INTERNATIONAL NURSING NETWORK

ENFERMERÍA ACTIVA

No. 11 OCTUBRE 2018

REVISTA ENFERMERA DIGITAL DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

Declaración de Intenciones de Enfermería Activa

PERFIL DE INTERNATIONAL NURSING PARA DOCENTE

PERFIL DE INTERNATIONAL NURSING PARA ENFERMERO LABORAL

ARTÍCULOS ORIGINALES

SÍNDROME DE CAMURATI

EDITORIAL ENSAYOS NORMAS DE PUBLICACIÓN

FATORES FACILITADORES E INIBIDORES NO ATENDIMENTO TELEFÓNICO DE ENFERMAGEM

enfermeriaactiva@inursingn.com

ISSN: 2444-782X
INDEXADA EN CUIDEN

INN-11102018-EA

INN
INTERNATIONAL
NURSING
NETWORK

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Consejo de Dirección, Consejo Editorial y Comité Internacional de Evaluadores 01

Editorial 03

Artículos originales:

SÍNDROME DE CAMURATI - ENGELMANN: A PROPÓSITO DE UNA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA CARDÍACA. 08

FACTORES FACILITADORES E INIBIDORES NO ATENDIMENTO TELEFÓNICO DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA 14

PERFIL DE INTERNATIONAL NURSING NETWORK PARA DOCENTE DE ENFERMERÍA EN EL SIGLO XXI 29

PERFIL DE INTERNATIONAL NURSING NETWORK PARA EL ENFERMERO LABORAL 42

Ensayos:

MI HISTORIA ES LA DE UNA SUPERVIVIENTE DE UCI, PERO HASTA LLEGAR AHÍ TUVE QUE ANDAR UN CAMINO..." 48

Normas de Publicación 56

Declaración de Intenciones de Enfermería Activa 58

Naturaleza, competencias y funcionamiento del Consejo Asesor y de Evaluación de Enfermería Activa 61

Reconocimientos 62

CONSEJO DE DIRECCIÓN:
PRESIDENTE: Domingo Muñoz Arteaga (España)
VICEPRESIDENTE: Jaime Enrique Castellanos Guevara (Venezuela)
COORDINACIÓN GENERAL DE PUBLICACIONES: Kimm Allegría Castañeda Arellanes (México)
VOCALES: Martín Alberto Toranzo (Argentina)
Luz Adriana Escobar Mora (Colombia)
Gerardo Jasso Ortega (México)
Nancy Manion Bonalumi (Estados Unidos)
María Isabel Morales (Venezuela)
Jonathan Mora Castro (Costa Rica)
Luis Alonso Ibarías Uribe (México)
Luis Arturo Ceballos Ortega (México)
Rafael Niñerola Guerra (España)
Sandra Maely Molina (Honduras)
Luciano Clarizia (Italia)
Alfredo Fuente Garrot (Argentina)
Ana Valentina Carhuancho Gómez (Perú)
Sonia del Pilar Abad Vásquez (Chile)
Rosalía Vázquez . (Argentina)
Álvaro Ramón Fernández Bueno (Uruguay)
Lesly Xiomara Lopez (Honduras)
Nelson Guerra (Portugal)
Fátima Zárate Delvalle (Paraguay)
Maritza Montero de Pachón (Panamá)

CONSEJO EDITORIAL:
PRESIDENTE: Domingo Muñoz Arteaga (España)
DIRECTORA: Kimm Allegría Castañeda Arellanes (México)
SUBDIRECTOR: Jaime Enrique Castellanos Guevara (Venezuela)
VOCALES: Nancy Mannion Bonalumi (Estados Unidos)
Ignacio Campos Blanco (España)
Moraima Cano Valdez (México)
Luciano Clarizia (Italia)
Sulpicia Guadalupe Contreras Jasso (México)
Ángela María Esquinas Jiménez (España)
Luis Alonso Ibarias Uribe (México)
Guadalupe Marbel Gómez Estrada (México)
Rafael Martínez Calero (España)
Walter Hernán Muñoz Macías (Ecuador)
Raiza Coromoto Rada Rodríguez (Venezuela)

COMITÉ INTERNACIONAL DE EVALUADORES

Aline Silva do Prado (Brasil)
Ana Valentina Carhuancho Gómez (Perú)
Ángela María Esquinas Jiménez (España)
Anier Felipe Borrego (Cuba)
Blanca Sánchez Baños (España)
Claudio Alberto Ibero (Argentina)
Concepción Martínez Lara (España)
Domingo Muñoz Arteaga (España)
Francisco Jesús Antúnez Miranda (España)
Francisco Nieto Rosa (España)
Gerardo Jasso Ortega (México)
Guadalupe Marbel Gómez Estrada (México)
Ignacio Campos Blanco (España)
Irama Josefina López Urbina (Venezuela)
Jaime Enrique Castellanos Guevara (Venezuela)
Jonathan Mora Castro (Costa Rica)
José Antonio Ortiz Gómez (España)
Julia Ortega Limón (España)
Kimm Allegría Castañeda Arellanes (México)
Luciano Clarizia (Italia)
Luis Alonso Ibarias Uribe (México)
Luis Arturo Ceballos Ortega (México)
Luz Adriana Escobar Mora (Colombia)
Manuel Archilla Jiménez (España)
María Isabel Morales (Venezuela)
Mariot Bermúdez Soto (Venezuela)
Martín Alberto Toranzo (Argentina)
Moraima Cano Valdez (México)
Nancy Mannion Bonalumi (USA)
Rafael Martínez Calero (España)
Rafael Niñerola Guerra (España)
Raiza Coromoto Rada Rodríguez (Venezuela)
Sandra Maely Molina (Honduras)
Silvia Alicia Alamilla Alfonso (México)
Sulpicia Guadalupe Contreras Jasso (México)
Tatiana Piva (Brasil)
Walter Hernán Muñoz Macías (Ecuador)

EDITORIAL

Desde el Consejo de Dirección de Enfermería Activa teníamos diseñada una editorial para este número que desarrollaba el término HOSPITALERO, pero hemos encontrado este artículo en el diario argentino La Nación y hemos creído oportuno reproducirlo a modo de editorial. Firmado por Soledad Vallejos y titulado “Enfermería: un carrera con poco marketing, pero más necesaria que nunca, dice esto:

Carga con un estigma del pasado. Una imagen estereotipada y poco valorada socialmente. Dicen los que llevan décadas en esta profesión, que la Enfermería no tiene buen marketing, y como un ejemplo poco feliz recuerdan a Francisca, la enfermera que protagonizaba Antonio Gasalla en El Palacio de la Risa, en la década de los 90. "Malhumorada, ignorante y bruta", dice algo enojada Mery Acosta, que se recibió de enfermera en 1986 en la escuela del Hospital Británico, la más antigua del país.

"A mí me dolía terriblemente ver ese sketch", confiesa esta enfermera orgullosa de vocación, que al poco tiempo de comenzar a trabajar tuvo una tarea decisiva que marcó su camino. Ella fue quien cuidó y acompañó en su recuperación al primer paciente trasplantado de médula ósea en el país, en el Hospital Británico. Desde entonces, su especialización es la onco-hematología, y nunca dejó capacitarse. Hace dos años, con 56 recién cumplidos, recibió su título de licenciada en la UCA, y con honores.

Acosta dedicó gran parte de su vida al cuidado de los demás. Enfermos o no, individuos que están solos o con el apoyo de sus familiares. Discapacitados y personas en situación terminal. "Sufro al lado de mis pacientes y me pongo tan feliz como ellos cuando se van de alta. Desde que llegué al hospital fui testigo de muchos cambios y avances científicos. Pero nada ha reemplazado la escucha, la compañía y el tiempo que uno le dedica a cada paciente", sentencia.

Hace más de 30 años que camina por los pasillos del hospital. Se siente allí como en su casa, pero al igual que otros 56.000 enfermeros que ahora están en actividad, se jubilará en pocos años. Para cubrir la escasez de profesionales que tiene el país (hay 2 enfermeros cada 10.000 habitantes, cuando la proporción satisfactoria según la Organización Panamericana de la Salud es del doble) distintos programas impulsados por el Ministerio de Salud de la Nación y el gobierno porteño, fijaron como meta -para 2020- la formación de unos 50.000 nuevos enfermeros.

EDITORIAL

¿Es la enfermería una carrera del futuro? "Absolutamente. Estamos en una época signada por los avances tecnológicos en el sistema de salud y la robótica, y los enfermeros son más necesarios que nunca -señala Teresa Gómez, directora de la escuela de enfermería del Hospital Británico y de la licenciatura que se dicta en la UCA-. El déficit histórico se ve agravado por la falta de incentivos para elegir la carrera, pero es una profesión que no tiene techo. Tiene niveles de licenciaturas y doctorados, y si bien la tarea de cuidado es básica, los estudiantes hoy pueden elegir otras orientaciones como la investigación, la docencia, lo asistencial o la gestión. Incluso hay directores de hospitales que son enfermeros", refuerza.

"Hay mucho desconocimiento entre los jóvenes y un problema de imaginario colectivo que desprestigia ciertas especializaciones, como la enfermería", agrega Hernán Sandro, gerente de personal del Hospital Alemán. Sandro se entusiasma al contar que la cantidad de alumnos inscriptos en la escuela de enfermería del hospital, que funciona en convenio con la Universidad del Salvador, triplicó el promedio histórico.

Un total de 136 alumnos fueron becados a través del programa Potenciate que el gobierno porteño lanzó el año pasado, que ofrece becas de formación con una inversión 100% privada por parte de las empresas. "Es una profesión que tiene pleno empleo, y la demanda es tan alta que uno de los desafíos más grandes es que los estudiantes no abandonen la formación. Algunos ya salen a trabajar antes de obtener la matrícula, y son muy pocos los que después de obtenerla continúan con la licenciatura", señala Sandro.

Derribando prejuicios

Jeremías Vázquez tiene 27 años. Cuando era adolescente y vivía en La Pampa, fue asaltado en la calle y herido con un arma blanca. El cuidado que recibió durante esas semanas en el hospital fue decisivo no solamente para su recuperación, también para su futuro profesional. "Me sentí en deuda, y me vi en ese lugar ayudando a otros a recuperarse. El trato cercano que recibimos mi familia y yo durante mi internación de parte de la enfermera fue increíble", confiesa Jeremías, que luego de haberse recibido de enfermero universitario va por la licenciatura.

Trabaja durante la mañana en el Hospital Británico y va a la Universidad Isalud por la noche. El esfuerzo es grande, dice, pero vale la pena. "Quiero especializarme en traumatología o emergencias, me gusta la adrenalina de trabajar bajo presión", cuenta Vázquez, que como otro de los estereotipos vigentes menciona una cuestión de género. "¿Vas a estudiar enfermería? Eso es de mina", le dijaron más de una vez.

EDITORIAL

"Pero depende de uno romper con esos prejuicios. Enfermeros varones hacen falta, sobre todo en tareas de cuidado donde se necesita más fuerza, como puede ser con un paciente hombre que tiene politraumatismos y que no puede moverse. Somos más que antes pero aún pocos. De 50 que nos recibimos el año pasado en el Hospital Británico, apenas 10 éramos hombres", cuenta.

Roxana Alegre tiene 28 años. No tiene hijos aún, pero ella se siente como una madre sustituta al cuidado de sus pequeños en la sala de neonatología del Sanatorio Güemes. Se recibió en la Universidad Abierta Interamericana (UAI) de licenciada en enfermería y continuó otros dos años más con la especialización. Conseguir trabajo no es una dificultad para ella. En la edición Expo Empleo Joven que se realizó el año pasado, apenas entregó su CV la respuesta fue inmediata: "Mañana podés venir a una entrevista", le dijo la supervisora del Güemes, Emilse Lombardi, que reconoce la escasez de enfermeros en todo el país, y sobre todo en especializaciones como pediatría y neonatología.

Para Elizabeth Barrionuevo, enfermera desde hace 32 años, especializada en cuidados intensivos y flamante directora de la carrera que se dicta en la UAI, no hay duda del potencial que tiene la profesión dentro del sistema de salud. "La tarea del cuidado humanitario siempre existió, pero hubo un salto importante para la enfermería en la década del 60, cuando ingresó en la universidad. Aún cuesta que gran parte de la sociedad la valore como tal, todavía carga con un estigma del pasado, pero los enfermeros y enfermeras son verdaderos protagonistas dentro de un equipo de salud".

El problema de la escasez, explica Barrionuevo, se da a nivel mundial. Tanto en Europa como en América del Norte tienen los mismos problemas. "En Estados Unidos, por ejemplo, la media de enfermeras tiene 50 años, algo similar a lo que sucede aquí, y esperan que una nueva generación de enfermeros pueda revertir la situación".

Sin embargo, hay otras cuestiones que aquejan al sistema de salud local que le preocupan a Barrionuevo. "En el país existen 53 escuelas donde se dicta la carrera, pero muchas instituciones terciarias no han hecho la articulación con la universidad para tener el título de grado. Con el título intermedio ya pueden salir a trabajar, y allí se produce la mayor deserción. Pero con una formación completa se pueden hacer posgrados, dedicarse a la investigación, la gestión o la docencia. En la UAI entendemos que nuestros alumnos trabajan, entonces pusimos el foco en la flexibilización de la cursada, y hasta tenemos prácticas los domingos, aunque cuesta conseguir docentes".

EDITORIAL

A nivel mundial, la relación médico-enfermero es de 9 a 1, una proporción que según la OMS debería ser al revés: 9 enfermeros por cada médico. "La OMS insta a todos los países a dar prioridad al personal sanitario y poner en marcha un plan de acción -dice Teresa Gómez-. Creo que no tenemos buen marketing, pero es una carrera que no tiene techo. La investigación basada en la evidencia habla cada vez más del cuidado seguro y de calidad. Eso, tan importante para la recuperación de un paciente, depende de nosotros".

Datos y números

- Hoy existen 2 profesionales cada 1000 habitantes, cuando la relación satisfactoria debería superar los 4 cada 1000
- Para 2020, se espera que se jubilen 56.000 enfermeros, por eso la meta para ese año es alcanzar la formación de 50.000 nuevos profesionales
- A nivel mundial, la relación médico-enfermero es de 9 a 1, cuando según la OMS debería ser al revés
- En la Argentina, se forman enfermeros en 53 universidades y 212 escuelas técnicas con casi 30.000 nuevos inscriptos por año
- La cantidad de alumnos que abandona la formación cuando obtiene la tecnicatura es alta. En 2016, en la Universidad de Buenos Aires obtuvieron su título solo 4 licenciados de un total de 600 inscriptos
- Finlandia es uno de los países con mayor número de enfermeros, con una relación de 150 profesionales cada 10.000 habitantes

SÍNDROME DE **CAMURATI -ENGELMANN:** A PROPÓSITO DE UNA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA CARDÍACA.

CAMURATI- ENGELMANN SYNDROME: ABOUT A HEART SURGERY INTERVENTION.

AUTORES: Francisco Javier Vega Vázquez1, José Robles Carrión1, Estefanía Pachón María2 (Enfermero UGC Cuidados Críticos. Hospital Regional Virgen Macarena1) (Enfermera UGC Cuidados Críticos. Hospital Virgen del Rocío2). (Sevilla, España)

RESUMEN

El síndrome Camurati-Engelmann o displasia diafisaria progresiva es una patología que se caracteriza por la aparición de la hiperostosis de las diáfisis de los huesos largos, que aparece de forma gradual. Puede llegar a afectar a otros huesos, como el cráneo. Se trata de una patología genética rara de herencia autosómica dominante, de penetrancia incompleta y expresividad variable.
Se han descrito 200 afectados, de ambos sexos y de todas las razas. Se debe a una mutación del gen que codifica el factor de crecimiento ß-1.

ABSTRACT
The Camurati-Engelmann syndrome or progressive diaphyseal dysplasia is a pathology characterized by the appearance of hyperostosis of the diaphyses of long bones, which appears gradually. It can affect other bones, such as the skull. It is a rare genetic pathology of autosomal dominant inheritance, of incomplete penetrance and variable expressivity.
200 affected, of both sexes and of all races have been described. It is due to a mutation of the gene coding for the growth factor β-1.
We describe the case of a 29-year-old patient, in the immediate postoperative period in the ICU, after having undergone mitral valve insufficiency, performing a mechanical prosthesis replacement, as a personal antecedent presented the Camurati-Engelmann syndrome.

PALABRAS CLAVE:
Displasia diafisaria, Camurati-Engelmann, Factor de crecimiento ß-1

KEYWORDS: Diaphyseal displasia, Camurati-Engelmann, Transforming growth factor ß-1

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Camurati-Engelmann o displasia diafisaria progresiva es una patología autosómica dominante del grupo de las hiperostosis craneotubulares u osteocondrodisplasias.
La enfermedad fue descrita por primera vez por Cockayne en 1920(1) ;en aquella ocasión cuando se plantearon la etiología de la enfermedad se sugirió que el cuadro podría ser debido a una osteítis sifilítica. Camurati en 1922 fue el primero que sugirió que podría tratarse de una enfermedad hereditaria(2)caracterizando hasta cuatro generaciones sucesivas con la misma enfermedad. Más tarde, Engelmann, en 1929, describió la forma típica grave.(3).
En 1948, Neuhauser propuso el nombre de displasia diafisaria progresiva, haciendo referencia a la naturaleza progresiva de la hiperostosis y la afectación de las diáfisis(4), aunque el epónimo de Camurati-Engelman es ampliamente aceptado.
Se caracteriza dicho síndrome por la hiperostosis, que se produce de manera gradual, tanto en la superficie perióstica como endóstica de las diáfisis de los huesos largos; su afectación es simétrica y suele iniciarse en la diáfisis femoral y tibial, y extenderse a otras estructuras óseas. En casos graves también puede afectar al cráneo, el esqueleto axial y la osteosclerosis es generalizada.(5).

