



Manual de **Enfermería** **Comunitaria**

**Guía esencial para el cuidado
comunitario y promoción
de la salud.**



TIGRE
MUNICIPIO



TIGRE MUNICIPIO

Manual de Enfermería Comunitaria

Intendente

Julio Zamora

Secretaría General, de Obras y Servicios Públicos

Pedro Heyde

Secretaría de Salud

Fernando Abramzon

Subsecretaría de Política Sanitaria

María Julieta Savini

Subsecretaría de Atención Primaria de Salud

Carolina Hernandorena

Dirección General de Medicina Asistencial

Analía Moresco

Claudia Costas

Carolina Plachetko

Julieta Piñeiro

Dirección Coordinadora de Enfermería del Primer Nivel de Atención

Cinthia Flores

Revisión

Analia Curci

Redacción - editores

Emanuel Lara

Carla Severo

Manual de enfermería comunitaria: *guía para el cuidado comunitario y promoción de la salud* / Emanuel Darío Lara; Carla Jimena Servero. - 1a ed. - Tigre: Municipalidad de Tigre. Secretaría de Salud, 2025.
96p.; 29x21 cm.

ISBN 978-987-21056-5-5

1. Enfermería. 2. Salud Pública. 3. Atención Primaria de Salud.

CDD 610.734



El Manual de Enfermería Comunitaria no solo actúa como una herramienta educativa, sino que también simboliza un esfuerzo colectivo de los profesionales de la salud de Tigre para asegurar que la función de asistencia se mantenga como la columna vertebral de atención en la salud pública.

En lo que a mí respecta, constituye una excelente herramienta de guía, enseñanza y lineamientos generales para aquellos quienes tienen la hermosa vocación de asistir, confortar y sanar a los demás, realizada con amor y conocimiento de la disciplina, en un lenguaje accesible y brindando, a la vez, un marco ético para la buena práctica de la profesión de la enfermería.



No seríamos una comunidad integrada y solidaria sin la valiosa presencia de las y los enfermeros que trabajan sin descanso por el bien de cada tigreño, cualquiera sea su condición. Los aplaudimos cada noche durante el peor momento de la pandemia y, al menos en nuestro municipio, seguimos celebrando su denodado esfuerzo cotidiano honrando la profesión, reconociendo su importancia y facilitando, como con este Manual, su constante capacitación.

Crear las condiciones para el mejor desarrollo personal y profesional de cada trabajador o trabajadora de Tigre constituye nuestra parte, como gestión municipal, en la tarea de generar las condiciones para que nuestra gente acceda a servicios públicos gratuitos y de excelencia. Este Manual de Enfermería Comunitaria es muestra de ese trabajo irrenunciable de nuestra parte en la generación de políticas públicas relacionadas con el constante crecimiento y prosperidad de Tigre y su gente.

Quiero felicitar y manifestar mi orgullo como intendente por este trabajo profundo y serio, que seguramente será de enorme utilidad para las y los trabajadores enfermeros de nuestro municipio. En nuestra concepción de lo que denominamos “Comunidad de Vida”, es fundamental la idea de que el crecimiento personal acompaña siempre el crecimiento colectivo. Una población que se realiza es una comunidad que se realiza. Por eso cuidamos que cada sector de nuestra sociedad disponga de las herramientas para generar esa mejor vida que todos quieren y necesitan.

Queridos enfermeros y enfermeras del Municipio de Tigre, espero que este Manual sea un apoyo, ayuda e incentivo para crecer profesionalmente. Estoy convencido de que ese crecimiento sólo puede redundar en un mejor vivir para toda la comunidad.

Dr. Julio C. Zamora
Intendente Municipal



Prólogo

Poder leer este Manual emociona. Emociona desde lo disciplinar, desde lo profesional y sobre todo desde lo colectivo. Emociona poder ver a través de sus páginas el crecimiento de la enfermería en el Primer Nivel de Atención en el Municipio de Tigre. Crecimiento en su calidad de atención, en su nivel académico y en su compromiso de intervención. La enfermería es, sin duda, la columna vertebral del Primer Nivel de Atención.

En tiempos de crisis en los que nos replanteemos todas nuestras prácticas, nuestras incumbencias; en tiempos en los que nos intentan imponer los valores del mercado por sobre el cuidado, en los que los derechos ganados y gestionados son puestos en duda, este Manual viene a reforzar “para qué estamos”. Describe la potencia del Primer Nivel de Atención, a través de sus profesionales.

La Educación Permanente -materializada en este Manual- eleva el nivel de formación de la enfermería en el Primer Nivel de Atención. Da soporte a la lucha histórica de reconocimiento de la profesionalización de la enfermería. Le aporta, además de conocimiento, un lenguaje común que permite la comunicación y el trabajo en equipo. Le aporta filosofía y ética, además de técnicas y protocolos.

Entonces, ¿Por qué un *Manual de Enfermería Comunitaria para el Primer Nivel de Atención del Municipio de Tigre*? Porqué Manual significa: hecho con las MANOS...manos a la obra, corazón abierto y pensamiento crítico para que la Enfermería siga siendo la guía y la luz para todo el equipo de Salud.

Analia Curci.

Médica generalista.

Directora de Medicina Asistencial 2018 - 2023.



Introducción

El presente documento está dirigido a profesionales de Enfermería que desarrollan su actividad en el ámbito del Primer Nivel de Atención (PNA) del subsistema público de salud del Municipio de Tigre. Luego de una primera publicación en el año 2018, se realiza la siguiente reedición con el objetivo de actualizar algunos contenidos y marcos normativos.

El manual tiene como objetivo general brindar un soporte de referencia teórico y práctico que guíe los procesos de atención-cuidado de Enfermería en los Centros de Atención Familiar y de Salud (CAFyS).

Los objetivos específicos de este Manual son:

- ➡ Unificar criterios de actuación de Enfermería en el PNA bajo las incumbencias de nuestro marco normativo actual.
- ➡ Favorecer que Enfermería en el PNA brinde cuidados profesionales de alta calidad a las personas y sus familias, con una mirada integral de la salud y desde una perspectiva comunitaria.
- ➡ Propiciar la participación de Enfermería en acciones que involucren la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- ➡ Fomentar el trabajo en equipo intra e interdisciplinario para el abordaje complejo de las situaciones de salud.



Fuentes bibliográficas y de recursos del Manual de Enfermería Comunitaria Tigre (MECTi) disponible en:

Escaneando QR ó
entrando a <https://goo.su/X1P7M>

Índice de Manual

PRIMERA PARTE.....	09
Capítulo 1. Sistema de Salud y Atención Primaria de la Salud.....	09
1.1 El Sistema de Salud de Argentina.....	09
1.2 Niveles de Atención del Sistema de Salud en el Subsector Público.....	09
1.3 Atención Primaria de la Salud.....	10
1.4 Salud Integral.....	11
1.5 Primer Nivel de Atención del Municipio de Tigre.....	11
1.6 Área Programática.....	12
Capítulo 2. Enfermería Comunitaria.....	14
2.1 Perfil Profesional.....	14
2.2 Producción de cuidados.....	14
2.3 Método científico de enfermería.....	16
SEGUNDA PARTE.....	18
Capítulo 3. Aspectos generales y legales del ejercicio de Enfermería.....	18
3.1 Marco normativo profesional.....	18
3.2 Derechos, Género y Diversidades en Enfermería.....	19
3.3 Derechos de Niñeces y Adolescencias en Salud.....	19
3.4 Registros de Enfermería.....	20
3.4.1 Rol de Enfermería.....	21
3.5 Organización de los servicios y espacio de Enfermería.....	22
3.5.1 Rol de Enfermería.....	22
Capítulo 4. Actividades de Enfermería promoción, prevención, asistencia, recuperación y rehabilitación	23
4.1 Consulta de Enfermería.....	23
4.1.1 Rol de Enfermería.....	23
4.2 Vacunación.....	24
4.2.1 Rol de Enfermería.....	25
4.3 Consultorías / Consejerías.....	26
4.3.1 Consultorías/Consejerías en Salud Sexual Integral (SSI).....	27
4.3.2 Rol de enfermería.....	29
4.4 Atención de demanda espontánea del centro de salud.....	30
4.4.1 Rol de enfermería.....	31
4.5 Educación, promoción y prevención para la salud en diversos proyectos y/o dispositivos.....	32
4.5.1. Participación en equipos de salud del Primer Nivel de Atención.....	34
4.5.2 El trabajo en equipo y la necesaria interdisciplina.....	34
4.5.3 Planificación Estratégica en Salud (PES).....	35
4.5.4 Diseño de Proyectos de Acción Social en el Primer Nivel de Atención.....	36



Índice de Manual

Capítulo 5. Docencia.....	37
5.1 Acciones de Educación Permanente en Salud (EPS).....	37
5.1.1 Relacionadas con la propia formación.....	37
5.1.2 Relacionadas con la formación de integrantes de equipos de salud.....	38
5.1.3 Acciones que se enmarcan en la Educación para la Salud (EpS) con la comunidad.....	38
Capítulo 6. Investigación.....	39
Capítulo 7. Asesoramiento.....	40
Capítulo 8. Abordajes interdisciplinarios de Enfermería Comunitaria.....	41
8.1 Enfermería en Cuidados Paliativos.....	41
8.2 Enfermería en Salud Mental.....	42
8.3 Enfermería en Salud Bucal.....	43
8.4 Enfermería en Salud Escolar.....	44
TERCERA PARTE.....	46
Capítulo 9. Protocolos y procedimientos para el PNA.....	46
9.1 Manual de Procedimientos de Vacunación.....	46
9.2 TRIAGE.....	47
9.3 Urgencias y Emergencias Hipertensivas.....	49
9.3.1 Urgencias Hipertensivas.....	49
9.3.2 Emergencias Hipertensivas.....	50
9.4 Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) en un efector de salud.....	51
9.4.1 Algoritmo de actuación para personas adultas en contexto comunitario.....	52
9.4.2 Algoritmo de actuación para personas pediátricas en Hospitales y Centros de Salud.....	53
9.4.3 Algoritmo de atención posparo y reanimación.....	54
9.4.4 Organización del Carro de Paro y Desfibrilador Externo Automático (DEA).....	55
9.5 Valoración pediátrica.....	57
9.5.1 Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB).....	58
9.6 Curaciones de heridas.....	64
9.7 Actuaciones en Salud Sexual Reproductiva y No- Reproductiva (SSRyNoR).....	68
9.7.1 Métodos Anticonceptivos (MAC).....	68
9.7.2 Protocolo de atención en la Interrupción Voluntaria/Legal del Embarazo (IVE-ILE) en el ámbito de APS.....	75
9.7.3 Realización de Test rápido para VIH-SÍFILIS.....	78
9.7.4 Abordaje de Sífilis en el primer nivel de atención.....	84
9.7.5 Protocolo en situación de Riesgo sexual en APS.....	89
Capítulo 10. Herramientas para intervenciones comunitarias.....	90
10.1 Instrumento para proyectos comunitarios.....	90

Primera Parte

CAPÍTULO 1. SISTEMA DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.

1.1 El Sistema de Salud de Argentina

Está compuesto por tres subsectores¹: Público, Seguridad Social y Privado. Bajo una organización política federal, a su vez, se caracteriza por una excesiva fragmentación expresada en distintas fuentes (y volúmenes) de financiamiento; diferentes coberturas, coseguros y copagos aplicados; regímenes y órganos de control y fiscalización distintos.

➡ **El subsector público** está integrado por las estructuras administrativas nacionales, provinciales y municipales. En distintos niveles de atención, según lo establecido en la Resolución 282/94, estos efectores prestan atención gratuita a toda persona que lo necesite.

➡ **El subsector de seguridad social obligatorio** se organiza en torno a las Obras Sociales (OS), que cubren a trabajadores bajo relación de contratación y sus familias según ramas de actividad. Además, cada provincia cuenta con una OS que cubre a personal del sector público de su jurisdicción. Sumado también el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP - PAMI) que brinda cobertura a personas jubiladas del sistema nacional de previsión y sus familias.

➡ **El subsector privado** incluye, por un lado, a los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares o sistemas privados de medicina prepagada. Por el otro, a los establecimientos asistenciales, contratados también por las OS, y las entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina.

1.2 Niveles de Atención del Sistema de Salud en el Subsector Público

La organización por niveles de atención responde a una lógica de regionalización, y se basa en el concepto de “capacidad de resolución”, teniendo en cuenta el tipo de respuesta que se quiere brindar a la población se ofrece una franja de servicios. En concordancia con lo establecido en la Resolución 282/94² del entonces Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (ampliada con Res. 900-E/2017³) los establecimientos serán clasificadas en las siguientes categorías:

NIVEL I - Bajo Riesgo (Primer Nivel):

Constituye esencialmente la puerta de entrada a la red de servicios o sistemas en la mayor parte de los casos. Realiza acciones de promoción y educación de la salud, prevención de las enfermedades, y protección de la salud. Así como el diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida, búsqueda de demanda oculta, control de la población e internación derivada para la atención de pacientes con bajo riesgo con mecanismos explicitados de referencia y contrarreferencia. Está conformado por los centros de salud y los dispositivos que se desprenden de ellos (por ejemplo: postas sanitarias, consultorios descentralizados).

