

Por más Salud

Vanguardia en Enfermería Geriátrica

Número 10 año 6/2026





Revista Digital de Enfermería

Por más Salud



Elizabeth Melín
Prof. Licenciada en Enfermería
Máster y Diplomatura en Enfermería



Eduardo Alegre
Licenciado en Enfermería.
Diplomatura en heridas y técnicas de curación



Lorena Landeira
Licenciada en Enfermería
Diplomatura en enfermería legal forense



Julio Parindari
Licenciado en Enfermería
Cuidados Críticos



Marcelo Ferreira
Licenciado en Enfermería
Teleenfermería y gestión de casos



Eduardo Sosa
Prof. Licenciado en Enfermería
Especialista en Seguridad del Paciente



Daniel Fiori
Licenciado en Enfermería
Gestión de servicios, calidad y seguridad
del paciente





Indice

Editorial El Rol Humano de la Enfermería en

la Atención del Adulto Mayor: Más allá de la Técnica 4

Cambiar algo para que nada cambie Adicciones
entre anestesistas: La lógica corporativa
se repliega en sí misma 6

**De la "Mística" a la Ciencia: El Desplazamiento
del Concepto "Arte" en la Enfermería Moderna.** 10

Historia de Hospital. 12

**Más Allá del Acceso Vascular: Luces y Sombras
de los Catéteres de Larga Permanencia en la
Terapia de Infusión** 14

**El Mártir de la Higiene: Ignominia en la Medicina
del Siglo XIX** 18

12 de enero Día Internacional de Enfermería. 20



Editorial

El Rol Humano de la Enfermería en la Atención del Adulto Mayor: Más allá de la Técnica

La enfermería no es solo la aplicación de procedimientos clínicos; es la **disciplina profesional del cuidado** que acompaña la vida en su etapa de mayor complejidad biopsicosocial. En un entorno sanitario altamente tecnificado, la consolidación de una praxis humanizada es lo que define la excelencia en nuestra disciplina científica.

Conceptos Fundamentales para el Abordaje Gerontológico

Para fundamentar nuestra práctica, es vital clarificar los pilares sobre los cuales construimos la atención integral:

Geriatria: Especialidad médica dedicada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías en la vejez.

Gerontología: Estudio científico del proceso de envejecimiento desde una perspectiva multidisciplinar: biológica, psicológica y social.

Enfermería: Ciencia de la salud que se ocupa de las respuestas humanas ante procesos de salud y enfermedad en todas las etapas del ciclo vital.

Atención Humanizada: Modelo de cuidado que integra la evidencia científica con el respeto irrestricto a la dignidad y autonomía de la persona.

Individuo de Hecho: Sujeto observado desde su realidad clínica, funcional y biológica actual

Individuo de Derecho: Reconocimiento jurídico del adulto mayor como titular de derechos inalienables, incluyendo la autonomía en la toma de decisiones y el respeto a su voluntad.

Sustento Epistemológico: Nightingale y Henderson

El rol humano actual se fundamenta en modelos teóricos sólidos. **Florence Nightingale** estableció las bases de la enfermería moderna al demostrar que la gestión del entorno es un factor determinante en la recuperación del paciente. En la atención al adulto mayor, esto se traduce en la optimización del medio ambiente para favorecer la homeostasis y prevenir eventos adversos.

Por otro lado, **Virginia Henderson** definió la función propia de la enfermería como la asistencia al individuo para realizar aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación, basándose en la identificación de **14 necesidades básicas**. En la atención geriátrica, este modelo permite una **atención personalizada** orientada a suplir la falta de fuerza, voluntad o conocimiento del sujeto, respetando siempre sus necesidades reales y fomentando su máxima independencia funcional.

Tendencias en el Cuidado y Personalización

La tendencia contemporánea se desplaza hacia la **Atención Centrada en la Persona (ACP)**. Este paradigma técnico-científico exige que los planes de cuidados no se estandaricen por patología, sino que se diseñen en función de la singularidad del sujeto de atención.

Atención a la Vulnerabilidad: La enfermería científica identifica precozmente síndromes geriátricos como la fragilidad, el riesgo de caídas y el deterioro cognitivo, interviniendo sobre las vulnerabilidades específicas de cada individuo.

Por más Salud

Enfoque de Derecho: Se aborda al adulto mayor no como un receptor pasivo de cuidados, sino como un actor social que conserva su derecho a la autodeterminación, independientemente de su grado de dependencia.

El Trinomio del Cuidado: Sujeto, Familia y Profesión

El abordaje integral requiere una atención conjunta con la red de apoyo. La familia y los cuidadores no son solo acompañantes, sino componentes críticos del proceso asistencial. La labor del enfermero incluye:

- **Educación Terapéutica:** Capacitar a los cuidadores en técnicas de movilización, administración de fármacos y prevención de complicaciones.
- **Prevención del Colapso del Cuidador:** Evaluar y gestionar la carga del cuidado para garantizar la sostenibilidad de la atención domiciliaria.
- **Gestión de Casos:** Coordinar los recursos sanitarios y sociales para asegurar una continuidad de cuidados efectiva.

Perspectivas y Pronóstico para la Profesión

El futuro de la enfermería radica en la consolidación del **desarrollo de la ciencia enfermera**. Nos dirigimos hacia una especialización avanzada donde la enfermera gerontológica liderará procesos de alta complejidad, utilizando herramientas de e-health (o salud electrónica) y telemetría, pero siempre bajo un juicio crítico humanizado. Aplicando estrategias y gestión para evitar la fragmentación del cuidado y la despersonalización de quien requiere servicios de salud

El pronóstico para Enfermería es de un liderazgo creciente en el sistema de salud. Como expertos en el cuidado integral, seremos los encargados de garantizar que el aumento de la longevidad de la población se acompañe de niveles óptimos de bienestar y dignidad, fundamentando cada intervención en la evidencia científica y la ética del cuidado.

