. (2022) Protocolo diagnóstico y terapéutico de la infección urinaria en el paciente mayor. *ELSEVIER* 13 (62): 3682-3685.

<https://doi.org/10.1016/j.med.2022.08.013>

-Quispe Mitma, D. (2023) *Cuidados de Enfermería en cateterismo vesical y gestión de riesgo clínico en pacientes adultos del Hospital Daniel Alcides Carrión*. Repositorio de la Universidad Norbert Wiener.

<https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/8917>

La simulación clínica en las instituciones de salud: una estrategia para la formación continua en Enfermería

Graciela Alejandra Centeno*

Sanatorio Mater Dei

INTRODUCCIÓN

La simulación, como metodología de enseñanza, se ha extendido en distintas áreas y es objeto de estudio para identificar sus virtudes y su impacto en el desarrollo profesional de equipos de alto rendimiento y como estrategia para garantizar la seguridad del paciente.

Anticipar, ampliar, profundizar y mejorar la práctica profesional para maximizar los éxitos, minimizar los errores e impulsar a las personas y equipos hacia la excelencia exige la reflexión acerca de

los procesos de formación continua de los equipos de Enfermería. Para guiar esa reflexión es preciso considerar diversos interrogantes: ¿cómo transformar procesos formativos en experiencias de aprendizaje?, ¿cómo incorporar la capacitación basada en simulación para los profesionales de Enfermería del Área Materno infantil de una institución muy ocupada y compleja?, ¿cómo pueden generarse experiencias de simulación clínica en las áreas de neonatología?, ¿cómo hacer para que los

equipos sean realmente competentes?

Este artículo presenta una experiencia llevada a cabo en el Sanatorio Mater Dei (CABA). El trabajo desplegado a partir de dichos interrogantes contó con el apoyo de la Jefa del Área, Lic. María Torres, y del Jefe de Docencia, Lic. Leandro Vargas. Como resultado, la Supervisión de Enfermería del Área Materno Infantil diseñó un proceso de educación continua para el área a través de la simulación clínica.

*Licenciada en Enfermería, Obstétrica, Especialista en Investigación y Transferencia en la Universidad Pública, Diplomada en Simulación Clínica, Docente de la Lic. en Enfermería de la UNAJ - Universidad Nacional Arturo Jauretche- (ex Coordinadora de la Carrera). Docente en Simulación Clínica en el CENSICE (Centro Nacional de Simulación Clínica para Enfermería) de la Ley PRONAFE (Programa Nacional de Formación de Enfermería). Docente e Integrante de la ReNaSiC (Red Nacional de Simulación Clínica) Coordinadora de la Comisión de Simulación Clínica de AEUERA (Asociación de Escuelas Universitarias de la República Argentina) ex Vocal electa. Coordinadora de la Maternidad del Hospital Evita Pueblo de Berazategui y Supervisora de Enfermería del área Materno infantil del Sanatorio Mater Dei.

PROPÓSITOS Y DESAFÍOS PREVIOS

GENERAR ESPACIOS DE EDUCACIÓN CONTINUA EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA:

- Mejora el desempeño de los profesionales en el proceso de producción de la atención del paciente y su entorno familiar.
- Contribuye al desarrollo de nuevas competencias, como el liderazgo, la comunicación efectiva y el trabajo en equipo.
- Sirve de sustrato para los cambios culturales acordes con las nuevas orientaciones hacia la seguridad del paciente.

INTERROGANTES Y BARRERAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN CON ESTRATEGIAS EDUCATIVAS BASADAS EN SIMULACIÓN:

- resistencia al cambio
- ¿obligatoriedad?
- tiempo “protegido” para la formación
- ¿la simulación es solo para personal en formación?
- no hay tiempo ni interés en mejorar las competencias profesionales

A ELLO HUBO QUE AÑADIR OTROS DESAFÍOS PARTICULARES:

- ¿espacio, centro, área o un lugar de simulación o solo algo con simulación?
- ¿utilizar zona 0, 1, 2 o 3?
- ¿cómo sumar al personal en procesos de educación continua? ¿participantes y/o docentes? ¿multidisciplinar o interdisciplinar?
- no hay currículo, solo selección de temas o problemas de interés institucional o del servicio o de los propios participantes
- simulación in situ y on site
- ¿simuladores de bajo costo y alta fidelidad?
- redes
- investigación

SUPERADAS ESAS BARRERAS, EL PROCESO DE FORMACIÓN A TRAVÉS DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA PERMITE:

- Generar competencias del día a día profesional.
- Crear experiencias *ad hoc* sobre la realidad laboral que preocupe.
- Abrir las puertas al error.
- Asumir que, en el entorno de la simulación, no hay consecuencias o efectos negativos a terceros, derivados de una acción incorrecta/incompleta.
- Detener la acción.
- Centrar la mirada en detalles concretos que están sucediendo en tiempo real y analizarlos.
- Reflexionar sobre la acción para derivarla en aprendizaje para el futuro.

IMPLEMENTACIÓN

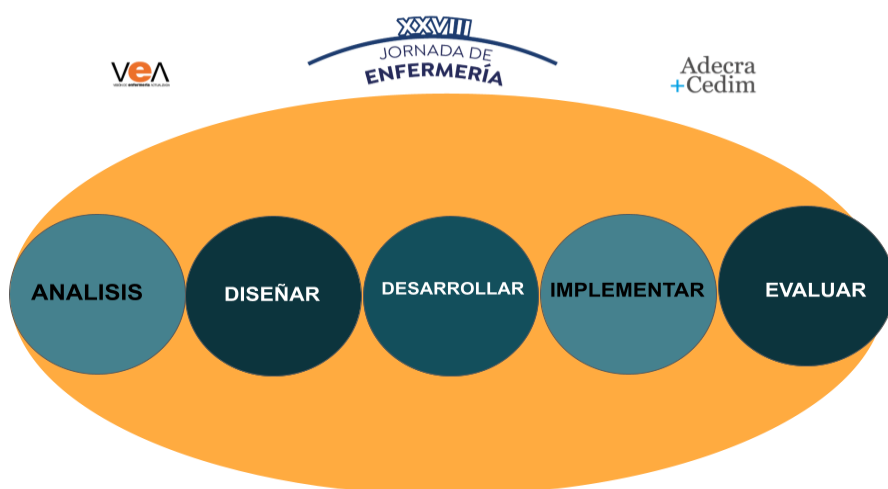
Mediante la simulación, el profesional se sumerge en situaciones problemáticas que requieren la aplicación de sus competencias. Esta experiencia, con diferentes niveles de complejidad e inmersión, le permite asumir un rol específico y buscar soluciones a los desafíos planteados. A través de métodos como el caso, el incidente crítico, el juego de roles y el sociodrama, los participantes pueden poner en práctica sus competencias y analizar situacio-

nes reales. La seguridad de este entorno de aprendizaje fomenta la experimentación sin temor a repercusiones en los pacientes.

La simulación busca que el profesional actúe con autenticidad, enfrentándose a situaciones cotidianas de su trabajo. No se trata de interpretar un papel, sino de aplicar sus conocimientos y habilidades en un escenario realista, aunque no necesariamente idéntico a la realidad. El objetivo es potenciar su competencia profesional, ya que no se limita a la aplicación de conocimientos

en situaciones realistas, sino que promueve la reflexión crítica a través del análisis posterior a la resolución. Este proceso reflexivo, con diferentes niveles de sistematización e intensidad, es clave para el aprendizaje.

En este sentido, la simulación es una metodología pedagógica, es decir, contempla una forma específica, planificada y justificada de acciones que nos llevan a alcanzar objetivos formativos, basados en necesidades individuales y/o grupales concretas. Consta de distintas fases o etapas sistemáticas:



- Implica la recreación, ampliación o sección parcial de una situación real y/o auténtica. Es decir, sumerge a los participantes en un entorno que ofrece y combina la totalidad o parte de las circunstancias, características, presiones, variables, etcétera, de la vida profesional.
- Presenta varios objetivos, dependiendo del área disciplinar,

del sector laboral, del momento de desarrollo de los participantes, etcétera.

- Cuenta con distintos momentos para potenciar varios procesos de aprendizaje.
- Está dirigida a obtener unos resultados de aprendizaje específicos a partir de la actividad de simulación.

Se trata de una metodología que permite el diseño pedagógicamente premeditado de una realidad formativa basada en situaciones profesionales futuras en la

que todo está preparado, de forma controlada, para que el profesional aprenda. Este diseño posibilita trabajar con entornos profesionales muy similares a los reales, con

problemas reales, personas reales, instrumentos reales, etcétera, y ofrece varias ventajas en cuanto a la formación:



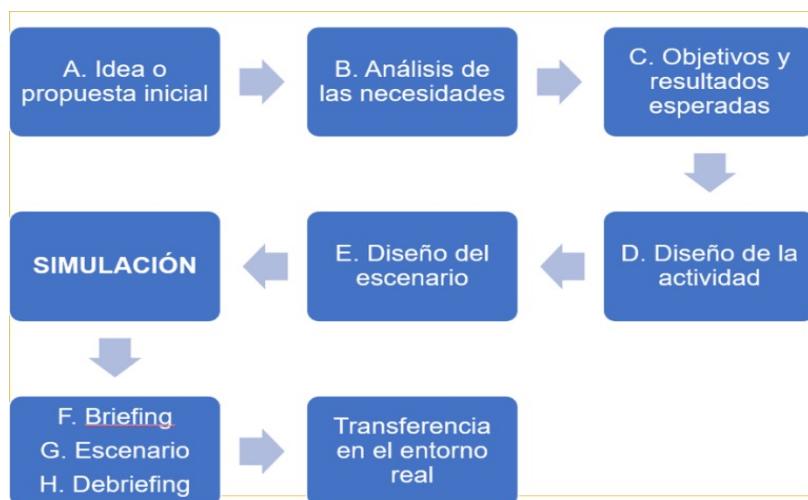
La experiencia que hemos llevado adelante en el Sanatorio Mater Dei combina la simulación y el aprendizaje **entre iguales**. Algunos autores señalan que este tipo de simulación ofrece la oportunidad de compartir experiencias a partir del ciclo «experiencia concreta –dar y recibir *feedback*– reflexión» (Havnes, Christiansen et al., 2016), lo cual resalta su carácter *social* en varios aspectos:

- En el momento de la reflexión posterior a la simulación, los colegas aprenden conjuntamente de la ejecución que han realizado sus compañeros y de la reflexión conjunta que se deriva.
- Toda la simulación implica compartir creencias y esquemas mentales, significados, reflexiones y emociones, así como un desaprendizaje (deconstruirse y reconstruirse).