1. Basado en la propuesta del programa de formación del MSAL Curso Salud social y comunitaria:
<https://iah.msar.gov.ar/doc/Documento176.pdf>

2. Resolución Ministerial N° 282/1994. Criterios Básicos de Categorización de Establecimientos Asistenciales.

3. Resolución Ministerial N° 900-E/2017. Tipologías de Establecimientos de Salud.
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/166717/20170719>



NIVEL II - Mediano Riesgo (Segundo Nivel):

Puede también constituir la puerta de entrada al sistema. Realiza las mismas acciones que en el bajo riesgo, a los que se agrega un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo. Está conformado por hospitales generales, centros de diagnóstico y tratamiento u otros efectores que realizan atención ambulatoria, internación, cirugías, métodos complementarios de diagnóstico de mediana complejidad ó tratamientos.

NIVEL III- Alto Riesgo (Tercer Nivel):

Excepcionalmente constituye la puerta de entrada al sistema. Puede realizar acciones de bajo y mediano riesgo pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución vigente en la actualidad. Conformado por hospitales o centros especializados en donde se tratan problemas de salud que exigen técnicas de diagnóstico y tratamiento más complejas. Cuentan con servicios de áreas críticas como: cuidados intensivos de adultos o pediátricos, neonatología, unidad coronaria, etc.

1.3 Atención Primaria de la Salud

La Declaración de Alma - Ata (1978), hito de referencia para la construcción de un nuevo paradigma en salud, la define como un derecho e introduce el valor positivo que tiene en ella la participación de las personas y comunidades, haciendo énfasis el respeto por los Derechos Humanos. Desde ese momento la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) implicó un cambio organizacional en los modos de brindar y generar salud pública y colectiva.

En 2020, retomando las funciones esenciales de la salud pública en las américas⁴, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) profundizaron el abordaje de los sistemas de salud centrados en la perspectiva de APS.



Dentro de ese marco se plantea que la atención debe ser **integral e integrada**, articulando la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la asistencia sanitaria. Trabajar desde esta perspectiva implica, por lo tanto, realizar intervenciones basadas en la población y que las mismas no estén limitadas solamente a la atención individual. Desde esta estrategia, se prioriza una **posición comunitaria**, es decir, llevar a cabo acciones situadas que incorporen el contexto local, el escenario mismo donde transcurre la vida cotidiana de las personas, dando lugar a la participación activa de la comunidad, escuchando sus necesidades sentidas, bajo una perspectiva de salud entendida en el marco de los derechos.

4. OMS y OPS, (2020). Las Funciones Esenciales de la Salud Pública en Las Américas. Una Renovación para El Siglo XXI. Marco conceptual y descripción.



1.4 Salud Integral

El concepto de salud, como también el de enfermedad, no es siempre el mismo en todos los tiempos ni en todas las sociedades, sino que se encuentra en constante movimiento: es dinámico, contextual, histórico, social y cultural. A modo de síntesis, podemos decir que fue variando desde una concepción más asociada a la biomedicina hacia una manera de pensarla como un proceso integral de salud - enfermedad - atención - cuidados (PSEAC).

Así, la salud se fue asimilando cada vez más a un proceso dinámico, construido en lo social, en el que se articulan de modo complejo factores biológicos, psicológicos, ambientales, económicos, culturales, políticos, de clase, género, etnia, edad, entre otros.

En la misma línea, los organismos antes mencionados (OPS & OMS) reconocen que la salud pública y colectiva incluye la organización de servicios sanitarios desde el paradigma que concibe la salud desde una perspectiva integral. De este modo, se llevan a cabo acciones poblacionales e individuales para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar asistencia (diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos y rehabilitación) y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios. Asimismo, estas acciones constituyen intervenciones de salud que inciden sobre problemáticas que determinan el proceso de salud, enfermedad, atención, cuidados contemplando todas sus dimensiones: biológicas, subjetivas, sociales, culturales, históricas, ambientales, políticas, etc.



Por ello es necesario que el personal de salud en general -y Enfermería en particular- comprenda que la salud es **un bien social** y un derecho humano esencial y que, por lo tanto, garantizarlos es un deber del Estado.

1.5 Primer Nivel de Atención del Municipio de Tigre

La Secretaría de Salud de Tigre realiza gestión y políticas de Primer Nivel de Atención hace más de 20 años. Coincidiendo con el desarrollo a nivel regional y global, como también con lineamientos de organismos internacionales, tales como la OMS, se ha profundizado el abordaje en salud desde una perspectiva de APS. En lo que respecta al área de salud, el Municipio de Tigre pertenece a la Región Sanitaria V de la Provincia de Buenos Aires.

El primer nivel de atención se encuentra integrado actualmente por veintidós Centros de Atención Familiar y de Salud (CAFyS), tanto en continente como en islas, entre los cuales se incluyen: el Centro de Salud Mental “Talar Sur” y el Centro de Prevención y Asistencia en Nutrición (CEPAN). Además se cuenta con el Centro para Adolescentes “Eva Giberti”, un Catamarán Sanitario y dos móviles sanitarios (Favaloro y Muelitas).

Estos espacios del PNA articulan con los efectores del segundo nivel de atención, entre los cuales se encuentran: el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó”, Hospital Odontológico “Prof. Dr. Ricardo Guardo”, Hospital Oftalmológico “Dr. Ramón Carrillo”. A ellos se le suman: tres Hospitales de Diagnóstico Inmediato (“Dr. Floreal Ferrara” en Torcuato, “Dr. Valentín Nores” en Tigre Centro, “Dr. Eduardo Juan Mocoroa” en Benavídez), dos Centros de Rehabilitación (“Frida Kahlo” y “Juana Azurduy”) y el Centro Municipal de Zoonosis. A su vez, en el territorio municipal se encuentra el Hospital Provincial Zonal Gral. de Agudos “Magdalena Villegas de Martínez”, en Pacheco.



Además desde la Secretaría de Salud se implementan diversos programas, tanto municipales como provinciales y nacionales, tales como⁵: “Tigre cuida tu corazón”; VIH, ITS y Hepatitis Virales; “Para verte mejor”; Programa de Asistencia al Deporte Infantil (PADI); Soporte de cuidados paliativos; Atención odontológica en jardines de infantes; Programa de Salud Escolar; Asistencia y prevención de las adicciones.

1.6 Área Programática

Área Programática es, según la Organización Panamericana de la Salud (1994), “el ámbito geográfico de cobertura asignado a un establecimiento de salud, para ejecutar los programas de atención médica y saneamiento ambiental”.



Por Área Programática (AP) o de responsabilidad se considera aquella área geográfica delimitada por consenso y de forma arbitraria, que define un territorio donde los equipos que trabajan en los Centros de Salud se comprometen a ejecutar acciones de salud. Establece jurisdicciones que a su vez establecen acciones y responsabilidades en salud.

OPS, 1994.



Este recorte permite identificar el espacio geográfico que habita la población sobre la que un establecimiento local de salud decide programar, medir, y analizar sus intervenciones desde una perspectiva de equidad. Es un concepto operativo para gestionar la salud pública por el cual, cada centro de salud, tiene bajo su responsabilidad un área donde desarrolla acciones integrales e integradas de salud para sus habitantes y el medio ambiente.

En este sentido, el Municipio de Tigre se encuentra planificado en áreas programáticas con un Centro de Atención Familiar y Salud (CAFyS) a cargo de la población. Contribuyendo así al propósito de la promoción de la salud, y garantizando la accesibilidad y equidad del sistema, descentralizando la determinación de las necesidades y demandas de las distintas localidades del partido, teniendo conocimiento de las problemáticas del territorio específico que cada una posee (Secretaría de salud, 2020)⁶.

Es importante que Enfermería, como integrante de los equipos interdisciplinarios de salud, *conozca el área programática*: sus límites, sus características geográficas, urbanísticas, sociales, políticas, culturales; complejizando el mapa con las dinámicas que habitan en ellas: las personas, sus familias, los grupos sociales, sus referentes, las organizaciones sociales e instituciones.

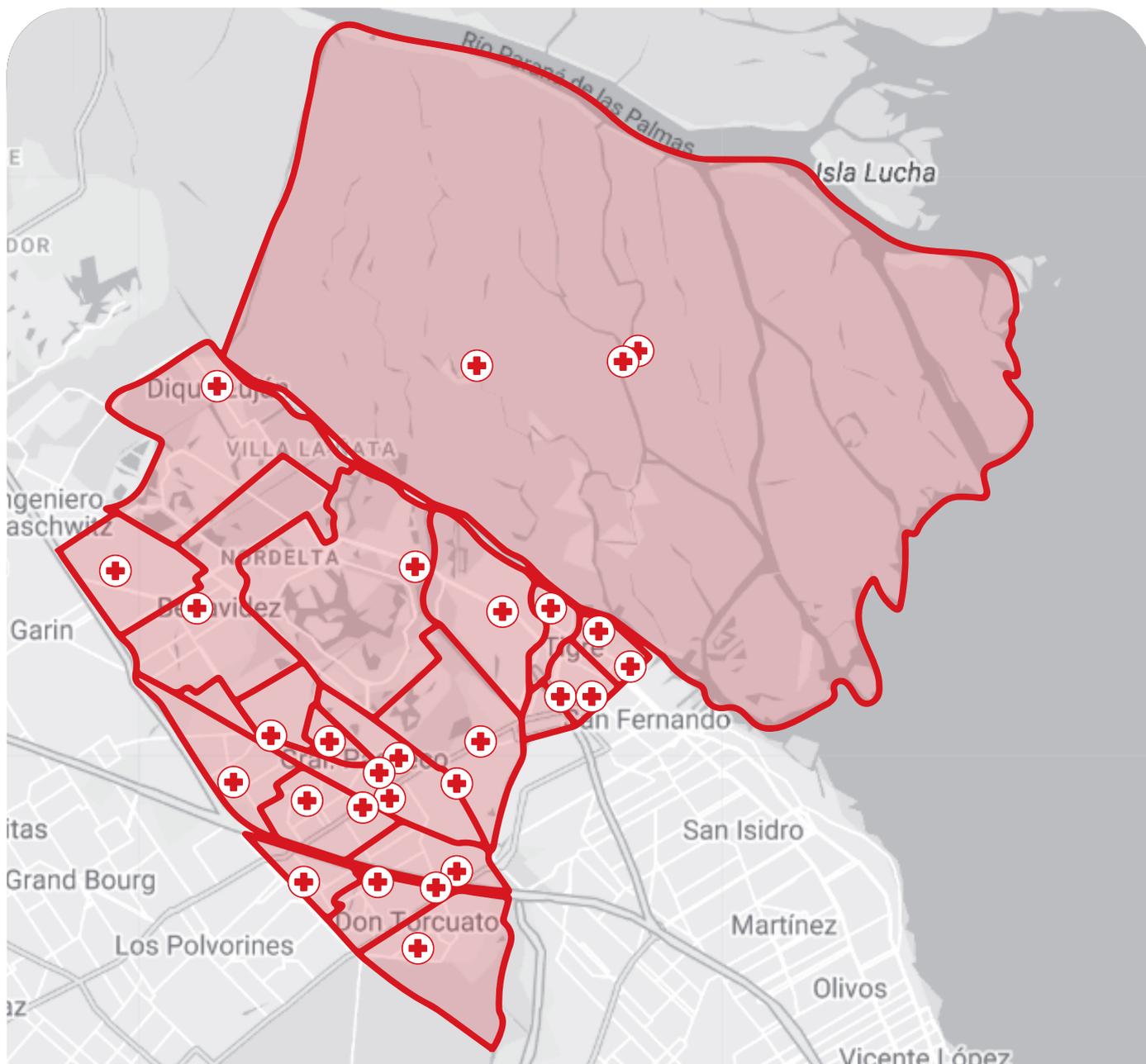


El concepto de área programática no debe constituirse como barrera de acceso a la atención en el sistema de salud. Es decir, la definición operativa y arbitraria delimita un ámbito geográfico de responsabilidad pero de ningún modo puede operar como un obstáculo para negar el Derecho a la Salud.

5. Para más información sobre los programas visitar: <https://www.tigre.gob.ar/salud/programas>

6. Informe COVID-19 realizado por la Secretaría de salud del Municipio de Tigre.

Áreas programáticas⁷:



+ CAFyS, Hospitales Municipales y bases SET.

Disponible:

Escaneando QR ó
entrando a <https://goo.su/Onel7>

7. Producción de Información en Salud. Municipio de Tigre.



CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA COMUNITARIA.