OBJETIVO

Como objetivo principal pretendemos describir la evolución de una paciente ingresada en Cuidados Intensivos en el post-operatorio inmediato trás la sustitución de la válvula mitral, con antecedente del Síndrome de Camurati-Engelmann.
Como objetivo específico, dar a conocer el Síndrome de Camurati-Engelmann, su etiología, frecuencia, manifestaciones clínicas y diagnóstico.

METODOLOGÍA

Para la consecución de los objetivos de investigación optamos por un diseño de investigación descriptivo y retrospectivo, analizando el caso de una paciente intervenida de una sustitución de válvula mitral en su post-operatorio inmediato, en la UCI del Hospital Regional Virgen Macarena (Sevilla), realizando una revisión bibliográfica y una actualización del Síndrome de Camurati-Engelmann en las principales bases de datos.

RESULTADOS

CASO CLÍNICO

Paciente de 29 años de edad, en el post-operatorio inmediato en UCI, tras ser intervenida de una Insuficiencia valvular mitral, realizando una sustitución por prótesis mecánica. (BICARBON 25). Se comprueba funcionabilidad en ECO ETE y se deja marcapasos en VD. Siendo el tiempo de CEC 100 y el de Isquemia 95 minutos.

El cierre se realiza con 3 alambres esternales cruzados, dejándose un drenaje Blake en mediastino. Siendo la talla de 155cms. Y el peso de 38 Kg.

La estancia en UCI fue de tres días, caracterizada por extubación en quirófano, estabilidad hemodinámica,

ANTECEDENTES PERSONALES

- Síndrome de Camurati-Engelmann, con afectación fundamentalmente de caderas (coxartrosis evolucionada) y hombros.
- Anemia por deficit de hierro.
- Hiperpolimetrorragia.
- Hipotiroidismo.
- Refiere alergia a AAS, ibuprofeno, metamizol.
- Se encuentra en seguimiento y tratamiento médico, por la Unidad del Dolor y la Unidad de Salud Mental: Las respuestas psicológicas, hemodinámicas, metabólicas y neuroendocrinas provocadas por un control inadecuado del dolor pueden provocar mayor morbilidad e incluso mortalidad. El dolor puede provocar ansiedad, insomnio, desorientación, agitación y delirio. Puede ser responsable de estados depresivos y de una mayor incidencia de dolor crónico.

ETIOLOGÍA SÍNDROME CAMURATI-ENGELMANN

El gen responsable de la displasia diafisaria progresiva fue localizado recientemente a nivel de la región 19q13.1-13.3.(6).
El TGF-β-1 representa una proteína multifuncional de naturaleza polipeptídica que actúa sobre el crecimiento, la diferenciación y la morfogénesis celular. Sus receptores de membrana se han identificado en todos los tipos de células estudiadas. En el tejido esquelético, sirve como regulador sistémico que une la formación del hueso y la reabsorción del mismo a través de la regulación de la función de los osteoblastos y de los osteoclastos. Además, este factor de crecimiento también tiene acción inhibitoria en la miogénesis y la adipogénesis, lo que justifica los síntomas no óseos de la enfermedad.(7).

El gen que codifica el TGF-β-1 tiene 7 exones. Más del 90% de los individuos con enfermedad de Camurati-Engelmann tienen mutaciones identificables en el gen del TGF-β-1. La mayoría son mutaciones sin sentido en el exón 4 que provocan sustituciones de aminoácidos simples en la proteína codificada; el segundo exón más afectado es el exón 1. Los 3 alelos mutantes más frecuentes son: p.Arg210Cys, p.Arg218His, y p.Cys225Arg.(8).

El TGF-β-1es sintetizado a partir de una gran molécula precursora; este TGF-β-1 preproteína está formado por una proteína que contiene 278 aminoácidos que es proteolíticamente dividida en dos moléculas: el llamado péptido latente asociado (PLA) y el activo TGF-β-1. El PLA ayuda a la secreción y formación del TGF-β-1 en forma activa.

La prevalencia de la enfermedad de Camurati-Engelmann es desconocida; se estima en 1 por cada 1.000.000 de habitantes. Se han identificado al menos 200 casos. Todas las etnias y ambos géneros pueden estar afectados.(9). Ya en 2015, se amplía ésta cifra a 300 casos, incluyendo todas las razas y latitudes.(11). Aunque algunos autores señalaron una mayor prevalencia en familias del sur de Asia.(5).

ASIGNOS- SÍNTOMAS- MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El diagnóstico facultativo del Síndrome Camurati-Engelmann se basa en sus manifestaciones clínicas y en las alteraciones radiológicas.
Existe un engrosamiento cortical de la diáfisis de aspecto fusiforme, que puede afectar a las metáfisis pero nunca se afectan las epífisis, encontrándose el canal medular estrechado. La imagen típica en los huesos largos aparece en el 94% de los pacientes con mutaciones identificables, un 54% la presentan en el cráneo y un 63% en la pelvis.(13).
El curso clínico de la enfermedad puede ser muy diverso y en algunos pacientes parece producirse la remisión de los síntomas durante la edad adulta.
La enfermedad se presenta de forma específica durante la infancia, entre los 4 y 10 años de edad, suele progresar en la adolescencia y queda estacionaria o avanza lentamente en la edad adulta. La media de edad en los 199 casos comunicados es de 14 años, con un intervalo desde el nacimiento hasta los 76 años.
Suele iniciarse con la aparición de una marcha claudicante o «de pato», dolor en las piernas, atrofia muscular progresiva y disminución de la grasa subcutánea en las extremidades, características que pueden confundirse con las de una distrofia muscular.

En el 90% de los afectados se describe la presencia de dolor óseo. El dolor es descrito como constante y más intenso en los miembros inferiores. A menudo, el dolor aumenta con la actividad, el estrés o el frío. El 52% de los pacientes afectados refiere dolor óseo a la palpación. Debido a estas alteraciones, los individuos gravemente afectados muestran un hábito corporal característico consistente en: megacefalia con frente prominente, exoftalmia, extremidades delgadas con huesos gruesos y masa muscular escasa. Suelen presentar un aspecto grácil, hábito marfanoide, marcha anadeante con ampliación de la base de sustentación, disminución de la fuerza con reflejos osteotendinosos exaltados, piernas arqueadas, pies planos y valgos, lordosis lumbar y escoliosis.
La afectación craneal ocurre en un 38% de los casos.
Cuando el cráneo se ve afectado pueden aparecer parálisis de los nervios craneales debido a la compresión o compromiso nervioso a distintos niveles como:

– Esclerosis del foramen óptico: puede producir edema de la papila y atrofia del nervio óptico, glaucoma y subluxación del globo ocular.
– Esclerosis del foramen del nervio facial provocando paresias y parálisis facial.
– Esclerosis del foramen interno acústico y del oído medio provocando hipoacusia de conducción o neurosensorial. Aproximadamente el 15% de los sujetos afectados presentan hipoacusia de conducción y/o neurosensorial. La pérdida conductiva puede ser causada por el estrechamiento del conducto auditivo externo, la afectación ósea de la cadena de huesecillos, el estrechamiento del conducto auditivo interno o la compresión del nervio coclear y/o su vascularización. La sordera neurosensorial puede ser causada por la compresión nerviosa.
– Esclerosis del foramen magnum, pudiendo producirse hiperreflexia, debilidad, paraparesia e incluso hasta muerte súbita. Rara veces, clonus, pérdida de la sensibilidad, trastornos del habla, ataxia cerebelosa e incontinencia vesical e intestinal también han sido descritos.

– Alteraciones sistémicas: Algunos pacientes, además de la sintomatología característica de la enfermedad, presentan síntomas orgánicos como hepatoesplenomegalia, fenómeno de Raynaud, anemia (que podría estar justificada por la disminución de la médula ósea roja), leucopenia, atrofia cutánea, hiperhidrosis en manos y pies, retraso en la dentición, retraso en la pubertad, hipogonadismo..., lo que sugiere que el síndrome de Camurati-Engelmann no solo es una patología ósea y su manifestación es sintética.

La característica más destacable del síndrome de Camurati-Engelmann es la hiperostosis de las diáfisis de los huesos largos, principalmente causada por la proliferación de hueso nuevo tanto en la superficie perióstica como endóstica, provocándose un ensanchamiento gradual de estos, un engrosamiento cortical, que presentan superficies irregulares.
Éstos pacientes, como recogen, Alicia Martínez de Santelices Cuervo, Rogelio León López y Teresa S. Rodríguez Cedrón, deben de tener apoyo psicológico y psicoterapia.(10)

Lo más importante en los sujetos afectados por el síndrome de Camurati-Engelmann es la prevención de complicaciones secundarias. Se desconoce el número de casos relacionados con mutaciones de novo. No hay ningún tratamiento modificador de la enfermedad disponible. El síndrome Camutati-Engelmann es progresivo y el pronóstico es malo. En función de la gravedad, la calidad de vida se ve afectada por el dolor y la reducción de la movilidad.(12).

La gammagrafía ósea permite detectar afectación ósea generalizada con amplias áreas con aumento de la actividad osteoblástica en hasta en el 74% de los pacientes estudiados.(14) .

Los glucocorticoides pueden retrasar la hiperostosis ósea y prevenir o retrasar la aparición de la participación del cráneo.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

*00085 Deterioro de la movilidad física r/c prescripción de restricción de movimientos y disminución de la fuerza y de masa muscular m/p mayor dependencia en la elaboración de las actividades de la vida diaria e instrumentales.
*00132 Dolor agudo r/c cirugía cardiaca m/p cambios de la presión arterial, de la frecuencia cardiaca y de la frecuencia respiratoria.
*00133 Dolor crónico r/c Incapacidad física o psicosocial crónica m/p verbalización de escala EVA 8 de 10.

*00146 Ansiedad r/c amenaza de muerte m/p expresiones de preocupación debidas a cambios en los acontecimientos vitales.
*00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene relacionado con deterioro de movilidad y dolor manifestado por incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.
* 0004 Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.
* 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física.
* 00206 Riesgo de sangrado r/c intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES

El síndrome Camurati-Engelmann o displasia diafisaria progresiva es una patología que se caracteriza por la aparición de la hiperostosis de las diáfisis de los huesos largos, que aparece de forma gradual. Puede llegar a afectar a otros huesos, como el cráneo. Se trata de una patología genética rara de herencia autosómica dominante, de penetrancia incompleta y expresividad variable.
En nuestra paciente, el post-operatorio inmediato en UCI, tuvo

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. E.A. Cockayne. Case for diagnosis. Proc R Soc Med, 13 (1920), pp. 132-13. Medline.
2. M. Camurati.Di un raro caso di osteite simmetrica ereditaria degli arti inferiori. Chirurgia degli Organi di Movimento, 6 (1922), pp. 662-665.
3. G. Engelmann. Ein fall von ostheopathia hyperostotica (sclerotisans) multiplex intantilis
Forschritte auf dem Gebiete der Röntgensthahlen und der Nuklearmedizin, 39 (1929), pp. 1101-1106.
4. E.B. Neuhauser,H. Schwachman,M. Wittenborg,J. Cohen. Progressive diaphyseal dysplasia. Radiology, 51 (1948), pp. 11-22 http://dx.doi.org/10.1148/51.1.11. Medline
5. García Armario, M.D.; Vargas Lebrón, Carmen. Síndrome de Camurati-Engelmann. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología. Vol. 12. Núm. 3. Julio - Septiembre 2011 Pag. 91-97.
6. M. Ghadami,Y. Makita,K. Yoshida,G. Nishimura,Y. Fukushima,K. Wakuik.Genetic mapping of the Camurati-Engelman disease locus to chromosome 19q13.1-13.3. Am J Human Genet, 66 (2000), pp. 143-144.
7. Y. Watanabe,A. Kinoshita,T. Yamada,J. Ohta,T. Kishino,N. Matsumoto
A catalog the 106 single nucleotide polymorphisms and 11 other types of variations in genes for transforming growth factor beta-1 and its signaling pathway. J Human Genet, 47 (2002), pp. 478-483.
8. K. Janssens,R. Gershoni-Baruch,N. Guanabens,N. Migone,S. Ralston,M. Bonduelle.Mutations in the gene encoding the latency-associated peptide of TGF-beta 1 cause Camurati-Engelmann disease. Nat Genet, 26 (2000), pp. 273-275 http://dx.doi.org/10.1038/81563. Medline.
9. Restrepo, Juan Pablo; Molina, María del Pilar. Enfermedad de Camurati-Engelmann: reporte de un caso y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Reumatología. 2016; 23(3):218-222.
10. Martínez de Santelices Cuervo; León López,Rogelio; Rodruíguez Cedrón, Teresa S. Síndrome Camurati-Engelman. Presentación de un caso. Revista Cubana de Medicina General Integral v.11 n.4 Ciudad de la Habana jul.-ago. 1995.
11. Carlson ML; Beatty CW; Nef BA; Link MJ; DriscollCL; Skull base manifestations of Camurati-Engelman disease. Arch otolaringol Head Neck surg.2010; 136(6):566-75.
12. FEMEXER. Federación Mexicana de Enfermedades Raras. Fuente: Orphanet (Síndrome de Camurati-Engelmann).
13. Janssens K, Vanhoenaker F, Bonduelle M, Verbruggen L, Van Maldergem I, Ralston K, et al. Camurati-Engelman disease: review of the clinical, radiological, and molecular data of 24 famililies and implications for diagnosis and treatment. J. Med Genet. 2006: 43:1-11.
14. Bonilla Damiá, Alvaro; García Gómez, Francisco Javier. Reumatología Clínica.
Enfermedad de Camurati-Engelmann. Reumatol Clin 2017; 13:48-9 - Vol. 13 Núm. 1 DOI: 10.1016/j.reuma.2015. 12004.
15. Herdman TH. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación (NANDA Internacional). 9ª Edición. Barcelona (España): Elsevier; 2012-2014.

ARTÍCULOS ORIGINALES

FACILITATING AND INHIBITING FACTORS IN NURSE HOTLINES SERVICES: A SYSTEMATIC REVIEW

FATORES FACILITADORES E INIBIDORES NO ATENDIMENTO TELEFÓNICO DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

FACTORES FACILITADORES E INHIBIDORES EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA DE ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

AUTORES
ANDREIA COSTA (DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE, DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE); PAULO NOGUEIRA (DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE, DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE); ANABELA COELHO (DEPARTAMENTO DA QUALIDADE NA SAÚDE, DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE); SÉRGIO GOMES (UNIDADE DE APOIO AO CENTRO DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE); JOANA DUARTE (HOSPITAL GARCÍA DE ORTA); GISELE CÂMARA (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA; ISABEL BARROSO (ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE, INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM)

FACTORES FACILITADORES E INHIBIDORES EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA DE ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

RESUMO

Introdução: As linhas telefónicas para aconselhamento e encaminhamento na área da saúde, suportadas por enfermeiros, são frequentes. Esta revisão sistemática da literatura tem por objetivos identificar fatores facilitadores e inibidores e propor melhorias aos serviços deste atendimento telefónico.
Método: Realizou-se uma busca, com os descritores triage, hotlines e nursing, nas bases de dados PubMed e EBSCO. Foram identificados 9 artigos científicos, referentes ao atendimento telefónico por enfermeiros, com vista ao aconselhamento, educação, referenciação ou encaminhamento, e à identificação de fatores facilitadores ou inibidores, barreiras, problemas e experiências percecionados pelos mesmos.
Resultados: Da análise dos artigos, emergiram três grupos de fatores que podem contribuir para a melhoria destes serviços: fatores organizacionais, relacionados com as características dos enfermeiros e com as perceções dos utentes.
Discussão: Constatou-se a necessidade de estudar melhor a perceção dos enfermeiros e dos utentes nos atendimentos telefónicos de enfermagem, bem como a avaliação das intervenções para a melhoria da prestação destes cuidados.

Palavras-chave: Enfermagem; Triagem; Linha de saúde

ABSTRACT

Introduction: The hotlines for counselling and referral in the health area, supported by nurses, are common. This systematic review of the literature aims to identify facilitating and inhibiting factors and offer improvements to the services of this telephone facility.
Method: It was conducted a search on PubMed and EBSCO databases with the descriptors triage, “hotlines” and “nursing”. Nine scientific articles were identified, related to the telephone attendance by nurses, with a view on counseling, education, referral or orientation, and identification of facilitating or inhibiting factors, barriers, problems and experiences perceived by them.
Results: From the analysis of the articles, emerged three factor groups that could contribute to the improvement of these services: organizational factors, related to the characteristics of the nurses and to the user’s perceptions.
Discussion: It was shown the need to study better the perception of nurses and users in the nursing telephone calls, as well as the evaluation of the interventions, in order to improve the delivery of these health care services.