- A menudo, la preparación del caso, previa a la sesión de simulación, se lleva a cabo de forma grupal.
- En su implementación, los enfermeros en ejercicio están llamados a observar a sus compañeros, a reflejarse en ellos y a empatizar para resolver la situación, para reflexionar sobre cómo lo harían ellos.



Generar estos espacios de aprendizaje requiere contar con docentes enfermeros formados en simulación clínica, que puedan diseñar escenarios acordes a las necesidades de cada equipo. En ese sentido, hay un proceso sistemático que cumplir para diseñar a la hora de incorporar la simulación a nuestros servicios:



mientos y habilidades en un área de contenido o especialidad determinada, conocimiento en ética, razonamiento moral y habilidades de comunicación

- los atributos de profesionalismo: excelencia, humanismo, responsabilidad y altruismo.

Entendida como un proceso, la evaluación de estos atributos implica resultados cognitivos, conductuales y afectivos. Las observaciones obtenidas deben ser relevantes y estar basadas en las expectativas del entorno de la especialidad y el nivel de desarrollo del profesional.

Las estrategias de educación y formación continua deben ir acompañadas de una evaluación de su impacto. Tomando como referencia el **modelo de Arnold y Stern**, debe permitir dar cuenta de:

- los elementos fundamentales del profesionalismo: conoci-



A MODO DE CONCLUSIÓN

La implementación de esta metodología no sólo nos ha permitido continuar desarrollando distintas habilidades técnicas y no técnicas, sino ser mejores profesionales. Dada su naturaleza, no existe una herramienta única para evaluar el profesionalismo entre los integrantes del equipo de salud. Una correcta evaluación debe abarcar no sólo cómo, sino también *qué, cuándo, dónde y por quién*.

En la actualidad, este recorrido ha posibilitado desarrollar trabajos de investigación en simulación clínica y seguir creciendo juntos, en concordancia con nuestro lema que nos inspira y motiva en esta misión: “Comprometidos con la vida, al servicio de la dignidad humana”.



BIBLIOGRAFÍA

- Amsalem, D. et al. (2020) Single-Day Simulation-Based Training Improves Communication and Psychiatric Skills of Medical Students. *Front Psychiatry*, <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00221>
- Beck, H. (2019) *Errar es útil. Cuando equivocarse es acertar*. Barcelona: Ariel.
- Boulet, J. y Murray, D. (2010) Simulation-based assessment in anesthesiology: requirements for practical implementation. *Anesthesiology*, 112(4): 1041-1052.
- Chernikova, O., Heitzmann, N., Stadler, M., Holzberger, D. et al. (2020). Simulation-based learning in higher education: a meta-analysis. *Review of Educational Research*, 90(4): 499-541.
- Society for Simulation Healthcare (2020). *Healthcare Simulation Dictionary*. https://www.ssih.org/Portals/48/v2_1-Final.pdf

El Ministerio de Salud y las sociedades científicas acuerdan estrategias de trabajo conjunto ante el brote de sarampión

Rubén Lastra

Inspector Sanitario Ministerio de Salud de la Nación

En el marco de las acciones implementadas para control del brote de sarampión que afecta el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), autoridades y equipos técnicos del Ministerio de Salud y la ANLIS Malbrán mantuvieron un encuentro con sociedades científicas, referentes técnicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y la Provincia de Buenos Aires (PBA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En representación del Ministerio de Salud de la Nación participaron el director general de Logística y Procesos, Juan Pablo Saulle, y referentes de la Dirección de Enfermería, Dirección de Salud Perinatal y Niñez, Dirección de Epidemiología, ANLIS Malbrán, y Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Asistieron miembros de la Comisión para la Certificación de la eliminación de la circulación endémica de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita, y por parte de las sociedades científicas, representantes de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), la Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica (SADIP), Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología (SAVE), la **Federación Argentina de Enfermería** (FAE) y la Sociedad Argentina de Medicina (SAM). También asistieron representantes de Inmunizaciones de la Organización Panamericana de la Salud, y referentes de la Dirección de Niñez y Adolescencia y del Programa Ampliado de Inmunizaciones del Gobierno de la Provincia

de Buenos Aires y del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El secretario de Gestión Sanitaria, Alejandro Vilches, agradeció la presencia de todos los asistentes y expresó que el objetivo del encuentro es que “podamos irnos con acciones definidas para avanzar en un trabajo colaborativo”. En esta línea y en función de la situación epidemiológica actual, se propuso trabajar en la definición de estrategias de sensibilización para equipos de salud y acciones conjuntas que permitan mejorar las coberturas de vacunación.

Durante el encuentro se analizó la situación epidemiológica, se definieron estrategias de sensibilización para equipos de salud y se acordó definir en una agenda conjunta que permita unificar criterios de trabajo.



Se compartió información actualizada sobre el brote de sarampión que, hasta el momento, registra 31 casos confirmados y se recordó que la cartera sanitaria nacional ya ha distribuido más de 500.000 dosis de la vacuna doble viral para la puesta en marcha de la estrategia de vacunación focalizada para el bloqueo de casos y recupero de esquemas, que se suman a las más de 690 mil dosis de triple viral distribuidas para vacunación de Calendario.

Por otro lado, se mostró el tablero desarrollado para seguimiento de la estrategia en tiempo real que muestra que se han aplicado 115.485 dosis a la fecha, las cuales representan, tan solo, el 18,6% de la población objetivo. En este sentido, Marina Passinovich, asesora del Ministerio de Salud, comentó que el tablero resulta “fundamental entender qué es lo que necesitamos y pensar cómo podemos

colaborar con el personal de vacunación, que son los actores principales para alcanzar el éxito de esta estrategia”.

En este sentido, presentó también la estrategia integral propuesta por la cartera sanitaria nacional para dar respuesta a este escenario de baja adherencia. La misma se sustenta en cuatro pilares: la sensibilización del personal de salud; la implementación de estrategias de comunicación que estimulen la demanda de la población; la mejora del registro de las dosis aplicadas en los subsectores de la salud; y la recuperación de las mesas de gestión jurisdiccionales con Educación para definir acciones de vacunación complementarias, capacitación docente y difusión materiales de prevención.

Las distintas sociedades científicas coincidieron en la importancia del trabajo conjunto con el sistema educativo para recuperar el rol que

siempre han tenido las escuelas y del posicionamiento de los pediatras, que tienen un rol clave para que las familias comprendan los beneficios que tienen las vacunas. Asimismo, acordaron trabajar en una agenda conjunta para la identificación de mensajes claves, efectivos y unificados que lleguen de manera clara tanto a la población como también al personal de salud. Al cierre del evento, Passinovich destacó la importancia de contar con estos espacios que “forman parte de una estrategia mucho más grande que tiene que ver con la articulación y el trabajo integrado que permitirá potenciar el trabajo que se viene realizando”. Asimismo, expresó que este tipo de encuentros se repetirá en forma regular para abrir un espacio de trabajo que permita dar seguimiento a los acuerdos alcanzados.

ALERTA SARAMPIÓN

¿Qué es el sarampión?

Es una enfermedad viral potencialmente grave y muy contagiosa.



SÍNTOMAS

- FIEBRE ALTA
- SECRECIÓN NASAL
- TOS
- CONJUNTIVITIS
- MANCHAS BLANCAS EN LA BOCA Y CARA INTERNA DE LA MEJILLA
- MANCHAS ROJAS EN LA PIEL



RECOMENDACIONES ANTE CIRCULACIÓN DEL VIRUS DE SARAMPIÓN Y RIESGO DE REINTRODUCCIÓN EN LA ARGENTINA



PREVENCIÓN

La única forma de prevenir la enfermedad es con la **VACUNACIÓN ADECUADA**.

VACUNA TRIPLE VIRAL

- Previene el sarampión, la rubeola y las paperas.
- Se aplica a los 12 meses de vida y al ingreso escolar (5-6 años).

No hay tratamiento específico para la enfermedad.

RECOMENDACIONES PARA VIAJEROS

- **Niños de 6 a 11 meses de vida:** deben recibir UNA DOSIS de vacuna doble viral o triple viral ("dosis cero"), que no debe ser tenida en cuenta como esquema de vacunación de calendario.
- **Niños de 12 meses:** Deben recibir UNA DOSIS correspondiente al calendario.
- **Niños de 13 meses a 4 años inclusive:** deben acreditar al menos DOS DOSIS de vacuna triple viral.
- **Mayores de 5 años, adolescentes y adultos:** deben acreditar al menos DOS DOSIS de vacuna con componente contra el sarampión (monovalente, doble o triple viral) aplicada después del año de vida.



Por un niño sano
en un mundo mejor

SAP

SOCIEDAD ARGENTINA
DE PEDIATRÍA
www.sap.org.ar

Av. Coronel Díaz 1971/75 (C1425DQF) - CABA - Argentina
Tel. (54-11) 4821-8612 - institucional@sap.org.ar

La simulación clínica: un cambio de perspectiva

Walter Gustavo Leguizamón

Jefe Depto. Enf. Sta. Catalina Sede Del Parque

En un hospital de una ciudad grande trabajaban dos enfermeros, Juan y Carlos. Juan era un enfermero experimentado con una formación clásica, de gran contenido teórico. Siempre hacía alarde de sus conocimientos y se consideraba a sí mismo el mejor enfermero del hospital. Carlos, por otro lado, era un enfermero nuevo que había sido formado en un contexto de simulación clínica y tenía una perspectiva diferente sobre la Enfermería.

Pese a la soberbia de Juan, Carlos lo veía como un referente y siempre estaba dispuesto a aprender de él. Sin embargo, no siempre estaba dispuesto a compartir sus conocimientos y a menudo menospreciaba la formación de Carlos, que provenía de la simulación.