Lic. Daniel Fiori



Cambiar algo para que nada cambie Adicciones entre anestesistas: La lógica corporativa se repliega en sí misma

POR HUGO SPINELLI, VIVIANA MARTINOVICH, ANDRÉS TROTTA Y MARCIO ALAZRAQUI ABRIL 26, 2026



En los últimos días, el ex titular del PAMI, Carlos Regazzoni, recorrió varios medios para hablar de la investigación judicial sobre el consumo de anestésicos por parte de profesionales de anestesiología, aseverando que “el caso es aberrante, no es común, es excepcional”. Esta afirmación demoniza y otorga un carácter de excepcionalidad al problema, y contradice la literatura

científica internacional que, desde la década de 1950, viene señalando que los vínculos entre acceso a anestésicos, condiciones laborales y consumos problemáticos no constituyen hechos aislados. Por el contrario, son fenómenos recurrentes, ampliamente conocidos y estudiados al interior de la comunidad científica, pero en buena medida silenciados ante la opinión pública. Un silencio que no es casual, sino funcional a estructuras corporativas y formas de organización del trabajo que, mientras sostienen la productividad del sistema, relegan la salud de quienes la hacen posible.

Parafraseando a Giuseppe Tomasi di Lampedusa, en su novela *El Gatopardo*: “Hay que cambiar algo para que nada cambie”. Así funcionan esos mecanismos distractivos para que, una vez pasado el impacto, nada sustancial cambie, conservando intactas las estructuras. El tratamiento mediático funciona precisamente en ese registro: insiste en presentar el consumo de anestésicos como un hecho excepcional. Se nombran culpables, se enfatiza lo aberrante, se ajusta el relato, pero permanecen inalteradas las condiciones que hacen posible el problema: la exposición a fármacos altamente adictivos, la organización y las condiciones laborales y los silencios corporativos en contextos de altísima rentabilidad.

Las adicciones entre anestesistas no se limitan a la Argentina, sino que tienen antecedentes a nivel mundial. Por ejemplo, en España, el anestesiólogo Juan Maeso, que padecía con hepatitis C, fue acusado de contagiar a 276 pacientes de varios hospitales de Valencia entre 1988 y 1998, lo que motivó que fuera condenado a 1.933 años de cárcel. El contagio se producía al inyectarse él mismo parte de la preparación de la solución anestésica destinada a sedar a los pacientes, usando para ello la misma aguja con la que después administraba los anestésicos.

La mayoría de las noticias omiten, y no es casual, la epigénesis del problema, limitando el análisis del uso de anestésicos al consumo personal, cuando es sabido que quienes trabajan con anestesia tienen los mayores problemas de adicciones entre los trabajadores de la salud de cualquier país; adicción muy relacionada con su proceso de trabajo, tal como lo describe la bibliografía científica.

En el portal PubMed de la *National Library of Medicine* de Estados Unidos, que contiene más de 40 millones de registros de literatura biomédica a nivel mundial, de acceso libre y gratuito, hay más de 1.400 publicaciones que describen el “abuso de drogas en anestesiólogos”. Ya en 1959, en la revista *Journal of the American Medical Association* (JAMA), se publicó un estudio titulado “*Addiction, addicting drugs, and the anesthesiologist*”, que señala que “a primera vista, la anestesiología puede parecer muy alejada de la adicción. En realidad, los anestesiólogos tienen un estrecho interés profesional y, en ocasiones, personal en este tema” porque manipulan “una combinación de fármacos que poseen un alto potencial de adicción”.

Por más Salud

Luego de décadas de discusiones sobre el tema, en 2008 la *American Society of Anesthesiologists* en su revista *Anesthesiology*, publicó un editorial titulado “El enfoque de la comunidad anestesiológica ante el personal que abusa de los opioides y los anestésicos: es hora de cambiar de rumbo”. En ese texto destacan una “excelente” investigación “...sobre la adicción y el abuso de sustancias entre los anestesiólogos [...] y sobre el reconocimiento, la intervención, el tratamiento y el seguimiento de los profesionales sanitarios adictos”, [y afirman que] “la anestesiología, como especialidad, ha realizado un esfuerzo sincero y serio por reducir el abuso de sustancias y la adicción entre sus filas mediante la educación y la creación de mecanismos de dispensación y control de medicamentos cada vez más intrusivos y engorrosos”. [Sin embargo] “a pesar de los múltiples esfuerzos programáticos, ha habido poco o ningún impacto positivo en la incidencia del abuso de sustancias y la adicción en toda la especialidad. Las muertes por abuso de opioides continúan, y periódicamente aparecen nuevos informes de muertes por fármacos no opioides relacionados con la anestesia (como el abuso de propofol o de anestésicos inhalatorios)”.

Estas son las palabras de la propia *American Society of Anesthesiologists*, que reconoce el tema como un problema estructural al que no consiguen dar respuesta.

Datos históricos

En Estados Unidos, antes de la anestesia, la cirugía era una práctica brutal; la necesidad de una intervención breve demandaba de una gran fuerza física y de celeridad, dada la importancia de entrar y salir del cuerpo lo más rápido posible. Recién con la demostración del éter realizada por William Morton en el Hospital General de Massachusetts, en 1846, la anestesia se generalizó, permitiendo operaciones más lentas y cuidadosas. Sin embargo, el alcance y el volumen de las cirugías seguían siendo extremadamente limitados por las infecciones que se producían a raíz de la intervención quirúrgica. Ante la baja rentabilidad que por aquel entonces tenía la práctica de la anestesia, los médicos relegaron ese trabajo en las enfermeras, que se consolidaron como anestesistas antes de la década de 1920. De ahí en más, la pregunta fue: ¿quién controlaría y obtendría beneficios de estos nuevos tipos de trabajo que se estaban creando? Finalmente prevaleció la corporación médica y la medicina científica, mientras que el resto del personal quedó subordinado a ambas.