2.1 Perfil Profesional

Desde la Coordinación de Enfermería, el perfil profesional al que se apunta para quienes desempeñan funciones en el Primer Nivel de Atención del Municipio es el de Enfermería especializada en APS, tomando herramientas y fundamentos de la Enfermería Comunitaria (en adelante: EC). El sustento de ello será la Educación Permanente en Salud (EPS) como modo de mejorar continuamente *saberes, aptitudes y actitudes* en lo concerniente a la diversas experiencias de salud que atraviesan las personas, sus familias y las comunidades en los territorios y que pueden ser abordadas desde los Centros de Salud.

La EC, según la OMS⁸ (1974), tiene por objetivo la identificación de necesidades de salud generales de la comunidad y el desafío de promover la participación de esta en la ejecución de programas relacionados con la salud y el bienestar de la población. En su ejercicio: integra los conceptos y métodos de las ciencias de la salud pública con los de enfermería para promover, mantener y restaurar la salud de la comunidad; utiliza la epidemiología para identificar las necesidades de atención de la población; planifica y ejecuta acciones de prevención/educación incluyendo la atención primaria directa y determina el impacto de las mismas. También están de acuerdo con lo expuesto el Consejo Internacional de Enfermería⁹ (CIE) en sus definiciones sobre la profesión y el actual marco normativo, Ley 24.004/91¹⁰ en su artículo n° 2.

Por lo tanto, se acuerda con Jacquier et al. (2014)¹¹, que la praxis de la EC toma como sujetos/as de cuidados a la comunidad y familias, entendiendo que no se trata de negar el cuidado individual, sino, que se trata de valorar las diversas situaciones en su contexto. Mirar el todo en conjunto permite gestionar una mirada más compleja de las dinámicas e interacciones de las relaciones personales.

En sintonía con el perfil profesional que se promueve, desde el año 2021 comienza a funcionar en el Municipio la **Residencia de Enfermería Comunitaria**, con sede en el CAFyS Troncos del Talar. La misma depende del Sistema de Residencias de la Provincia de Buenos Aires y presenta la característica de ser la única oferta de esta especialidad en toda la Región Sanitaria V. El objetivo de esta apuesta de gestión es tener una experiencia de formación en servicio que impacte en la calidad del Sistema de Salud local.

2.2 Producción de cuidados

Se parte desde *la teoría de cuidados latinoamericana enmarcada dentro de la perspectiva del buen vivir y el bienestar*, donde se caracterizan los cuidados desde una ética de compromiso social con la salud de todas las personas, en tanto su dimensión individual, familiar y/o comunidad:

8. Organización Mundial de la Salud (1974). Enfermería y salud de la comunidad. Serie de Informes Técnicos No. 558, Ginebra.

9. Consejo Internacional de Enfermería (2015). Extraído el 24 de abril 2023 en: <https://www.icn.ch/es/>

10. Ley 24.004. Ley de ejercicio de la enfermería. 23 de octubre de 1991.

11. Jacquier et al. (2014). Introducción a la enfermería comunitaria. Una contribución a la salud colectiva. Posadas.



El cuidado de enfermería entendido como una acción humana profesional dirigida al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, considerando los determinantes- condicionantes ambientales, sociales, políticos y económicos de la salud. Respetando los derechos y necesidades biológicas, sociales, políticos, psicológicas, espirituales, culturales, económicas y éticas. El cuidado que va dirigido al buen vivir y bienestar de los sujetos se brinda en todos los niveles de atención y en todos los ciclos de la vida, con competencia humanística, política y técnica, de manera integral en instituciones hospitalarias y comunitarias, mediante una actitud ética-legal garantizando intervenciones libres de riesgos.

Cárcamo, 2021.¹²



Esta teoría es producto de trabajos de investigación realizados por el Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados de Enfermería de la Universidad Nacional de Lanús. Quienes promueven producir teoría desde un marco conceptual propio y desde lo local, ya que hasta el presente todas las teorías utilizadas en este campo fueron concebidas desde los países centrales (fundamentalmente los EEUU).

En síntesis, el modelo de cuidado propuesto:

- Está comprometido con las personas en los lugares en que estas viven y transitan.
- Aspira a comprender el contexto del proceso salud, enfermedad, atención, cuidados.
- Cada intervención es una oportunidad de educación, prevención y promoción.
- Construye el proyecto de cuidado con el equipo y los usuarios, considerando siempre la singularidad y todas las instancias intervinientes en el proceso de salud.
- Está dirigida al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, considerando los determinantes- condicionantes ambientales, sociales, políticos y económicos de la salud. Respetando los derechos y necesidades biológicas, sociales, políticos, psicológicas, espirituales, culturales, económicas y éticas.



Con este enfoque de atención se espera brindar cuidados que prioricen la singularidad de las personas y su familia, de manera tal de ayudar a potenciar el papel terapéutico del vínculo y facilitar el proceso de seguimiento por parte del equipo. Lo cual implica un proceso de **longitudinalidad** en la atención de los problemas de salud, es decir, un enfoque de **continuidad de cuidados**. Esto hace referencia al cuidado centrado en la persona y su contexto (no en la enfermedad), e implica un contacto personal sostenido a lo largo del tiempo, independientemente del tipo de problemática que dió inicio a la consulta.

12. Cárcamo, S. (2021). Cuidados del Buen Vivir y el Bienestar desde las epistemologías del sur. Conceptos, métodos y casos. FEDUN: CABA.



2.3 Método científico de enfermería

La disciplina se organiza a través de una metodología científica de trabajo que implica realizar diagnósticos de enfermería. Estos se elaboran a través de un proceso sistemático (**Proceso de Atención de Enfermería - PAE**) que consta de por lo menos de cinco momentos diferenciados los cuales pueden elaborarse a partir de diversas **teorías y modelos de enfermería**.¹³

La metodología propuesta para un PAE comunitario es la siguiente:

Fases/ Definición	Metodología
<p>Valoración</p> <p>Recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.</p>	<p>Abordajes clínicos-asistenciales</p> <p>Relevamiento de datos: Exploración física, observación, Entrevistas, Informes médicos/antecedentes de salud, genogramas y registros de Historia Clínica.</p> <p>También registros en HC, registro en report.</p> <p>Los datos se organizan clasificándolos y ordenándolos por prioridad.</p> <p>Sugerencias de teorías/ modelos: Se puede usar Modelo de V. Henderson, Patrones de Gordon, Modelo Madeleine Leininger.</p> <p>Abordajes comunitarios-situacionales:</p> <p>Tres grandes dimensiones en el análisis de la situación de salud (Uso de indicadores):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis demográfico y socioeconómico. • Análisis de morbilidad (enfermedades) y mortalidad (muertes). • Análisis de la respuesta social por parte de los servicios de salud. <p>Relevamiento de datos mediante: Formularios, entrevistas, observación y encuestas. Informes médicos, epidemiológicos, indicadores sociodemográficos, mapeos-cartografías, registro de reuniones, genogramas, visitas domiciliarias. También de HC, registro de actividades comunitarias, etc.</p> <p>Los datos se organizan clasificándolos y ordenándolos por prioridad.</p> <p>Sugerencias de teorías/ modelos: Se puede usar la propuesta de Ramos Calero (2002) o Madeleine Leininger.</p>
<p>Diagnóstico</p> <p>Es el juicio crítico o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería, desarrollado con la metodología que se opte.</p>	<p>Abordajes clínicos-asistenciales</p> <p>Una vez organizados los datos, se disponen por prioridad y se vinculan para realizar el diagnóstico de enfermería según metodología PES.</p> <p>PROBLEMA r/c ETIOLOGÍA m/p SIGNOS, SÍNTOMAS O DATOS.</p> <p>Abordajes comunitarios-situacionales</p> <p>Una vez organizados los datos, se identifican las fuentes e indicadores.</p> <p>Los datos se organizan clasificándolos y ordenándolos por prioridad.</p> <p>Se construye un problema general a abordar, considerando el esquema:</p> <p>TEMÁTICA CALIFICADA POR PRIORIDAD r/c PERSONAS/GRUPOS ubicada en TIEMPO Y ESPACIO.</p>

13. La valoración y priorización de los datos para elaborar los diagnósticos pueden tomarse de las diversas teorías y modelos: Modelo de V. Henderson, Modelo de Lehninger, Modelo de diagnóstico comunitario de Ramos Calero, Madeleine Leininger, entre otros.

**La metodología propuesta para un PAE comunitario es la siguiente:**

Fases/ Definición	Metodología
<p>Planificación</p> <p>Plan y organización de cuidados para prevenir, minimizar, abordar los problemas, así como para promocionar la Salud.</p>	<p>Abordajes clínicos-asistenciales</p> <p>PROBLEMA r/c ETIOLOGÍA m/p SIGNOS, SÍNTOMAS O DATOS.</p> <p>Se elabora al menos 1 objetivo por cada diagnóstico PES y se correlaciona con un plan de cuidados que contribuyan al logro de esos objetivos.</p> <p>Se explicita el tiempo en el que se espera el resultado.</p> <p>Abordajes comunitarios-situacionales</p> <p>Se construye un problema general a abordar, considerando el esquema: TEMÁTICA CALIFICADA POR PRIORIDAD r/c PERSONAS/GRUPOS ubicada en TIEMPO Y ESPACIO.</p> <p>Por cada temática calificada de tal manera que presenta un problema a intervenir se elabora un objetivo general y varios objetivos específicos relacionados con los efectos de ese problema. Luego se arma un plan de acción con varias actividades por objetivo específico.</p> <p>Se organiza un cronograma que ordene los tiempos de ejecución de las actividades propuestas.</p>
<p>Ejecución</p> <p>Es la realización o puesta en práctica de lo planificado.</p>	<p>Para ejecutar las acciones/intervenciones se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contemplar posibles efectos adversos o complicaciones de todas las intervenciones para tener una actitud preventiva al respecto. ej. Para el acto de vacunación tener preparado kit de anafilaxia. • Accionar siempre ante un consentimiento informado, manteniendo la confidencialidad de los actos en salud y promoviendo la participación activa de las personas, familias y comunidades. • Realizar el registro de todas las acciones, dado que esto implica un ejercicio legal de una práctica profesional. • Realizar las acciones respetando los derechos humanos de las personas, esto implica atender a los marcos normativos vigentes, elaborando las mismas desde un enfoque de género, diversidad e interculturalidad. • Trabajar en equipo y apoyarse en diversas profesiones amplía las posibilidades de abordajes.
<p>Evaluación</p> <p>Determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.</p>	<p>Las evaluaciones se realizan en todo momento del PAE, por eso es importante llevar constantemente un registro sistemático de las prácticas que se realicen. Constatando si estos datos nos permiten concluir que se han logrado los objetivos propuestos o no, y en caso de otros diagnósticos realizados intra-ejecución evaluar iniciar otro PAE.</p>



Segunda Parte

CAPÍTULO 3.

ASPECTOS GENERALES Y LEGALES DEL EJERCICIO DE ENFERMERÍA.

3.1 Marco normativo profesional

El ejercicio profesional de Enfermería se encuentra reglamentado bajo la Ley Nacional N° 24.004¹⁴ (promulgada en 1991) y la Ley Provincial N° 12.245¹⁵ (promulgada en 1999). Ambas, en su Artículo N° 2, establecen para la profesión las siguientes **competencias**:

El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes. Asimismo será considerado ejercicio de la enfermería la docencia, investigación y asesoramiento sobre temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería.

Ley 24.004, 1991.

Por otra parte, las **incumbencias** quedan detalladas (según los títulos habilitantes) en la reglamentación de la Ley Nacional, bajo el Decreto Nacional n° 2.497/93¹⁶. A su vez, se reconocen en el Artículo N° 3, dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

a) *Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad, sometidas al ámbito de su competencia.*

b) *Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyan al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión.*

Ley 2.497, 1993.

A nivel local, en el Municipio el personal de Enfermería se encuentra regulado por el Convenio Colectivo de Trabajo (CCT) Res. n°1218/21 - Ordenanza n° 3815/21 entre las categorías 5 a 10 (Anexo, ítem 1.6.3).

14. Idem ítems 9.

15. Ley 12.245. Ley provincial del ejercicio de la enfermería. 14 de enero de 1999.

16. Decreto Nacional 2.497. Reglamentación del Ejercicio de la Enfermería. 16 de diciembre de 1993.

3.2 Derechos, Género y Diversidades en Enfermería

En 2023 la Comisión Nacional Permanente Asesora en Enfermería (CNAPE) se pronuncia a través de un documento donde promueve, en base a los lineamientos constitucionales, convencionales y deontológicos, que Enfermería se actualice sobre los nuevos avances en materia de derechos humanos, género y diversidades.

En el mismo sentido, la CNAPE, destaca:

La Enfermería del siglo XXI se orienta hacia la lógica de los cuidados progresivos basados en el efectivo reconocimiento de los derechos humanos, cuyos pilares fortalezcan el respeto, la igualdad, la autonomía, la libertad y dignidad de las personas, grupos, familias y comunidades; que incluyan las nuevas dimensiones categóricas en términos de diversidad cultural, identidad, expresión y orientación sexual, transculturalidad, equidad, personas con capacidad de gestar, personas adultas mayores y niñeces. Estas nuevas dimensiones requerirán una progresiva incorporación desde las diferentes esferas sean éstas personales, profesionales y educacionales bajo una mirada ética, integral y libre de toda discriminación.