Keyword: Nursing; Triage; Hotline

FACTORES FACILITADORES E INHIBIDORES EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA DE ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

RESUMEN

Introducción: Las líneas telefónicas para asesoramiento y encaminamiento en el área de la salud, soportadas por enfermeros, son frecuentes. Esta revisión sistemática de la literatura tiene por objetivos identificar factores facilitadores e inhibidores y proponer mejoras a los servicios de esta atención telefónica.
Método: Se realizó una búsqueda, con los descriptores triage, hotlines y Nursing en las bases de datos PubMed y EBSCO. Se identificaron 9 artículos científicos, referentes a la atención telefónica por enfermeros, con vistas al asesoramiento, educación, referencia o encaminamiento, ya la identificación de factores facilitadores o inhibidores, barreras, problemas y experiencias percibidas por los mismos.
Resultados: Del análisis de los artículos, surgieron tres grupos de factores que pueden contribuir a la mejora de estos servicios: factores organizacionales, relacionados con las características de los enfermeros y con las percepciones de los usuarios.
Discusión: Se constató la necesidad de estudiar mejor la percepción de los enfermeros y de los usuarios en las atenciones telefónicas de enfermería, así como la evaluación de las intervenciones para la mejora de la prestación de estos cuidados.

Palabras clave: Enfermería; clasificación; Línea de salud

RINTRODUÇÃO

A triagem telefônica e os serviços de aconselhamento têm demonstrado uma rápida expansão na área da saúde. Ao contrário de formas tradicionais de prática de enfermagem, no atendimento telefónico o enfermeiro fornece recomendações de triagem e aconselhamento ao público em geral sem pistas visuais.(1)
Este aconselhamento e encaminhamento de pessoas que percecionam um problema de saúde e que recorrem ao contacto telefónico com vista ao atendimento por enfermeiros traduz um fenómeno de prestação de cuidados à pessoa em contexto comunitário. Constitui um foco de interesse no âmbito das intervenções da enfermagem, concretamente no que se refere ao domínio das intervenções decorrentes do enfermeiro especialista em saúde comunitária, tal como decorre do exposto no regulamento da especialidade: "A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade (...) em novas necessidades de saúde (...) com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica".(2)

Watson (1999) reconhece o cuidado como o atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade. Considera-o como a essência da enfermagem, que permite conotar a sensibilidade e a relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, podendo ajudar a pessoa no seu autocuidado, autocontrolo e autoconhecimento. No contacto telefónico, o enfermeiro, através da descrição feita pela pessoa e das competências que lhe são próprias, conhecimento próprio da disciplina de enfermagem, empatia e experiência profissional, se encontra em posição para aconselhar relativamente aos cuidados de saúde e/ou ao encaminhamento para o atendimento presencial mais adequado à situação. As situações que geram recurso ao atendimento telefónico por enfermeiros podem requerer diversos tipos de apoio, para além dos de enfermagem. Desta forma, a intervenção dos enfermeiros inscreve-se simultaneamente na prestação de cuidados por aconselhamento e na gestão das intervenções multiprofissionais, quer seja pela via do encaminhamento ou como atores facilitadores do acesso aos recursos adequados.(3)
A perceção dos profissionais pode ser considerada como um aspeto de controlo de qualidade nos serviços de saúde, sendo um dos atributos da qualidade da assistência prestada. É igualmente um elemento determinante que permite a identificação de necessidades e expectativas profissionais e que contribui para propostas na melhoria permanente dos cuidados de saúde prestados.(4–6)
O estudo dedicado ao atendimento telefónico de enfermagem na perspetiva da identificação de fatores facilitadores e inibidores percecionada pelos enfermeiros com vista à melhoria da prestação de cuidados à população, pode ser integrado no designado conhecimento socialmente útil. Como refere Rodrigues: "é preciso que os enfermeiros se concentrem no conhecimento socialmente útil que é necessário produzir e que melhor sirva às necessidades dos cidadãos e à dignificação da profissão".(7)

Em Portugal, o atendimento telefónico realizado por enfermeiros é designado por Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) – Linha Saúde 24 – e consiste num "serviço de saúde vocacionado para informar, aconselhar e encaminhar corretamente o utente na rede do SNS, de uma forma rápida, simples, credível,

consistente e confidencial" através do número único nacional (808 24 24 24) com custo de chamada local.(8) Este serviço constitui assim uma forma de atendimento de proximidade à população com vista à informação de cuidados de saúde de fácil acesso com recursos às tecnologias de informação e comunicação aplicadas à saúde.(9) Por outro lado, contribui para uma otimização dos recursos de saúde no sentido em que reduz as idas desnecessárias às urgências, encaminha o cidadão para a unidade, melhora a proximidade dos cuidados com garantia de qualidade pelo rigor clínico dos algoritmos e permite antecipar e responder a ameaças de Saúde Pública.(8)

O trabalho que se apresenta pretende sistematizar o conhecimento existente sobre os fatores facilitadores e inibidores ao atendimento telefónico de enfermagem, na perceção dos enfermeiros.
A questão de investigação que suporta a realização deste estudo foi formulada de acordo com o formato PI[C]OD:(10) Que melhorias (O) podem ser sugeridas ao atendimento telefónico de enfermagem (I) na perceção dos enfermeiros (P).
Para dar resposta a esta pergunta de investigação, estabeleceu-se como objetivos deste estudo: identificar fatores facilitadores e inibidores associados ao atendimento telefónico de enfermagem na perceção dos enfermeiros; propor um conjunto de potenciais melhorias aos serviços de atendimento telefónico de enfermagem.

MÉTODOS

Com base na questão de investigação definiram-se os seguintes descritores Mesh para pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed e EBSCO: triage, hotlines e o termo não Mesh: nursing, que se entendeu contribuir para o resultado esperado. Como filtro definiu-se espécie humana. Não se definiu período temporal por se equacionar um número reduzido de artigos relacionado ao tema em análise.
No propósito de analisar os artigos adequados à questão de investigação e aos objetivos estabelecidos, definiram-se os seguintes critérios de exclusão: não existência de acesso ao texto integral até à data limite de entrega da revisão sistemática da literatura; a intervenção descrita não ser de enfermagem; a intervenção ser no âmbito dos serviços de urgência/emergência; a intervenção ser unicamente relacionada com a área pediátrica; a duplicação de artigos em ambas as bases de dados; editoriais e artigos de opinião.
Definiram-se ainda os seguintes critérios de inclusão: o artigo refere-se a atendimento telefónico por enfermeiros com vista ao aconselhamento, educação, referenciação ou encaminhamento; o artigo refere-se à identificação de fatores facilitadores ou inibidores, barreiras, problemas, experiências percecionadas pelos enfermeiros no atendimento telefónico; a população participante é constituída por enfermeiros.

Dos 35 artigos disponíveis foram excluídos 26, sendo que 12 foram excluídos por repetição e 14 por não responderem à questão de investigação. Do total dos artigos identificados foram aceites 7 artigos resultantes da pesquisa na base de dados PubMed e 2 artigos na base de dados EBSCO.

Assim, integram esta revisão sistemática da literatura 9 artigos de investigação.

RESULTADOS

Tendo por base a questão de investigação "Que melhorias (O) podem ser sugeridas ao atendimento telefónico de enfermagem (I) na perceção dos enfermeiros (P)?" foi realizada a análise crítica extensiva dos artigos selecionados e a identificação dos fatores facilitadores e inibidores descritos pelos enfermeiros. A grelha de análise dos artigos e a síntese dos resultados encontrados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Grelha de análise e síntese dos resultados encontrados

Título do artigo **Autores / Ano** **País**	**Tema/Objetivos**	**Metodologia**	**Participantes**	**Intervenção**	**Resultados**
Nurses experiences with telephone triage and advice: a meta-ethnography(1) Purc-Stephenson & Thrasher, 2010 Canadá	Descrever as experiências dos enfermeiros no atendimento telefónico e os fatores que facilitam ou impedem o seu processo de tomada de decisão.	1) Revisão sistemática da literatura; 2) Avaliação da qualidade dos estudos selecionados; 3) Síntese meta-etnografia.	Enfermeiros em 16 estudos	Análise das experiências inerentes aos 16 estudos	As questões mais evidenciadas entre os enfermeiros foram a dificuldade em obter e manter as competências, desenvolver a autonomia, o contacto com um novo ambiente de trabalho, a avaliação holística e o *stress*/pressão vivenciados. A construção de uma imagem do paciente foi descrita como fundamental para a realização de validações por telefone. As decisões finais da triagem são influenciadas pelo equilíbrio entre o ser profissional de saúde, cuidador e o guardião da porta de entrada dos serviços limitados de saúde.
Carer and gatekeeper' – conflicting demands in nurses(11) Holmstro & Dall'Alba, 2002	Descrever como os enfermeiros vivenciam o encontro com o paciente durante o atendimento telefónico.	Qualitativa	5 enfermeiros	Entrevista	A experiência do encontro dos enfermeiros com o paciente durante o atendimento telefónico pode ser caracterizada em termos das exigências e da duplicidade de ser

enfermeriaactiva@inursingn.com ISSN: 2444-782X INDEXADA EN CUIDEN

Suécia					tanto cuidador como guardião da porta de entrada dos serviços de saúde. Os constituintes desses conflitos foram: ler nas entrelinhas quando pressionados pelo tempo e educar para o autocuidado; e o medo de interpretar a situação, deparando-se com a satisfação e insatisfação dos utentes.
Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden(12) Wahlberg, Cedersund & Wredling, 2003 Suécia	Identificar problemas e dificuldades dos enfermeiros que realizam atendimento telefónico com diferentes graus de experiência.	Qualitativa	25 enfermeiros	Entrevista	Foram identificadas dez categorias de problemas relacionadas com a perspetiva do enfermeiro; oito com a perspetiva do utente e seis com a perspetiva organizacional. De um modo geral, a falta de recursos de saúde foi classificada como o maior problema. A tomada de decisão por telefone parece ser o núcleo dos conselhos dados pelos enfermeiros e dos problemas relacionados com os enfermeiros, utentes e organização. A formação deve concentrar-se na escuta ativa e em lidar com conflitos sociais.

In the public interest: autonomy and resistance to methods of standardising nurses' advice and practices from a health call centre in Perth, Western Australia(13) Larsen, 2005 Australia	Descrever como os enfermeiros respondem a procedimentos protocolados	Qualitativa	20 enfermeiros	Entrevista	Oito enfermeiros afirmam que aderem firmemente aos processos convencionais, nove enfermeiros afirmam que se desviam regularmente dos processos padronizados, enquanto três referem cumprir minimamente com os padrões. Para a maioria dos enfermeiros é necessária mudança para a autonomia sobre os seus conselhos e práticas.
Nurses' perceptions of providing advice via a telephone care line(14) Strom, Marklund & Hildingh, 2006 Reino Unido	Descrever a forma como os enfermeiros percebem o seu trabalho de prestação de aconselhamento por telefone.	Qualitativa	12 enfermeiros	Entrevista	Os enfermeiros consideram o seu trabalho estimulante, uma vez que constitui um desafio e promove o desenvolvimento pessoal e autonomia. Os enfermeiros também se vêm expostos por constituírem a linha da frente, o que os torna mais vulneráveis às críticas e mais essencial o conhecimento extensivo. Apesar disso, o trabalho é percebido como controlável, desde que os enfermeiros tenham em consideração o seu prestígio, determinação e autoconhecimento.

Tabela 1. Grelha de análise e síntese dos resultados encontrados (continuação)

Título do artigo	Tema/Objetivos	Metodologia	Participantes	Intervenção	Resultados

Autores / Ano **País**					
Barriers and facilitators influencing call center nurses' decision support for callers facing values-sensitive decisions: a mixed methods study(15) Stacey, Graham, O'Connor & Pomey, 2005 Canadá	Identificar as barreiras e os fatores facilitadores que influenciam a prestação de apoio à decisão na chamada.	Qualitativa e quantitativa	Enfermeiros Entrevistas com informantes-chave (n = 4), dois grupos focais (n = 7), pesquisa de avaliação de barreiras (n = 57) e análise de chamadas simuladas a utentes (n = 38)	Entrevista Focus group	Os fatores facilitadores identificados incluem recursos de apoio à decisão, capacidade para reconhecer utentes em diferentes níveis de dificuldade e ter uma infraestrutura organizacional de suporte. As barreiras identificadas foram a utilidade limitada de auxílios de decisão do utente através do telefone, o conhecimento inadequado dos enfermeiros, habilidades e confiança na prestação de apoio à decisão em valores sensíveis, pressão da organização para minimizar a duração da chamada e baixa sensibilização do público para os serviços.
Bases for assessments made by telephone advice nurses(16) Wahlberg, Cedersun & Wredling, 2005 Suécia	Explorar a base das avaliações dos enfermeiros no atendimento telefónico.	Qualitativa	14 enfermeiros	Entrevista	Emergiram três categorias principais da análise: sinais percetíveis pelo telefone como a audição de "sons sintomáticos", "experiência do enfermeiro" e organização. As bases dos conselhos dos enfermeiros para as avaliações parecem ser muito amplas, incluindo

					tanto a componente verbal como não-verbal.
Adoption and sustainability of decision support for patients facing health decisions: an implementation case study in nursing(17) Stacey, Pomey, O'Connor & Graham, 2006 Canadá	Descrever as chamadas do centro, adoção de protocolo de apoio à decisão dos enfermeiros e identificar os fatores que influenciam as alterações das práticas de enfermagem.	Estudo de caso	31 enfermeiros	2 focus group Entrevista a 4 administradores	Menos de 50% dos enfermeiros tinham usado o protocolo de apoio à decisão na sua prática, apesar de a maioria revelar intenção de usá-lo nos próximos meses. A maioria dos enfermeiros informou que a sua utilização os ajudou a reconhecer a necessidade de apoio à decisão, mudou a abordagem das chamadas, tendo sido uma melhoria para prática. As estratégias identificadas incluem a utilização do protocolo de apoio à decisão, formação para o desenvolvimento pessoal e a informação do público sobre o serviço de atendimento.
NHS Direct and nurses – opportunity or monotony?(18) Knowles, O'Cathain, Morrell, Munro & Nicholl, 2002 Reino Unido	Caracterizar a perceção dos enfermeiros relativamente ao seu trabalho no atendimento telefónico	Quantitativa	674 enfermeiros	Inquérito postal de enfermeiros	Os resultados revelaram que uma grande proporção de enfermeiros estava feliz com o trabalho e que para alguns enfermeiros o trabalho representou uma nova oportunidade e um papel desafiador. No entanto, uma minoria identificou-o como um
					trabalho monótono e que pode condicionar o acesso das pessoas aos serviços de saúde.

enfermeriaactiva@inursingn.com ISSN: 2444-782X INDEXADA EN CUIDEN

Os resultados permitiram identificar e agrupar em três áreas alguns fatores facilitadores e inibidores do atendimento telefónico de enfermagem, na perceção dos enfermeiros, comuns a diversos estudos, como sendo os fatores que se relacionam com a dinâmica organizacional, com as características dos enfermeiros e com a descrição do utente durante o contacto telefónico, conforme pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2. Fatores facilitadores e inibidores do atendimento telefónico de enfermagem na perceção dos enfermeiros agrupados por área

Tabela 2. Fatores facilitadores e inibidores do atendimento telefónico de enfermagem na perceção dos enfermeiros agrupados por área

Fatores	Facilitadores	Inibidores
Organizacionais	Protocolos de apoio à decisão Sessões de discussão conjunta para análise de situações e tomadas de decisão Incentivo à formação contínua	Pouca autonomia dada aos enfermeiros Dificuldade em obter e manter as competências
Relacionados com as características dos enfermeiros	Experiência profissional relacionada com prestação de cuidados em unidades de saúde Formação em escuta ativa	Ausência de experiência profissional na prestação de cuidados em unidades de saúde Recurso à intuição Stress e pressão vivenciados Medo de interpretar mal a situação Medo de funcionar como uma barreira do acesso aos serviços de saúde

enfermeriaactiva@inursingn.com ISSN: 2444-782X INDEXADA EN CUIDEN

Relacionados com as características dos enfermeiros	Experiência profissional relacionada com prestação de cuidados em unidades de saúde Formação em escuta ativa	Ausência de experiência profissional na prestação de cuidados em unidades de saúde Recurso à intuição Stress e pressão vivenciados Medo de interpretar mal a situação Medo de funcionar como uma barreira do acesso aos serviços de saúde
Relacionados com a descrição do utente	Identificação de sinais sonoros (de "sons sintomáticos"), promotores de uma tomada de decisão adequada Descrição da situação contemplando informação relevante para um aconselhamento e/ou encaminhamento considerados adequados	Ausência de informação considerada suficiente com vista a um aconselhamento ou encaminhamento adequado Pouca sensibilização dos utentes acerca da boa utilização do serviço

enfermeriaactiva@inursingn.com ISSN: 2444-782X INDEXADA EN CUIDEN

DISCUSSÃO

Os artigos analisados contribuíram para dar resposta à questão de investigação na medida em que, através de diferentes abordagens, referem-se à perceção dos enfermeiros relativamente ao desempenho do seu exercício profissional em centros de atendimento telefónico, permitindo assim o conhecimento dos fatores inibidores, referidos como dificuldades, desvantagens e barreiras, bem como dos fatores facilitadores, enquanto recursos referidos como apoio ou vantagens para o seu desempenho.