Un día, llegó al hospital un paciente politraumatizado, con heridas cortantes, que requería de cuidados inmediatos y oportunos. Juan fue asignado para atenderlo, pero una vez en contacto con el paciente se

paralizó al ver la gravedad de las heridas. Carlos, que estaba trabajando en la misma unidad, se dio cuenta de la situación y se acercó para ayudar. Gracias a su entrenamiento que había tenido en su formación, pudo mantener la calma y resolver el caso de manera efectiva. Juan se sintió avergonzado por su reacción y se dio cuenta de que su fuerte base teórica no lo había preparado para situaciones de emergencia como esa. Se acercó y le pidió a Carlos que le contara más al respecto. Carlos le explicó cómo esta metodología le había permitido desarrollar habilidades y confianza en sí mismo, y cómo había mejorado su capacidad para trabajar en equipo. Impresionado por la explicación, Juan le propuso desarrollar un proyecto de capacitación mediante simulación clínica para sus compañeros.

Juntos comenzaron a planificarlo. Poco a poco, otras disciplinas empezaron a mostrar interés y se

unieron a la iniciativa al ver que demostraba no sólo ser una forma segura de realizar procedimientos y reducir los errores médicos sino también una herramienta valiosa para la capacitación de los profesionales de la salud. Esto permitió al resto de los colegas desarrollar habilidades y confianza en sí mismos, así como mejorar su capacidad de trabajo en equipo. Para Juan, abrió también la posibilidad de reflexionar acerca de la formación profesional y sacar de sus debilidades fortalezas, en aras de un desarrollo personal y de todos los integrantes del equipo.

El proyecto resultó un éxito y se convirtió en un modelo para otros hospitales.

Al día de hoy, la admiración de Carlos por Juan se mantiene intacta y actualmente comparten su trabajo en el centro de formación clínica de su hospital además de una profunda amistad.

Protocolo de monitorización electroencefalográfica en pacientes adultos críticos

Laura Anahí Gómez*

Hospital Moguillansky, Río Negro

DEFINICIÓN

El EEG consiste en el registro de la actividad eléctrica desde la superficie craneana mediante una vía no invasiva e ininterrumpida para valorar la actividad eléctrica cortical con aceptable resolución espacial y resolución temporal.

La monitorización electroencefalográfica permite detectar disfunciones orgánicas y provee orientación en el abordaje terapéutico. Resulta crucial en el cuidado del paciente crítico y en el diagnóstico de pacientes con indicaciones por: epilepsia, encefalopatía,

encefalopatía inflamatoria, encefalopatía metabólica, encefalopatía tóxica, encefalopatía hipoxia, coma, ACV, HSA, diagnóstico de muerte encefálica, tumor cerebral y/o otras lesiones ocupantes de espacio, enfermedades degenerativas del SNC.

En términos generales, el EEG está indicado en todo fenómeno paroxístico en que se sospeche una causa de origen cerebral y en toda situación de disfunción cerebral.

OBJETIVOS:

- Garantizar la calidad del EEG atendiendo a las variables y la condición ambiental del entorno donde se realiza el registro.
- Disminuir los niveles de interferencia en el paciente y en el ambiente para lograr un diagnóstico certero en pacientes neurocríticos.

* Enfermera y Técnica de EEG

CONSIDERACIONES GENERALES

Según el tiempo requerido, el tipo de estudio de EEG puede ser: común (20 minutos de toma) o prolongado (30 / 40 / 60 minutos). En cuanto a los requisitos ambientales apropiados para la realización del EEG:

- habitación con puerta cerrada
- luz disminuida
- evitar contaminación electro-magnética por empleo de aparatos electrónicos (mp3, móvil, ipod, entre otras, motor de colchón antiescaras, bombas de alimentación)
- evitar ruidos fuertes o deambular alrededor de la cama del paciente debido a que el equipo de EEG presenta una gran sensibilidad a los mismos
- no ingresar a la unidad del paciente mientras se realiza el estudio. En caso necesario, por descompensación del paciente o actividad estrictamente necesaria, se debe dar aviso al personal técnico a cargo para detener el estudio los minutos necesarios
- disminuir toda posibilidad de artificios innecesarios, especialmente en pacientes con diagnóstico posible de muerte encefálica

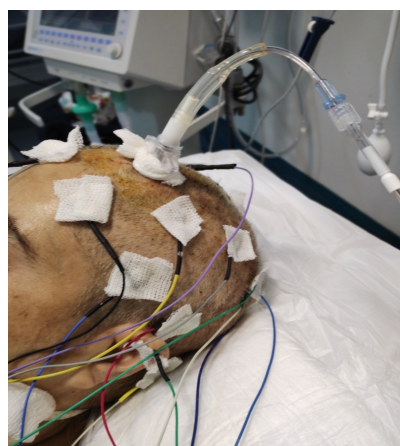
EQUIPO Y MATERIALES

- tablet de EEG + accesorios
- computadora con software apropiado
- pasta de conducción para EEG
- gasas
- rasuradora

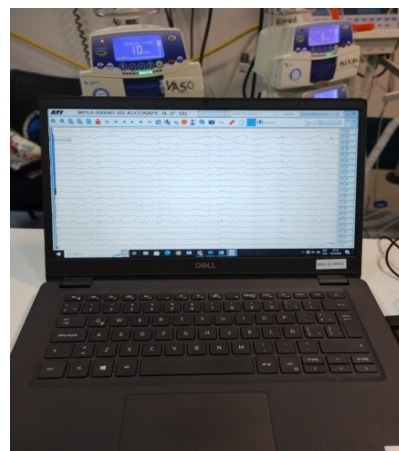
PROCEDIMIENTO

1.- Previo a la realización del estudio, el personal de Enfermería en UTI debe:

- Verificar información requerida: apellido y nombres completo, número de DNI, edad del paciente, antecedentes, medicación que se le suministra u horario en que se deja de suministrar, sedoanalgesia o medicación anticonvulsivante.
- Colocar al paciente en posición supina, con la cabeza correctamente alineada.



EEG Paciente con Catéter de PIC y colocación de electrodos con Sistema 10-20



- Si el paciente tiene cabello, realizar lavado sin productos químicos (especialmente no utilizar acondicionador, gel, cremas para peinar). Dejar el cabello completamente seco.
- Realizar rasurado parcial o total del cabello.
- Si el paciente presenta catéter de PIC, debe tener en cuenta retirar el vendaje antes de la realización del estudio y volver a colocarlo correctamente una vez finalizado.

2.- Luego de la realización del estudio, el personal de Enfermería procederá a:

- Retirar el excedente de pasta del cuero cabelludo.
- Colocar vendaje correctamente (en caso de poseer catéter de PIC).
- Registrar.

BIBLIOGRAFÍA

Rubiños, C.; Godoy, D.A. (2020) "Monitorización electroencefalográfica en el paciente crítico, ¿Qué informe útil

aportar?". *Medicina Intensivista*; 44(5): 301-309. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-monitoriza->

[cion-electroencefalografica-el-paciente-critico-articulo-S0210569119301226](https://www.medintensiva.org/es-monitoriza-cion-electroencefalografica-el-paciente-critico-articulo-S0210569119301226)

Gestión de insumos hospitalarios en las guardias: estrategias para la mejora continua

Nilda Elizabeth Chavez*

La aplicación de metodologías ABC, 5S, Kanban, JIT y Pull a la gestión de insumos hospitalarios que realizan los profesionales de Enfermería permite mejorar la productividad, la eficiencia y su entrega oportuna a los sujetos de atención de los servicios en las instituciones de salud.

RESUMEN

La metodología Kanban tiene como objetivo mejorar la productividad, la eficiencia y la entrega “justo a tiempo” a los usuarios finales. Su implementación en los servicios de Enfermería agrega valor a la calidad asistencial e impacta en la satisfacción del paciente y de los agentes involucrados en el proceso de atención de la salud.

Priorizar la gestión de insumos hospitalarios realizada por los profesionales de Enfermería garantiza la rotación adecuada de productos, previene el exceso de stock, promueve un entorno de trabajo eficiente, reduce el riesgo de desabastecimiento y asegura la optimización del uso de insumos hospitalarios.

PALABRAS CLAVE

gestión, eficacia, eficiencia organizacional

ABSTRACT

The Kanban methodology aims to improve productivity, efficiency, and just-in-time delivery to end users. Its implementation in nursing services adds value to the quality of care and impacts the satisfaction of patients and those involved in the healthcare process.

Prioritizing the management of hospital supplies by nursing professionals ensures proper product rotation, prevents excess stock, promotes an efficient work environment, reduces the risk of stockouts, and ensures optimal use of hospital supplies.

KEYWORDS

management, effectiveness, organizational efficiency

Autora: *Licenciada en Enfermería. Especialista en Cuidados Críticos del Adulto y Anciano (Universidad Isalud). Ha realizado cursos de posgrado en temas vinculados a la gestión de jefaturas en áreas de Enfermería. Es Coordinadora de Enfermería (Hospital Municipal Santa Teresita, PBA) y docente de Prácticas profesionalizantes de Enfermería 1º y 2º, ISFDyT 89 “Dr. René Favaloro”. Fue Supervisora de guardia y Jefa de Enfermería en el Hospital Santa Teresita; coordinadora de Enfermería Fundación Residencia del Anciano Hogar Paz y Bien.