CNAPE, 2023.¹⁷

3.3 Derechos de Niñeces y Adolescencias en Salud

Los derechos de niñas, niños y adolescentes (en adelante NNyA) se encuentran enmarcados por un sistema normativo denominado ordenamiento jurídico. Dentro de este se encuentra un conjunto de normas dentro de las cuales, a partir de la reforma de la Constitución del año 1994 (Art. 75, inc. 22), la Convención Internacional sobre los Derechos de la niñez (CIDN) tiene rango constitucional. En el mismo sentido, de reconocimiento de los derechos de *vacunación como bien social y una estrategia de salud* niñas/os y adolescentes, en 2005 se sancionó la Ley nacional 26.061 de Protección integral de NNyA. Sumado a ello, en el 2015 se modificó el Código Civil y Comercial (CCyC) actualizando y adecuando la legislación local a los estándares internacionales e introdujeron modificaciones que, partiendo de la regla de presunción de capacidad de todas las personas y del principio de autonomía progresiva, introdujeron cambios de importancia para la atención en salud de NNyA.

La CIDN; el CCyC y la Ley 26.061 reconocen a NNyA como sujetos de derecho, entre los cuales se encuentran: a que su voz sea escuchada y que su opinión sea tenida en cuenta, a que se respete su pleno desarrollo personal y a que se tenga en cuenta el desarrollo de su autonomía progresiva.

¿Cómo deben entenderse estas modificaciones para la práctica cotidiana de los equipos de salud?

Esto está plasmado en la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación que define la presunción de la capacidad de todas las personas en base a las modificaciones del y deben comprenderse:

17. Comisión Nacional Permanente Asesora en Enfermería - CNAPE-. (2023). Derechos Humanos, Género y Diversidades en Enfermería. Disponible en:

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-03/2023-03-DDHH-grnero-diversidad-enfermeria-CNAPE.pdf>



Niñas/os hasta los 13 años.	Brindan su consentimiento con asistencia de persona adulta referente. Debe considerarse el interés superior y su autonomía progresiva.
Adolescentes de 13 a 16 años.	Tienen aptitud para decidir por sí sobre toda práctica que no implique riesgo grave (práctica no invasiva).
Adolescentes mayores a 16 años.	Tienen capacidad plena para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo como persona adulta.

Extraído del capítulo 3 de la Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud del 2018.

Principios y lineamientos a tener en cuenta en la atención de NNyA:

- **Toda niñez y/o adolescencia que se presente al servicio de salud sin acompañamiento debe ser atendida**, la Ley N° 26.529 de Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado, en su art. 2 inc. a, reconoce este derecho.
- **El consentimiento informado se inicia desde el proceso de la atención, es de carácter verbal y voluntario** según lo establece la Ley de derechos del paciente y será por escrito en situaciones particulares.
- **En todos los casos se debe contar con la autorización de NNyA para la revelación de información sobre la consulta a otras personas**, incluyendo progenitores y otros miembros del equipo de salud.
- Todas las personas, incluyendo NNyA, tienen derecho a designar a alguien de su confianza que las acompañarán para la toma de decisiones sanitarias.

3.4 Registros de Enfermería

Los registros de enfermería forman parte del acto profesional de la disciplina en sus aspectos asistenciales, legales y éticos; constituyendo una fuente de información y comunicación legal que formará parte de la atención en salud y de las historias clínicas de las personas usuarias.

La documentación de las prácticas profesionales son obligatorias y se constituye en la principal evidencia en caso de sumario o juicio por responsabilidad. Lo que no esté registrado, jurídicamente no existe, por lo tanto se presume no efectuado.

A nivel normativo, los registros de enfermería se encuentran regulados por las nuevas Directrices de Organización y Funcionamiento de Gestión de Enfermería y marco de los Cuidados Progresivos del MSAL (Resolución 938/2023)¹⁸.

En la misma se expresa:



El Servicio de Enfermería deberá contar con un sistema de información y registro que servirá como instrumento científico, académico, administrativo y legal que refrende los cuidados de los profesionales. La conducta de Enfermería como profesión comprometida con los cuidados sanitarios puede ser el mejor resguardo ante el potencial riesgo de una mala práctica en el ejercicio de su función.

Anexo II, Res. Min. 938, 2023.

18. Resolución Ministerial 938. Directrices de Organización y Funcionamiento de Gestión de Enfermería y marco de los Cuidados Progresivos. 2023.



Para mantener una Historia clínica y evolución de enfermería que brinde seguridad informática, a continuación, se recomiendan las siguientes buenas prácticas (Anexo II, Resolución Ministerial 938):

- Registrar todos los cuidados y prestaciones de manera objetiva y precisa en la historia clínica, sea en formato papel o digital.
- Evitar tachaduras y enmiendas en la evolución del paciente, en caso de rectificar algún cuidado o dato sensible, es necesario que se indique mediante una llamada y que posteriormente el profesional de enfermería firme y selle los cuidados dispensados.
- Promover las notificaciones de incidentes y eventos adversos facilitando el desarrollo de metodologías en pos de la prevención de riesgo y mejora continua. La misma tiene carácter de anónimo.
- Solicitar la actualización de las prescripciones médicas de manera rutinaria.
- Firmar y sellar cada administración de medicación en la prescripción médica.
- El uso de sello profesional constituye una buena práctica profesional.

3.4.1 Rol de Enfermería

Para los Registros en el Primer Nivel de Atención:

En la atención directa en general

Deben contener la descripción de las acciones que realice enfermería, reflejando tanto la valoración de enfermería, como el planeamiento del cuidado y la continuidad de la atención. Esto implica dejar registro sobre: observaciones profesionales, diagnósticos de enfermería, plan de cuidados, administración de medicación, antecedentes o datos que se consideren complementarios a esa atención.

En la atención directa específica del acto de vacunar

Implican registrar las aplicaciones efectuadas, tanto en la historia clínica como en la libreta de vacunación, en las planillas diarias específicas y en aquellas destinadas al control de stock. A su vez, estos registros deben ser volcados a los sistemas informáticos proveídos (ej. CIPRES).

Aquellos asociados a la organización del servicio

En todo servicio de enfermería debe haber un libro de registro **(comúnmente llamado report)**. Como indica su nombre, es un libro de reportes en el cual se asientan acontecimientos significativos y situaciones particulares del servicio que requieren ser explicitadas por escrito (por ejemplo, la rotura de un artefacto, situación conflictiva en la atención, situación de derivación de pacientes, su estado clínico y cuidados realizados, etc.).



3.5 Organización de los servicios y espacio de Enfermería

El ámbito en el que se desarrolla la tarea debe ser seguro, operativo y de calidad, tanto para las personas usuarias, como también para quienes trabajan en él. Para ello, es importante que se formalicen acuerdos institucionales en cada centro de salud sobre las responsabilidades compartidas que presenten los equipos de trabajo en la organización de los servicios.

3.5.1 Rol de Enfermería

Resulta fundamental tener en cuenta los siguientes lineamientos¹⁹:

- Realizar control del stock y pedidos de los insumos necesarios para las actividades con el fin de evitar la acumulación, el mal uso y vencimiento de recursos.
- Sectorizar los insumos operativamente según servicios y técnicas a realizar.
- Implementar el rotulado correspondiente en cada sector donde se almacenan los insumos, para que sean de fácil acceso.
- Mantener el servicio ordenado para facilitar su higiene y desinfección, evitando obstaculizar la tarea del personal de maestranza y que el mobiliario no acumule partículas contaminantes.
- Evitar la cartelería excesiva en el espacio del servicio, sosteniendo aquellas que sólo cumplan con objetivos concretos de comunicación en salud, a fin de evitar la contaminación ambiental - visual.
- Tomar co-responsabilidad para el cuidado, control y mantenimiento institucional de la aparatología propia de los CAFyS tales como: electrocardiógrafo, saturómetro, ambú, laringoscopio, tubos de oxígeno, tabla de inmovilización, cuello ortopédico, silla de ruedas, set de aspiración, etc.

19. Basado en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención. Resolución 856-E/2017.

CAPÍTULO 4. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, ASISTENCIA, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN.

Para organizar las actividades de Enfermería se propone la siguiente categorización según las competencias e incumbencias explicitadas en el marco normativo de la profesión y las experiencias locales que se vienen desarrollando, sin intención de excluir otras actividades que el ejercicio profesional pueda involucrar.

4.1 Consulta de Enfermería

Según como lo define Villalba (2008)²⁰, la consulta de enfermería es ofrecida en un lugar físico determinado, con participación activa de la persona usuaria, en un tiempo determinado. Suele ser a **demanda o programada**, creando la enfermería su propia oferta a través de actividades pertinentes a su rol. Las consultas de Enfermería pueden estar situadas en el efector o bien en la comunidad. Estas últimas pueden presentarse en la modalidad de postas de salud, campañas, operativos móviles y/o visitas domiciliarias.

La consulta de Enfermería situada en el efector sucede, principalmente, en el **consultorio de enfermería**. El mismo constituye un ámbito privilegiado de desarrollo profesional en el que se realizan las acciones autónomas de la disciplina en condiciones de privacidad y confidencialidad. Con frecuencia constituye el primer contacto, es decir, la puerta de entrada de las personas usuarias a los centros de salud. Suele ser, a su vez, eje articulador de muchas otras consultas, encuentros y abordajes interdisciplinarios.

En este espacio la atención puede estar a cargo de Enfermería de manera individual o en equipo con colegas. Asimismo, las personas que asisten pueden ingresar al consultorio de manera individual o grupal.

4.1.1 Rol de Enfermería

- Valoración de enfermería desde un juicio clínico a través de acciones como la implementación de la entrevista, el examen físico, la identificación/relevamiento de síntomas, monitorización de signos vitales incluyendo el dolor.
- Elaboración de plan de cuidados a través del Diagnóstico de Enfermería.
- Curaciones: cuidados de distintos tipos de heridas de la piel y tejidos blandos (ej., pié diabético, quemaduras, infecciones de la piel, escaras, entre otras).
- Control/seguimiento de personas con patologías crónicas (ej. medición de glucemia en DBT medición de la tensión arterial en HTA).
- Administración de fármacos según indicación médica, por distintas vías: intramuscular, intradérmica, subcutánea, endovenosa, inhalatoria, oral, sublingual, rectal.
- Colocación de accesos venosos periféricos, su curación y mantenimiento.
- Realización de electrocardiogramas (con agenda o por demanda espontánea).
- Realización del TRIAGE: de vital importancia en la asistencia, administración y gestión de las personas que consultan al centro de salud por demanda espontánea, (Ver apartado “Demanda espontánea”).

20. Villalba, R. (2008). Desarrollo de la Enfermería Comunitaria en la República Argentina. Global Enfermería.



- Toma de muestra de papanicolau (PAP).
- Trabajo en conjunto en las consultas de control de salud médicas, realizando control antropométrico (peso y talla) y de la tensión arterial.
- Consejerías/consultorías sobre diversas temáticas de todo el arco de la Salud Integral de las personas-familias-comunidad. (Ver Capítulo 4, apartado 3).
- Atención en Salud Sexual Integral: consejerías/consultorías, entrega, colocación y/o administración de Métodos Anticonceptivos (MAC), como así también realización de Test Rápido para HIV, Sífilis y/o Hepatitis C. (Ver Capítulo 4, apartado 3.1).
- Acciones que integran la Asistencia con la Educación y Promoción de la Salud orientada hacia los sujetos de atención y sus familias atravesando todas las tareas anteriormente mencionadas.
- Orientación a personas usuarias según necesidades de atención y cuidados.
- Asistencia en cuidados paliativos para el acompañamiento físico, emocional y espiritual a personas en final de vida y su entorno vincular. (En articulación con el programa Soporte de Cuidados Paliativos. Capítulo 8, apartado 1).
- Registro sobre el actuar de enfermería. (Capítulo 3, apartado 4).
- Gestión y organización del servicio de enfermería. (Ver Capítulo 3, apartado 5).
- Asistencia en cuidados de salud mental: Escuchar y producir lazos sociales solidarios, realizar seguimiento y administrar las medidas terapéuticas (ej. tratamientos farmacológicos), participar activamente en los equipos aportando desde el saber de los cuidados a la construcción de estrategias clínicas interprofesionales, participar en investigaciones y en gestión, entre otras. (ver tercera parte, Capítulo 8, apartado 2).

4.2 Vacunación

Las vacunas constituyen una de las medidas sanitarias que mayor beneficio ha producido y sigue produciendo a la humanidad. Es una estrategia de prevención que favorece tanto a las personas vacunadas como a las personas no vacunadas y otras susceptibles que viven en su entorno.