De acordo com a informação recolhida e analisada, o centro de atendimento representa para muitos enfermeiros, uma nova e interessante oportunidade integrada nos serviços de saúde, em que a comunicação por contacto telefónico é percecionada como a tarefa central, com o objetivo de proporcionar o melhor conselho possível.(13,14,18) Pela análise dos resultados, é possível inferir que a maioria dos enfermeiros que trabalha em centros de atendimento telefónico gosta do trabalho desenvolvido. A gratidão manifestada pelos utentes no fim da chamada é algo que sensibiliza os enfermeiros e leva a percecionar o seu trabalho enquanto algo de valor.(18) Os enfermeiros referem satisfação na perspetiva da procura de outras abordagens capazes de reformar as suas práticas de trabalho, onde possam incluir o conhecimento próprio da enfermagem e transmiti-lo aos utentes que os procuram através do contacto telefónico. De alguma forma entendem o atendimento telefónico de enfermagem como um reconhecimento e uma valorização ao seu trabalho.(14) Por outro lado, também a possibilidade de controlar a sua própria situação de trabalho e considerar-se autónomo na tomada de decisão são fatores entendidos como importantes e positivos na apreciação da sua atividade profissional.(14)

Os resultados sugerem que a informação que suporta a tomada de decisão no aconselhamento telefónico pode incluir comunicação verbal e não-verbal, relacionada com as características dos enfermeiros e dos utentes, bem como orientações da organização que poderão influenciar as avaliações.(1,16)

Como em qualquer local de trabalho, existem questões que causam insatisfação. No entanto, a insatisfação pode estar relacionada com a natureza intrínseca do trabalho, pela ausência do contacto direto com os utentes, que garante mais informação com vista a uma tomada de decisão mais segura, na perspetiva da perceção do melhor cuidado possível. Alguns enfermeiros consideram a prestação de aconselhamento telefónico assessória ao desempenho dos cuidados de enfermagem tradicionais, caracterizando-a como potencialmente monótona pelas vezes em que respondem a tipos similares de chamadas telefônicas. Esta questão é ultrapassada pelos enfermeiros que também desempenham no seu exercício profissional outras funções que implicam o atendimento presencial de utentes em unidades de saúde.(18)

Os enfermeiros que realizam atendimento telefónico referem experimentar uma gama de preocupações comuns que inibem ou facilitam o processo de tomada de decisão dirigido ao aconselhamento e/ou encaminhamento. Contudo, é referido que “a construção mental de uma imagem” do utente é fundamental para a realização de avaliações por telefone. A perceção de constituírem como limitadores do acesso ao serviço de saúde é referida como um fator de conflito na decisão de encaminhamento para um serviço de saúde.(15)

Outros fatores inibidores referem-se à necessidade de recorrer à intuição (ler nas entrelinhas), enquanto pressionados pelo tempo, educar os pacientes para o autocuidado, medo de interpretar mal a situação e medo da insatisfação dos utentes.(11,12)
No que concerne aos recursos de apoio à tomada de decisão durante o atendimento telefónico, foram identificados alguns fatores facilitadores, como sendo a adoção de protocolos enquanto processo de apoio à decisão estruturada com vista a facilitar a adaptação das intervenções.(1) No entanto, em alguns artigos analisados, embora a maioria dos enfermeiros tenha adotado o protocolo de apoio à decisão, identificou-se como necessárias intervenções que permitam integrar as políticas da organização, que são percecionadas como demasiado padronizadas, sem margem para o envolvimento dos enfermeiros nas decisões organizacionais. Na utilização de protocolos, alguns enfermeiros percecionam uma mistura de alívio, pela confiança nas orientações, com o aborrecimento nas situações em que não permitem diversidade, exigindo mais tempo devido à complexidade.(13,17)

Alguns dos fatores facilitadores referidos prendem-se com a formação dos enfermeiros em temas que lhes permitam aumentar competências no desempenho específico das suas funções, como formação em escuta ativa, bem como, participar em sessões de discussão organizadas para a análise de situações expostas nos contactos telefónicos e as tomadas de decisão mais adequadas ao cenário analisado.(1,16)

Pela análise dos artigos foi percetível que os centros de atendimento se revestem de características organizacionais, operacionalização e funcionamento acentuadamente diferentes entre si, importando por isso considerar estas diferenças na interpretação e utilização dos resultados e acautelar eventuais comparações.
No entanto, os resultados da presente revisão sistemática da literatura apontam para uma gama de perceções comuns por parte dos enfermeiros, acerca de fatores facilitadores ou inibidores ao aconselhamento e/ou encaminhamento telefónico de enfermagem, que podem e devem ser consideradas na reflexão e análise de diferentes realidades e propostas de melhorias como: envolvimento dos enfermeiros nos processos de tomada de decisão; experiência profissional prévia ou concomitante em prestação de cuidados em unidades de saúde implicando contato presencial com os utentes; oportunidades de formação em escuta ativa; sessões de discussão conjunta para análise de situações e tomadas de decisão; incentivo à formação contínua; sensibilização dos utentes acerca da boa utilização do serviço, como a descrição precisa da situação geradora do contato.

Uma vez que a literatura sobre o tema é ainda escassa, sugere-se a realização de mais estudos sobre a perceção dos enfermeiros e também dos utentes acerca dos atendimentos telefónicos de enfermagem, para o alcance de conclusões mais robustas, bem como a realização de estudos que confirmem a pertinência e impacto de ações na melhoria da prestação de cuidados no âmbito dos cuidados de enfermagem por atendimento telefónico.

BIBLIOGRAFIA

1. Purc-Stephenson R, Thrasher C. Nurses' experiences with telephone triage and advice: a meta-ethnography. J Adv Nurs. 2010;66(3):482–94.
2. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.a série — N.o 35 — 18 de Fevereiro de 2011; 2011.
3. Watson J. Ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem. Lisboa: Lusodidacta; 1999.
4. Graça L. A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos Centros de Saúde. In: Saúde D-G da, editor. Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 1999.
5. Andrés J. La satisfacción de los profesionales como un aspeto más del control de calidad en los hospitales. Todo Hosp. 1998;47:53–60.
6. Bessie M, Huston C. Administração e liderança em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
7. Rodrigues M. O caminho da enfermagem científica moderna. enfermagem e úlceras por pressão: da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados [Internet]. [cited 2015 Oct 14]. Available from: www.lce-mac.org/pdf/colectanea/CI.pdf
8. Gomes S. Saúde 24: centro de atendimento do Serviço Nacional de Saúde [Internet]. 2009 [cited 2015 Oct 16]. Available from: www.apdsi.pt/uploads/news/id305/sergio gomes.pdf
9. Parra F, Gomes S, Carrasqueiro S. Telemedicina: onde estamos e para onde vamos… Capítulo 3: Telemedicina, Teleconsulta, Telediagnóstico, Telecuidados e Telemonitorização: alguns casos em Portugal. Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade da Informação [Internet]. [cited 2015 Oct 16]. Available from: www.apdsi.pt/uploads/news/id177/cap%C3%ADtulo 3_parte 8a12_telemedicina_1049_20071211.pdf
10. Melnyk B, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2011.
11. Holmstro I, Dall'Alba G. Carer and gatekeeper: conflicting demands in nurses. Scand J Caring Sci. 2002;16:142–8.
12. Wahlberg A, Cedersun E, Wredling R. Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. J Clin Nurs. 2003;12:37–45.
13. Larsen A. In the public interest: autonomy and resistance to methods of standardising nurses' advice and practices from a health call centre in Perth, Western Australia. Nurs Inq. 2005;12(2):135–43.
14. Strom M, Marklund B, Hildingh C. Nurses' perceptions of providing advice via a telephone care line. Br J Nurs. 2006;15(20).
15. Stacey D, Graham I, O'Connor A, Pomey M. Barriers and facilitators influencing call center nurses' decision support for callers facing values-sensitive decisions: a mixed methods study. Evid Based Nurs. 2005;2(4):184–91.
16. Wahlberg A, Cedersun E, Wredling R. Bases for assessments made by telephone advice nurses. J Telemed Telecare. 2005;11:403–7.
17. Stacey D, Pomey M, O'Connor A, Graham I. Adoption and sustainability of decision support for patients facing health decisions: an implementation case study in nursing. Implement Sci. 2006;1:17.
18. Knowles E, O'Cathain A, Morrell J, Munro J, Nicholl J. NHS Direct and nurses-opportunity or monotony? Int J Nurs Stud. 2002;39:857–66.

artículo
ORIGINAL

COORDINADORA:
Liliana Elba Ponti. (Lic. en Enfermería. Magister en Administración de Servicio de Enfermería. Doctora en Enfermería; Maestrando Educación Tecnológica; Directora de Carrera Lic. en Enfermería. Universidad Abierta Interamericana. Argentina; Docente de Carrera Lic. en Enfermería. Universidad Abierta Interamericana. Argentina; Coordinadora Grupo de Trabajo Sectorial (GTS) Enfermería Docente)

PERFIL DE INTERNATIONAL NURSING NETWORK PARA DOCENTE DE ENFERMERÍA EN EL SIGLO XXI

AUTORES:

Jorge Luis Lujan (Licenciado en Enfermería, Metodólogo en Investigación; Escritor de artículos científicos; Profesor Universitario UNAJ. Área de Investigación: Hospital de Alta Complejidad En Red EL CRUCE. Buenos Aires - Argentina) GTS ENFERMERÍA DOCENTE INN
Eduardo Antonio Aguilar Rivera (M.GdR; Docente Escuela Enfermería Universidad de Costa Rica Enfermero Cuidado Crítico HCG-CCSS; Coordinador Centro Nacional de ECMO UCIQx HCG-CCSS/Centro ELSO 431) GTS ENFERMERÍA DOCENTE INN
Rocío de Diego Cordero (PhD.Professor Department of Nursing; Research Group CTS 969 "Innovación en Cuidados y Determinantes Sociales en Salud" / "Innovation in HealthCare and Social Determinants of Health". School of Nursing, Physiotherapy and Podiatry. University of Seville) GTS ENFERMERÍA DOCENTE INN
Malvina Gazano (Licenciada en Enfermería-Facultad de Cs Médicas; Jefa de Trabajos Prácticos- Cátedra Biología II y Tutora de la carrera. Escuela de Enfermería Universidad Nacional Rosario; Tutora Primer Ciclo, Carrera de Licenciatura en Enfermería-Universidad Nacional del Litoral-Santa Fe- Argentina) GTS ENFERMERÍA DOCENTE INN
Karla Ivonne Mijangos Fuentes (MsC Máster en Investigación y Rol Avanzado en Enfermería. Especialista en Enfermería Pediátrica; Prof. Diplomada en Enf. Avanzada e Investigación en la Sociedad de Diplomados. DAEC; Doctoranda en Ciencias Sociales Universidad autónoma del estado de México) GTS ENFERMERÍA DOCENTE INN

INTRODUCCIÓN

Enfermería como disciplina y profesión crece empoderando lugares antes no visibles, una de ella, las experiencias en enseñanza, que están determinadas por el contexto político, social, cultural y económico en que se circunscriben.
En el mundo moderno, existe la exigencia que los profesionales de enfermería, tengan formación polivalente con orientación a una visión globalizada de la realidad que acompañe una actitud continua de aprender a aprender. Estas transformaciones cambian las relaciones de trabajo que, al asociarse a las innovaciones tecnológicas, imponen nuevos vínculos en el mundo laboral y en consecuencia nuevas exigencias al perfil del egresado en enfermería.

Si nos enfocamos hacia años atrás, la práctica asistencial y el manejo técnico sostenía el proceso de formación, qué partía del supuesto de que la preocupación de los sistemas formadores estuvo depositada, casi exclusivamente, en el sujeto que aprende. Dicho de otro modo, las demandas de conocer y mejorar el rol de enfermería se basaron más en la comprensión de los educandos que en los procesos para lograrlos. Ponti, (2016) (p 18)

Estos procesos eran evaluados como suficientes para el ejercicio de la profesión. Con el tiempo y el avance científico, la construcción del saber que emerge del pensamiento crítico, gestó nuevos escenarios de desempeño, nuevos campos de acción, entre ellos, la gestión y administración de los servicios de enfermería, la educación, con su respectiva formación, la investigación, que a través de las evidencias científicas, estableció una enfermería basada en la evidencia (EBA) que permite evidenciar y fundamentar no sólo todo lo que se investiga ,sino también aquello nuevo como aporte técnico en base a la práctica, consolidando una nueva construcción social sobre enfermería.

La visibilización y la construcción de este nuevo perfil que se espera de un profesional de enfermería es pura y exclusiva responsabilidad del profesional de enfermería que se dedica a la docencia, quienes han adquirido las competencias, herramientas metodológicas y pedagógicas para desarrollar en el estudiante de enfermería una actitud continua de aprender a aprender, vivificando la construcción del saber.

Para comprender este proceso hay que tener en claro, el objetivo básico y prioritario, que es preparar al futuro profesional para su incorporación en el mundo del trabajo con claridad sobre su profesionalismo. Ponti, (2016) (p27).

Cuando la Enfermería identifica y comienza a construir su propio modelo, hace sus intentos para construir su propia currícula, si bien la pedagogía es el arte de transmitir experiencias, conocimientos y valores, organiza el proceso educativo de toda persona, en los aspectos psicológico, físico e intelectual y el devenir social. Como educadores somos la clave fundamental de permitirnos proyectar una reestructuración para el perfil enfermero. La disciplina para las nuevas generaciones está hoy en proceso de cambio. El docente de enfermería en su aula y también en los espacios de prácticas busca el realimentar una rutina de pensamiento en el preguntarse ¿qué necesidad alterada tiene el paciente?, (Skinner,B 1958), en Máquinas de enseñar recrea este concepto diciendo que el estudiante debe ser desafiado y debe enseñarle a pensar, y para esto nos cabe la reflexión del autor, que explica que las clases magistrales y los textos son a menudo inconducentes e inadecuados en sus diseños para lograr este objetivo. Por otro lado, hoy nuestras aulas están compuestas por estudiantes, donde el aquí y el ahora, es su realidad cotidiana. Burbules, N, (2012), invita a abordar el pensamiento ubicuo, esta posibilidad actual de acceder a la información en cualquier momento. Y explica que en este tipo de enseñanza el docente no se vuelve superfluo, sino se transforma en guía para el aprendizaje del estudiante. Un aprendizaje continuo espiralado en unión de aprendizaje integrado, no fracturado, contextual, colaborativo, reflexivo.

En una propuesta de clase pueden convivir varias estrategias didácticas para responder a los objetivos de enseñanza que el docente se propone. Enfermería enseña en el aula, con un contexto académico y en terreno o ámbitos hospitalarios que tienen un contexto propio y una dinámica de acción donde estudiantes y docentes se acomodan a las líneas de poder institucionales, coexisten en ambas formas de enseñar la estrategia directa, estructurada, donde convive la clase magistral y la indirecta que encierra el descubrimiento del aprendizaje que se articulan con diversas actividades, pueden partir de casos reales, análisis de situaciones, experiencias vividas y demostraciones de técnicas entre otras.

La enseñanza en la actualidad está caracterizada por los cambios, pero, aún sostiene problemáticas por distintos condicionantes, por un lado, su motivación de enseñar a aprender, a pensar y a desarrollar la realimentación del pensamiento y por otro lado la realidad institucional, que engloba calificaciones, rendimiento y los tiempos del calendario académicos. En este contexto debemos velar sobre el perfil enfermero que deseamos y mantener ese eje, a pesar de las vicisitudes que surgen y hay que transitar durante el proceso de construcción académico.
Marcelo, C (2013) dice que hay algo que caracteriza hoy en día a nuestra sociedad, el cambio, vivimos en una sociedad donde el cambio es constante, nuestra vida cotidiana, nuestra motivación y nuestro aceleramiento también ha cambiado, por la expansión de las nuevas tecnologías, así también avanzamos hacia una sociedad más flexible, horizontal y eficiente. Sin embargo, el docente adopta nuevas estrategias didáctica pedagógica para el aprendizaje, se adapta a los nuevos cambios en esta línea, pero integran poco la tecnología en sus procesos de enseñanza y en sus procesos de evaluaciones.

La tarea que tenemos es parte del profesional de enfermería que se desarrolla como docente activo y que busca un fin colectivo para una enfermería, que debe ser el faro de todo sistema de salud y actuar coordinadamente en toda la región. Hoy la transferencia de comunicación ya no es más un problema, permitirnos comunicar e intercambiar ideas y proyectos es una herramienta útil a través de la tecnología de la información de las comunicaciones. La reflexión en torno al vínculo entre la educación y la tecnología, no debe ser ajena a la disciplina en el ejercicio docente contemporáneo.