El desarrollo de la anestesia llevó a un enfrentamiento entre cirujanos y anestesistas, disputa que no conoció fronteras geográficas. La discusión se centraba en que los cirujanos facturaban sus honorarios quirúrgicos, incluyendo los honorarios de la anestesia, y el monto a pagar al anestesista quedaba a criterio del cirujano, quien lo decidía unilateralmente. Fue el médico estadounidense Crawford Williamson Long (1815-1878) el primer anestesista que facturó honorarios a sus pacientes de forma separada de los honorarios de la cirugía, calculándolos entre el 30% y el 40% del monto total de la intervención, práctica que se trasladó a diversos países en diferentes momentos históricos.

En la Argentina, a finales de la década de 1930, cuando el hospital comienza a incorporar a las especialidades médicas, los anestesistas exigen el pago de honorarios en lugar de un salario, argumentando, por ejemplo, que la radiología y la anestesia eran servicios médicos y no hospitalarios, por lo que no debían incluirse en los planes prepagos de los hospitales. Los radiólogos llegaron a un acuerdo en 1937, y los anestesiólogos, al año siguiente. Estos acuerdos se dan en paralelo con la conformación de las asociaciones de anestesiología. En 1936 se creó en Buenos Aires la primera Sociedad de Anestesia. Nueve años más tarde, el 4 de enero de 1945, en el marco de la Asociación Médica Argentina, se creó la Asociación Argentina de Anestesiología, con el propósito de realizar actividades exclusivamente científicas y éticas. Tres años más tarde, el Ministerio de Salud reconoció a la anestesia como especialidad médica y, en 1970, la asociación adoptó el nombre de Federación de Asociaciones de Anestesia, Analgesia y Rehabilitación de Argentina (FAAAR).

En su devenir, la FAAAR pasó de ser una entidad limitada a las actividades científicas y éticas de la profesión, a incorporar actividades gremiales y educativas, dictando cursos e incluso una maestría con sede en la Facultad de Medicina de la UBA. Entre sus objetivos, la FAAAR explicita “conocer la importancia de la seguridad del paciente y del equipo de salud, y el impacto que significa su mejoramiento en la gestión sanitaria en general y en particular dentro de la anestesiología”. Además, esta Federación logró afirmarse como la única institución que forma anestesistas, que define el proceso de trabajo en las instituciones, que acredita la especialidad y que establece y regula el número de ingresantes a las residencias en todo el país, tanto en el ámbito público y privado como de la seguridad social. Esto le permitió y le permite imponer reglas que toda institución de salud debe aceptar, manteniéndolas cautivas de prácticas monopólicas, aún en el marco de Estados “radicalmente liberales” que idolatran la competencia y el libre mercado.

Ante los hechos periodísticos que tomaron estado público en los últimos meses, la FAAAR emitió un comunicado desligándose institucionalmente de los hechos y limitando el problema a conductas individuales, en una posición claramente antagónica a la *American Society of Anesthesiologists*, que asume la incidencia del abuso de sustancias y la adicción en toda

Por más Salud

la especialidad. Incluso en la propia página institucional de la FAAAR, se pueden encontrar trabajos como "Adicciones a opiáceos en anestesiólogos: 'Un grave problema ocupacional'", publicado en 2007, en el que se afirma que: "En los últimos años ha llamado la atención la mayor incidencia de problemas de consumo, abuso, adicciones y farmacodependencia a sustancias psicoactivas entre los anestesiólogos, lo que genera una realidad preocupante en la comunidad anestesiológica internacional". Esa coexistencia entre el reconocimiento técnico de un problema estructural y la negación pública evidencia una disociación entre lo que se sabe al interior de la especialidad y lo que se quiere transmitir hacia el resto de la población.

Mejor no hablar de ciertas cosas

Una de las figuras argentinas de la anestesiología fue el médico Alberto R. González Varela (1917-2014), quien en la década de 1950 impulsó la defensa de los derechos laborales de los anestesiólogos. Fue secretario y luego presidente de la Asociación Argentina de Anestesia en los años 1956 y 1957, además de fundador del Museo y Biblioteca Histórica de la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires (AAARBA). También fue presidente del XIII Congreso Argentino de Anestesiología en 1971. En el marco de los 50 años de la FAAAR, en 1996, González Varela publicó el libro *Por el camino de la anestesia*, que tuvo la adhesión de la FAAAR y de la AAARBA. En sus páginas, González Varela destina un espacio para lo que él llama "Anécdotas", donde relata historias que dejan ver la densidad y la crudeza de la experiencia cotidiana de la profesión, con escenas frecuentes atravesadas por el error, el cansancio, el estrés y la responsabilidad extrema sobre la vida de otros. La siguiente cita es un testimonio en primera persona que condensa esa tensión:

"En el lugar donde habito, vecino al histórico barrio de San Telmo Viejo, existe una florería donde solía concurrir, cuyo dueño era un laborioso y apreciado amigo japonés. Hace poco, al concurrir para adquirir unas flores, fui atendido por una señora que resultó ser su esposa. Al indagar con preocupación sobre la ausencia del marido, la señora compungida y llorosa expresó 'ay, señor, usted no sabe lo que estoy sufriendo, el mes pasado al pobrecito me lo llevaron para ser operado de las arterias coronarias, lo iba a atender una eminencia, el mejor cirujano cardiovascular, yo estaba confiada y tranquila, pero al comenzar la anestesia se me murió, o mejor dicho... me lo mataron, ay señor, usted no sabe cuánta gente matan los anestesiólogos, son terribles, son lo peor que hay'. Vertiginosamente traje a mi memoria nuestros inicios en la especialidad y los que siguieron, y también compungido a modo de apoyo y de pésame le dije: 'sí señora, algunos dicen que mataron y todavía matan'. En esos instantes mi mente retrocedió al pasado, trayendo al presente recuerdos de hechos negativos, errores que ahora son horrores, como anestias simultáneas [en varios pacientes a la vez], de las que supe de muchos que irresponsablemente las realizaban, ausentarse a tomar café o atender llamados telefónicos durante la anestesia, distracciones, trabajar estando cansado, y otras, todas malas praxis. A la pobre señora tal vez le asistía alguna razón, y yo sinceramente compartía su pena, asintiendo con la cabeza, intenté balbucear algo que la pudiera consolar, pero no fui capaz. Ella inconsolable lloraba su dolor y en esto tenía razón; lo demás no lo juzgo porque no estuve presente. No me animé a decirle que yo también era anestesiólogo. Tampoco consideré oportuno expresarle todo lo bien que lo habíamos hecho repetidamente carentes de medios técnicos, restando horas al descanso para cuidar al paciente cuando era necesario, de día o noche y con total desinterés, subestimando el mal que nos hacía el estrés, la intoxicación con anestésicos volátiles en circuitos abiertos, etcétera; por encima de todo estaba el enfermo, lo demás, nuestro yo, obligaciones, afectos, aun los más íntimos, eran secundarios, postergados y, a la vez olvidados".