El artículo 2° de la Ley Nacional 27491 (2018)²¹ entiende a la pública preventiva altamente efectiva, sujeta a los siguientes principios: a) Gratuidad de las vacunas y del acceso a los servicios de vacunación, con equidad social para todas las etapas de la vida; b) Obligatoriedad para los habitantes de aplicarse las vacunas; c) Prevalencia de la salud pública por sobre el interés particular; d) Disponibilidad de vacunas y de servicios de vacunación; e) Participación de todos los sectores de la salud y otros vinculados con sus determinantes sociales, con el objeto de alcanzar coberturas de vacunación satisfactorias en forma sostenida.

Los programas de inmunización han logrado reducir drásticamente la morbimortalidad de enfermedades infecciosas prevenibles por vacunas. El objetivo final de la inmunización sistemática es la erradicación de enfermedades; el objetivo inmediato consiste en la protección individual o grupal contra las enfermedades inmunoprevenibles (Res. n° 498/09)²².

Los centros de atención primaria cumplen un rol fundamental en la garantía de este derecho y en la prevención y control de dichas enfermedades. Enfermería es el pilar fundamental de esta actividad, ocupando un rol protagónico y con un alto grado de autonomía. Ser vacunador/vacunadora es una competencia indispensable para el perfil en atención primaria de la salud, promoviendo una identidad específica profesional en el campo de la EC. Por ello, para trabajar en los CAFyS, es imprescindible estar en permanente formación y actualización a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y de otros cursos reconocidos.

21. Ley 27.491. Control de enfermedades prevenibles por vacunación. 4 de abril de 2019. Recientemente reglamentada por Decreto 439/2023.

22. Resolución Ministerial 498. Normas Nacionales de Vacunación. 29 de Mayo de 2009.

4.2.1 Rol de Enfermería

- Realizar diagnósticos periódicos sobre el **estado de cobertura actual** de la población del área programática según el Calendario Nacional de Vacunación. Una de las técnicas diagnósticas sugeridas para evaluar es el Monitoreo Rápido de Vacunación (MRV)²³.
- Planificar acciones para el alcance de la **meta de cobertura óptima** de la población del área programática.
- Realizar **acciones de vacunación en el territorio**, con periodicidad y sistematicidad, en clave de reducir las barreras de acceso y ampliar la cobertura, priorizando los grupos mayor vulnerabilidad.
- Mantener comunicación respecto a la información epidemiológica relacionada a la vacunación con la Dirección de Medicina Preventiva y el Equipo de Epidemiología del Municipio a través de los canales de comunicación formalmente establecidos.
- Realizar de forma oportuna, según lo estipulado en los protocolos, la debida **Notificación y Vigilancia** de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI).
- Realizar todas las tareas correspondientes a la **Administración y Gestión** del vacunatorio a fin de garantizar un grado alto de Calidad y Seguridad en el Proceso de Vacunación. Dentro de estas acciones el **Registro** presenta un rol fundamental de gestión.
- Identificar resistencias, mitos, creencias de la comunidad y del propio equipo de salud respecto a la vacunación, a fin de poder realizar acciones que acerquen la mejor evidencia científica disponible, con perspectiva de educación y promoción de la salud.
- Ser referente en la temática en el equipo de salud: asesorar, organizar instancias de formación y motivar a que el personal tenga sus vacunas al día.
- Mantener **formación permanente** en la temática.

Calidad y Seguridad en el Proceso de Vacunación

1. Asegurar la **cadena de frío** a través del control y registro diario de la temperatura, higiene y seguridad del interior de las heladeras. Conocer y participar del plan de emergencia ante cortes de suministro de electricidad.
2. Controlar y ordenar el material de vacunación atendiendo a sus **fechas de vencimiento**, el orden en la heladera según **temperaturas recomendadas**.
3. Vigilar sobre **el estado de las vacunas** al momento de organizar el material y/o de su aplicación.
4. Cargar en tiempo y forma las distintas **planillas** asociadas a la vacunación.
5. Control de **stock y pedidos de insumos**.
6. Preparar y mantener siempre vigente y al alcance del equipo de salud el **Kit de anafilaxia**, tanto en el espacio del vacunatorio como así también incorporarlo en las acciones que lo requieran y se llevan a cabo fuera del CAFyS.

23. Para profundizar sobre este método se sugiere el siguiente material:
https://drive.google.com/file/d/1FyCBPHGMiooCkfZA5zZwSVtpVbe_v1Ei/view?usp=drive_link



Para el ejercicio profesional de la administración del servicio de vacunación se usa como criterio los lineamientos dispuestos en el “Manual de Procedimientos de Vacunación” por la Dirección de Medicina Preventiva y su Coordinación de Inmunización de la Secretaría de Salud del Municipio de Tigre.

Se advierte que estos lineamientos son dinámicos, y se encuentran en constante actualización. Por lo tanto, se recomienda ingresar con regularidad a las publicaciones realizadas por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles del Ministerio de Salud de la Nación²⁴.

4.3 Consultorías/Consejerías.

Las consultorías/consejerías son espacios de diálogo que intentan promover la autonomía y el pensamiento crítico de las personas respecto al cuidado de su salud, en un ambiente de confidencialidad, intimidad y respeto (RIEPS, 2013)²⁵. Son espacios que articulan asistencia - prevención - promoción donde el encuentro entre el equipo de salud y las personas usuarias favorece la toma de decisiones de la manera más consciente e informada posible.

Es una estrategia de trabajo que se basa en la comunicación y consiste en la construcción de un vínculo de confianza con el objetivo de brindar información de calidad, orientar y acompañar a las personas. Implica el abordaje desde la singularidad de la situación de quien consulta sin abrir juicios de valor.



Recuperando los modos de nombrar estos espacios en la práctica local, en este manual se opta por el uso de ambos términos **Consultoría y Consejería de forma indistinta**, es decir, como sinónimos. Sin embargo, es importante aclarar que el término “consejerías” no debe asociarse a “dar consejos” sino acercarse más al sentido de la “consulta” que habilita la pregunta y el diálogo.

Como fue mencionado, las consultorías/consejerías pueden abordar las más variadas temáticas de todo el arco de la Salud Integral de las personas-familias-comunidad: hábitos saludables, alimentación, crianzas, vínculos, etc. Asimismo se reconoce que la temática más frecuentemente asociada a estos espacios es la Salud Sexual Integral (SSI).

24. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/recomendaciones-manuales-y-lineamientos>

25. Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud. (2013). Guía de dispositivos de Educación para la salud. Reflexiones en torno a la práctica. GCBA.

4.3.1 Consultorías/Consejerías en Salud Sexual Integral (SSI)

Como se plantea en la Guía Práctica para Profesionales de la Salud en Métodos Anticonceptivos del 2023,²⁶ la consejería/consultoría puede darse por lo menos bajo dos modalidades de abordaje: La primera es aquella que sucede durante la atención de cualquier otra situación de salud, es decir, como un motivo de consulta alternativo al motivo principal, teniendo como característica que se cuenta con menor cantidad de tiempo y que la misma no necesariamente surge a partir de la demanda de la persona usuaria, sino de la escucha atenta, el diálogo abierto y la intencionalidad en la pregunta por parte del equipo de Salud. La segunda es la que se presenta bajo la oferta del espacio específico de consejería propiamente dicha, con una agenda destinada a tal fin programada desde la gestión, donde hay una demanda activa por parte de la persona.

En ambas modalidades el objetivo es entablar un vínculo que permita que la persona tome la palabra para expresar sus necesidades, y pueda demandar, ya sea en esa ocasión o en otra futura, información y/o atención y prestaciones vinculadas al cuidado de la salud sexual.

En todas las consejerías debe existir el consentimiento de la persona y las condiciones para desarrollarlas con confidencialidad y privacidad. Respecto de la orientación y fundamentos de la estrategia de consejería en salud sexual y reproductiva, pueden mencionarse la perspectiva de derechos y el enfoque de género y diversidad, puesto que se concibe a las personas como sujetas de derecho e insertas en un contexto cultural y social.

GUIA MAC, 2021.

Contenidos temáticos de la Salud Sexual Integral frecuentemente abordados en las Consultorías/Consejerías

- Sexualidad y placer.
- Roles, expresión e identidad de género.
- Orientación sexual.
- Anticoncepción.
- Derechos sexuales y derechos (no) reproductivos.
- Violencias en los vínculos interpersonales.
- Autonomía progresiva: participación activa de Niñeces y Adolescencias.
- Interrupción Voluntaria y/o Legal del Embarazo (IVE/ILE).
- Terapias corporales relacionadas con la identidad de género.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Menarca, Ciclo de Menstruación y Menopausia.

26. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. Guía práctica para profesionales de la Salud. PNSSyPR, MSAL; 2023. Disponible en: <https://redaas.org.ar/recursos/metodos-anticonceptivos-guia-practica-para-profesionales-de-la-salud-msal/>



Los organismos de rectoría sanitaria y profesional de la enfermería reconocen que la atención primaria de la salud, que incluye la promoción, prevención y atención de bajo riesgo, debería ser el núcleo central para la atención en salud, en general, y de la salud sexual y reproductiva, en particular. Estas acciones constituyen la esencia del quehacer profesional de la enfermería. Por lo tanto, quienes ejercen esta profesión cuentan con idoneidad para liderar acciones de alto impacto en este ámbito. Resulta, entonces, esencial fortalecer su formación, competencias y aptitudes para que puedan aprovechar todo su potencial en la garantía de la salud sexual y reproductiva.

OPS/OMS, 2023 citado en NT:MSAL, 2023



Algunas pautas para la Comunicación durante el Encuentro de Consejerías, orientada en la Guía MAC 2023.

- **Comunicar claramente la información.** Es importante brindar información en relación con opciones disponibles, avances científicos, riesgos y todo lo pertinente a la temática trabajada. No ocultar información, adaptar el lenguaje a la persona usuaria y confirmar que lo dicho sea comprendido.
- **Asegurar la privacidad, la confidencialidad y el respeto por su intimidad.** Invitar a la persona a que exprese lo que necesite acerca de su sexualidad sin “hurgar” sobre cuestiones que no desea compartir.
- **Establecer una comunicación empática.** Es importante escuchar lo que la persona dice, generando un clima contenedor y prestando atención también a los sentimientos y emociones en juego.
- **Dar lugar al silencio.** En la medida en que se abra un espacio que permita momentos de silencio, es probable que las personas se animen a preguntar o a expresar lo que necesiten.
- **No juzgar ni valorar opiniones o decisiones de la persona usuaria.** El rol del equipo no es juzgar las conductas de la persona usuaria ni decirle lo que debe hacer. Tener en cuenta y respetar las creencias-saberes de las personas.
- **Tener en cuenta las desigualdades sociales y de género.** Es importante generar un espacio para que estas cuestiones puedan ser conversadas, para brindar herramientas y pensar conjuntamente estrategias que favorezcan elecciones libres.
- **No presuponer la identidad u orientación sexual de las personas.** Esto produce, habitualmente, que algunas personas oculten su orientación sexual por temor o vergüenza, y no se vean habilitadas para hacer consultas sobre preocupaciones acerca de su salud sexual y su salud (no) reproductiva.
- **Promover siempre la participación y elección libre de las personas.** Todas las personas, con o sin discapacidad, son titulares de sus derechos. Esto significa que siempre son ellas quienes deciden y consienten sobre las prácticas de salud, más allá de que puedan estar acompañadas o necesiten un sistema de apoyo.



Abordaje de la Salud Sexual Integral de NNyA:

Según la Resolución 65/2015²⁷ del Ministerio de Salud de la Nación:

- Si una niñez asiste al servicio de salud sin la compañía de un/a adulto/a responsable y solicita la provisión de métodos anticonceptivos, corresponderá al equipo de salud, considerar su autonomía progresiva y determinar la conveniencia y oportunidad de proveer un método anticonceptivo, debiendo en todos los casos proteger el interés superior de niñas y niños (es decir la mayor protección simultánea de sus derechos).
- Con menos de 13 años tienen derecho a que se les prescriba preferentemente métodos de barrera, en particular el preservativo. En caso de otros métodos anticonceptivos, es necesario procurar la presencia de alguna persona adulta de referencia.
- A partir de los 13 años de edad no necesitan acompañamiento de progenitores ni de otras personas adultas para elegir y que se les provean anticonceptivos reversibles (orales, inyectables, DIU, implante subdérmico, y anticoncepción hormonal de emergencia y preservativos).
- A partir de los 16 años, pueden petitionar todos los procedimientos que habilita la Ley de Identidad de Género²⁸, prescindiendo del requisito de mayoría de edad, previsto en su art. 11; de acuerdo al art. 26 del CCyC.
- En cada situación de consultoría/consejería se debe evaluar posibles situaciones de abuso, brindando los espacios de contención y atención necesarias en caso de identificarlo.

4.3.2 Rol de Enfermería

- Suministro de información y orientación (consultoría/consejería).
- Provisión de métodos anticonceptivos transitorios (Orales, Inyectables, Implante Subdérmico, DIU/SIU).
- Provisión de interrupción voluntaria y legal del embarazo.