JUSTIFICACIÓN

Según Crisp (2018) un informe reciente describe que la enfermería en el mundo podría no solo mejorar la salud, sino también avanzar hacia otros objetivos de desarrollo sostenible de la ONU como mejorar la equidad de género y fortalecer las economías; sin embargo, para que esto ocurra de esta manera y siga floreciendo la disciplina y fortaleciendo múltiples ámbitos, es necesario fortalecer el rol del profesional en enfermería docente.
Lo anterior lo respaldan Lopes, Boyd, Andrew & Pereira (2014), citando a Wood (2009), al mencionar que un desafío actual para la educación superior es la preparación de graduados, además de sus competencias específicas, para el empleo en la economía del conocimiento, donde deben desarrollar habilidades sólidas de investigación, análisis de la información, resolución de problemas, comunicación efectiva y reflexión crítica sobre la práctica profesional. No obstante, para lograr estos elementos básicos que harán trascender a la disciplina y aportar al desarrollo de la globalidad, se deben resolver aristas importantes en el quehacer docente, sin divorciarse del disciplinar, en pleno apego de la teoría educativa, misma que favorecerá estos diferentes procesos.

Además, según Kalb (2008) las competencias docentes pueden ayudar a influir en los esfuerzos de las políticas públicas. Estas políticas afectan a los educadores de enfermería y la educación de enfermería al identificar las prioridades de investigación, elementos que se hallan en la teoría educativa y las herramientas facilitadas.

Por otro lado, un perfil de enfermero docente con miras en el siglo XXI debe contemplar o dilucidar las implicaciones de la teoría educativa para la docencia y orientar a la toma de decisiones para subsanar o facilitar el alcance de elementos como los mencionados en párrafos anteriores.

De esta manera, se convierte en la intencionalidad formativa del enfermero docente, ya que como lo mencionan Ehrenberg & Häggblom (2007) durante su educación, se espera que los estudiantes aprendan habilidades y procedimientos de enfermería para profundizar en la búsqueda del conocimiento, el pensamiento crítico y la resolución de problemas, así como el desarrollo personal y profesional.

Asimismo, expone el hecho de que los y las docentes deben conocer su campo de acción e identificar problemas en la práctica educativa, debido a que la educación en enfermería se caracteriza por una estrecha relación entre la teoría y la práctica, lo que significa que la enfermería no se puede aprender a través de una u otra teoría o en la práctica solamente (Papastavrou, Lambrinou, Tsangari, Saarikoski, & Leino-Kilpi, 2010). Además, como lo mencionan Andrew & Robb (2011), la necesidad de credibilidad clínica sigue siendo prioritaria en la agenda debido a que existe una evidente tensión entre la necesidad de excelencia en la enseñanza y la investigación y la obligación de mantener un perfil clínico creíble, elementos que deben ser aportados a través de un rol docente oportuno y adecuado a las demandas actuales.

El y la docente en enfermería deben mantener un papel activo, por lo cual, como lo menciona Kalb (2008), los currículos de la enfermera educadora deben abordar el núcleo del conocimiento y las habilidades esenciales para la efectividad y la excelencia en el rol de enfermera educadora. Además, debe hacer transparente el alcance y los estándares de la práctica de la enfermera educadora, desde la base teórica específica, debido a que la docente media entre la cultura y los procesos de aprendizaje de los sujetos que aprenden. De la misma manera, propone experiencias para actuar sobre los objetos de estudio, sugiere nuevas rutas para el aprendizaje y promueve el conflicto cognitivo. Por otro lado, el estudiante es el principal actor en los procesos de enseñanza y aprendizaje, es creador, comprometido, interesado y dinámico. (Hernández, A., Francis, S., Gonzága, W. y Montenegro, M.; s.f.)

Es aquí donde Ordoñez (2007) propone que quienes practicamos la educación tenemos problemas cuando nuestros métodos o procedimientos han dejado de ser efectivos. Eso genera el abismo entre teoría y práctica. Por ejemplo, cuando el valor de un método tradicional ya no es evidente o cuando se descubre que algún método de enseñanza "normalizado" no tiene éxito en una situación nueva, ocurre que generalmente el problema lo resuelve otro docente que modifica sus prácticas, basándose en una comprensión diferente a la aceptada tradicionalmente.
Es así como la teoría educativa provee a los docentes universitarios procesos para innovar, que es a lo que Ordoñez se refiere, para dar giros en las prácticas educativas, para liberarlas de prácticas tradicionales obsoletas que lo único que han logrado es ampliar la brecha entre teoría y práctica, elementos necesarios para ejercer el rol docente del siglo XXI. Algunos de estos procesos, justificados desde la evidencia científica, son la aplicación del Aprendizaje Basado en Problemas, o también, de la figura del Mentor Clínico, el cual según la definición de Bruera, funge el rol de este docente innovador, rol que es definido como El que "enseña cómo proceder" porque pone de manifiesto las reglas y procedimientos que se aplican en el ejercicio profesional.

En verdad, la función del mentor clínico es más "directiva" que la del tutor, ya que el papel atribuido a este desempeño docente es más el de "consejero", "guía" y "regulador" del ejercicio profesional que el que se propone como modalidad facilitadora propia del tutorado, en la perspectiva cognitiva que se utiliza bajo una condición de apoyo para el aprendizaje por problemas.

El mentor "enseña cómo proceder" porque pone de manifiesto las reglas y procedimientos que se aplican en el ejercicio profesional. (Bruera, 2008)

Además, es importante recalcar que, para lograr estos procesos de aprendizaje, y por ende construcción de saberes, la teoría educativa orienta a las características individuales de los sujetos que aprenden, justificados además desde la neurobiología, mediante conceptos como el de la neuro plasticidad, la cual describe el proceso de desarrollo neuronal y el proceso de crecimiento después de los 25 años. Esta característica exige aún más en la práctica docente a llevar a cabo adecuaciones en la metodología didáctica empleada, lo cual deja en evidencia la importancia de un conocimiento amplio de distintas aristas en un rol docente del siglo XXI.

Por lo tanto, después de las líneas descritas, se fundamenta la labor del docente en enfermería desde la teoría educativa, y más que Enfermería, desde la Docencia Universitaria, brinda suficientes herramientas para aportar en la reducción de brechas educativas y profesionales.

UNA MIRADA TEÓRICA.

Los determinantes sociales junto con las necesidades y los requerimientos de la sociedad, debieran ser el principio fundamental para el diseño y estructura del perfil o modelo profesional universitario de enfermería, que, a su vez, éste orienta la estructura y elaboración del plan de estudio y del proceso docente, que tiene a bien permear la calidad del proceso enseñanza/aprendizaje del egresado quien adquiere el carácter de profesional, pero también de ciudadano.

Al respecto, Pernas Gómez (2013) recomienda que para la elaboración del modelo profesional se deben tomar a consideración tres enfoques: el modelo de las cualidades, el modelo de los conocimientos y el modelo de la actividad. Es decir, el diseño curricular basado en la pertinencia social incluirá en su organización la formación integral de la personalidad del profesional, los valores socialmente aceptados, las necesidades de salud de la población y el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes profesionales.

Como afirman muchos autores, la calidad universitaria debe contemplar para su garantía los contextos políticos, económicos y socioculturales del lugar que alberga a la Universidad, para ello, las Instituciones de Educación Superior deben generar propuestas que garanticen el mayor número posible de personas competentes, flexibilidad y diversidad curricular, configuración desde el pregrado de la educación superior a lo largo de la vida, la necesidad de afrontar el rápido crecimiento de la información con el desarrollo del juicio crítico y de estructuras del pensamiento complejo que permitan al estudiante transformar la información en conocimientos para el buen ejercicio profesional (Pernas Gómez, 2013; CRES, 2008).

Si bien es cierto, la pertinencia social es imprescindible para garantizar la calidad de los modelos profesionales universitarios, empero, el principal elemento para la calidad universitaria lo sigue conformando el alumno, desde esta perspectiva, los modelos curriculares deben integrar en su composición los estilos de aprendizaje del educando.

Keefe (1988) citado por Peñafiel (2016), define éstos "como los rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos que sirven como indicadores relativamente estables de cómo los alumnos perciben, interaccionan y responden a sus ambientes y tareas de aprendizaje", en las que también se incluyen el tipo de procesamiento de la información y otros componentes cognitivos de la persona (Esteban, Ruíz & Cerezo, 2006). Por tanto, Brown (1978) también citado por Peñafiel (2016), considera que los estilos de aprendizaje están íntimamente relacionados con los factores internos y externos de los estudiantes, como pueden ser los procesos fisiológicos, neurobiológicos, sociales, culturales, económicos, y del medio ambiente; mismos que determinan los procesos mentales de cada persona.

En realidad, el interés por conocer y comprender los estilos de aprendizaje versa en la necesidad de mejorar la calidad del proceso educativo, para orientar apropiadamente el aprendizaje, seleccionando las estrategias didácticas y el estilo de enseñanza más efectivo para que los alumnos logren aprendizajes significativos tomando en cuenta su propio estilo de aprendizaje y capacidad individual de cada alumno, tomando como principio y de acuerdo a Howard Garnerd que existen 8 distintas capacidades, entre las que figuran: la lingüística, lógico-matemática, corporal kinestésica, musical, espacial, naturalista e intrapersonal, mismas que mejoran la calidad del proceso de aprendizaje(González, 2011; Howard Garnerd, 2012).

Desde este punto de vista, se reconoce que el proceso de aprendizaje debe contemplar un enfoque sistémico que permita la interrelación entre las directrices del currículo, la estructuración de asignaturas precedentes y subsecuentes, el contenido, la actividad docente, los métodos didácticos basados en estilos de aprendizaje, la forma y medios de enseñanza, las técnicas de motivación para el estudio, y siempre aplicando el principio de lo general a lo particular (Peñafiel, 2016; Rivera, 2012).

1 El enfoque del pensamiento complejo parte de la idea de que cualquier elemento del mundo no es un objeto aislado, sino que forma parte de un sistema mayor que lo contiene, por lo que se encuentra en constante interacción con otros elementos del sistema, así como con el sistema completo. Desde este enfoque, las sociedades, los individuos, incluso el universo se considera "sistemas complejos", sujetos a múltiples relaciones e interacciones entre sus componentes y con otros sistemas. Así, dentro de esta perspectiva sistémica (o dentro de lo que hemos denominado "epistemología de la complejidad"), se parte del hecho de que en todo grupo humano estructurado (desde la familia y amigos, hasta el sistema mundial), sus componentes (los seres humanos) se encuentran estrechamente vinculados, entre sí y con el ambiente, por lazos de tipo biológico, económico, espiritual, político, cultural, etc., (Pereira Chávez, 2010).

2 Los principales estilos de aprendizaje propuestos por Díaz Barriga y Hernández Rojas (2010) son: 1) activo y reflexivo; 2) intuitivo y sensitivo; 3) visual y verbal; 4) secuencial y global.

Basados en lo anterior, la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantean una renovación en la educación de la enfermería, considerando la importancia del perfil amplio de los nuevos profesionales para lograr buenas prácticas en la prestación de atención integral de salud en enfermería, lo que motiva a eliminar programas sustentados en el modelo biomédico y en el morbicentrismo, con pedagogías tradicionales, al mismo tiempo, se ha asumido la necesidad de implementar valores profesionales directamente relacionados con el cuidado a otras personas (Pernas, 2013).

Para ello, las Universidades se han dado a la tarea de renovar sus diseños curriculares basados en modelos pedagógicos actuales no tradicionales, centrados en el alumno y bajo el principio de interdisciplinariedad como la forma adecuada para responder a la necesidad del educando para generar nuevo conocimiento, todo ello sustentado en la propuesta de ALADEFE (Pernas, 2013).

Los modelos pedagógicos utilizados y recomendados para la enseñanza de la enfermería en la Universidad, están basados en la corriente filosófica del constructivismo , dentro de estos modelos se encuentran: a) modelo pedagógico cognitivista; b) modelo pedagógico histórico cultural; c) modelo activista; y d) modelo didáctico operativo de Bustos.

De estos modelos, destacan el histórico cultural y el didáctico operativo de Bustos, ambos predominan en diversas instituciones para la elaboración de los diseños curriculares. El primer modelo parte de una concepción del ser humano multidimensional, siendo una prioridad de la educación procurar el desarrollo integral de la personalidad (Ramírez, 2016).

En tanto que el didáctico operativo de Bustos, se resume en la secuencia de etapas de producción y aplicación del conocimiento técnico, científico y cultural (experiencias, conceptualizaciones, documentación, ampliación interdisciplinaria y proyectos pedagógicos de aplicación), uniendo la educación a la vida diaria, intentado que el individuo construya su realidad y significado en su interacción constante con el entorno, pasando de realidades individuales a realidades compartidas, colectivas y universales (Ramírez, 2016).

Cabe resaltar que los nuevos modelos pedagógicos, también incorporan en su organización, estrategias didácticas novedosas que procuran la calidad del proceso de Enseñanza/aprendizaje. La principal estrategia didáctica empleada en Enfermería es el Aprendizaje basado en Problemas (ABP), cuyo objetivo es desarrollar el pensamiento crítico a través de la revisión lógica, razonada e integral de los problemas reales (Olivos Rubio, Martínez Garduño y Cruz Bello, 2016). El ABP proporciona un sistema de libertad para seleccionar objetivos y estrategias para que los alumnos aprendan de acuerdo con sus propias características y estilos de aprender (López, 2008).

Dentro de esta estrategia pedagógica, la simulación clínica constituye un método efectivo en el estudiante para lograr aprendizajes que le permitan incorporar modos de actuación superior. La participación activa tanto del docente como del mismo favorece la asimilación correcta de competencias procedimentales, actitudinales y conceptuales para el adecuado ejercicio profesional (Rivera, 2012).

3 La interdisciplinariedad es entendida como una crítica a la enseñanza basada en asignaturas, por tanto este enfoque permite que los alumnos vayan adquiriendo durante su formación, el hábito cognitivo de indagar sobre todo lo que se aprende, desarrollando en ellos el pensamiento crítico, habilidades metacognitivas y la comprensión de las relaciones entre perspectivas de diferentes disciplinas, conducentes a la integración personalizada y a la asimilación de un conocimiento transferible a otros contextos, asuntos o problemas (Pernas Gómez, 2013)

4 Parte de la teoría Piagetiana y postula que el proceso de construcción del conocimiento es individual. Busca la formación psicológica e intelectual de los sujetos que interactúan con los conceptos propios de la cultura y enfatiza en la importancia de la instrucción para el desarrollo y crecimiento psicológico del sujeto (Ramírez, 2016).

Basados en las premisas anteriores, se puede concluir que muchos son los retos del docente de enfermería en el siglo XXI, pero hay que saber tomar las mejores decisiones y análisis, para incluir en los currículos de enfermería una educación incluyente que mejore los procesos de enseñanza/aprendizaje, y sobre todo que logre la satisfacción de la comunidad con los profesionales recién egresados.

Dentro de las principales metas que diversas organizaciones se han propuesto para este siglo, comprende, difundir conocimientos científicos sobre los problemas relevantes (incluyendo la educación intercultural, multicultural o mestiza, la salud colectiva e individual en un mundo globalizado , la incidencia de las redes sociales en la educación, los factores socioculturales determinantes, los hábitos saludables teniendo en cuenta los diferentes marcos culturales) (González Jiménez, 2016).

Las dimensiones conceptuales básicas, la UNESCO (2015) apunta que la inclusión de éstas en el modelo curricular que engloba: a) la dimensión cognitiva que comprende la adquisición de conocimientos, comprensión y pensamiento crítico acerca de los diversos fenómenos, así como de las interrelaciones y la interdependencia de diferentes países y grupos de población; b) dimensión socioemocional que hace referencia al sentido de pertenencia a una humanidad común, compartiendo valores y responsabilidades, empatía, solidaridad y respeto de las diferencias y la diversidad; finalmente c) la dimensión conductual que alude a la acción eficaz y responsable en el ámbito local, nacional y mundial con miras a un mundo más pacífico y sostenible (citado por González Jiménez, 2016).

Asimismo, la comisión Mundial para los Derechos Humanos (DH), asegura que una educación basada en derechos humanos debería abarcar 6 dimensiones: el respeto de los derechos humanos (educación como un derecho que empodera y permite el ejercicio de la educación), la equidad (satisfacción de las necesidades sociales y aprendizaje desde los principios de inclusión social y educativa), la relevancia y la pertinencia (desarrollo de competencias básicas relacionadas con aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser, aprender a vivir juntos, junto a la adecuada flexibilidad para dar respuesta válida a las necesidades del que aprende en distintos contextos) y la eficacia y la eficiencia (capacidad de las políticas públicas para hacer efectivas las anteriores dimensiones con una utilización adecuada de los recursos para la obtención de los mejores resultados) (Citado por González Jiménez, 2016).

Por su parte, Edgar Morin (2007 citado por Sias Casas, 2015), propone siete saberes para la educación del futuro, para que el alumno logré apropiarse del conocimiento a través de una educación: 1) que cure la ceguera del conocimiento (que el alumno detecté y subsane errores en un escenario social de reflexividad crítica y de convivencia ideológica); 2) para garantizar el conocimiento pertinente; 3) determinar los problemas clave de la humanidad (la humanidad debe reconocerse en la diversidad cultural implícita en todo lo humano); 4) desarrollar la identidad terrenal (desarrollo de la conciencia antropológica, ecológica, cívica y espiritual y volver a relacionar la culturas); 5) educar para enfrentar las incertidumbres; 6) instruir sobre la comprensión interpersonal como intergrupal (educar a no reducir al ser humano a una o varias de sus cualidades y que son múltiples y complejas); y 7) la ética del género humano (que se genera en el deber ético de enseñar la democracia como consenso y aceptación de las reglas democráticas).