INTRODUCCIÓN

Dado el carácter cambiante de los sistemas de salud, contar con medidas que garanticen una gestión organizacional de manera eficiente, a la vez que un servicio seguro y de calidad, resulta fundamental. En nuestro país, además, la actual crisis económica impacta de manera muy negativa en el sector público. Esta situación se ve agravada por el contexto de vulnerabilidad social en el que se encuentra la comunidad y, para las ciudades turísticas costeras, la creciente demanda en épocas de temporada veraniega, cuando la población local triplica su cantidad. Frente a esta complejidad, se requieren estrategias de gestión ágiles que respondan de manera efectiva al entorno cambiante y que aborden de forma urgente la demanda de insumos hospitalarios. La teoría de la administra-

ción, tal como afirman Arndt y Huckabay (2013), mejora la práctica administrativa y proporciona a los profesionales de Enfermería un marco que guía la planificación, organización, dirección y control de los recursos hospitalarios, asegurando así un cuidado eficiente y de calidad. Este enfoque de gestión no solo responde a las exigencias operativas, sino que también permite afrontar los desafíos de los sistemas de salud actuales (1). La metodología *Kanban* busca mejorar la productividad, la eficiencia, y la entrega “justo a tiempo” a los usuarios finales. Como señalan Chagallo, Isolica y Angarola (2020), operar los servicios de Enfermería con este método ágil agrega valor a la calidad asistencial, a la satisfacción del paciente y de todos los actores involucrados en el proceso de atención de la salud (2). Priorizar la gestión de insumos hospitalarios realizada por los

profesionales de Enfermería no solo garantiza la rotación adecuada de productos y previene el sobre stock, sino que también promueve un entorno de trabajo eficiente, reduce el riesgo de desabastecimiento y asegura un manejo adecuado del insumo hospitalario. Estas medidas son esenciales para consolidar un sistema de salud que garantice una adecuada gestión.

El presente trabajo es el resultado de un proyecto de mejora continua, en una institución concreta, fundado en la necesidad de que sea dinámico, flexible y eficiente, con el objetivo de estandarizar y organizar el proceso de gestión de insumos de tal forma que impacte en los desperdicios y reducir los costos asociados, asegurando al mismo tiempo una atención de calidad para los sujetos de atención y una optimización de los recursos disponibles.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

- Se llevó a cabo en el servicio de guardia de un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en el periodo octubre–noviembre–diciembre de 2024.
- Población: 20 enfermeros del servicio de guardia.
- Muestra: quedó conformada por el total de la población en estudio.

OBJETIVO GENERAL:

- describir las estrategias de gestión de insumos hospitalarios que mejoran la productividad, la eficiencia y la entrega oportuna de insumos en el servicio de guardia de un hospital

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- organizar y clasificar los insumos hospitalarios críticos con metodología ABC y 5S para optimizar su gestión y almacenamiento
- diseñar e implementar un sistema de reposición basado en las metodologías *Kanban*, *Just in time* (JIT) y *Pull* de gestión de insumos hospitalarios como estrategias que realizan los profesionales de enfermería, para mejorar la productividad, la eficiencia y su entrega oportuna, a los sujetos de atención

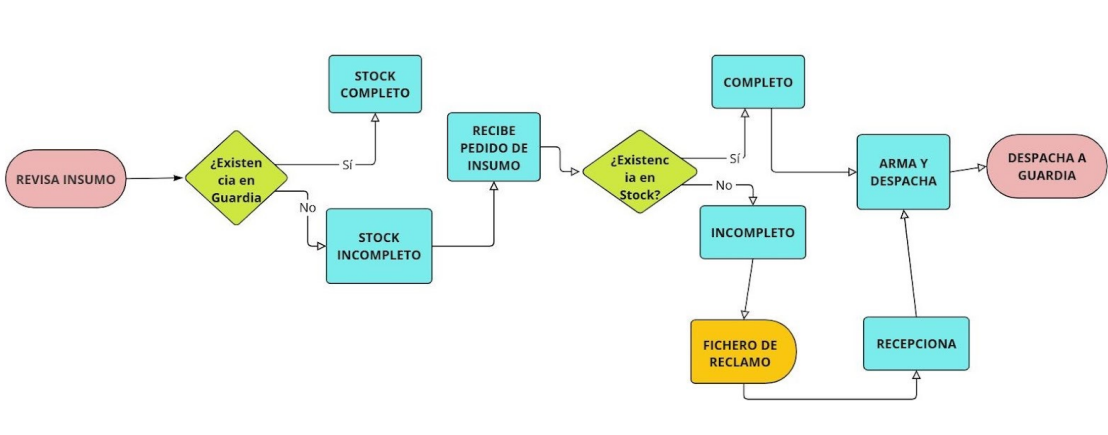
METODOLOGÍA

Se llevó a cabo la gestión con integración visual y operativa mediante flujograma decisional (figura 1) y modelo SIPOC (tabla 1), que permite visualizar el flujo de entradas y salidas del proceso, optimizando la trazabilidad del insumo y asegurando su gestión eficiente.

En cuanto a las actividades se establecieron 3 momentos (tabla 2):

- **INICIO:** el proceso comienza con la organización de los insumos y espacio físico (5S (1): organizar, clasificar, limpiar, estandarización, disciplina) y clasificación de insumos (inventario-clasificación con metodología ABC (2) según rotación alta-media-baja de los productos), elaboración de tarjetas Kanban (3) (verde para stock en uso, roja para stock de reserva).
 - **PROCESO:** corresponde a la descripción del proceso: El recipiente con tarjeta verde marca el stock necesario para dar respuesta a la población, una vez que se agota el stock, el recipiente con tarjeta roja inicia su uso (el stock verde pasa a ser “0”), e inicia su proceso de reposición: el enfermero de turno noche informa el pedido con la tarjeta verde, el enfermero del turno mañana controla y ordena, el referente entrega la solicitud a farmacia.
¿Hay stock en existencia?
- Sí: se prepara y despacha a Guardia
- NO: pasa a fichero de pendientes en farmacia hasta su existencia y reposición
Una vez que se encuentre en existencia, sale del fichero y se prepara el stock para su despacho.
 - **FINALIZACIÓN:** el stock vuelve a la guardia con tarjeta verde, para su ordenamiento final y para que el enfermero de respuesta a las necesidades del sujeto de atención justo a tiempo (JIT) (4).
- Instrumento: formulario Google (encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios)

FIGURA N ° 1
Flujograma decisional de propuesta de mejora



Nota: Flujograma Inicial de Propuesta de mejora. Elaboración propia (Chavez 2024).

TABLA N ° 1
SIPOC

Proveedor (SUPPLIERS)	Insumo (INPUTS)	Proceso (PROCESSES)	Resultado (OUTPUTS)	Cliente (CUSTOMERS)
Stock de insumo	Requerimiento	Uso del insumo Informe de reposición Revisión y realización del pedido Preparación y entrega Control y guardado	Toma de stock	Enfermero-sujeto de atención
Enfermeros turno noche	Informa solicitud			
Enfermero turno mañana	Ordenamiento y control			
Referente guardia	Entrega solicitud			
Farmacia	Fármacos y descartables			
Guardia	Control de recepción de pedido entregado			

Nota: Visión general del proceso de reposición de insumo en un hospital público- municipal de la prov. De Buenos Aires- 2024.

TABLA N ° 2:
Cronograma tentativo de trabajo.

Actividades		Meses		
		octubre	noviembre	diciembre
Fase de análisis y diseño	Recolección de datos			
	Diseño del proyecto			
	Reunión por zoom con experto en el tema y Directivos.			
	Clasificación ABC			
	Diseño de tarjetas kanan			
Preparación del espacio	Organización de espacio físico guardia			
	Compra de recipiente-remodelación de espacio físico			
	Organización de guardia, inventario			
Sensibilización del equipo	Reunión de enfermería para informar dinámica e importancia de la nueva gestión de insumos			
Implementación del sistema	Puesta en marcha			
	Reuniones de equipo – ajuste antes de la puesta en marcha – Cada 15 días, / 1 vez al mes.			
Seguimiento y evaluación	Seguimiento – Encuesta- Evaluación-			

Nota: Diagrama Gantt. Elaboración propia. Chavez Nilda (2024).

RESULTADOS

La evaluación del impacto que tuvo la implementación del proyecto en sus diferentes etapas recogió la opinión de los enfermeros de guardia mediante encuestas respecto de los ejes principales de mejora. A continuación se muestran y comentan los resultados.

ORGANIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE INSUMOS: METODOLOGÍAS 5S Y ABC

Con respecto a la reposición y flujo de insumos, la mayoría de los encuestados considera que la organización del espacio y almacenamiento es adecuada. Al mismo tiempo, se evidencia cierta resistencia al cambio y a la necesidad de reajuste en la disposición del insumo (GRÁFICO 1).

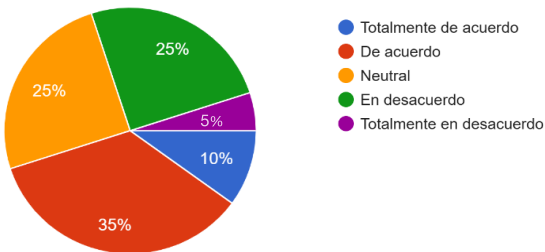
En cuanto a la clasificación de insumos el 65% del personal los organiza según frecuencia de uso, mientras que un 25% lo hace sólo ocasionalmente (GRÁFICO 2). Se reconoce que la falta de clasificación adecuada representa un obstáculo en situaciones de emergencia (75%); en forma minoritaria (20%) se lo percibe como un problema en algunas ocasiones (GRÁFICO 3).

A pesar de la resistencia que genera el cambio, la implementación de la metodología 5S es valorada positivamente para mejorar la gestión de insumos (GRÁFICO 4).

GRÁFICO 1

Organización y clasificación de insumos (Metodologías 5S y ABC)

¿Consideras que el espacio de almacenamiento de insumos en guardia está organizado adecuadamente?
20 respuestas

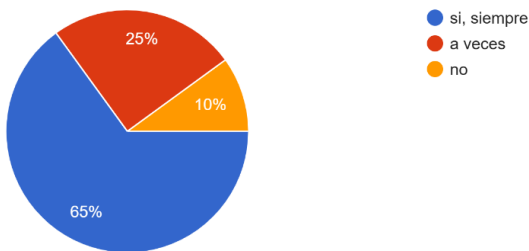


Nota: Representa la encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios realizada en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en enero 2025.

GRÁFICO 2

Organización y clasificación de insumos (Metodologías 5S y ABC)

¿El personal utiliza una clasificación de insumos basada en su frecuencia de uso (alta, media, baja, rotación)?
20 respuestas

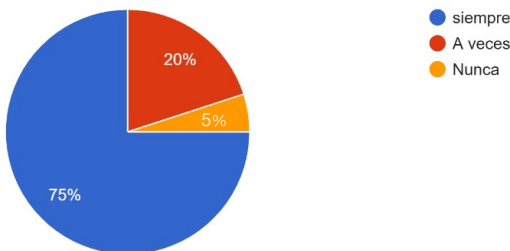


Nota: Representa la encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios realizada en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en enero 2025.