Se recomienda ampliar con la nueva Nota Técnica número 10, “Enfermería en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva: un aporte esencial” realizada por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MSAL. Disponible en:

https://drive.google.com/file/d/1FeSixF8fCt5u2Rs7larjsdCFqobbQW98/view?usp=drive_link

27. Resolución 65/2015. Secretaría de Salud Comunitaria. Disponible en:
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-65-2015-257649/texto>

28. Ley 26.743. De identidad de género. Disponible en:
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26743-197860/texto>



Recursos recomendados para Consejerías de Salud Sexual Integral:

- Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. (2018). Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud. MSAL. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_sobre_derechos_de_adolescentes_para_el_acceso_al_sistema_de_salud.pdf
- CONSEJERÍAS en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. PNSSyPR, MSAL 2015. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento105.pdf>
- MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. Guía práctica para profesionales de la Salud. PNSSyPR, MSAL; 2023. Disponible en: <https://redaas.org.ar/recursos/metodos-anticonceptivos-guia-practica-para-profesionales-de-la-salud-msal/>
- Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud, PNSSyPR. Disponible en: http://www.legislaud.gov.ar/pdf/ssr_guia_personas_trans.pdf
- Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Sobre el Marco normativo. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/aborto/marco-normativo/>
- Serie Derechos sexuales y reproductivos: Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE). Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-06/Nota_tecnica_1_AHE_1462023.pdf
- Serie Derechos sexuales y reproductivos: Abuso sexual y embarazo forzado. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-01/serie-audiovisual-para-formacion-en-deteccion-y-abordaje-del-abuso-sexual-y-embarazo-forzado-en-ninies-adolescencia.pdf>
- Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Actualización 2022. Disponible en: https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/1.-Protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-IVE-ILE-.-Actualizacion-2022.-Res.-1063_2023.pdf
- Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Hoja de ruta. Herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud. PNSSyPR, 2020. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/atencion_de_ninas_y_adolescentes_menores_de_15_años_embarazadas_hoja_de_ruta.pdf

4.4 Atención de demanda espontánea del centro de salud

Se entiende a la Atención de Demanda Espontánea (ADE) en un centro de salud como aquella que surge ante situaciones de urgencia o emergencia, como así también aquellas necesidades sentidas de atención que presentan las personas ante un proceso agudo. Estos abordajes requieren de la definición de un espacio acondicionado para tal fin y con lógicas de organización institucional, consensuadas y explícitas entre el equipo involucrado en la ADE y la jefatura del CAFyS.

Para el desarrollo de esta modalidad de atención resulta imprescindible que el servicio se organice en equipo, con *responsabilidad colectiva e interdisciplinaria*, contemplando protocolos y consensos de actuación para la atención. Se plantea la **corresponsabilidad** en la ADE ya que son las profesiones de medicina y enfermería quienes comparten principalmente estas tareas en el PNA, pudiendo convocar a otras disciplinas según la necesidad y complejidad que se presenta.



Una herramienta fundamental para la organización de la ADE es la aplicación del TRIAGE, en el cual **Enfermería presenta un rol activo**. La normativa en la Provincia de Buenos Aires, Ley n° 14948 dispone en su artículo n° 2 la definición de **TRIAGE**: Entiéndase como la función de clasificar a los pacientes en base a la severidad, por relevamiento de signos y síntomas.

Asimismo, en su artículo n° 3²⁹ se describe que la clasificación se adoptará según prioridades, a través de la implementación de TRIAGE, la cual tiene por objeto recabar en forma rápida y eficiente la información más importante sobre el paciente que asiste a la institución de salud, facilitando su evaluación, tratamiento y posterior/eventual traslado. Además, la clasificación de los pacientes se divide en cinco categorías según el estado de severidad incluyendo desde estados críticos a situaciones menos urgentes o la que disponga el Órgano de Aplicación en su reglamentación.

A tener en cuenta que la implementación de esta clasificación no siempre se realiza en un espacio y tiempo definido en los centros de atención, pero sí, es importante destacar que la valoración de la situación a atender desde el enfoque asistencial de enfermería siempre está presente. Ante esta actividad, muchas veces la enfermería detecta necesidades que requieran pronta atención.

4.4.1 Rol de enfermería

- Realizar una categorización de las situaciones de salud de las personas según sistemas de clasificación y criterios en la evaluación clínica.
- Implementar una orientación en el flujo de atención y el acceso al servicio.
- Detectar casos sospechosos antes del ingreso al Centro de Salud.
- Evaluar gravedad mediante valoración cefalocaudal, CSV y exploración física.
- Brindar cuidados iniciales según gravedad hasta la atención médica.
- Establecer espacios definidos con el equipo para el acceso a los servicios de salud.
- * En la Tercera Parte de este Manual, Capítulo 9, se desarrolla el protocolo de TRIAGE.

29. Ley 14948. Criterios de clasificación de Triage. <https://normas.gba.gob.ar/documentos/Bgz9phpx.html>



4.5 Educación, promoción y prevención para la salud en diversos proyectos y/o dispositivos

En este apartado se profundiza sobre algunos conceptos generales con la finalidad de guiar la actuación de Enfermería en las acciones de Prevención, Promoción y Educación para la Salud (EpS).

Para poder comprender las diferencias conceptuales entre prevención y promoción de la salud, se retoma a Jacquier et al. (2014) que las define como:

La **Prevención de problemas de Salud**, son acciones específicas orientadas a evitar daños o anticiparse a posibles amenazas de problemas concretos de salud. La **Promoción de la Salud**, presenta su sustento de acción desde un aspecto protector, buscando fortalecer de modo inespecífico distintos aspectos que hacen a la autonomía, al bienestar y a los estilos de vida más saludables.

Esta misma autora aclara al respecto que la enfermería comunitaria que trabaja en el PNA vivencia cotidianamente la interrelación entre los diversos factores o determinantes que promueven la salud y/o previenen problemas de salud, sin concebirse como opuestas, sino complementarias.

Una estrategia o herramienta para trabajar la Prevención y la Promoción de la Salud es la **Educación para la Salud** (EpS), la cual implica procesos de enseñanza y aprendizaje que, a partir de actividades planificadas y programadas, poseen una intencionalidad específica: provocar cambios en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados tendientes a la mejora de la calidad de vida de personas o grupos.

Tomado de la clasificación propuesta por la RIEPS (2021), estas acciones de EpS (dispositivos) pueden realizarse en algunas de las siguientes modalidades:

Talleres	Se trata de un espacio organizado de encuentro para reflexionar, accionar y poner en juego intercambio de saberes sobre diferentes temáticas. La participación es definida o convocada previamente, se caracteriza por la construcción colectiva de conocimiento. Si los encuentros son con frecuencia, puede conformar grupos.
Charlas Informativas	Se trata de una actividad pensada y organizada donde el objetivo principal es brindar información sobre diversas temáticas. Está dirigida a un conjunto de personas que no necesariamente constituyen un grupo, pudiendo estar destinada, entonces, a personas que se encuentren momentáneamente y/o circunstancialmente en un espacio en común.
Juegotecas	Se trata de un espacio organizado de encuentro donde principalmente el objetivo es realizar actividades lúdicas y recreativas. Esta actividad puede estar destinada a personas que se encuentren momentáneamente y/o circunstancialmente en un espacio en común ó como un espacio definido con convocatoria previa para las actividades.
Charlas en Salas de Espera	Se trata de actividades en formato de charlas en el espacio de sala de espera de efectores. Se caracteriza por aprovechar el tiempo de espera de las personas para generar un espacio de diálogo, problematizando diversas temáticas. Si bien tiene la intención de generar participación y circulación de la palabra, es importante tener en cuenta que las personas destinatarias no fueron convocadas previamente a esta actividad.

Promoción de Lectura	<p>Se trata de espacios organizados con el objetivo principal de promocionar el acceso a bienes culturales como los libros y/o producciones artísticas, así como también el fortalecimiento de vínculos sociales. La actividad puede estar destinada a personas que se encuentren circunstancialmente en el efector, en el barrio o como actividad con definición de destinatarias y con espacio/tiempo predefinido. Dentro de esta modalidad pueden encontrarse diversas propuestas que persiguen la promoción de lecturas.</p>
Grupos de Reflexión	<p>Se trata de un espacio predispuerto y coordinado para el trabajo sobre problemáticas específicas, con la característica de realizarse con frecuencia regular y con la posibilidad de conformación de grupos.</p>
Visitas Domiciliaria	<p>Se trata de acciones definidas por equipos de salud con el objetivo de prestar asistencia, promoción y prevención en domicilios para mejorar la accesibilidad al sistema de salud. Estas actividades pueden darse en el marco de la continuidad de cuidados según cada situación en particular, destinado a familias, personas individuales o comunidad definida.</p>
Posta de Salud	<p>Se trata de actividades realizadas en el marco de la promoción, prevención y asistencia de temáticas de salud, con la característica de que se hace en un espacio delimitado y visible, no necesariamente fijo y con objetivos de ubicación previamente establecido. Así, esta actividad puede estar planificada para situarse en distintas partes del territorio según diagnósticos y necesidades relevadas.</p>
Red de distribución de productos y/o servicios	<p>La red está conformada por puntos geográficos de distribución, donde se ofrecen ciertos insumos (que hacen a la accesibilidad del cuidado en la salud) de manera gratuita teniendo en cuenta las necesidades identificadas en la población destinataria. Requiere un seguimiento y abastecimiento constante del funcionamiento de cada punto de distribución, a fin de poder optimizarlo y realizar modificaciones en caso de ser necesario. Ejemplo: Red de distribución de preservativos.</p>

Para profundizar sobre la planificación de acciones de EpS se sugiere tomar como referencia la Guía de dispositivos de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS, 2021)³⁰. Según este material bibliográfico se debe organizar la tarea teniendo en cuenta los siguientes pasos: proponerse objetivos; definir roles; establecer tiempo y lugar; definir recursos necesarios y concretar una metodología de trabajo.

* (Se desarrolla un instrumento para el diseño de proyectos en la Tercera Parte de este Manual, Capítulo 10).

30. Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS, 2021). Guía de Dispositivos de Intervención en Prevención, Promoción, Educación y Comunicación en salud. Disponible en: <https://rieips.blogspot.com/2022/05/guia-2022-de-dispositivos-de.html>

4.5.1 Participación en equipos de salud del Primer Nivel de Atención

Desde el enfoque de Salud Pública que se viene planteando en este Manual, se entiende al trabajo comunitario del PNA como una modalidad de abordaje que reconoce las especificidades/necesidades individuales y grupales desde el contexto social que las determina. Por ello, para abordar lo complejo de la realidad y la salud integral, resulta necesario identificar las necesidades de la comunidad a través de una construcción conjunta de saberes: el trabajo en equipo y la participación activa de esa comunidad.

4.5.2 El trabajo en equipo y la necesaria interdisciplina

Para promover diversas acciones en el PNA y en particular en el trabajo comunitario, se requiere la construcción y organización del trabajo en equipo. Esto implica generar acuerdos, tomar decisiones de manera conjunta, destinar un tiempo a la reflexión, planificación y evaluación de las actividades que se pretenden coordinar.



Dado que, **trabajar en equipo** y con la comunidad implica momentos de accionar, pero también de reflexionar. Es necesario **detenerse a pensar en conjunto**, sobre las demandas de la población, planificar intervenciones acordes a los objetivos planteados y evaluar las mismas luego de llevarlas a la práctica.

Para construir el trabajo en equipo, como refiere de la Aldea (2000)³¹, es importante organizarse en torno a una tarea, la cual podría ir desde la reflexión sobre objetivos, hasta la distribución de roles y la puesta en práctica de las acciones. Todo esto, como advierte la autora, dependerá de las demandas de la población, de la motivación profesional por llevar adelante determinada actividad, y de las dinámicas de cada institución, así como del contexto local.

En cuanto el trabajo interdisciplinario, resulta pertinente partir de lo que dice Stolkiner (1987)³²: “La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrollable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas”. Pensar las acciones del PNA desde la interdisciplina permite respuestas complejas acordes a las necesidades de salud integral que expresan las personas, sus familias y las comunidades; por ello se hace necesario el aporte de múltiples miradas y campos de saber.

31. De la Aldea, E. (2000). El equipo de trabajo, el trabajo en equipo.

32. Stolkiner, A. (1987). De Interdisciplinas e indisciplinas. El niño y la escuela (Comp.) Reflexiones sobre lo obvio. Bs As: Ed. Nueva Visión (pp. 313-315).



A su vez, cada profesional de la salud lleva consigo saberes desde sus múltiples trayectorias: tanto en lo disciplinar, como también de todo el arcoiris de especialidades, ciencias, artes, experiencia de vida, etc. En este sentido, Merhy (2006)³³, propone el concepto de “tecnologías blandas”, las cuales son entendidas como herramientas aprehendidas que son fundamentales para construir vínculos en los equipos de trabajo. Las mismas se fortalecen y ejercitan en la práctica, al momento de interactuar y pensar estrategias para la acción. Además, estas tecnologías operan en los procesos relacionales y en la capacidad de generar y gobernar nuevas modalidades de producción del cuidado.