Estos relatos, desde el interior mismo de la profesión, y desde figuras relevantes dentro de la especialidad, dan cuenta de una cotidianidad mucho más áspera, en la que aparecen, sin eufemismos, las condiciones reales de trabajo: el cansancio, las distracciones, las malas praxis y sus consecuencias.

En este contexto, la trazabilidad del fármaco es presentada como la "solución" para controlar y prevenir prácticas adictivas. Sin embargo, cuando llega el momento de la aplicación de los anestésicos aparecen relatos como "se suspendió la cirugía y tenía la preparación armada", "se rompió la ampolla y hay que reemplazarla", "no le hacía efecto la anestesia y tuve que darle dosis más altas", argumentos muchas veces usados para desviar el producto de la línea de control y apropiarse del anestésico, a lo que se suma el robo hormiga de medicación de sus lugares de almacenamiento. Todo ello rompe, en general, con la trazabilidad del medicamento. También se trata de una especialidad que, a veces, como práctica de iniciación, anestesia al ingrese como forma de bienvenida.

Según gestores y profesionales consultados, en los casos de anestesiólogos expulsados por autoridades de una provincia es muy común que luego aparezcan trabajando como anestesiólogos en otra provincia, ya que no existe un registro nacional oficial que permita consultar el historial de esos trabajadores; registro que sí tiene la FAAAR y que le permite realizar esas nuevas contrataciones en otras provincias ante la ignorancia de las autoridades que sancionaron al profesional.

Por más Salud

En el plano económico, la FAAAR retiene el 15% del monto cobrado por los servicios que realizan todos sus asociados, independientemente de la jurisdicción, siendo la única entidad científico-gremial en el campo de la salud que posee tal poder de regulación, centralizado y monopólico, con la potestad de expulsar a los profesionales que no se ajusten a esos principios y a quienes, ante una expulsión por parte de la FAAAR, les resulta muy difícil volver a conseguir trabajo en esa especialidad.

Estas múltiples dimensiones de la práctica de los anestesistas quedan deliberadamente fuera de escena, y en las noticias se reducen a nombres propios, pruebas judiciales y jóvenes señalados como imputados en esas causas. Lo que aparece como desvío individual es, en realidad, la expresión de condiciones de trabajo, formas de organización y estructuras de poder que permanecen intactas ante las denuncias. Allí es donde el título de este artículo deja de ser una metáfora literaria para volverse una clave de lectura: se señalan casos, se enfatiza lo aberrante, se ajustan los controles, se despliegan discursos de condenas individuales, pero no se interrogan las condiciones que hacen posibles estas situaciones, dado que la lógica corporativa se repliega en sí misma, aumentando la desprotección de quienes trabajan y de quienes reciben atención y cuidados.

* Hugo Spinelli, Viviana Martinovich, Andrés Trotta y Marcio Alazraqui integran el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús.

Difusión de artículo de los autores, se reconoce en ellos la propiedad intelectual y [Copyright](#).



www.exsa.com.ar
info@exsa-srl.com.ar

Por más Salud

De la "Mística" a la Ciencia: El Desplazamiento del Concepto "Arte" en la Enfermería Moderna.

Durante décadas, la definición de la enfermería estuvo indisolublemente ligada al concepto de **"arte"**. Esta acepción, si bien cargada de una profunda mística y romanticismo, ha cedido terreno ante una terminología técnico-científica más rigurosa. Este cambio no es meramente semántico; responde a una necesidad evolutiva de la profesión y a un cambio en la percepción cultural, tanto dentro como fuera del sistema de salud.

El "Arte de Cuidar": Una Visión Romantizada

Tradicionalmente, el "arte de la enfermería" se refería a la capacidad intuitiva, la compasión y la sensibilidad estética para abordar el sufrimiento humano. Esta visión, aunque poética, solía posicionar a la enfermera como una figura abnegada, casi religiosa, cuya labor dependía más de una "vocación angelical" que de una competencia técnica, basándose en la entrega incondicional y la empatía como herramientas primordiales.

Consecuencia Cultural..

Al presentarse como una labor "del corazón", se in-visibilizaba el complejo proceso cognitivo, que combina conocimientos de distintas profesiones de salud, asociadas o una preparación humanística, con continuidad en el cuidado, que la hace un componente fundamental e imprescindible en la atención sanitaria, esto le permite la toma de decisiones críticas que ocurren en cada intervención.

La Terminología Técnico-Científica: La Profesión como Disciplina

Hoy, el lenguaje profesional prefiere términos como **"Gestión del Cuidado"**, **"Proceso de Atención de Enfermería (PAE)"** o **"Juicio Clínico"**. Esta transición busca fundamentar la práctica en el método científico y la evidencia, alejándose de la subjetividad que el término "arte" suele evocar en el imaginario colectivo.