GRÁFICO 3

Organización y clasificación de insumos
(Metodologías 5S y ABC)

¿Crees que la falta de clasificación de insumos dificulta su acceso durante emergencias?
20 respuestas

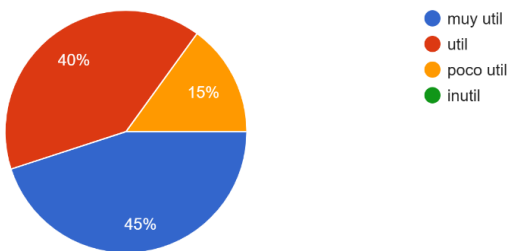


Nota: Representa la encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios realizada en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en enero 2025.

GRÁFICO 4

Organización y clasificación de insumos
(Metodologías 5S y ABC)

¿Qué tan útil consideras la implementación de las 5S para mejorar la organización de los insumos?
20 respuestas



Nota: Representa la encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios realizada en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en enero 2025.

REPOSICIÓN Y FLUJO DE INSUMOS (KANBAN, JIT, PULL)

El análisis sobre la frecuencia de faltante de insumos en guardia evidencia la necesidad de un reajuste por temporada de verano, cuando la demanda aumenta. Si bien el 45% de los encuestados afirma que los faltantes ocurren rara vez, el 55% reporta verse afectado por esta situación (GRÁFICO 5). En cuanto al proceso de reposición, el 95% del personal confir-

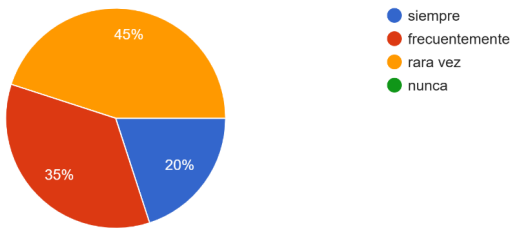
ma la implementación del sistema Kanban (tarjetas verdes y rojas) para la gestión de insumos (GRÁFICO 6). El proceso de solicitud de insumos es percibido como claro por la mayoría de los encuestados (GRÁFICO 7). Respecto a la metodología Pull, el 90% de los encuestados coincide en que su aplicación, basada

en la demanda real, contribuye a mejorar la gestión de insumos (GRÁFICO 8). Con respecto a la efectividad de la reposición actual de insumos para dar respuesta oportuna a la demanda en guardia, el 60% considera que ocurre solo en algunas ocasiones, mientras que el 40% afirma que se cumple siempre (GRÁFICO 9).

GRÁFICO 5

Reposición y flujo de insumos (Kanban, JIT, Pull)

¿Con qué frecuencia se producen faltantes de insumos en guardia?
20 respuestas

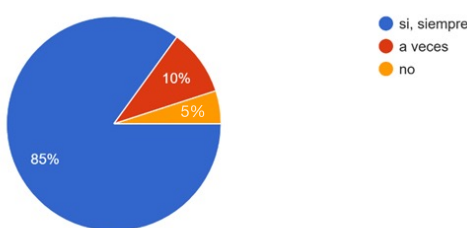


Nota: Representa la encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios realizada en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en enero 2025.

GRÁFICO 6

Reposición y flujo de insumos (Kanban, JIT, Pull)

¿Se utiliza el sistema Kanban (tarjetas verdes y rojas) para gestionar la reposición de insumos?
20 respuestas

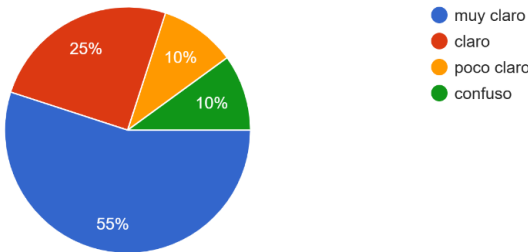


Nota: Representa la encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios realizada en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en enero 2025.

GRÁFICO 7

Reposición y flujo de insumos (Kanban, JIT, Pull)

¿Qué tan claro te parece el proceso de solicitud de reposición de insumos?
20 respuestas

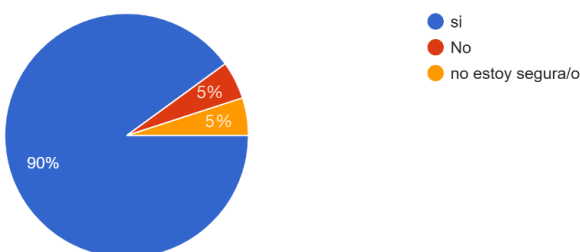


Nota: Representa la encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios realizada en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en enero 2025

GRÁFICO 8

Reposición y flujo de insumos (Kanban, JIT, Pull)

¿Crees que la metodología Pull (reposiciones basadas en la demanda real) mejoraría la gestión de insumos?
20 respuestas

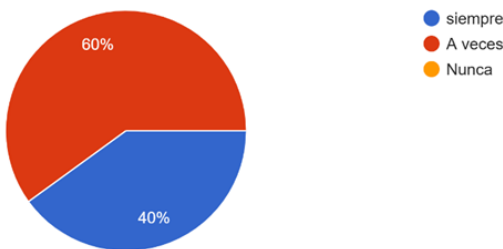


Nota: Representa la encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios realizada en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en enero 2025

GRÁFICO 9

Reposición y flujo de insumos (Kanban, JIT, Pull)

¿La reposición actual de insumos responde de manera oportuna a la demanda del servicio de guardia?
20 respuestas



Nota: Representa la encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios realizada en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en enero 2025.

INFORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL

La mayor parte del personal encuestado (85%) afirma haber recibido información sobre las metodologías de gestión como Kanban, 5 S, JIT o ABC, siendo minoritario (15%) el que no (GRÁFICO 10).

En cuanto al compromiso con la estrategia de mejora, se observa una adhesión mayoritaria: 20% totalmente; 40% está de acuerdo;

sólo el 35% se mantiene en forma neutral (GRÁFICO 11).

Con respecto a la participación en las decisiones relacionadas con la gestión de insumos el personal se siente muy involucrado (45%), algo involucrado (25%), reporta poca participación (20%) o no se involucra en absoluto (10%). Estos son aspectos que requieren ma-

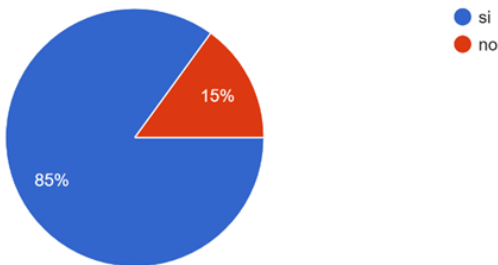
yor profundización y trabajo en equipo. (GRÁFICO 12)

Por último, la gran mayoría del personal de enfermería de guardia (95%) coincide en que la capacitación es una herramienta útil para mejorar el proceso de gestión de insumos (GRÁFICO 13).

GRÁFICO 10

Información y participación del personal

¿Has recibido información sobre el uso de las metodologías Kanban, 5S, JIT o ABC?
20 respuestas

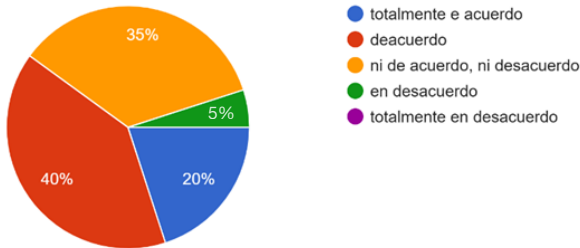


Nota: Representa la encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios realizada en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en enero 2025

GRÁFICO 11

Información y participación del personal

¿Consideras que el personal está comprometido con las estrategias de mejora en la gestión de insumos?
20 respuestas

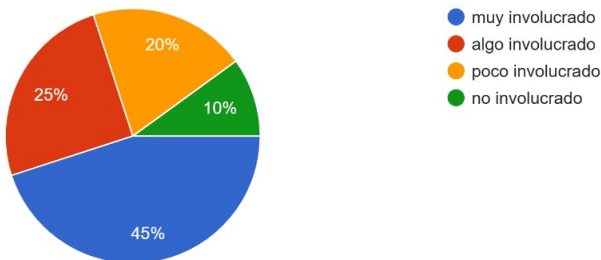


Nota: Representa la encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios realizada en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en enero 2025

GRÁFICO 12

Información y participación del personal

¿Qué tan involucrado/a te sientes en las decisiones relacionadas con la gestión de insumos?
20 respuestas

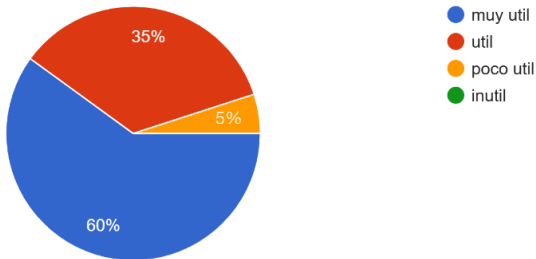


Nota: Representa la encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios realizada en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en enero 2025

GRÁFICO 13

Información y participación del personal

¿Qué tan útil consideras la capacitación para mejorar la gestión de insumos?
20 respuestas



Nota: Representa la encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios realizada en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en enero 2025

IMPACTO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y RESULTADOS OPERATIVOS

Si bien la gestión actual de insumos tiene un alto impacto positivo en los tiempos de atención (70%), con una baja consideración negativa (20%) (GRÁFICO 14), se reportan demoras en la atención debido a la falta del insumo (60%), frente a un 40% que no se vio afectado por dicho faltante (GRÁFICO 15).