4.5.3 Planificación Estratégica en Salud (PES)

La planificación desde este enfoque orienta a descubrir las relaciones de determinación y condicionamiento socio-históricas de los problemas de salud para poder comprenderlos integralmente. El “objeto” de la planificación son los problemas de salud, sobre lo cual existe un grado de incertidumbre y de admisión de flexibilidad que caracteriza las acciones a realizarse.

Por lo tanto, la PES se considera una metodología de trabajo, un instrumento y no un fin en sí mismo para la transformación de la realidad en términos de mejorar la calidad de vida e intervenir en las inequidades originadas por diversas condiciones sociales, económicas, de género, entre otras.

Para abordar los momentos que presenta planificar desde un enfoque estratégico se presentan las siguientes técnicas para el diseño, siguiendo a Matus (1985)³⁴:

Momento Explicativo	Metodologías y Herramientas de diseño:
¿Qué pasa? ¿Por qué? ¿Por quienes está pasando?	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la situación • Investigación y análisis de problemas: caracterización, contextualización. • Árbol de problemas: nudos explicativos- red causa- efecto. • Mapeo de actores

Momento Normativo	Metodologías y Herramientas de diseño:
Se planifica y diseña como debería ser la situación.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de la visión • Priorización de los problemas • Definición de los objetivos- Árbol de objetivos • Lineamientos de acción- Matriz de priorización • Diseño de proyecto: Matriz de marco lógico - Cuadro de correspondencia

33. Merhy, E. (2006). Salud: Cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial. (NdA: Éste autor también aporta los conceptos de tecnologías duras, referidas a los equipamientos, y las blandas-duras, como los saberes teóricos).

34. Matus (1985). Planificación libertad y conflicto.

Momento Estratégico	Metodologías y Herramientas de diseño:
Se propone la selección de las líneas de acción estratégica.	<ul style="list-style-type: none"> • Construcción de la viabilidad. • Re-Análisis del mapeo de actores. • Análisis FODA (Interna: Fortalezas, Debilidades) (Externa: Oportunidades, Amenazas). • Revisión de alternativas de acción.

Momento Táctico - operacional	Metodologías y Herramientas de diseño:
Formas concretas de instrumentar las acciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación: ejecución según la matriz de planificación y programación (momento normativo) • Monitoreo y evaluación (Se realiza en todos los momentos, aquí se diseña su táctica).

4.5.4 Diseño de Proyectos de Acción Social en el Primer Nivel de Atención

Un proyecto de acción social, es el diseño mínimo y procedimental básico de toda planificación en salud. Estos proyectos pueden ser creados e implementados por el personal de salud del PNA. Para ello, es importante tener una aproximación a la metodología que se propone bajo el enfoque estratégico, es decir, a los “pasos” a seguir para la construcción y ejecución de un proyecto:

Introducir con marco institucional (responsables de la ejecución); **realizar descripción del proyecto** (qué se quiere hacer); **redactar fundamentación o justificación** (por qué se hace, razón de ser y origen del proyecto); **definir los objetivos general y específicos** (para qué se hace, qué se espera obtener); **definir las metas** (cuánto se quiere hacer, servicios que se prestarán y/o necesidades que se cubrirán); **explicitar la localización física** (dónde se hará) y la cobertura espacial (qué abarca); **elaborar la especificación operacional de las actividades y tareas a realizar** ^{35, 36, 37, 38} (implica explicitar métodos, técnicas y determinar plazos o calendario de actividades); **definir personas beneficiarias y determinación de los recursos necesarios**. Se desglosa en la Tercera Parte de este Manual, Capítulo 9 de procedimientos y protocolos.

35. Idem cita 34.

36. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1999). Planificación local participativa: Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3136>

37. Rovere, M. R. (2006). Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Segunda edición ampliada y corregida. OPS. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51595>

38. Ander-Egg, E., & Idáñez, M. J. A. (1997). Cómo elaborar un proyecto: guía para diseñar proyectos sociales y culturales. Instituto de ciencias sociales aplicadas.



CAPÍTULO 5. DOCENCIA.

Dentro del campo de la docencia en Enfermería, se destacan principalmente tres roles diferenciados pero interrelacionados entre sí. En primer lugar, se mencionan aquellas actividades de Educación Permanente en Salud (EPS) relacionadas con la propia formación. En segundo lugar, se destacan las acciones relacionadas con la formación de integrantes de equipos de salud (profesionales y no profesionales) en áreas de competencia de la profesión. En tercer lugar, se encuentran aquellas que, como fuera mencionado anteriormente, se enmarcan en la Educación para la Salud (EpS) con la comunidad.

5.1 Acciones de Educación Permanente en Salud (EPS)

5.1.1 Relacionadas con la propia formación

La Educación Permanente en Salud (EPS) es una estrategia de intervención pedagógica e institucional, orientada hacia la mejora de la organización y transformación de la práctica técnica/profesional de los equipos de salud. Esta herramienta de gestión de Recursos Humanos fue impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde el año 1995 en distintos países de Latinoamérica.

La característica principal de la EPS es que se sitúa en el mismo lugar de trabajo (Servicio, CAFyS) ya que utiliza el potencial educativo que presentan las situaciones laborales cotidianas. El modelo pedagógico que utiliza la EPS es la problematización ya que parte de la caracterización y análisis de la práctica diaria como medio para transformar y mejorar los servicios en el seno del equipo de salud. De este modo se determinan las habilidades personales (competencias) que se requieren para mejorar la calidad del trabajo y de la atención en salud (Davini, 1995)³⁹.

Este enfoque potencia las habilidades de quienes integran los equipos de salud, promoviendo la integración de la educación al contexto laboral, valorizando el proceso de trabajo en sí mismos y la generación de nuevos conocimientos.



La EPS constituye una línea de gestión de la Coordinación de Enfermería en APS del Municipio que se lleva a cabo **sistemáticamente**, garantizando espacios disciplinares e interdisciplinares para la formación de Enfermería Comunitaria según las necesidades sanitarias.

Rol de enfermería en EPS: Participar activamente en los espacios de formación/educación permanentes que se brindan para el desarrollo profesional (reuniones disciplinares, cursos y capacitaciones, jornadas científicas, congresos, etc).

39. Davini, M.C., 1995, Educación Permanente en Salud. Washington D.C. , OPS-OMS.

5.1.2 Relacionadas con la formación de integrantes de equipos de salud

Son actividades que involucran prácticas de enseñanzas y fomentan procesos de aprendizajes respecto a saberes necesarios para el trabajo en el campo de la salud. Surgen de los problemas que se abordan en la práctica cotidiana, en relación directa con las tareas que involucran al equipo (profesionales y no profesionales).

Se destaca que el Municipio promueve vínculos institucionales con escuelas superiores y universidades a través de la firma de convenios. De esta manera, en particular en lo que respecta a los espacios de trabajo que tiene enfermería en los CAFyS, reciben estudiantes y pasantes que se encuentran en la formación de pregrado en la profesión, convirtiéndose en sedes pedagógicas.

La EPS impacta directamente en la mejora de la calidad en las prácticas de un modo positivo en múltiples sentidos, ya que se benefician quienes enseñan y quienes aprenden, como así también indirectamente quienes luego serán destinatarios de los nuevos saberes construidos, en un ciclo de retroalimentación virtuoso fundamental para la salud pública y colectiva.



Fomentar otros encuentros/espacios formativos en los lugares de trabajo que permitan **compartir saberes, construir consensos**, protocolos de actuación, intercambiar sobre actualizaciones en abordajes de temáticas de salud, etc. Es importante valorar que en los espacios de trabajo también se da un aprendizaje continuo y tener un rol activo en el compartir conocimientos con colegas y otras profesiones es también parte del ejercicio profesional.

Rol de enfermería: Un ejemplo de ello, como ya fuera mencionado en el apartado de vacunación, es el rol que Enfermería puede ocupar como referente docente para el equipo del CAFyS en relación a esta temática. Se destaca también el rol docente que se desarrolla en el ejercicio de referente de Residencias, como el de la Residencia de Enfermería Comunitaria del Municipio. Otra actividad de EPS es la participación en las Jornadas Científicas de APS que desarrolla el Municipio de APS, ya que implica compartir saberes, construir consensos e intercambiar sobre actualizaciones en abordajes de la salud en el PNA.

5.1.3 Acciones que se enmarcan en la Educación para la Salud (EpS) con la comunidad

Estas acciones fueron desarrolladas en el Capítulo 4.5.2 Acciones en educación, promoción y prevención para la salud en diversos proyectos y/o dispositivos.



CAPÍTULO 6. INVESTIGACIÓN.

La investigación en enfermería puede definirse como proceso científico que valida, mejora y genera nuevos conocimientos alrededor de los determinantes y condicionantes de la disciplina en todos sus campos de acción, influyendo y/o transformando la práctica del cuidado.

El proceso de investigar hace referencia al conocimiento científico como una fuerza que impulsa hacia un fin, para captar la realidad de los fenómenos o hechos y confrontarlos con lo que acontece en la realidad local que se investiga. La consecuencia de tal proceso incrementa los conocimientos que aportan claridad, identidad y competencia a la profesión (Curto & García, 2012).⁴⁰



La investigación en enfermería no se limita a los diferentes aspectos del cuidado, **puede estar dirigida a indagar sobre los factores que afectan al proceso de ejercicio de enfermería**, por ejemplo la educación y la gestión, el diseño del equipamiento o las dimensiones económicas de diferentes prácticas de enfermería. Esta amplitud de cuestiones puede verse favorecida con la participación (como autores o asistentes) a distintos espacios académicos tales como Jornadas y/o Congresos. Allí se condensan los intercambios sobre prácticas profesionales, presentaciones de líneas de investigación o relatos de experiencias.

A su vez, se resalta la importancia de que la investigación sea a partir de actos situados, es decir, que no se entienda como una actividad al margen de las actividades de docencia y asistencia sino vinculada a la práctica. De este modo, si la investigación se encuentra en estrecha relación con la problemática en un determinado campo de actuación (o, dicho de otra forma, si los problemas de estudio nacen de la práctica) proveerán un conocimiento de la realidad que luego puede ver aplicado en labor misma de enfermería y las prácticas sanitarias en general.



Algunos aporte bibliográficos que profundizan el quehacer de investigación:

- Metodología de la investigación (6ta edición). Por Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, María Pilar. México, 2014. Disponible en:

<https://www.uncuyo.edu.ar/ices/libro-metodologia-de-la-investigacion-6ta-edicion>

- Metodología de la investigación (Versiones anteriores). Por Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, María Pilar. México, 2004. Disponible en:

<https://nodo.ugto.mx/wp-content/uploads/2017/03/Metodologia-de-la-Investigacion.pdf>

- Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. OPS, 2013.

Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51587>

- Investigar en Enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería. García Y Martínez (2001). Disponible en: https://www.e-buc.com/portades/9788497170857_L33_23.pdf

- Investigación aplicada a Salud Pública. OPS, 2006. Disponible en:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/729>

40. Curto, M. D. V., Gómez, M. L. S., & García, F. J. B. (2012). La investigación en enfermería. Rol de la enfermería. *Enfuro*, (121), 19-21.



CAPÍTULO 7. ASESORAMIENTO.

Retomando lo explicitado en el Capítulo 3 sobre Aspectos generales y legales del ejercicio de Enfermería, el marco normativo profesional establece dentro de las competencias que será considerado ejercicio de la enfermería la docencia, investigación y **asesoramiento** sobre temas de su incumbencia y la administración de servicios.

Para expresar las acciones profesionales de enfermería sobre el rol en asesoramiento, se toma en primer medida la reciente conformación de la Comisión Nacional Permanente Asesora en Enfermería (CNAPE)⁴¹. Esta comisión representa las acciones de enfermería en el ámbito del asesoramiento, donde algunas de sus funciones son: Evaluar periódicamente el cumplimiento de la Ley y su Reglamentación promoviendo las modificaciones que considere pertinentes; Asesorar sobre la interpretación en cuanto a derechos, deberes y obligaciones enunciados y las eventuales transgresiones a los mismos; Promover la actualización de las competencias de los niveles del artículo 3º de la Ley N° 24.004; Elaborar estándares y normas sobre el ejercicio individual e institucional de la actividad; Elaborar sus propias normas de funcionamiento y promover la creación de subcomisiones;

Auditar la aplicación de las disposiciones relativas a la protección de la salud y de la seguridad del personal de enfermería, entre otras.

En el **Municipio de Tigre** desde el año 2012, funciona el **Comité de Ética de la Secretaría de Salud** (Decreto 1583/12), el cual se propone como un espacio especializado inter y multidisciplinario que busca promover y preservar, mediante la construcción de consensos, tanto el derecho de las personas a la autodeterminación, como así también la toma de decisiones justas y equitativas respecto de las implicancias éticas en investigaciones y/o problemáticas sociales, médicas y jurídicas aplicadas a la salud.