La enfermería actual es una ciencia de la salud con objeto de estudio propio, autonomía profesional con una metodología rigurosa para diagnosticar y tratar respuestas humanas y requerimientos del sistema de salud que en la actualidad debe dar respuesta a los procesos de enfermedad, sino también a no causar daños en los procesos de atención, manteniendo la individualidad, la dignidad, respeto de los derechos individuales y la a personalización de los cuidados

Razones del Cambio: Una Mirada Cultural

La migración hacia un lenguaje más técnico responde a factores críticos en la percepción de la profesión:

1. Profesionalización vs. Domesticidad

Históricamente, la enfermería fue vista como una extensión del rol de cuidado doméstico femenino. Mantener la etiqueta de "arte" reforzaba la idea de que cuidar es algo "natural", subordinado a las demás profesiones del equipo de salud por ocuparse de necesidades de las personas que ninguna otra actividad puede realizar, además puede organizar y administrar servicios de atención, gestionando las funciones a partir de necesidades. Aun cuando enfermería ha evolucionado carga con el sayo de ser considerada un oficio servil y no como profesionales preparados para administrar **servicios** de salud y planificar cuidados simples y complejos, cuando en realidad requiere formación y aplicación de conocimiento científico, práctica y académica de grado. La terminología científica rompe con este sesgo de género y cambia el perfil de Enfermería mostrando un carácter de disciplina de conocimiento complejos y estructurados.

En la práctica cotidiana de la enfermería, hay quienes reconocen y siguen el rumbo de una enfermería profesional y autónoma, mientras otros aún se aferran a modelos más serviles y subordinados. Esto genera tensiones inevitables, pero también muestra la importancia de un liderazgo transformador que inspire cambios. Lo esencial es entender que no estás



Por más Salud

solo: lo que sentís lo viven muchos otros líderes. Reconocer estas tensiones y emociones es el primer paso para encontrar paz, renovar la fuerza y continuar con seguridad en el camino que cada uno eligió transitar.

2. Estatus dentro de la Comunidad de la Salud

En el entorno interdisciplinario, el uso de un lenguaje técnico-científico es la llave para el reconocimiento de la **autonomía**. Para que el juicio de una enfermera sea respetado al mismo nivel que el de otros profesionales (médicos, bioquímicos, psicólogos), debe estar expresado en términos que denoten rigor científico, protocolos y resultados medibles.

3. El Empoderamiento del "Sujeto de Derecho"

La comunidad en general ha evolucionado de un rol de "paciente pasivo" a un "usuario con derechos". Un usuario no busca solo "cariño" (el arte), sino **seguridad del paciente**. El lenguaje técnico comunica eficacia, seguridad y responsabilidad legal. El adulto mayor, como sujeto de derecho, requiere un profesional que no solo lo acompañe, sino que garantice la estabilidad de sus funciones vitales mediante una praxis basada en la evidencia.

4. Visibilidad del Desarrollo de la Ciencia Enfermera

El uso de términos científicos permite documentar, investigar y publicar hallazgos. El "arte" es difícil de cuantificar; la "mejora en la tasa de integridad cutánea mediante un plan de cuidados" es un dato científico que justifica la inversión en recursos humanos y materiales para el sector de enfermería.

Conclusión

Aunque la empatía sigue siendo el motor de nuestra labor, la transición del "arte" a la **ciencia del cuidado** es un acto de reivindicación profesional. Permite que la sociedad deje de vernos como figuras caritativas para reconocernos como profesionales esenciales, cuyo trabajo se fundamenta en el conocimiento científico y la defensa de la vida con el mayor rigor técnico posible.

Lic. Daniel Fiori



Historia de Hospital.

Era un lunes gris de esos que te calan los huesos cuando entramos con el viejo a la guardia. Don Pedro, que siempre fue un roble, se nos estaba viniendo abajo. Lo que parecía una gripe mal curada terminó en una internación "por las dudas" que se transformó en nuestra peor pesadilla. Con mi vieja y mis hermanos nos instalamos ahí, en ese cubículo frío del Hospital Milstein, con el corazón en la boca y el miedo de que el viejo no saliera.

Las cosas se pusieron fuleras pronto. Una complicación respiratoria, los monitores que no paraban de chillar y ese desfile de médicos que te hablan en difícil y te dejan más mareado que antes. Ahí fue cuando aparecieron ellas y ellos, los de ambo celeste, los que de verdad se cargan el hospital al hombro.

La primera noche que el viejo se descompensó, yo estaba solo en el pasillo, llorando como un nene. Se me acercó una de las enfermeras, me puso la mano en el hombro y me dijo: *"Che, flaco, tomate un cafecito, nosotros nos ocupamos de que tu viejo respire, vos ocupate de estar entero para cuando despierte"*. No fue solo el tecnicismo de la máscara de oxígeno; fue el "nosotros nos ocupamos" lo que me dio aire a mí también.

Pasaron los días y el control del balance hídrico, los signos vitales y la medicación se volvieron parte del paisaje. Pero lo que no estaba en ningún protocolo era la humanidad. Esas pibas sabían que al viejo le gustaba el tango, así que mientras le controlaban el suero, le tarareaban algo de Goyeneche. Lo trataban como a un "sujeto de derecho", como dicen los libros, pero con la calidez de un domingo en familia. El viejo no era "el de la cama 12", era Don Pedro.

El bajón nos pegó fuerte cuando nos dimos cuenta de que el viejo cumplía los 80 ahí adentro, internado y todavía medio debilucho. Estábamos todos con una cara de derrota que no podíamos con nosotros. Pero el equipo de enfermería tenía otros planes.

El día del cumple, entramos a la habitación y casi me largo a llorar de nuevo. Habían armado unos carteles con hojas de enfermería, unos globos hechos con guantes de látex inflados (un ingenio total) y le habían conseguido una porción de bizcochuelo que, con el permiso del nutricionista, le dieron como si fuera el manjar más caro del mundo. Le cantamos el feliz cumpleaños entre el ruido de los aparatos y las risas de los enfermeros que se hicieron un huequito en medio del lío de la guardia para pasar a saludarlo.