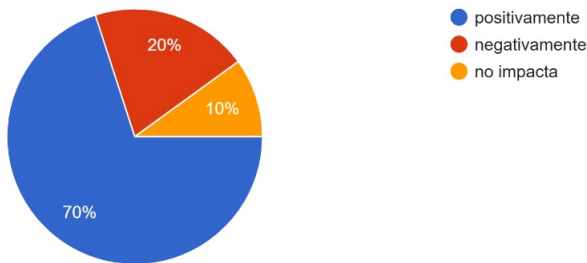
En cuanto a la eficiencia en el uso de recursos, la mayoría del personal coincide en que estas metodologías contribuyen a reducir el desperdicio de insumos (GRÁFICO 16), y que estas estrategias han mejorado la calidad de atención de los pacientes.

Finalmente, una gran mayoría de los encuestados considera que estas estrategias han mejorado la calidad de atención a los pacientes (GRÁFICO 17) y recomienda continuar con su implementación para optimizar la gestión de insumos hospitalarios (GRÁFICO 18).

GRÁFICO 14

Impacto en la atención al paciente y resultado operativo

¿Crees que la gestión actual de insumos impacta en los tiempos de atención al paciente?
20 respuestas

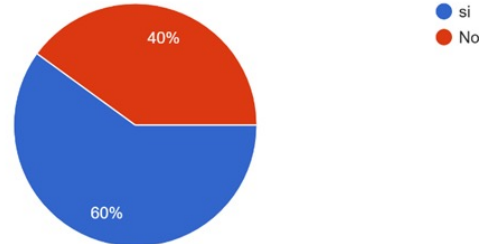


Nota: Representa la encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios realizada en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en enero 2025

GRÁFICO 15

Impacto en la atención al paciente y resultado operativo

¿Has enfrentado demoras en la atención de pacientes debido a la falta de insumos?
20 respuestas

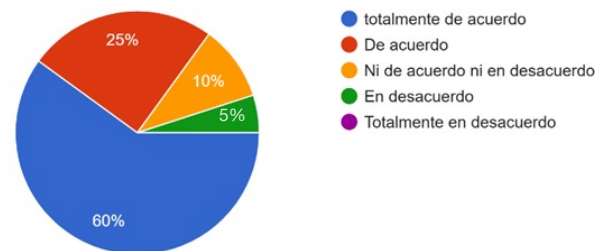


Nota: Representa la encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios realizada en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en enero 2025

GRÁFICO 16

Impacto en la atención al paciente y resultado operativo

¿La implementación de estas metodologías ha reducido el desperdicio de insumos?
20 respuestas

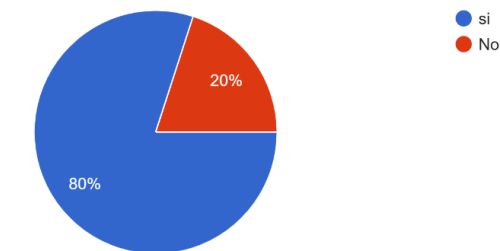


Nota: Representa la encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios realizada en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en enero 2025

GRÁFICO 17

Impacto en la atención al paciente y resultado operativo

¿Crees que estas estrategias han mejorado la calidad de atención a los pacientes?
20 respuestas

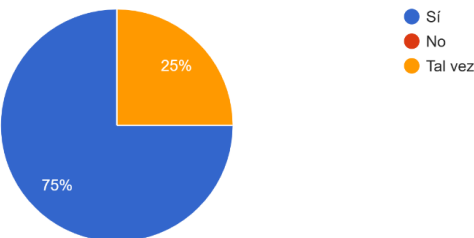


Nota: Representa la encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios realizada en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en enero 2025

GRÁFICO 18

Impacto en la atención al paciente y resultado operativo

¿Recomendarías continuar implementando estas estrategias para gestionar los insumos hospitalarios?
20 respuestas



Nota: Representa la encuesta para evaluar la gestión de insumos hospitalarios realizada en un hospital público de la provincia de Buenos Aires, en enero 2025

CONCLUSIÓN

El desarrollo de este proyecto confirma la viabilidad de su implementación siguiendo las etapas establecidas y evidencia mejoras en la gestión de insumos hospitalarios: los resultados obtenidos dan cuenta de la efectividad de las metodologías aplicadas, si bien existen oportunidades de optimización.

La implementación de metodologías 5S y ABC es bien valorada de manera positiva, lo que sugiere que su aplicación fortalece y mejora la eficiencia operativa. En términos de almacenamiento y clasificación, aunque la mayoría del personal percibe una adecuada organización, todavía se observa una resistencia al cambio y la necesidad de realizar ajustes para optimizar el acceso a los insumos, especialmente en situaciones de emergencia.

Respecto a la reposición de insumos, la alta adopción del sistema

Kanban y la metodología Pull demuestran un enfoque estructurado y flexible basado en la demanda real. No obstante, el impacto de la estacionalidad en el cordón costero (en particular durante el verano), indica la necesidad de estrategias más flexibles que permitan adelantarse para dar respuesta a los aumentos de demanda.

En este punto, la capacitación y el compromiso del personal juegan un papel clave para la efectividad de estos procesos. Aunque la mayoría ha recibido información sobre la gestión Kanban, aun existe un porcentaje en el que se debe trabajar. Además, si bien una parte del personal se encuentra involucrado en la toma de decisiones, hay un margen de mejora para fortalecer su participación.

En cuanto al impacto en la atención del sujeto de atención, los resultados reflejan que una gestión eficiente de insumos mejora

los tiempos de respuesta y reduce desperdicios. Sin embargo, la falta de insumos ha generado demoras en la atención en un porcentaje significativo de casos, lo que lleva a la necesidad de trabajar sobre estrategias que optimicen la planificación y reposición.

Este estudio de caso nos permite observar que si bien la implementación de las metodologías de gestión ha demostrado ser efectiva en la optimización del flujo de insumos hospitalarios, aún existen oportunidades de mejora en términos de clasificación, reposición y participación del personal. En tal sentido, la capacitación continua, el fortalecimiento de estrategias adaptativas y una mayor integración del equipo de trabajo de Enfermería en la toma de decisiones resultan claves como estrategias de gestión, a fin de garantizar un mejor cuidado al sujeto de atención.

NOTAS:

1. Las "5S", de origen japonés, tienen como principio una serie de acciones: separar, ordenar, limpiar, estandarizar y autodisciplina que aplicada a las organizaciones originan diferentes logros, entre ellos se pueden mencionar ambiente limpio, ordenado, aumento de la productividad y aprendizaje de trabajo grupal.

2. La metodología ABC se basa en 3 pilares fundamentales para la rotación del producto (alta, mediana o baja rotación), la criticidad de estos (si son esenciales para salvar vidas o eficiente en el tratamiento de enfermedades) y su sustentabilidad (insustituibles, preferentemente no sustituibles o moderadamente sustituibles). Este enfoque permite optimizar la

logística desde la adquisición hasta la entrega al consumidor, asegurando que se cumplan aspectos como cantidad, plazos, el lugar de entrega y la calidad de los bienes o servicios (Vargas-Pérez, 2022).

3. Las tarjetas Kanban son herramientas visuales que se utilizan para gestionar el flujo de insumo y tareas en el servicio de enfermería; cada tarjeta representa un pedido o una necesidad específica de un insumo, y su uso permite identificar rápidamente cuando se requiere un reabastecimiento. La llegada de tarjeta roja, indica un insumo bajo y necesita ser reordenado. Este sistema ayuda a prevenir faltantes y asegura que los insumos estén

disponibles y asegura que los insumos estén disponibles cuando se necesiten, lo que contribuye a una atención eficiente y oportuna. Además, el análisis de la frecuencia con que se envían la tarjeta ayuda a realizar reajuste del insumo (ibid; pp.11-12).

4. El enfoque Lean, aplicado a través de herramientas como Kanban y JIT, busca eliminar desperdicios, optimizar el flujo de trabajo y garantizar la entrega de insumos "justo a tiempo". Estas herramientas promueven la sustentabilidad operativa y mejoran la satisfacción del paciente al reducir tiempos de espera y errores en el manejo de inventario (Chagallo, et al., 2020 p.16).

BIBLIOGRAFÍA

1. Arndt C., Huckabay, L M. D. (1980) *Administración de enfermería: Teoría para la práctica con un enfoque de sistemas*. Segunda edición. Editorial: Mosby Company. Washington DC: OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3062>
2. Chagallo D., Isolina M., Angarola J. (2020). "La metodología Kanban aplicada a la gestión de servicios de Enfermería", *VEA Visión de Enfermería Actualizada*, 1(64): 17. <https://cursosadecradim.com.ar/>
3. Comisión Nacional Asesora Permanente en Enfermería. (2022). *Reconceptualización de la Enfermería como profesión del siglo XXI en Argentina*. Ministerio de Salud Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/07/reconceptualizacion_de_enfermeria_en_argentina_con_formato_institucional_ok.pdf
4. Loretto M., Gonzalez L., Rivera L. (2019) *Fundamentos de Enfermería*. Primera edición. CABA: JAM servicios gráficos. Universidad Favaloro.
5. RAE (2022). *Diccionario de la lengua española*. 23ª edición. [versión 23.8 en línea] Recuperado de: <https://dle.rae.es>
6. Pavón L., Gogearcoechea M. (2004) "La importancia de la administración en salud". *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 4(1): pp. 13-16. Xalapa. México.
7. Dorbessan, J. (2006) *Las 5S herramientas de cambio: convierten la organización en una organización de aprendizaje*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de la UTN. Disponible en: https://www.academia.edu/download/62499179/Las_5S_herramientas_de_cambio_-_Jose_Ricardo_Dorbessan_1ra_Ed20200327-21675-t5ofi.pdf
8. Torres Sales, J. (2011) "Mejora Continua: Implementación de las 5S en un Sistema de Salud". *Rev Interciencia*; 2(3): pp. 33-37. Disponible en: https://www.clinicainternacional.com.pe/pdf/revista-interciencia/4/Mejora_Calidad.pdf
9. Brizzo, G. (2016). *Las 5S: Herramienta de mejora de calidad*. *Revista Hospital materno Infantil Sardá*. Vol.1(1), 8. Disponible en: <https://www.sarda.org.ar/imagenes/2016/03%20Las%205%20S%20-%20Herramienta%20de%20mejora%20de%20la%20calidad.%20G.%20Briozzo.pdf>
10. Vargas-Pérez, J.S. (2022). "Logística hospitalaria unificada: Propuestas para la gestión de medicamentos". *Revista Científica Anfibios*, 1(1), 122-134. <https://doi.org/10.37979/afb.2022v5n2.117>
11. Cadavid Hincapié, T. C., Gómez, H. A., & Hernández Cruz, H. W. (2021). *Metodología para la medición de la productividad en instituciones prestadoras de servicios de salud*. SIGNOS - Investigación En Sistemas De gestión, 13(2), 202-231. <https://doi.org/10.15332/24631140.6670>
12. Saturno-Hernández, P.J. (2015). *Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud*. Edición N.º 1. Cuernavaca, México: Instituto nacional de Salud Pública. *Métodos y Herramientas para la realización de mejora de la calidad en salud*.
13. Ortega Vargas M.C., Leija Hernández C., Puntunet Bates, M. (2014). *Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería*. Tercera edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.