5 Globalización en términos de Held se ve como "un proceso (o conjunto de procesos), que encarna una transformación en la organización espacial de las relaciones sociales y transacciones evaluadas en términos de su carácter extenso, intensivo, velocidad e impacto, generando los flujos transcontinentales e interregionales, y redes de actividad, interacción y ejercicio del poder" (Held at.al., 2000. p.55)

Hablando de la Enfermería contemporánea, ésta precisa de una educación orientada por las bases teóricas, filosóficas del cuidado humano, del pensamiento complejo, enfocado principalmente a lograr el aprendizaje del cuidado humano de enfermería, basado en la construcción del modelo curricular orientado al este objetivo en su dimensión como persona, familia y comunidad, vinculado al contexto social, económico, político, cultural en el que vive, motivando siempre hacia la investigación de fenómenos, así como el bordaje pedagógico emergente centrado en el alumno que permita aprender a cuidar la vida, la salud, y el bienestar de la población (Sias Casas, 2015).

Cabe resaltar que en el marco curricular de enfermería, no deben faltar las competencias marcadas por los Sistemas de Educación Superior, entre las que destacan el dominio de competencias propias de la profesión (conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores), incluyendo también el conocimiento de idiomas extranjeros, el manejo de la informática en salud y en enfermería, formación en Ciencias Sociales y Biomédicas, así como formación ciudadana y en aspectos generales de la cultura (Pernas Gómez, 2013).

Entre otras múltiples competencias, que se consideran prioridad en la actualidad, por ejemplo, incorporación de habilidades clínicas, comprensión correcta de los determinantes de salud, práctica basada en la evidencia científica (racionalidad técnica, arte de la profesión y experiencia profesional), habilidad para desempeñarse en los sistemas de salud de sus comunidades, habilidad como defensores efectivos de las personas que atienden, habilidad de manejar recursos y desempeñarse con seguridad, efectividad, en interdisciplinariedad durante el proceso de cuidados, prestar un servicio orientado a la comunidad, con liderazgo y desarrollo profesional continúo, y con la habilidad para ser emprendedores en salud (Pernas Gómez, 2013).

COMPETENCIAS

En las puertas del tercer milenio, una de las palabras claves en el contexto de las organizaciones educacionales es la "transformación". Autores contemporáneos buscan mostrar lo importante que es una visión holística de las mismas para poder gestar un profesional enfermero óptimo que le permita incorporarse al mercado laboral, tantas veces éste, deshumanizado, competitivo y efímero.

Nuevos elementos se agregaron a la agenda de las Ciencias de la Educación y en el análisis de su administración. Entre ellos encontramos problemáticas como la economía y políticas en los sistemas educativos, el papel de la pedagogía en las estrategias de desarrollo económico y social de los países, el Paradigma de la Sociedad del Conocimiento o la nueva división internacional en la producción y distribución de los mismos. Sin lugar a dudas, la razón del cambio en los paradigmas de los marcos explicativos de fenómenos económicos, políticos, y culturales y en el mundo de la educación, fue la globalización. Una segunda gran dimensión que inevitablemente debe ser abordada es el papel de los organismos internacionales capaces de influir en las políticas educativas mundiales que presionan las orientaciones de éstos en todo el mundo.

Además de lo anteriormente mencionado, la base de la metamorfosis, se basa en el campo de lo tecnológico y sus posibilidades de la construcción de sociedades en red. El avance ha sido significativo, el fenómeno de internet, nuevas tecnologías en todos los ámbitos, y en especial en el nuestro el de la enseñanza, parece no tener techo. El almacenamiento de información ya no constituye una proeza, el saber acabado y delimitado, el "yo sé todo", "yo profesor tengo la verdad", está siendo arrasado por una cultura del conocimiento múltiple, incierto, intangible, donde los cambios son tan profundos que nos invitan a afrontar inéditos retos en el desarrollo de aptitudes que tributen ideas y metodologías sobre qué hacer con dicha información y con el inminente mundo de la realidad virtual.

A manera de introducción hemos expuesto una de nuestras grandes preocupaciones a la hora de consignar las competencias que debe desarrollar el profesional de enfermería que se dedica a la docencia. Nos convocamos para instar las "Competencias" del docente de enfermería en este temprano amanecer del siglo en el que convivimos.

El proyecto Tunnig define como Competencia a la combinación dinámica de atributos,y la relaciona con los conocimientos, actitudes, habilidades y responsabilidades que se describen en un curriculum y dan cuenta de las habilidades de los estudiantes al final del proceso formativo.

Las capacidades de concepción y de acción que deben de adquirir las personas formadas para poder tratar de manera adecuada las situaciones que ellas mismas han de resolver en su profesión. Las competencias reflejan las habilidades para tomar decisiones oportunas en la actuación profesional. La reflexión de Andrew & Robb (2011), antes mencionada, quien plantea que la necesidad clínica sigue siendo prioritaria en la agenda educativa para mantener un perfil clínico creíble, las competencias necesarias que creemos que se deben desarrollar en los profesionales de enfermería que desarrollan las docentes, están abocadas a:

* Habilidades en los nuevos entornos educativos digitales y tecnológicos.
* Habilidades Conceptuales y cognitivas con fundamentación teórica/práctica.
* Habilidades Contextuales a la señalización socio profesional dada por el devenir social Habilidad de Autonomía se fundamentan en una matriz de teorías, procesos de enseñanza y aprendizajes.
* Habilidades para establecer sistemáticas relaciones entre el mundo laboral y el universitario.
* Habilidad para reestructurar la concepción tradicional constructivista que conocemos del aula, herramientas idóneas de buscadores no sólo de conocimientos epistémicos y pragmáticos sino de todas las herramientas para enseñar con las TIC y lograr transformar y amplificar la mente y lo que genera.
* Habilidades para conocer la psicología y la problemática del estudiante.
* Habilidades para la evaluación en los nuevos entornos educativos digitales y tecnológicos.
* Habilidad en la comunicación gestual, oral y escrita.

No debemos olvidar, en efecto, que los perfiles de ejecución directa requieren cada vez más una formación basada en el puesto de trabajo, como ya nombramos en la introducción, aquellos perfiles ligados a tareas organizacionales y de control que exigirán más "formación técnica y encontrarán un buen sistema de aprendizaje mediante la combinación de aulas con talleres y laboratorios de simulación de procesos y/o servicios para entrenamiento además de la práctica en el ámbito real.

CONCLUSIONES

El reto de formar enfermeras en el siglo XXI, es vislumbrar la necesidad de un modelo superador, donde las intervenciones de enfermería estén sostenidas en la salud, como derecho del ciudadano, visualizando un rol en los conceptos del metaparadigma y no en el modelo biológico-asistencialista, Este modelo sienta sus bases en la filosofía de enfermería que como todas las demás profesiones vinculadas a la salud, se entrelaza con lo humano, pero cuando se tecnifica, se pierde de vista la subjetividad, recortando solo el cuerpo, perspectiva que excluye la verdad de la enfermedad, que siempre se encuentra entretejida con las relaciones vinculares. La comunidad necesita rescatar la identidad profesional y la autonomía del hacer enfermero que en la actualidad se pierde o ambas son invisibles a los ojos de la sociedad.

Permitámonos trabajar en red, formando como educadores bajo un eje conductor con evidencia científica y aplicación de la misma sobre lo que realizamos día a día en las aulas, realcemos las voces, consolidando nuestra identidad como la construcción social para empezar a ocupar nuevos campos, somos el eje vertebral de cualquier sistema de salud, garantice-

garanticemos la formación y capacitación continua no solo de nuestros alumnos sino también de nosotros mismos, quienes estamos formando a los nuevos actores de esta disciplina profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ponti L. La enfermería y su rol en la Educación para la salud. Edit. Teseo. UAI. Argentina.2016
2. Burbules, N. El aprendizaje ubicuo y el futuro de enseñanza. Encounters/Encuentros/ Rencontres on Education Vol. 13, 2012, 3 - 14
3. Skinner B; Máquinas de Enseñar.Science.128(3330) 24 de octubre de 1958-pp 969:977
4. Marcelo, Cs. Las tecnologías para la Innovación y la práctica docente. Revista Brasileira de Las tecnologías para la innovación y la práctica docente. Educação, vol. 18, núm. 52, enero-marzo, 2013, pp. 25-47.
5. Bruera, R. (2008). El Mentorado Clínico. En R. Bruera, Manual de Didáctica de la Medicina. Argentina: Universitas - Editorial Científica Universitaria.
6. Crisp, N. (2018). Nursing—the wave of the future. BMJ, 361.
7. Ehrenberg, A., & Häggblom, M. (2007). Problem-based learning in clinical nursing education: Integration theory and practice. Nurse Education in Practice, 7, 67-74.
8. Hernández, A., Francis, S., Gonzága, W. y Montenegro, M. (En prensa) Estrategias didácticas para la formación de formadores. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José
9. Kalb, K. A. (2008). Core Competencies of Nurse Educators: Inspiring EXCELLENCE in Nurse Educator Practice. Nursing Education Perspectives (National League For Nursing), 29(4), 217-219.
10. Kalb, K. A. (2008). Core Competencies of Nurse Educators: Inspiring EXCELLENCE in Nurse Educator Practice. Nursing Education Perspectives (National League for Nursing), 29(4), 217-219.
11. Lopes, A., Boyd, P., Andrew, N., & Pereira, F. (2014). The research-teaching nexus in nurse and teacher education: contributions of an ecological approach to academic identities in professional fields. Higher Education (00181560), 68(2), 167-183. doi:10.1007/s10734-013-9700-2
12. Ordoñez, L. (2007). Didáctica de las Competencias. En O. Garrido, M. Nordenflycht, & S. Baldivieso (Edits.), Diseño Curricular por Competencias. Innovación en la Formación Profesional. La Experiencia de la Universidad Los Lagos (págs. 56-78). Santiago, Chile.
13. Papastavrou, E., Lambrinou, E., Tsangari, H., Saarikoski, M., & Leino-Kilpi, H. (2010). Student nurses experience of learning in the clinical environment. Nurse Education in Practice , 10, 176-182.
14. Scherer ZAP, Scherer EA. Reflexiones sobre la enseñanza de enfermería en la postmodernidad y la metáfora de una laguna teórico-práctica. Rev. LatinoAm. Enfermagem. [internet]. marzo 2007. [acceso 2 junio 2018], 15(3):498-501. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid
15. Guedes GF, Ohara CVS, Silva GTR, Franco GRRM. Ensino clínico na enfermagem: a trajetória da produção científica. Rev Bras Enferm [internet]. abril 2009; [acceso 31 mayo 2018], 62(2):283-6. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200018&lng=en.%20doi:%2010.1590/S0034-%2071672009000200018
16. Moya JLM, Parra SC. La enseñanza de la enfermería como práctica reflexiva. Texto Contexto Enferm. [internet]. Junio 2006; [acceso 31 mayo 2018]; 15(2):303-11. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200015
17. Sebold, LF., Carraro, TE. La Práctica pedagógica del docente en enfermería: Una revisión integradora de la literatura. Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. [internet]. Abril 2011; [acceso 31 mayo 2018]; ISSN 1695-6141 Revista N°22 Pag. 3-12. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/revision4.pdf
18. Andrew, N., & Robb, Y. (2011). The duality of professional practice in nursing: Academics for the 21st century. Nurse Education Today, 31(5), 429-433. doi: 10.1016/j.nedt.2010.08.013
19. Temporelli W. 2018 Las TIC en Educación". Mitos y verdades de su uso constructivista. Edit. Bonum, Buenos Aires, Argentina.2018.
20. Morelli, S. 2010. El Curriculum Universitario. Entre la política y la academia, las demandas y las reformas. Editor Laborde .1° Edición. Argentina.
21. Proyecto Tuning, según González Ferreras, J. y Wagenaar, R. (2003)
22. Calero M. (2009). Aprendizajes sin límites. Constructivismo. Ed. Alfaomega. Primera edición. México. ISBN 978-970-15-1429-0.

BIBLIOGRAFÍA

23. Calle J. Tendencias pedagógicas. Disponible en: www.monografias.com/trabajos91/las-tendencias-pedagogicas/las-tendencias-pedagogicas.shtm
24. CIES. Reglamento (s/f). Disponible en: http://www.cies.gob.mx/reglamento%20cies.pdf
25. Días Sobrinho J. (2008). Calidad, pertinencia y responsabilidad social de la universidad latinoamericana y caribeña. En: tendencias de educación superior de américa latina y el caribe. Documento base para la reflexión y el debate en la conferencia regional de educación superior en américa latina y el caribe (Cres 2008). Cartagena de indias, Colombia.
26. Díaz Barriga Arceo F. (1999). Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Cap.5. (2ª ed.). México: Mc Graw-Hill; p. 80-112
27. Díaz Barriga y Hernández Rojas 2010, estilos de aprendizaje.
28. Freire, P. (1996). Pedagogía da autonomía. Saberes necessàrios à prática educativa. Editorial paz e terra. São Paulo – Brasil.
29. Llamas Ramírez R, W. (2017). Estrategia educativa de aprendizaje basado en problemas vs la del modelo didáctico operativo de bustos en el reforzamiento de conocimiento de enfermería sobre prevención de la infección por virus del papiloma humano y la detección oportuna de cáncer cervicouterino, en personal de enfermería adscrito a módulos de medicina preventiva de la UMF N°. 9, delegación Aguascalientes. Tesis del centro de ciencias de la salud de la universidad autónoma de Aguascalientes y h.g.z. n. 1 del imss.
30. Morín, E. (2007). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Ed. Fache Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque – Perú.
31. Olivos Rubio M, Martínez Garduño M, D y Cruz Bello P. (2016). Actitudes y aprendizaje basado en problemas para el autocuidado en el manejo de residuos hospitalarios en enfermería. Red nacional salud y educación libro electrónico.
32. Ortiz A. (S/F). Implicaciones de las teorías del aprendizaje en los modelos pedagógicos, disponible en: http://www.monografias.com/trabajos72/implicaciones-teorias-aprendizaje-mk
33. OPS/OMS. (2010). Orientaciones para la educación en enfermería hacia el 2020. Para una educación orientada hacia la APS renovada. Resumen preliminar. Documento en proceso de discusión – Guatemala, noviembre.
34. Peñafiel M, B. (2016). Implementación de estrategias didácticas de aprendizaje relacionado con estilos de aprendizaje de los estudiantes de la escuela de enfermería, universidad de cuenca, cuenca, 2016. Tesis para obtener maestría en pedagogía en ciencias de la salud: Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Técnica de Ambato.
35. Pereira Chaves J, M. (2010). Consideraciones básicas del pensamiento complejo de Edgar Morin, en la educación. Revista electrónica@ educare vol. XIV, N° 1, [67-75], issn: 1409-42-58, enero-junio 2010. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/1941/194114419007.pdf
36. Pernas Gómez M. (2013). Modelo curricular para la formación de licenciados en enfermería cuba 2004-2009. Tesis presentada en opción al grado científico de doctora en ciencias de la educación médica: universidad de ciencias médicas de la habana.
37. Proyecto Alfa – Tuning América Latina. (2010). Competencias específicas de enfermería. S/f. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/viewfile/561/580.
38. Proyecto Alfa Tuning – América Latina (2011-2013). Tercera reunión general. Estrategias comunes para la evaluación, la enseñanza y el aprendizaje de las competencias. Santiago de chile, mayo de 2012.
39. Rivera W. (2012). Planificación docente de asignatura para una formación basada en competencias profesionales, Bolivia.
40. Sias Casas M, E. (2015). Bases teóricas-prácticas pedagógicas que orientan al docente para el aprendizaje del cuidado de enfermería en estudiantes de pregrado. Tesis para optar el grado académico de doctor en ciencias de la enfermería: Universidad Nacional del Trujillo.
41. UNESCO. (2009). La nueva dinámica de la educación superior y la investigación para el cambio social y el desarrollo. Paris. Disponible en: http://www.unesco.org/education/wche2009/comunicado_es.pdf
42. UNESCO. (2009). Conferencia mundial de educación superior. Las nuevas dinámicas de la educación superior y de la investigación para el cambio social y el desarrollo. París: 5-8 de julio de 2009. Disponible en: http://www.intec.edu.do/pdf/comunicado%20cmes%202009.pdf.
43. Tuning América Latina. (2007). Conclusiones y propuestas. Reunión distrito federal México: febrero, 2007. Disponible en: http://www.cies2007.eventos.usb.ve/memorias/areas/enfermeria.pdf.
44. Vygotsky Ls. (1987). Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. La Habana: editorial científico técnica.

BIBLIOGRAFÍA

45. Vygotsky Ls. (1988). Interacción entre enseñanza y desarrollo. Selección de lecturas de psicología de las edades i. Universidad de la Habana, T.III.
46. Waldow, R. (2009). Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. Aquichan –issn 1657 -5997. Año 9 – vol. 9 no. 3 – Chía Colombia – diciembre 2009 – 246 – 256.
47. Zabalza Ma. (2012). Buenas prácticas docentes en la enseñanza universitaria. Revista de docencia universitaria. 10(1): 17- 42.