Ese día entendí todo. La enfermería no es solo pasar un antibiótico a término; es saber cuándo el paciente necesita que le agarren la mano. Es entender que la familia también está internada con él. Esa conexión que armaron con nosotros fue el mejor remedio. El viejo finalmente salió adelante, y el día del alta, nos fuimos con la sensación de que, más allá de la ciencia y los aparatos, lo que realmente lo salvó fue ese factor humano que no se compra en ninguna farmacia.

Hoy, cada vez que paso por la puerta del hospital, se me escapa una sonrisa. Porque sé que ahí adentro, entre el estrés y el cansancio, hay gente que todavía cree que cuidar es, por sobre todas las cosas, no olvidarse que el otro es una persona, igualita a uno.

Por más Salud

Cada historia de vida compartida en primera persona, o narrada desde el alma de un familiar, es un puente directo hacia la empatía y la comprensión más profunda. Cuando alguien se atreve a alzar la voz para relatar su propio camino, el dolor se transforma en aprendizaje y el silencio en una herramienta de sanación social. Son los protagonistas y sus seres queridos quienes verdaderamente humanizan la realidad, recordándonos que detrás de cada vivencia hay un corazón que siente. Escuchar estos testimonios cara a cara no es solo un acto de profundo respeto, sino una necesidad imperiosa para transformar la mirada de quienes los rodean. En sus palabras compartidas reside la verdadera fuerza y la guía invaluable hacia un entorno mucho más cálido, solidario y fundamentalmente humano.

LA CUIDADORA DE CORAZONES EN EL MILSTEIN



Más Allá del Acceso Vascular: Luces y Sombras de los Catéteres de Larga Permanencia en la Terapia de Infusión

Autores: Equipo de Terapia de Hidratación

Sección: Enfermería Clínica / Cuidados Avanzados

Introducción

La terapia de infusión intravenosa es uno de los pilares más comunes en la atención médica contemporánea. Sin embargo, cuando los tratamientos se extienden por semanas, meses o de forma intermitente a lo largo de los años (como en oncología, nutrición parenteral total o antibioterapia prolongada), las vías periféricas convencionales claudican.

Es aquí donde los **catéteres de larga permanencia** —como los catéteres centrales de inserción periférica (PICC), los catéteres tunelizados (tipo Hickman) y los dispositivos implantables (Port-a-Cath)— se vuelven indispensables. Para el personal de enfermería, la gestión de estos dispositivos no solo requiere destreza técnica, sino un criterio clínico agudo para balancear sus beneficios frente a sus riesgos.

Tipos de Catéteres y el Balance Coste-Beneficio

Elegir el dispositivo adecuado es un traje a la medida del paciente. Veamos los pros y contras de los tres gigantes de la larga permanencia:

1. PICC (Catéter Central de Inserción Periférica)

Pros: Inserción a pie de cama (generalmente por enfermería entrenada mediante ecografía), evita el riesgo de neumotórax asociado a la punción subclavia o yugular directa, y es ideal para periodos de 1 a 6 meses.

Contras: Limitación de la movilidad del brazo, mayor tasa de trombosis venosa profunda (TVP) en el miembro superior comparado con otras vías centrales, y requiere curas semanales estrictas.

2. Catéteres Tunelizados (Ej. Hickman)

Pros: El trayecto subcutáneo (túnel) actúa como una barrera física contra las bacterias. Permite altos flujos de infusión y es excelente para pacientes que requieren extracciones de sangre frecuentes o trasplantes de médula ósea.

Contras: Impacto estético negativo, limitación para actividades acuáticas y riesgo de tracción accidental si el manguito de dacrón no se ha integrado al tejido.

3. Reservorios Subcutáneos (Port-a-Cath)

Pros: Máxima autonomía para el paciente (puede ducharse o nadar cuando no está aguja implantada), bajo riesgo de infección cuando está en reposo, e impacto estético mínimo. Puede durar años.

Contras: Requiere punción con aguja tipo Gripper/Huber para cada uso (lo que genera ansiedad o dolor), y su colocación y retirada son quirúrgicas.

Complicaciones en el Punto de Mira de Enfermería

El éxito de la terapia de infusión depende de la detección precoz. Las complicaciones se dividen en dos grandes bloques:

Complicaciones Infecciosas

La **Bacteriemia Asociada a Catéter (BAC)** es la pesadilla del entorno hospitalario.

Prevención: Higiene de manos, fricción de los conectores con alcohol de 70° o clorhexidina al 2% (técnica *scrub the hub*) por al menos 15 segundos, y el uso estricto de barreras de máxima esterilidad durante la manipulación.

Complicaciones Mecánicas y Trombóticas

Oclusión: Puede ser trombótica (coágulos) o química (precipitados de fármacos o lípidos). La técnica de lavado con presión positiva en bolo pulsado (técnica *push-pause*) es vital.

Trombosis Venosa Relacionada con el Catéter (TVRC): Manifestada por edema, dolor o eritema en la extremidad o el cuello. Requiere diagnóstico ecográfico inmediato.

Técnicas de Manejo Avanzado: ¿Colocación de Novo o recolocación?



Implantación del uso de la línea media en pacientes de estancias prolongadas o con procesos infecciosos

Cuando un catéter de larga permanencia falla o se desplaza, enfermería se enfrenta a un dilema clínico: ¿Retirar e insertar en un nuevo acceso (colocación *de novo*) o salvar la vía mediante técnicas de re colocación?

1. Colocación de Novo (Nueva Inserción)

Es la opción obligatoria ante la sospecha de infección sistémica de origen endovascular, rotura insalvable del catéter o trombosis masiva.

Técnica: Actualmente, el estándar de oro dicta el uso de **Ecografía (Ultrasonido)** para la punción guiada, lo que reduce a casi cero los fallos ciegos, y la **Fluoroscopia o ECG intracavitario** para asegurar que la punta se localice exactamente en la unión cavo-auricular.

2. Técnicas de Recolocación (Salvamento del Acceso)

Si el catéter migró (por ejemplo, un PICC que se desplazó a la vena yugular debido a accesos de tos o cambios de presión), existen maniobras para corregir su posición sin perder el capital venoso del paciente:

Maniobras posturales y de lavado rápido: Colocar al paciente en decúbito lateral o realizar lavados rápidos con suero salino fisiológico para que el flujo "empuje" la punta de vuelta a la vena cava superior.