**PARA IR
AGENDANDO**

XXIX JORNADA DE ENFERMERÍA

Martes 11 y miércoles 12 de noviembre
de 8.30 a 13 hs

DÍA 1

Jornada de
**Enfermería en
Adultos**

INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN:
alejandrafuente@adecra.org.ar

DÍA 2

Jornada de
**Enfermería Neonatal
y pediátrica**



Modalidad **virtual**.

Evento **gratuito**
con inscripción previa.

Se enviarán **certificados
de asistencia**.

Desafíos y aprendizajes en el proceso de conformación de un equipo de enfermeras para liderar un área clínica

Melisa Chichine*

Supervisora de Enfermería, CEMIC

“Da igual lo brillante que sea tu estrategia, es necesario contar con las personas para implementarla”

Daniel Goleman

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de un área de heridas liderado por Enfermería representa un gran desafío, en el cual confluyen diferentes aspectos: el reclutamiento, la selección y consolidación de enfermeras expertas con un *background* y habilidades clínicas específicas, la planificación estratégica y el trabajo mediante la metodología de gestión por procesos; sin olvidar la complejidad de las dinámicas hospitalarias y la dificultad que muchas veces tenemos las enfermeras para establecernos como líderes dentro de los equipos interdisciplinarios.

Este trabajo presenta la experiencia sobre el desarrollo de un equipo de enfermeras y del área de heridas en CEMIC, con foco en el proceso de su conformación y los aprendizajes que nos ha dejado.

LA OPORTUNIDAD PARA EL INICIO DE UN CAMBIO

Los indicadores relacionados con lesiones por presión están íntimamente relacionados al cuidado de la salud, aunque no constituyen cuidados exclusivos de Enfermería, sino un abordaje interdisciplinario

y una mirada institucional acerca de la calidad y la seguridad en la atención. Si recordamos que la OMS reconoce la prevención de lesiones por presión como un estándar en prácticas seguras para el cuidado de pacientes, vemos que Enfermería encuentra una oportunidad para desarrollar el cuidado y liderar el proceso, lo que la posiciona como el nexo entre el paciente y el resto del equipo de salud.

Hace ya algunos años comencé a trabajar en este proceso por pedido de la Jefa del Departamento

*Licenciada en Enfermería. Docente de la Licenciatura en Enfermería de IUC

de Enfermería de CEMIC. Ése fue el comienzo del todo. A nivel institucional, habíamos comenzado el camino de prepararnos para la acreditación por ITAES, por lo cual alinear nuestras prácticas a esos estándares de cuidado era un imperativo.

En el comienzo de este proceso de estandarización de prácticas para la prevención y tratamiento de lesiones por presión (LPP) nace el “Team” de heridas (equipo de heridas), que representa un compromiso del Departamento de Enfermería con el resto de la institución para colaborar activamente y trabajar en el abordaje de este estándar.

Para llevar adelante esta tarea se aplicaron criterios de planificación estratégica al proceso, la cual descansa en los siguientes aspectos:

- identificar características actuales propias de la organización y del entorno en el que ésta opera
- generar una imagen de cómo se quiere que esa organización sea mejor en el futuro
- establecer la ruta y las acciones que permitirán el cambio desde la situación actual a la situación deseada de futuro (Rodríguez Perera y Peiró, 2012)

Esto fue precisamente lo que hicimos. Esos tres aspectos ayudan a definir objetivos y establecer una ruta para lograrlos.

EL CAMINO Y LOS PASOS A SEGUIR

1. La primera etapa de la construcción del equipo comienza con **el reclutamiento y selección del talento humano**: convocando a enfermeras de distintos sectores asistenciales, con experiencia en atención de diversas poblaciones etarias, que pudieran desarrollar esta tarea por fuera de su horario de trabajo. Se propone como una actividad remunerada, bajo el criterio de horas extra, lo que genera involucramiento (*engagement*).

La disponibilidad por fuera del horario también implica que las enfermeras contarán con tiempo para destinar a la actividad y a la formación; por lo tanto, era indispensable un alto nivel de compromiso, que había que motivar y sostener.

Desde ese momento logramos reclutar a gran parte de quienes conforman hoy el equipo. Actualmente contamos con un equipo de 8 (ocho) enfermeras a disposición de la institución para trabajar en esta problemática, provenientes de diversos sectores: neonatología, pediatría, áreas críticas de adulto, internación general y emergencias. **Este abanico de experiencias asistenciales permitió generar una mirada holística sobre las dinámicas y necesidades de cada sector.** La experiencia resultó excelente, logrando una integración entre ellas muy favorecedora.

2. Para desarrollar un equipo capaz de responder a la tarea es necesario **pensar desde la planificación estratégica, el liderazgo y la gestión**. Fue parte de mi responsabilidad coordinar el trabajo a desarrollar en el área y establecer parámetros a seguir por cada colaborador, permitiendo que desplieguen su singularidad y potencien sus competencias.

Como líder también realicé entrenamiento en habilidades clínicas, de gestión y sobre todo en habilidades blandas, mediante coaching y liderazgo durante dos años (al día de hoy continúo en nuevos programas de liderazgo que se desarrollan desde el Departamento de Enfermería). Esto me facilitó establecer un liderazgo más efectivo, humano, que permitió vincularme con las enfermeras desde un lugar de escucha, de individualización de sus necesidades, reconociéndolas como personas y como profesionales; indagar en sus modelos mentales, procesos de aprendizaje y pensamiento, para conocer sus fortalezas y sus puntos de mejora. Incluso hemos realizado juntas un taller de coaching que nos permitió sondear habilidades duraderas, *power skills* y trabajo en equipo.

Considero que **es fundamental promover el bienestar de las personas del equipo, su crecimiento personal y profesional**, estimular la autoconfianza y el desarrollo de vínculos significativos que permitan un mejor desempeño en equipo, encontrando apoyo y sentido de pertenencia. Trabajar en un marco de confianza, respeto y límites sanos. El condimento esencial



Encuentro de coaching con el equipo de heridas (2023): Wanda, Renée, María, Magalí, Sayda, Barbara, Marina, Melisa.

es incluir valores y principios que nos permitan operar con ética y responsabilidad, proyectando honestidad y transparencia.

3. Con respecto a la **consolidación de la formación de las enfermeras del equipo**:

Se desarrolló un programa interno de **formación y fortalecimiento de habilidades clínicas específicas**, que exploró aspectos clave del proceso de atención de Enfermería en personas con riesgo de heridas y/o necesidades de tratamiento.

Como mencioné antes, fue de gran importancia trabajar en el desarrollo de habilidades blandas y de power skills que permiten a las enfermeras desarrollar una serie de ventajas competitivas, entre las cuales destaco:

- comunicación efectiva con el equipo de salud
- comunicación terapéutica con el paciente y su familia, como eje de adherencia al plan de tratamiento y de cuidados
- pensamiento crítico, que Kozier (2013) conceptualiza en

habilidades como curiosidad, integridad intelectual, perspectiva contextual, entre otras.

En relación a las capacitaciones externas, las enfermeras han realizado cursos en el área e incluso el Diplomado en heridas, mediante un financiamiento mixto: parte de un fondo de becas del Departamento de Enfermería, parte financiado por ellas mismas, lo cual evidencia el nivel de compromiso y de autonomía en el proceso de aprendizaje.

Anualmente el equipo cumple con cursos, jornadas y congresos que permiten actualización, capacitación continua para estar a la vanguardia en el cuidado.

Como **modelo de aprendizaje** se utilizó el de Patricia Benner, que establece una serie de criterios que la enfermera debe desarrollar para pasar de **principiante a experta**. Este marco filosófico propone un modelo de sabiduría clínica, que abarca el cuidado, el estudio de las experiencias vividas con relación a la salud, la enfermedad y las relaciones con el entorno para la adquisición de la experticia,

mediante una progresión lineal de conocimientos y experiencias que conducen a la adquisición de habilidades, para concluir en mejores decisiones del cuidado del paciente. La experiencia aumenta cuando se integra la memoria al reconocimiento de patrones, basándose en conocimiento racional y analítico, experiencia que no depende del tiempo que lleve la persona realizando la actividad, sino de la cantidad de situaciones reales que le brindan herramientas para utilizarlas posteriormente, como participante implicado, asumiendo responsabilidad en su propio aprendizaje (Carrillo Algora et al., 2018).

4. Retomando el proceso institucional, se utilizó la **metodología de gestión por procesos** para el cumplimiento de metas, la cual consta de las siguientes etapas o pasos:

- identificación
- relevamiento
- análisis
- monitorización y control
- rediseño e implementación

Fue un arduo trabajo en conjunto con el área de calidad y seguridad de la institución. Dada la magnitud del proceso y la complejidad de nuestra institución, la redacción del proyecto demandó un tiempo considerable y varias reuniones de equipo. Aunque tal proceso aún no está cerrado, podemos decir que cada día estamos más cerca.

El rol de las enfermeras del equipo fue protagónico, ya que al estar en terreno conocen y palpan las necesidades, con lo cual desempeñaron una gran tarea en la redacción, que incluye la elaboración de un paquete de medidas (*care*

bundle) sobre cuidados preventivos de la piel basado en las recomendaciones de la evidencia y los recursos institucionales. Para su participación en ello tomé en cuenta sus fortalezas al asignar roles y tareas.