PERFIL DE INTERNATIONAL NURSING NETWORK PARA EL/LA ENFERMERO/A LABORAL

Autores: Grupo de Trabajo Sectorial de Enfermería Laboral de INN

RESUMEN

El siguiente documento trata una recopilación bibliográfica realizada con el objetivo de crear y definir los papeles y funciones de los enfermeros de salud laboral para el grupo de trabajo sectorial (GTS) de enfermería del trabajo del International Nursing Network. La muestra fue compuesta material bibliográfico de enfermeros que actúan actual en el área de salud laboral que conforman el GTS.

SUMMARY

The following document deals with a bibliographic compilation made with the objective of creating and defining the roles and functions of the occupational health nurses for the sectoral working group (GTS) of nursing work of the International Nursing Network. The sample was composed of bibliographic material of nurses who act currently in the area of occupational health that make up the GTS.

RESUMO

O presente documento trata de uma compilação bibliográfica realizada com o objetivo de criar e definir os papéis e funções dos enfermeiros do trabalho em saúde para o grupo de trabalho setorial (GTS) do trabalho de enfermagem da Rede Internacional de Enfermagem. A amostra foi composta por material bibliográfico de enfermeiros que atuam atualmente na área de saúde ocupacional que compõem o GTS.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la pérdida de la salud es consustancial con la actividad laboral. Sin embargo, la preocupación de la sanidad por el trabajo productivo es un rasgo propio del mundo moderno que alcanzó su plenitud en el seno de las sociedades industriales.
En Argentina la formación de recursos humanos calificados para desempeñarse en el área de Salud en el Trabajo está muy limitado para el área de ENFERMERÍA siendo esta misma una oferta académica solo para personal médico o se incurre a la denominación bajo tecnicaturas basadas en seguridad e higiene. En 1914 la ley 9688 definía algunas de las enfermedades que debían ser indemnizadas por el empleador, sentaba bases que definieron al empleador como responsable de la salud de aquellos que empleaba en lo referido al trabajo encomendado. Sesenta años más tarde se promulgó la ley 19587 de Higiene y Seguridad para todos los lugares de trabajo. Esta ley se destaca en la protección de la vida, preservar y mantener la integridad psicofísica de los trabajadores; prevenir, reducir, eliminar o aislar los riesgos, estimular y desarrollar la prevención de accidentes o enfermedades derivados de la actividad laboral (Basile, 2005), volvemos a remarcar que, la misma está dirigida en base a cursos con una duración promedio de 3 a 9 meses, o directamente se debe estudiar una carrera paralela en seguridad e higiene, sin centrar especializaciones para el desarrollo futuro de enfermería dentro de este campo de estudio, siendo que es una actividad muy demandada, pero con poca o nula resolución.
En España la especialidad Enfermería del Trabajo surge, en amparo legal, a partir de la publicación del RD 450/2005, de 22 de Abril, sobre especialidades de Enfermería (BOE núm.108, de 6 de Mayo de 2005, artículo 2 d). En la actualidad, la vía de acceso a la especialidad es vía Enfermero Interno Residente (EIR), requiriendo superar el examen EIR y realizar un periodo de prácticas y formación EIR. La Orden SAS /1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo es el marco legal que regula la formación teórica y práctica del EIR. Este plan formativo tiene una duración de 2 años.
En Honduras, el Código del Trabajo mediante decreto 189 (1959) establece en el capitulo V Protección a los trabajadores durante el ejercicio del trabajo, capitulo I Higiene y Seguridad en el trabajo; en donde establece que todo patrono o empresa esta obligado a suministrar y acondicionar locales y equipos de trabajo que garanticen la seguridad y la salud de los trabajadores. Capitulo II Riesgos profesionales, estableciendo que el riesgo profesional son los accidentes o enfermedades a que están expuestos los trabajadores a causa de las labores que ejecutan por cuenta ajena. (Matute, 2011)

En Portugal, la actividad de enfermería dentro del área laboral fue legislado por imperativo de la presencia en el contexto empresarial, mediante el Decreto-Ley N ° 109/2000 de 30 junio, que el estado debe ejercer su actividad con autonomía técnica. Como resultado, la Dirección General de Salud emitió la Directriz 9/2014 de 03 de junio, con miras a la creación de un registro de titulares de la autorización para ejercer la enfermería en el área laboral, después de haber decidido que en este país: "La actividad del enfermero del trabajo se dirige a la gestión de la salud del trabajador o de grupos de trabajadores. Se centra en la promoción y protección de la salud y el bienestar en el lugar de trabajo, la prevención de accidentes y enfermedades relacionadas o agravadas por el trabajo, con el fin de promover entornos de trabajo saludables y seguros"(Dirección General de Salud, 2014)

enfermeriaactiva@inursingn.com ISSN: 2444-782X INDEXADA EN CUIDEN

PERFIL

El Grupo de Trabajo Sectorial de Enfermería Laboral de International Nursing Network mediante el análisis de diferentes disposiciones legales nacionales e internacionales, dispone que el presente documento puede aplicarse a todos los enfermeros que estén como miembros efectivos según reglamentación dentro de cada país, independientemente del contexto jurídico-institucional donde los mismos desarrollan su actividad en particular, ya sea pública o privada, y cualquiera que sea su régimen contractual, para garantizar de esta manera que el ejercicio profesional se efectúe acorde al régimen profesional deontológico y demás normativas específicas de la Enfermería dentro de su territorio de acción, asegurando así una prestación de servicios y cuidados de enfermería en la calidad del trabajo.

Las funciones y ámbitos de actuación de los enfermeros y enfermeras del trabajo son amplios y variados, abordando al trabajador de una manera holística e integrativa, entendiéndole como un ser biopsicosocial.
El perfil del enfermero especialista en Enfermería del Trabajo integra, acumulativamente, las competencias del enfermero de cuidados generales, previamente adquiridas, y un conjunto de competencias exclusivas que definen y se constituyen como referencial del marco regulatorio para el ejercicio. Éste podrá desenvolverse de manera autónoma dentro de un equipo multidisciplinar, manteniendo un rol propio y precisando para ello competencia y formación científica adecuada a su desempeño profesional.

enfermeriaactiva@inursingn.com ISSN: 2444-782X INDEXADA EN CUIDEN

El Profesional con perfil en Enfermería del trabajo podrá:

* Evaluar el grado de desarrollo en Salud Ocupacional y el porcentaje de cumplimiento de un área específico.
* Evaluar las condiciones de salud de los trabajadores de un sector, utilizando herramientas evaluativas acordes con la actividad a realizar.
* Desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica conjuntamente con higiene y seguridad que incluirán accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, patologías relacionadas con el trabajo y ausentismo por tales causas
* Evaluar puestos de trabajo desde la perspectiva de la Ergonomía aplicada a los sistemas de trabajo.
* Formar grupos interdisciplinarios comprometidos en los planes de mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios, desarrollando el componente de Salud Ocupacional y Riesgos profesionales.
* Organizar la brigada de emergencia institucional e implementar el servicio de primeros auxilios.
* Prestar asesoría en aspectos médico laborales, tanto en forma individual como colectiva.
* Promover actividades de recreación, descanso y deporte como medios para la recuperación física y mental de los trabajadores, dentro de los programas de estilos de vida y trabajo saludables.

Funciones y alcances:

* Coordinar el trabajo para la elaboración, implementación y evaluación de programas generados a partir de los lineamientos entregados a nivel nacional para salud ocupacional.
* Unificar criterios, protocolizar y normar funciones, actividades y tareas en los ámbitos de salud ocupacional, en función de los programas y de demanda espontanea en temas de su competencia.
* Coordinación de materias ocupacionales a nivel internacional, nacional, provincial y/o regional
* Realizar actividades incluidas en los compromisos de gestión del plan regional de salud pública y de la subsecretaria de salud pública.
* Colaborar en la investigación de accidentes laborales fatales y graves que hayan sido notificados a la autoridad sanitaria.
* Evaluación de puestos de trabajo y emisión de informe para calificación de trabajo pesado.
* Manejar y elaborar informes estadísticos.
* Participar en reuniones técnicas.
* Participar en las actividades de educación en materias de su competencia.
* Cumplir con los protocolos de los programas de vigilancia epidemiológica de intoxicaciones por plaguicidas, accidentes laborales fatales y graves.
* Colaboración en la elaboración de diagnóstico local y regional productivo, sanitario y con perspectiva de género de salud ocupacional.

enfermeriaactiva@inursingn.com ISSN: 2444-782X INDEXADA EN CUIDEN

FORMACIÓN

El objetivo principal es formar profesionales competentes para llevar a cabo actuaciones planificadas de la prevención, en lo que respecta a disminuir el riesgo de que se produzcan accidentes de trabajo dentro de una serie de actividades laborales específicas.
Los objetivos específicos son:

Adquirir una visión global de la seguridad en el empleo de diversas máquinas y uso de la electricidad, y adoptar las medidas de prevención que sean de aplicación en cada caso concreto.

Conocer las distintas técnicas de trabajo, riesgos asociados y métodos de control que pueden aplicarse a distintas operaciones.

Elaborar modelos de gestión y saber las prácticas que deben seguirse desde el punto de vista de la seguridad en el marco de la legislación vigente de cada país.

Proporcionar las líneas generales para confeccionar una ficha de seguimiento adecuada a las instalaciones cuyo mantenimiento se quiere controlar, en función de las características de éstas y de la reglamentación que deben cumplir.

Curricula de formación

Se propone la formación sobre la base de 3 ejes básicos (eje de Instrucción, eje social y eje conceptual). Los mismos están destinados a que el profesional construya herramientas que le permitan tener un accionar sobre las diferentes tareas y situaciones que le presenten en su labor diario.
Incluimos un cuadro de doble entrada con los ejes básicos de formación y sus posibles materias de estudio.

EJE	MATERIAS
INSTRUCCIÓN	MEDICINA DEL TRABAJO
SOCIAL	ADMINISTRACIÓN DEL SERVICIOS ECONOMIA DEL TRABAJO SOCIOLOGIA LABORAL LEGISLACION DEL TRABAJO EDUCACION PARA LA SALUD SEGURIDAD DEL TRABAJO AREA LEGAL Y PERICIAL
CONCEPTUAL	DOCENCIA METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION: CUANTITATIVO - CUALITATIVO

enfermeriaactiva@inursingn.com ISSN: 2444-782X INDEXADA EN CUIDEN

El programa de formación para adquirir la competencia en Enfermería del Trabajo, debe constituirse como un referencial orientador en la formación del postgraduado, esta debe realizarse en Instituciones de Enseñanza Superior, con el fin de que el programa formativo pueda integrar los 3 ejes que se han planteado con anterioridad y enmarcarse dentro un componente teórico, teórico- práctico y práctico en contexto real, bajo la orientación de un enfermeros con competencia en el área de la Enfermería del Trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

Argentina:
Visto en: https://www.smiba.org.ar/revista/vol_05/05_04_02.htm
España:
Visto en:www.elsevier.es/corp/generacionelsevier/enfermeria-del-trabajo-una-especialidad-con-muchas-posibilidades/
Visto en: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/enfermeria.pdf
Honduras:
Visto en: http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/WEBTEXT/29076/64849/S59HND01.htm
Portugal:
Visto en: https://www.ordemenfermeiros.pt/documentos-oficiais/?; 3-reg_comp_acresc_-diferenciada-enfermagem-trabalho_aprovado-12052018.pdf Ordem dos enfermeiros (2018), regulamento da competência acrescida diferenciada em enfermagem do trabalho

ENSAYO

MI HISTORIA ES LA DE UNA SUPERVIVIENTE DE UCI, PERO HASTA LLEGAR AHÍ TUVE QUE ANDAR UN CAMINO…"

Autora: Carmen Prieto Gómez

MI HISTORIA ES LA DE UNA SUPERVIVIENTE DE UCI, PERO HASTA LLEGAR AHÍ TUVE QUE ANDAR UN CAMINO…”

Mi nombre es Carmen Prieto Gómez y si algo aprendí con la enfermedad, es que el tiempo deja de ser eterno y que probablemente nos acaba de tocar el turno a nosotros.
La enfermedad es cruel, porque cambia las reglas del juego, la amenaza del exterior ya está en el interior y no lo podemos controlar.

Es difícil aceptar que nuestros planes cambian y el sufrimiento representa la pérdida de tiempo y de oportunidad.

De golpe se nos va una parte muy importante de nuestra vida, LA SALUD.
Un 26 de diciembre de 2013 mi vida se paró en seco y ya no arranqué la última hoja del calendario de ese año…

Con 30 años, una neumonía severa, dos infecciones más y unas expectativas de vida muy cortas, así terminé ese año.

La única opción fue esperar para arrancar una nueva vida con unos pulmones muy cuidados por todo el personal sanitario, me costó pasar por la vida en UCI.
La falta de aire es una sensación angustiosa, el dolor lo puedes rebajar, la falta de aire no. Ves que los médicos tampoco te alivian en tu batalla por intentar respirar a cada segundo.
Tienes que concentrarte para sacar fuerzas en esos angustiosos momentos, para intentar por todos los medios coger una bocanada más de aire.

Cualquier movimiento me desestabilizaba por completo, y un deterioro físico importante fueron algunas de las consecuencias físicas que viví 40 días en una UCI en ese pulso con la vida, una tortura que los médicos intensivistas junto a todo su equipo intentaron amortiguar de día y de noche en ese largo y espinoso camino.

20 días con un respirador artificial sonando a cada momento, una especie de tortura…
Lo que nunca imaginé es que esa máquina respiraba por mí.

Cuando “dormía”, muchos “sueños” iban y venían en mi cabeza, perfilaba sutilmente alguna imagen que luego se desvanecía. Pero sí era consciente que había mucha gente cuidándome: me acariciaban y me hablaban, con la misma dulzura como si fuese de su familia en ese BOX, pero nunca entendí qué pasaba, por qué no me podía mover en aquella cama…

Recuerdo con cariño cómo se preocupaban los auxiliares en comprobar qué pensaba o que decían mis labios silenciados, ya que no podía emitir sonido debido a la traqueotomía…

MI HISTORIA ES LA DE UNA SUPERVIVIENTE DE UCI, PERO HASTA LLEGAR AHÍ TUVE QUE ANDAR UN CAMINO…”

Recuerdo aquella enfermera que aún sin poder beber agua, me daba agua para calmar mi sed, o a esa otra enfermera que sentada en mi cama me cogía las manos y me hablaba todas las noches, porque solo con una mirada sabía qué quería en cada momento.

Aquel médico que me levantó la persiana para decirme “mira qué bonito está el día”…
Y es que creemos que tenemos la vida asegurada, hasta que llega la enfermedad y hace que pares tu camino.

En la UCI aprendí, pelee y lucharon por mí.

Me enseñaron que nada grande se ha hecho en la historia sin ilusión y esperanza.
También me enseñaron que en las peores condiciones es cuando conoces a las mejores personas.

Con ellos aprendí, que aunque no se puede curar a todo el mundo, sí se puede cuidar a todo el mundo.

Aprendí que no le tengo miedo a la muerte, (aunque te sople detrás de las orejas), sino al sufrimiento…

Pero también perdí mi dignidad, se la di a los médicos, enfermeros y auxiliares.
En cada latido me repetía una y otra vez que me estaba armando desde mis pedazos y se llega a un punto en el que solo tenemos la esperanza y entonces descubrimos que lo tenemos todo.
El dolor que he sentido no se eliminaría automáticamente.

Somos demasiado orgullosos como para estar sentados o postrados en una cama durante un tiempo o toda la vida y que alguien atienda tus necesidades más íntimas.

Debes estar lo suficientemente bien y tener control de tus funciones para hacerlo y no siempre es posible, entonces es cuando llega el largo camino que tienes que recorrer para tu recuperación física y mental.

Porque en el momento que eres una enfermedad o eres el paciente del BOX 13, tu identidad como persona la dejas fuera.

… y es que tuve la suerte de conocer a personas que tuvieron el coraje de acercarse al sufrimiento para transformarlo en salud.

Sí, hablo del personal sanitario donde estuve ingresada, médicos, enfermeros y auxiliares.

En ese BOX aprendí que existen días que te dan alegrías, otros experiencias y los malos días que te enseñan a vivir.

Aprendí que hay partidas que hay que jugar hasta el final, porque las batallas se ganan o se pierden, pero todas se pelean.

En esa habitación aprendí:

Que el tiempo es un ladrón que roba todo lo que no eres capaz de vivir, muchas veces tan muerto y otras tan necesario.

En esa habitación entendí que casi nada, a veces es mucho.

A ese tiempo le doy mis lunes y mis soles, mis segundos, mis minutos y mis horas…
Un diciembre y once meses más…

Porque al final gana quien a pesar de sus problemas, regala una sonrisa.
Gana quien sabe llevar de la mano su propia vida, dándole sentido.

Porque en la segunda oportunidad, no tratas de ser tan perfecta.

Todas las personas deberían tener una segunda oportunidad, para la vida, para el amor, para sonreír y para disfrutar.

Así pasó diciembre y llegó mi segundo despertar en la vida, aquel 19 de enero.