Guías de recambio (Técnica de Seldinger modificada): Si el catéter está dañado externamente pero el trayecto venoso está intacto y libre de infección, se puede introducir una guía hidrofílica a través del catéter viejo, retirarlo, y deslizar un catéter nuevo sobre la misma guía.

Intervencionismo radiológico (Lazo o Snare): Los radiólogos vasculares pueden introducir un lazo desde la vena femoral para "atrapar" la punta del catéter desubicado y traccionarlo hasta su posición correcta.

Conclusión y Rol de Enfermería

La terapia de infusión mediante catéteres de larga permanencia ha transformado la calidad de vida de los pacientes crónicos y oncológicos. Sin embargo, estos dispositivos son tan buenos como el equipo de enfermería que los cuida.

La estandarización de los cuidados basados en la evidencia —como los *bundles* o paquetes de medidas preventivas—, el dominio de la ecografía y el desarrollo de competencias para decidir entre una recolocación o una nueva inserción, posicionan a la enfermería vascular no solo como ejecutora de técnicas, sino como el máximo garante de la seguridad del paciente.

Palabras clave: Terapia de infusión; Catéter de larga permanencia; PICC; Port-a-Cath; Complicaciones vasculares; Gestión del capital venoso.

Scrub the Hub es una técnica de enfermería diseñada para prevenir infecciones del torrente sanguíneo. Consiste en la desinfección mecánica rigurosa de los conectores o puertos de acceso de catéteres (los llamados *hubs*) antes de inyectar medicamentos, administrar fluidos o extraer sangre.

La técnica paso a paso:

Preparación: Realice la higiene de manos y colóquese guantes limpios.

Desinfección (Fricción): Tome una gasa estéril o torunda empapada en alcohol al 70% o clorhexidina alcohólica. Frote vigorosamente la superficie y las roscas del puerto del catéter durante al menos **15 segundos**.

Secado: Deje que el antiséptico se evapore y se seque al aire por completo durante otros **15 segundos** (no sople ni limpie el exceso).

Por más Salud

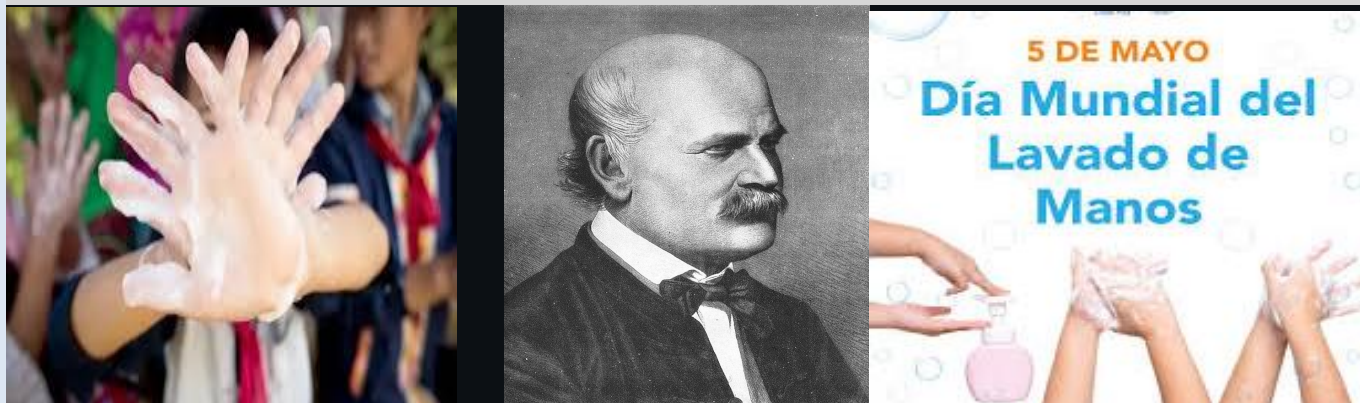
Acceso: Una vez seco, el puerto está listo para conectar la jeringa o el equipo de infusión de forma segura.

El cuidado de un **paciente** exige la máxima responsabilidad de Enfermería y todo el personal de salud para evitar que un procedimiento simple se convierta en un **daño prevenible**. Al canalizar una vía en el **brazo**, un leve **pinchazo** puede ser la puerta de entrada a bacterias si se omite el correcto **lavado de manos**. Si el personal falla en la higiene, el catéter por donde pasa el **suer**o se transforma en una vía directa para una **infección intrahospitalaria**. Esto genera graves **complicaciones** médicas, prolonga la estancia en el hospital y causa una dolorosa **limitación de movimiento** en la extremidad afectada. La seguridad del paciente no depende de la suerte, sino del cumplimiento estricto de los protocolos de asepsia y manejo de accesos vasculares.

Equipo de Terapias de Infusión.



El Mártir de la Higiene: Ignominia en la Medicina del Siglo XIX



El asfalto de Viena custodiaba en 1847 un secreto macabro dentro de las paredes de su Hospital General. En el servicio de obstetricia, las mujeres gestantes suplicaban dar a luz en los adoquines de la calle antes que cruzar el umbral del pabellón regentado por los ilustres facultativos y sus alumnos. El pánico tenía un fundamento estadístico devastador: la muerte acechaba con una frecuencia alarmante en esa sala, a diferencia de la sección colindante administrada exclusivamente por parteras.

Un obstetra húngaro, Ignaz Semmelweis, se propuso descifrar el enigma mediante un riguroso análisis de los registros institucionales de las últimas décadas. La conclusión a la que arribó resultó tan certera como intolerable para la aristocracia médica de la época: los doctores acudían a los partos con los dedos impregnados de "partículas cadavéricas", tras realizar autopsias sin ninguna desinfección previa. Los mismos profesionales de la salud, portadores involuntarios de la desgracia, inoculaban la muerte en los cuerpos de las madres.