Por último, enfocados en el monitoreo, optamos por mediciones basales previas y posteriores a la implementación de procesos, lo que permite su rediseño.

Considerando lo expuesto es importante adoptar un modelo basado en la mejora continua con un enfoque holístico y sistemático de la institución; como así también,

que estos procesos se encuentren alineados con la estrategia, misión y objetivos de la institución para lograr la efectividad (Medina León et al., 2009).

El camino fue enriquecedor; también sinuoso y muchas veces desalentador, con barreras relacionadas a la cultura organizacional, la idiosincrasia de algunos profesionales, las dificultades en relación a los recursos necesarios. Esto amerita futuros análisis, con mayor profundidad. De momento, opto por descansar en los logros alcanzados.

CONCLUSIONES

Las experiencias de trabajo, sea en la formación o desarrollo de equipos, es un desafío que deben asumir las áreas y líderes de gestión. En el caso aquí presentado, el equipo fue constituido por enfermeras expertas en heridas y dicha área institucional en CEMIC, basado en la gestión por procesos, el liderazgo centrado en las personas, con una metodología de aprendizaje que apunta a que las enfermeras principiantes lleguen a expertas; fortaleciendo así el liderazgo de Enfermería dentro del equipo de salud en un contexto de prácticas seguras de cuidado.

La experiencia llevada adelante para conformar este equipo de enfermeras ha sido altamente desafiante y enriquecedora, nos ha brindado la oportunidad de asumir un rol protagónico dentro del equipo de salud; donde son atributos indispensables: el liderazgo, la planificación estratégica, la gestión por procesos y la formación continua para asegurar el éxito de prácticas seguras.

Agradecida por lo logrado, cuando miro hacia adelante pienso: ¡cuánto nos falta todavía recorrer!

BIBLIOGRAFÍA CITADA

–Carrillo Algarra et al. (2018) “Aplicación de la filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería”, *Revista Cubana de Enfermería*; 34(2): 421-432. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000200015

–Kozier, B. (2013). *Fundamentos de En-*

fermería. 9ª Edición. Madrid: Pearson Educación.

–Medina León, A., Nogueira Rivera, D., Hernández Nariño, A. (2009) “Relevancia de la gestión por procesos en la planificación estratégica y la mejora continua”, *Eidos*. 2(18); 65-72. Disponible en: <https://revistas.ute.edu.ec/index.php/eidos/article/view/62/58>

–Rodríguez Perera, F.P., Peiró, M. (2012) “La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias”, *Revista Española de Cardiología*; 65(8): 749-754. Disponible en:

<https://www.revespcardiologia.org/es-la-planificacion-estrategica-en-las-orga-articulo-S0300893212002588-pdf>

Diálogos de Enfermería

VEA conversó con el Lic. Alejandro Miranda a propósito de su designación como Secretario de Licenciaturas y Tecnicaturas en la Facultad de Ciencia Médicas de la UBA y de su rol en AECAF.



¿Qué representa para usted este nombramiento y qué funciones implica?

En junio de 2022 fui designado Secretario de Licenciaturas y Tecnicaturas de la Facultad de Ciencia Médicas. Esta Secretaría académica tiene bajo su órbita 12 carreras y nuclea alrededor de cuarenta mil estudiantes. Junto con los doce directores de carreras de esta Facultad tenemos la responsabilidad de monitorear y supervisar los planes de estudios, gestionar los espacios físicos para el dictado de clases, así como designar docentes y no docentes para desarrollar las actividades académico-administrativas de cada carrera.

Esta designación es un logro en lo personal y en lo profesional, dado que es la primera vez en la historia de la Facultad de Ciencias Médicas que un Licenciado en Enfermería asume esta función. Representa además una responsabilidad social, ya que de esta Secretaría dependen las carreras que aportan profesionales de la salud en doce ramas, para que cumplan sus actividades laborales en el sistema de salud público y privado; son quienes se encargan de la atención de las personas, sus familias y comunidades.

¿Considera que este nombramiento puede tener repercusión en el futuro para Enfermería?

Así como otros colegas que han sido designados en puestos que visibilizan y jerarquizan a Enfermería, reconocen la experiencia y logros de una persona, este cargo ofrece una oportunidad de servir a la comunidad, influir en las políticas públicas y contribuir al bienestar social. El desempeño de este cargo puede ser un catalizador para el crecimiento profesional y personal.



Con respecto a la formación, en particular las residencias de Enfermería, ¿en qué se diferencian de las residencias médicas? ¿Cuál es la oferta actual y cuál es el mayor obstáculo para promoverlas?

A nivel normativo, las residencias de Enfermería son reguladas tal como las médicas y el resto de las profesiones vinculadas con la salud. Se trata de programas de formación y capacitación para cada uno de ellos, con objetivos y enfoques diferentes. Se diferencian en cuanto a lo académico, dado que los médicos se centran en la diagnosis y el tratamiento de las enfermedades, mientras que Enfermería se centra en la atención y cuidado de las personas, sanas o enfermas. Actualmente contamos con varias residencias: neonatal, perinatal, pediátrica, atención primaria de la salud, adulto mayor, salud mental y psiquiatría, entre otras. Son de dependencia pública o privada.

Desde el 2019 el examen de ingreso es un examen unificado para todo el país. Los postulantes deben inscribirse en el SISA y registrarse para poder luego rendirlo. Este examen es elaborado en colaboración con cada una de las provincias que disponen de este sistema de formación para la Enfermería. La difusión depende de cada jurisdicción. El obstáculo que claramente se constata es que un alto porcentaje de colegas inicia sus actividades laborales ni bien obtienen su título habilitante, sin tener una formación de especialistas. El reconocimiento de las especialidades por parte del Ministerio de Salud de la Nación generará en un futuro cercano una mayor demanda de obtener el título de especialista. Ese reconocimiento, por la residencia o por la carrera de especialista, implica además un incremento salarial para cada

profesional de Enfermería que haya cumplimentado tal formación.

Desde hace tiempo preside la asociación que nuclea a los enfermeros de CABA. ¿Por qué considera que sus colegas asociados siguen confiando en su conducción para esta entidad?

Desde el primer momento se buscó trabajar arduamente en que la Asociación tenga sus cuentas claras y sus compromisos económicos financieros al día. Así también, que los asociados pueden disponer de una amplia planificación de cursos de actualización en diferentes temáticas para el colectivo de Enfermería.

En cuanto a los integrantes del Consejo Directivo, tienen la libertad de presentar propuestas educativas, participar en diferentes

comisiones de trabajo, organizar actividades recreativas y de actualización.

Desde 2011 vengo siendo electo por el voto directo de los asociados de AECAF. Los colegas me siguen confiando la conducción de la asociación porque he demostrado transparencia, honestidad y compromiso con la institución.

¿Cuál es la importancia de que enfermeros/as de CABA se asocien a AECAF? ¿Qué beneficios se les ofrece hoy día?

Tal como lo publicamos y difundimos desde AECAF, es importante hacerlo porque la asociación apoya, asesora y representa a Enfermería y su ejercicio profesional. Organiza y participa en jornadas científicas, fomentando el avance académico, el desarrollo del liderazgo y el trabajo en equipo entre sus miembros. Fomenta el bienestar y la educación continua de los colegas por medio de actualizaciones, talleres y actividades de recreación. Difunde la problemática mundial, nacional y local de la Enfermería, a sus colegas, a las autoridades de salud y a la sociedad. Exige también el cumplimiento de las leyes del Ejercicio Profesional N° 24.004 a nivel nacional y N° 298 a nivel CABA.

En la actualidad, los beneficios que obtienen como socios incluyen asesoramiento profesional y legal; aranceles diferenciados u obtención de becas para la participación en cursos, jornadas y congresos, a nivel local e internacional; repre-

sentación como profesión en distintos ámbitos relacionados con la salud; participación en actividades, proyectos, comisiones, comités de expertos, asambleas y elección de autoridades; formar parte del Consejo Directivo de la AECAF.

Con respecto al reclamo por la ley 6035/2018, para que los licenciados en Enfermería sean reconocidos en la categoría de profesionales de la salud, ¿disponen de alguna estrategia para seguir insistiendo desde AECAF o ya no es posible hacerlo?

El 28 de noviembre de 2024 fue sancionada la ley 6767/2024 de Enfermería Profesional del Sistema Público de Salud. Se trata de un régimen de empleo y desarrollo profesional de la Enfermería del sector público en el ámbito del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que establece para el personal de Enfermería de planta permanente la promoción y el reconocimiento de los profesionales pertenecientes a este sistema.

Si bien la AECAF continúa reclamando, como lo viene haciendo desde los años '90 (cuando fuera aprobada la ley del Ejercicio de la profesión) y con la sanción de esta ley 6767, es un escenario difícil y complicado para que la Legislatura porteña sancione la incorporación a la ley 6035/2018, que engloba a todos los profesionales de la salud. Otra vía posible es que sea el Ejecutivo quien tome la iniciativa, apelando al Art. 8° de la mencionada ley:

“INCORPORACIÓN DE OTRAS PROFESIONES. El Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires podrá, a propuesta del Ministerio de Salud en consulta con las asociaciones sindicales pertinentes, incluir otras profesiones con título universitario, de acuerdo a las prioridades fijadas por la política sanitaria para el Sistema Público de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.”

Es decir que cuenta con la facultad para que la profesión de Enfermería sea reconocida como parte los profesionales de la salud.

Para concluir: su nombre está grabado en la placa conmemorativa del Hospital Ramón Sardá por sus 90 años, ¿qué significa eso para usted?

Este recordatorio ha sido un reconocimiento al hecho de valorar y apreciar el trabajo y la dedicación que vengo desempeñando desde 1998, cuando ingresé como residente de Enfermería perinatal. Ese camino continuó luego como enfermero asistencial de neonatología; años más tarde como jefe de docencia e investigación en Enfermería, y en la actualidad como Jefe del Departamento de Enfermería del Hospital Materno Infantil.

Mi gratitud a las autoridades del hospital, porque en ese recordatorio quedará para la posteridad que el Lic. Alejandro Miranda es y será parte de la historia de este hospital.

¡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.