No sabemos la importancia que tiene la comunicación en nuestra vida hasta que la pierdes.

Con esa parálisis después del coma aprendí, que por mucho que te enfades, permaneces en el mismo sitio, y que te puedes hartar de llorar que sigues ahí, tendida e inmóvil.

Deseas irte, pero no.

Otra vez se apaga la luz, y hasta mañana.

enfermeriaactiva@inursingn.com ISSN: 2444-782X INDEXADA EN CUIDEN

MI HISTORIA ES LA DE UNA SUPERVIVIENTE DE UCI, PERO HASTA LLEGAR AHÍ TUVE QUE ANDAR UN CAMINO…”

Para superar el paso de las horas en esa habitación, contaba una a una las hojas de las persianas y cuando acababa volvía a empezar.

También me dio tiempo a pensar en las personas que conozco, en mis amigos de toda la vida, y a los que conocí en ese mismo año…

La visualización que tienes de las personas en esa cama incomunicada, es perfecta, recuerdas el que te hizo daño, el que te hizo risa, el que te traicionó y el que no te valoró.

En esas horas eternas, no existen los malos sentimientos, los rencores se olvidan y sólo tienes buenos deseos, porque entiendes que la vida es mucho más sencilla de lo que aprendemos cuando vamos creciendo.

Pasaba el tiempo llamando la atención de algunas enfermeras con mis ojos y la de veces que se pusieron la nariz de payaso por verme sonreír.

Entendí la importancia de poder elegir…

Es cuando aprecias la libertad del movimiento, de poderte servir un vaso de agua, poder peinarte o levantarte e irte del sitio donde no quieres estar.

La parálisis después del coma te hace independiente, te fortalece y hace que respondas cuando te preguntan cuál es el sentimiento que consideras más importante, y tu respuesta sea el cariño, porque con ese cariño me empezaron a mover cada musculo y cada articulación.

Con ese cariño me empezaron a levantar de esa cárcel horizontal, y con ese cariño, el rehabilitador me enseñó mis primeros pasos.

Cuando desperté, la primera sonrisa que vi fue la de un médico que me dijo “sonrío por quien necesita mi sonrisa” y con el tiempo me di cuenta cuánto valía esa sonrisa.

… me di cuenta que lo más valiente que hice en mi vida fue seguir viviendo cuando quería morirme, cuando los relojes se quedaron sin pila, sin arena y no había sol que marcase la sombra del tic tac sobre la piedra…

… y es que la vida me regaló tiempo no para que lo guarde, sino para que lo viva y para que muestre al mundo todo lo que la enfermedad (una maestra en toda su extensión), me enseñó.

MI HISTORIA ES LA DE UNA SUPERVIVIENTE DE UCI, PERO HASTA LLEGAR AHÍ TUVE QUE ANDAR UN CAMINO…”

IMÁGENES DE LA SOBREVIVIENTE DE UCI

enfermeriaactiva@inursingn.com ISSN: 2444-782X INDEXADA EN CUIDEN

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista ENFERMERÍA ACTIVA, tiene una periodicidad trimestral y publicará artículos originales e inéditos en los idiomas español, portugués e inglés. Anualmente se publicarán las ediciones extraordinarias que el interés o las necesidades del Comité Editorial demanden

Esta publicación está abierta a la acogida de temas de interés sanitario y sociales relacionados de cualquier ámbito de la Enfermería.

La Revista ENFERMERÍA ACTIVA tiene el ISSN 2444-782x, que certifica los trabajos en ellas publicados, y concede validez para su autores/as a los efectos profesionales que puedan serles oportunos (carrera profesional, acreditación de competencias profesionales, baremos de méritos, etc.) y realiza una evaluación a doble ciego de la calidad de los originales enviados para verificar la calidad e idoneidad de los mismos de cara a su publicación

Los/as autores que remitan trabajos para su publicación tendrán acuse de recibo del mismo, sin que esto suponga el compromiso de su publicación, la cual quedará supeditado a la revisión del Comité Internacional de Evaluadores, que, como se ha indicado, a doble ciego valorarán la pertinencia de los originales para ser publicados.

El Consejo Editorial y el Comité Internacional de Evaluadores se reservan el derecho de introducir modificaciones de estilos, así como realizar los reajustes del texto que consideren necesarios, con el compromiso de respeto por el original remitido.

Los conceptos e ideas expuestos en los trabajos son de la exclusiva responsabilidad de sus autores/as y representan su opinión personal.

Esta publicación incluirá, además de trabajos científicos, otros artículos de interés, entrevistas y cualesquiera otras secciones sean consideradas de interés por su Consejo Editorial.

Los trabajos y colaboraciones podrán remitirse por correo electrónico a la Dirección de la Revista, en la dirección electrónica enfermeriaactiva@inursingn.com

La extensión de los trabajos no podrá superar los 25 folios con tipo de letra corbel número 11 interlineado sencillo y, de forma genérica pueden constar de los siguientes apartados:

Título.

Autor/es: Debe figura su/s nombre/s, categoría/s profesional/es y lugar/es de trabajo. Si el número de autores es superior a seis, se incluirán los seis primeros, añadiendo la partícula latina et al.

Resumen: La extensión del resumen no será superior a 250 palabras y su lectura debe permitir conocer los aspectos principales del trabajo: objetivos, metodología, resultados más relevantes y principales conclusiones.

Palabras clave: Se aconseja señalar un número de entre 3 y 10 palabras claves.

Title: Traducción al inglés del título (si el artículo original se publica en inglés, la traducción será al español).

Abstract: Traducción al inglés del resumen (si el artículo original se publica en inglés, la traducción será al español).
.

Key words: Traducción al inglés de las palabras clave (si el artículo original se publica en inglés, la traducción será al español).

Introducción: Debe establecer los objetivos y justificación, así como las referencias más relevantes de los trabajos publicados que permitan contextualizar el tema de estudio.

Material y métodos: En este apartado se describirán las principales características de la metodología utilizada, sujetos de estudio, procedimientos, tipo de análisis, tiempo del estudio, etc.

Resultados: Se deben destacar los resultados más relevantes, y se debe evitar en la medida de lo posible repetir información proporcionada por tablas y figuras.

Discusión: Interpretación de los resultados y comparación de los mismos con estudios similares llevados a cabo por otros autores. Limitaciones del estudio tras su ejecución.

Conclusiones: Consideraciones finales de los autores en relación con la discusión del estudio y los objetivos del mismo.

Bibliografía: Las referencias bibliográficas se ajustarán a las Normas de Vancouver su exactitud es responsabilidad de los autores. Deberán ir numeradas correlativamente según su aparición en el texto por primera vez, con número arábigos volados. Cuando coincidan con un signo de puntuación, la cita precederá siempre a dicho signo.

Anexos: Se pueden recoger en estos: las escalas, hoja de recogida de datos, tablas, figuras, etc. Las tablas y fotografías podrán ser incluidas en el texto, o ser enviadas en un archivo adjunto (Word, Excel, Power-Point etc.). Dichos elementos irán referenciados en el texto y acompañados de una leyenda en el archivo adjunto (Ej.: figura 1, tabla 1, foto 1, gráfico 1).

Agradecimientos: Se podrán incluir los agradecimientos que los autores consideren someter, dentro del contexto del trabajo.

DECLARACIÓN DE INTENCIONES DE ENFERMERÍA ACTIVA

MISIÓN

La revista enfermera de difusión digital ENFERMERÍA ACTIVA, medio oficial de difusión científica de International Nursing Network, tiene como misión:

1. Conformar un espacio de comunicación e intercambio de conocimientos de profesionales de Enfermería, que se oriente hacia recoger, difundir y compartir buenas prácticas profesionales para la accesibilidad, mejora y uso adecuado de los servicios de salud y de los programas o proyectos destinados a la promoción, prevención y protección de la salud, especialmente en el campo de las urgencias y emergencias sanitarias.
2. Brindar un espacio de libre acceso para que investigadores y profesionales, puedan publicar y a acceder a producciones intelectuales, académicas o de investigación, ciencia y tecnología sanitaria.
3. Constituir un medio de actualización del conocimiento, a través de la producción científica, de la investigación, de la innovación y el desarrollo profesional.

VISIÓN

La visión ENFERMERÍA ACTIVA es la de una publicación caracterizada por el dinamismo, la permanente capacidad de innovación, de adaptación a la evolución de la Sociedad y de anticipación al futuro. Una publicación dinámica, competitiva y diferente, con una destacada capacidad de innovación, preparada en todo momento para adaptarse a las necesidades y oportunidades presentes y futuras, y contribuyendo a la búsqueda de la mejora de la calidad y la excelencia.

VALORES

Los valores de ENFERMERÍA ACTIVA sientan sus bases en los conceptos básicos fundamentales de la Comunidad Científica, de la Bioética, del Humanismo, de los parámetros y de las directrices emanados de las Instituciones Públicas como expresión de la voluntad popular en los procesos políticos vertebradores de nuestra sociedad.

Nuestro valor supremo es el Ser Humano como expresión del la antigua concepción humanista de considerar al “hombre como la medida de todas las cosas”.

Como valores específicos destacamos:

El respeto a las creencias y decisiones de las personas.
La confidencialidad.
La búsqueda de la excelencia y la mejora continua.
El trabajo en equipo.
El compromiso con el Sistema Sanitario Público.
La información y la transparencia.
El uso adecuado de los recursos y de la innovación tecnológica.
La orientación a los/as profesionales de Enfermería.
El ser una publicación:

Comprometida con la calidad.
Comprometida con el respeto al medio ambiente.
Segura y fiable.
Abierta, transparente, y comunicativa.
Flexible, e innovadora.

enfermeriaactiva@inursingn.com ISSN: 2444-782X INDEXADA EN CUIDEN

VALORES

Comprometida con la calidad.
Comprometida con el respeto al medio ambiente.
Segura y fiable.
Abierta, transparente, y comunicativa.
Flexible, e innovadora.
Generadora y transmisora de conocimiento.
Motivadora e ilusionante.
Abierta a la innovación, a la investigación y al desarrollo (I+D+i).
Amable y respetuosa.
Humanizada y humanizante.
Eficaz, efectiva y buscadora de la eficiencia.
De fácil accesibilidad.
Gestionada con calidad profesional y humana.
Configurada en torno a las necesidades de los usuario.
Preocupada por generar valor añadido.
Generadora de estructuras horizontales.
Preocupada por las "pequeñas cosas"
De alta competencia profesional y humana
De alta calidad científica y técnica.
Aplicadora de los principios éticos de Beneficencia; No Maleficencia; Autonomía y Justicia
Comprometida con la mejora continua en todos sus ámbitos (procesos, planificación, producción, servicios…)
Preocupada con construir calidad.
Con estilo de liderazgo participativo.
Rompedora de barreras entre personas y profesiones.
Minimizadora de costes
Generadora de sentimientos de orgullo y pertenencia entre sus clientes –externos e internos-
Honesta en sus planteamientos
Generadora de feed-back
Establecedora de sistema de evaluación de la calidad en todos sus ámbitos.
Generadora de dinámicas directivas para la revisión constante de estos principios.

PRINCIPIOS ÉTICOS

ENFERMERÍA ACTIVA se somete a unos principios éticos, basados en los principios y valores de International Nursing Network, y en los principios explicitados en su Misión, Visión y Valores.
Este Código afecta a todas las personas que, de manera permanente o puntual, se relacionen con esta Publicación.
Hace alusión al modo de relacionarse con los/as profesionales, lectores/as, los autores/as, colaboradores/as
Ha de ser útil para establecer las líneas de principios y valores por las que debe conducirse esta Publicación y resolver los posibles conflictos éticos en la práctica y anticiparse a los mismos.
Este código es biunívoco y debe comprometer las relaciones bilaterales de las personas con esta Publicación.
Su resultante debe ser el establecimiento de un adecuado nivel de confianza entre todas las personas que se relacionen con esta Publicación y para la creación de un clima de compromiso y valores compartidos.
Debe ser el elemento identificador de los principios en los que se basa la Publicación.

ENFERMERÍA ACTIVA, sienta sus bases y principios Éticos en los códigos, documentos, disposiciones, normativas, legislaciones y principios, de carácter profesional o social; y a cualquier nivel, en que esta se produzca; con especial referencia a los grandes Códigos y Principios que establecen nuestro ordenamiento social.
Los organismos responsables de la Revista ENFERMERÍA ACTIVA y sus miembros constituyentes, tendrán presente en todas sus actuaciones, decisiones y procedimientos de trabajo, a las personas como principales protagonistas y beneficiarios de sus acciones.
Todas las relaciones con las personas, en cualquier ámbito que esta se produzca, estarán presididas por el respeto a sus derechos y dignidad.
Los principios básicos de las relaciones interpersonales estarán basados en el respeto y la transparencia.
Se garantizará la confidencialidad sobre las informaciones recogidas en el curso de las actividades y acciones relacionadas con los trabajos y personas que se relacionan con la Publicación y sus acciones.
Se obtendrá el consentimiento previo de las personas y autores de los trabajos publicados, para utilizar cualquier información procedente de los mismos, o cualesquiera otras acciones se considerasen necesarias.
Se tratará con objetividad el análisis y evaluación de los elementos, instituciones, profesionales, etc.
Los hallazgos, conclusiones e informes estarán soportados en evidencias, sobre la base de la veracidad y la exactitud.
Se actuará con Imparcialidad y Responsabilidad en la toma de decisiones.
Se identificarán y comunicarán los posibles conflictos de intereses que puedan presentarse, para garantizar los principios de calidad.
Todas las personas relacionadas con la Publicación no se someterán a ningún compromiso económico ni de otro tipo procedente de organizaciones o personas ajenas que pudieran influenciarlos en el ejercicio de sus deberes.
Se rehusará utilizar la condición de miembro de la Publicación para obtener beneficio o trato preferente alguno.

NATURALEZA, COMPETENCIAS Y FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO ASESOR Y DE EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA ACTIVA

PROPÓSITO

En consonancia con los criterios de calidad que se enmarcan en el compromiso ético de la revista enfermera de difusión digital ENFERMERÍA ACTIVA, medio oficial de difusión científica de International Nursing Network, se conforma su Consejo Asesor y de Evaluación con carácter nacional e internacional.

1. El Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA, es un órgano de asesoramiento, observador, consultivo y de evaluación externo a la entidad editora, constituido por profesionales de reconocido prestigio en diferentes áreas y especialidades de las ciencias sanitarias.

2. Los profesionales que forman parte del Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA, lo hacen a título individual y de manera altruista. Son designados por bienios y pueden cesar a petición propia cuando lo soliciten.

3. La composición del Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA se rige por los siguientes criterios:
a) Ser profesionales expertos en sus respectivas áreas de conocimiento o experiencia profesional.
b) No pertenecer al Consejo Editorial de la Publicación, como garantía de exogamia científica y objetividad;
c) Reunir a profesionales nacionales e internacionales.

4. En virtud de su consideración de órgano consultivo, los miembros del Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA podrán ser requeridos por el Consejo Editorial para que asesoren sobre cualquier aspecto de la revista y para que actúen como evaluadores externos de los trabajos científicos presentados para su publicación.

5. Los miembros del Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA no serán consultados previamente por parte del Consejo Editorial sobre los contenidos de cada número de la publicación, por lo que no pueden ser tenidos por responsables de ellos, ni tampoco de los aspectos formales de la misma.

6. Lo dicho no obsta para que en tanto que órgano observador, los miembros del Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA puedan hacer, por propia iniciativa, y en cualquier momento, las sugerencias y propuestas y realizar las críticas que consideren convenientes para mejorar la calidad de la publicación.

7. La principal función del Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA consiste en analizar la evolución de la publicación y evaluar su interés y calidad científica.

8. A tal fin, los miembros del Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA podrán ser consultados por el Consejo Editorial con las acciones que se consideren convenientes y factibles (evaluación mediante cuestionarios, sesiones presenciales...) para garantizar la función asesora de este órgano.

9. El número de miembros del Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA no tiene carácter cerrado y se podrán producir todas aquellas incorporaciones que por parte del Consejo Editorial se consideren necesarias, para enriquecer las funciones de este órgano de control de la calidad científica de la publicación.

COMPONENTES DEL CONSEJO ASESOR Y DE EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA ACTIVA

Aline Silva do Prado (Brasil)
Anier Felipe Borrego (Cuba)
Blanca Sánchez Baños (España)
Claudio Alberto Ibero (Argentina)
Denise King (Estados Unidos)
Francisco Jesús Antúnez Miranda (España)
Francisco Nieto Rosa (España)
Irama Josefina López Urbina (Venezuela)
José Antonio Ortiz Gómez (España)
Julia Ortega Limón (España)
Manuel Archilla Jiménez (España)
Mariana Beatriz Navarro (Argentina)
Mariot Bermúdez Soto (Venezuela)
Silvia Alicia Alamilla Alfonso (México)
Tatiana Piva (Brasil)

RECONOCIMIENTOS

ENFERMERÍA ACTIVA by INTERNATIONAL NURSING NETWORK is licensed under a Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional License. Creado a partir de la obra en www.inursingn.com.">

enfermeriaactiva@inursingn.com ISSN: 2444-782X INDEXADA EN CUIDEN

INTERNATIONAL NURSING NETWORK