El Precio de Contradecir el Dogma

La respuesta al problema era de una sencillez que la comunidad científica catalogó como un insulto a su estatus: una disolución de cal clorada para higienizarse las manos. Lejos de abrazar el hallazgo que prometía salvaguardar innumerables vidas, el gremio médico reaccionó con hostilidad y soberbia. Sintiendo su reputación vulnerada por la insinuación de que eran vectores de enfermedad, las autoridades del hospital censuraron sus prácticas y, finalmente, lo destituyeron de su cargo en 1849.

Semmelweis dedicó los años posteriores a una cruzada epistolar desesperada, intentando concienciar a las eminencias de Europa. El silencio absoluto fue la única réplica. El desenlace de su historia rozó la tragedia griega:

El encierro: En 1865, mediante engaños orquestados por sus propios compañeros de profesión, fue recluido en un psiquiátrico vienes.

La ironía: Tras sufrir agresiones por parte de los celadores durante un intento de fuga, contrajo una infección generalizada.

El final: Falleció apenas dos semanas después debido a una gangrena en su mano derecha, la misma extremidad con la que había intentado enseñar al mundo el valor de la limpieza.

Reflexión y Conclusión

Apenas veinticuatro meses después de su deceso, los avances en bacteriología obligaron al mundo a reconocer la infalibilidad de sus tesis. Hoy en día, la psicología y la ciencia acuñan el término "**Efecto Semmelweis**" para describir la resistencia sistémica y el rechazo inmediato que ejercen los entornos establecidos ante cualquier descubrimiento que amenace el conocimiento tradicional o cuestione el ego de las instituciones.

El drama de Semmelweis demuestra que la vanidad humana y el apego ciego a los dogmas vigentes pueden llegar a ser más letales que los propios patógenos. Su historia no es una fábula, sino una advertencia histórica sobre la necesidad de mantener la humildad intelectual ante la evidencia.

El **5 de mayo** se celebra el **Día Mundial de la Higiene de Manos**, una fecha impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La elección de esta fecha no es casual: el número **5 del mes 5** representa simbólicamente los **5 dedos de cada mano** y los **5 momentos clave** para la higiene en la atención sanitaria.

Promovido en el marco de la iniciativa global *Salva vidas: Límpiase las manos*, el propósito principal es concienciar tanto al personal médico como a la población general sobre la importancia de este hábito para **prevenir la propagación de infecciones**, evitar la resistencia a los antibióticos y salvar vidas.

El **5 de mayo** de cada año se celebra el **Día Mundial de la Higiene de Manos**, una fecha impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La elección de esta fecha no es casual: el número **5 del mes 5** representa simbólicamente los **5 dedos de cada mano** y los **5 momentos clave** para la higiene en la atención sanitaria.

Promovido en el marco de la iniciativa global *Salva vidas: Límpiase las manos*, el propósito principal es concienciar tanto al personal médico como a la población general sobre la importancia de este hábito para **prevenir la propagación de infecciones**, evitar la resistencia a los antibióticos y salvar vidas.

El Escudo Invisible

En el silencio blanco del pasillo, donde la vida libra su batalla, hay un ritual humilde y sencillo que es la primera y más fuerte muralla.

No lleva espada, ni escudo de acero, el guardián que al enfermo defiende; abre el grifo, activa el humilde febrero, y en sus palmas la magia se enciende.

Palma con palma, comienza el compás, el jabón va tejiendo su espuma; **los dorsos** se limpian, uno y otro más, mientras el riesgo por fin se difumina.

Entre los dedos se entrelaza el cielo, **los nudillos** se frotan con fuerza y rigor, **los pulgares** giran bajo el limpio velo, y **las uñas** se lavan con paciencia y amor.

Hasta **las muñecas** llega la marea, veinte segundos de un canto sagrado, el agua arrastra lo que no se vea, dejando el peligro por fin olvidado.

Un papel desechable corona la acción, cierra el grifo sin volver a tocar, manos limpias que curan con el corazón, listas de nuevo para ir a salvar.

Recordar los pasos del lavado de manos clínica salva vidas

Por más Salud

12 de enero Día Internacional de Enfermería.

Día internacional de la enfermería,, no celebramos solo una profesión
Celebramos una forma de estar en el mundo.
Enfermería es cuidar cuando duele, acompañarnos cuando falta fuerza,
sostener cuando todo parece romperse.
Es estar en los momentos mas vulnerables de la vida de las personas,
en el nacimiento, en la enfermedad, en la perdida,
en la recuperación y en la esperanza.

Pero también es vocación
Enfermería es conocimiento, ciencia,
liderazgos investigación,
educación para la salud y toma de decisiones clínicas
Y por eso también hoy toca reivindicar.
Reivindicar condiciones dignas de trabajo. Reivindicar la seguridad laboral.

Reivindicar no puede sostenerse sobre el agotamiento
de quienes cuidan, porque una enfermería cuidada,
es una sociedad mejor cuidada.

A todos los enfermeros que todos los días
ponen el cuerpo, mente y corazón en su trabajo, Gracias

Pero también merecemos mas que gratitud. Queremos respeto, recursos y reconocimientos real

Feliz Día ,Internacional de la Enfermería.

Hoy y siempre orgullosos de cuidar





Por más Salud

El Lugar de Enfermería

- ✓ Te gustaria mostrar tu trabajo,
- ✓ experiencias,
- ✓ contar una historia,
- ✓ dejar que tu imaginacion vuele y describa un futuro posible para enfermeria,
- ✓ crear una capsula del tiempo,
- ✓ compartir selfis,
- ✓ Publicar bibliografia de contenido cientificosocial,
- ✓ una tesis,

Animate aca en Por Mas Salud Revista Digital de Enfermería
tenes tu lugar, un lugar creado por y para Enfermería.

Encontranos en  **@pormassalud**

**Mandanos y msj con un número de
contacto y nos comunicaremos con vos.
No pierdas esta oportunidad**