Así, el Comité de Ética cumple funciones consultivas, normativas y de investigación para asesorar, estudiar, ejercer docencia, supervisión y/o investigación respecto a cuestiones éticas y sociales que surjan de las prácticas sanitarias y sociales. En relación a su composición, según el Estatuto, se hace mención a la **representación Enfermería** como parte integrante del mismo, ejerciendo la competencia de asesoramiento que incumbe a nuestra práctica profesional.

Por último, cabe destacar que el rol de asesoría que se ejerce desde los saberes de la profesión, forma parte de la **gestión central** de las políticas sanitarias. Esto se expresa tanto hacia la propia disciplina en la Dirección coordinadora de Enfermería dependiente de la Subsecretaría de APS y la Secretaría de Salud, constituyendo una voz autorizada desde las prácticas y teorías propias de la profesión.

41. Conformación bajo Resolución 2621/2021 del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/pdf/aviso/primera/250022/20220520>



CAPÍTULO 8

ABORDAJES INTERDISCIPLINARIOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA.

8.1 Enfermería en Cuidados Paliativos

El programa Soporte en Cuidados Paliativos está conformado por un equipo especializado que trabaja acompañando a personas que padecen una enfermedad en estado avanzado o una enfermedad crónica que resulta limitante y amenazante para la vida. Este acompañamiento se extiende a sus familias y está enfocado principalmente en personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad social.

Integran el equipo dos médicos, una psicóloga, una enfermera, una trabajadora social y dos voluntarios formados especialmente para esta tarea. Realizan visitas programadas a los domicilios de lunes a viernes de 9 a 15 hs, extendiéndose el horario a fines de semana y feriados en situaciones de extrema necesidad. Realizan seguimiento a través de consultas telefónicas, trabajando en conjunto con el equipo de los Centros de Salud y el sistema de emergencias (SET).

Las áreas en las que se desempeñan incluyen:

- Control de los síntomas de difícil manejo: dolor, síntomas digestivos, respiratorios, neurológicos, psiquiátricos, etc.
- Atención de la crisis.
- Atención de la agonía.
- Soporte psicoemocional.
- Soporte social.

Contacto: cuidadospaliativos@tigre.gob.ar



Recursos

Para ampliar en este abordaje se recomienda el Manual de Cuidados Paliativos para el PNA del Ministerio de Salud de la Nación, disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/04/0000000885cnt-2016-09-manual-cuidados-paliativos-para-la-atencion-primaria-salud.pdf>

8.2 Enfermería en Salud Mental

La Dirección Coordinación de Salud Mental del Municipio en el PNA integra y articula el trabajo de los psicólogos y psicólogas que se desempeñan en cada uno de los CAFyS, los equipos interdisciplinarios del Centro de Salud Mental y Adicciones “Talar Sur” y el Centro para Adolescentes “Eva Giberti”, (el cual funciona en el H.D.I V. Nores). Esta Dirección se propone garantizar el derecho a la salud mental de la población, desarrollando estrategias de prevención, promoción y asistencia, a través de acciones que favorezcan el establecimiento de lazos sociales solidarios e inclusivos, el desarrollo de procesos de subjetivación singulares, y el respeto por los derechos humanos de todas las personas con padecimiento psíquico.

En los CAFyS los equipos de SM llevan adelante, en muchos casos en conjunto con otros profesionales, una diversidad de actividades como espacios clínicos grupales con niños, niñas y familias, adolescentes, grupos de mujeres, de adultos mayores, juegotecas, apoyo a la crianza, consultorios de desarrollo de primera infancia, consultorios interdisciplinarios para el abordaje de situaciones complejas, talleres en escuelas y organizaciones sociales, reuniones de red barrial y atención clínica individual.

En el Centro de Salud Mental “Talar Sur” se brinda atención a pacientes adultos con padecimiento psíquico derivados desde los CAFyS y otros efectores, quienes reciben allí atención por psiquiatría, psicología y la posibilidad de asistir al Centro de Día. El Programa de Prevención y Asistencia en Adicciones brinda respuesta a usuarios y familiares que se encuentran en situación de consumo problemático, a través de diversos dispositivos. También lleva adelante una tarea preventiva en escuelas, brinda capacitación a diversos actores comunitarios y orientación a otros equipos de salud en relación con consumos perinatales.

El Centro para Adolescentes Eva Giberti brinda atención integral a adolescentes entre 12 y 18 años derivados por los CAFyS, escuelas, Servicio Local de Infancia y otros efectores. Luego del proceso de admisión se arriba a una estrategia terapéutica que puede contemplar la atención individual, la participación en espacios terapéuticos grupales, talleres de música, teatro, dibujo, expresión corporal, deportes, freestyle, entre otros. El equipo está integrado por psicología, trabajo social, psiquiatría, medicina general, musicoterapia y expresión corporal. El Equipo de Prevención del Suicidio Adolescente, que forma parte de este Centro, desarrolla actividades destinadas a adolescentes y a equipos en escuelas y organizaciones sociales.

Los saberes de enfermería relacionados al cuidado revisten gran importancia en el ámbito de la salud mental. Por ello, se promueve la participación en la coordinación conjunta de múltiples espacios para el abordaje del campo asistencial y preventivo promocional. El bagaje profesional acerca del cuidado, la escucha, la mirada clínica atenta, constituyen potentes herramientas que pueden ampliar y multiplicar los alcances de las prácticas en salud mental, redundando en el bienestar de las personas usuarias de los servicios de salud y de la comunidad en general.

Los cuidados de Enfermería aportan a la construcción de estrategias clínicas interprofesionales. La tarea de Enfermería es lograr llegar a la singularidad de cada persona cuyo cuidado debe promover la autonomía y el surgimiento del deseo a participar de propuestas terapéuticas. La promoción de la salud mental tanto en la comunidad como en las instituciones, es una labor que enfermería lleva adelante desde múltiples propuestas. El encuentro se convierte en un espacio necesario para la conversación, la participación real, la resistencia y la lucha por cada vez más derechos (Maluca, 2023).

Maluca Ciriani (2023) “Enfermería y salud mental. Una invitación al desacato”. Lugar Editorial.



Se destaca la experiencia del equipo de enfermería del Centro de Salud Mental “Talar Sur”, que viene desarrollando un dispositivo de observación de pacientes con tratamiento psicofarmacológico previo a la entrega de fármacos. Su trabajo consiste en una primera evaluación de pacientes estables que asisten a retirar la medicación prescrita y que han sido previamente designados por el equipo de psiquiatras para formar parte de dicho dispositivo. Estas enfermeras y enfermeros se han formado en la toma de breves entrevistas de seguimiento y la valoración de indicadores que ameritan una interconsulta con el especialista antes de la dispensa de la medicación.



Recursos

Para ampliar en este abordaje se comparte el trabajo presentado por las enfermeras de Talar Sur en las Jornadas Científicas Municipales de APS del año 2022 donde encontrarán más detalles acerca de las acciones y el rol de Enfermería Comunitaria en Salud Mental.

[Abordando Salud Mental y adicciones desde el primer nivel de atención \(2022\).](#)

8.3 Enfermería en Salud Bucal

La atención odontológica en el PNA del Municipio de Tigre tiene como objetivo mejorar y fortalecer el componente bucal bajo un modelo de atención odontológico integral enmarcado en la estrategia de la APS. Este modelo se implementa a través de la atención clínica individual según complejidad de las problemáticas, acciones preventivo-promocionales territoriales con la comunidad y la vinculación con instituciones educativas.

En todos los CAFyS se brinda atención odontológica clínica a las personas que consultan y se trabaja interdisciplinariamente en acciones para el fortalecimiento de la salud bucal desde una perspectiva de Educación para la Salud.

Además, el Municipio cuenta con el móvil odontológico “Muelitas” para facilitar la accesibilidad a la atención de la comunidad, priorizando los jardines de infantes públicos. El equipo de profesionales del móvil realiza prácticas asistenciales según necesidad y lleva a cabo propuestas preventivo-promocionales con la comunidad educativa y las familias sobre pautas de autocuidado en salud bucal. Ante situaciones que necesitan seguimiento clínico se realizan derivaciones oportunas al CAFyS del área programática.

En lo que respecta al segundo nivel de atención, el Municipio cuenta con el Hospital Municipal Odontológico “Prof. Dr. Ricardo Guardo”, la atención en los Hospitales de Diagnóstico Inmediato y la articulación con el servicio de Odontología del Hospital Provincial “Magdalena V. de Martinez”.

Desde el año 2012, en el marco del Programa “Sonríe Tigre”, existe convenio de cooperación técnica entre la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires y la Secretaría de Salud. En ese marco, se diseñan y ejecutan programas preventivos asistenciales en salud bucal, tanto en continente como en las islas del Delta, trabajando en escuelas (en los tres niveles: jardín, primaria, secundaria) y la comunidad en general en organizaciones civiles. Estas acciones se articulan, en territorio isleño, en conjunto con el equipo de profesionales del Catamarán Sanitario y los CAFyS Río Capitán y Río Carapachay.



El trabajo interdisciplinario en los equipos de salud es una estrategia que logra aprendizajes mutuos entre la Odontología y la Enfermería (y con el resto de las disciplinas) llegando a mejores resultados, tanto para la resolución de las necesidades de las comunidades, como para las profesiones que se nutren de los abordajes integrados e integrales desde la estrategia de la APS.

Hoyos et al., 2023.



Los problemas de salud bucal tienen protagonismo dentro del proceso de salud debido a su alta prevalencia y al impacto en la calidad de vida de las personas en términos de dolor, malestar y limitaciones (tanto en el orden funcional como social). Por ello, es de suma importancia promover hábitos saludables desde los primeros años de vida, tanto para niñeces como para sus familias. En esto, la Enfermería juega un papel fundamental en relación al cuidado de la Salud Bucal, propiciando el autocuidado, el acceso a la consulta y la detección temprana de afecciones bucales. Desde acciones de Educación para la Salud, la Enfermería promueve conocimientos y acciones positivas para el cuidado, guiando y facilitando la accesibilidad al sistema de salud.



Algunos aporte bibliográficos que profundizan el abordaje en salud bucal:

Salud bucal desde una perspectiva de prevención y promoción de la salud, “Guía de educación para la salud bucal: aportes para una atención integral e integrada” realizada por la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS)

MSGCBA-RIEpS (2013). Educación para la salud bucal. Aportes para una atención integral e integrada. Guía de trabajo para los equipos de salud.

Hoyos y col. Ruta metodológica para prácticas interdisciplinarias integradas en Atención Primaria de la salud. Rev. Universidad de Santander.Salud,vol.55,pp1-10.2023 Disponible en:
<https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/12131/12710>

8.4 Enfermería en Salud Escolar

En los CAFyS los equipos de enfermería llevan adelante, en conjunto con otras profesiones, una diversidad de actividades de educación, promoción, prevención y asistencia en las escuelas con niños, niñas, adolescentes y familias. Estas intervenciones, desde una perspectiva de abordaje integral, forman parte de lo que se denomina Salud Escolar fomentando y facilitando la articulación del Primer de Nivel de Atención con las Escuelas. De este modo, es posible identificar situaciones de salud en niñeces y sus familias que requieran atención y acompañamiento del sistema de salud local, logrando una mayor cobertura de salud.



Además de lo que cada equipo en sus áreas programáticas organiza con la comunidad educativa, durante el período 2023-2024 se ha realizado la experiencia de un programa de salud escolar* donde un equipo multidisciplinario de enfermería, medicina general, promotores de salud, personal de traslado, administrativo y fonoaudiología realizaron controles y cobertura de vacunación de calendario nacional a niños de 1° y 6° grado en varias Escuelas del Municipio. El programa local llevó adelante territorialmente en el Municipio de Tigre el programa nacional, con autonomía por parte del equipo sobre las decisiones de las logísticas y población prioritaria a cubrir. Gracias a la comunicación entre las Secretarías de Salud y Educación se logró acceder a la información necesaria para poder articular intersectorialmente en estas acciones y brindar mayor accesibilidad a espacios de atención integral de salud. Con esta experiencia se logró un 40% de cobertura de las 56 escuelas públicas primarias del municipio. Abordando los 1° y 6° años de la primaria, brindando en los controles más de 3.000 vacunaciones, se pesquisó al menos 51 posibles patologías con necesidad de atención, las cuales se derivaron a los efectores de salud correspondiente.



La enfermería escolar, resulta una práctica especializada que protege y promueve la salud del estudiante, facilita el desarrollo óptimo y promueve el éxito académico, aboga por una atención de calidad y contribuye a diseñar sistemas que permitan que las personas y las comunidades desarrollen todo su potencial intersectorialmente.

Roldán Montero, 2021.



Desde lo disciplinar, la Enfermería Escolar es una dimensión de abordaje donde los cuidados son situados en el ámbito escolar, de modo directo, integral o individualizado. Dentro del ámbito educativo, ha de prestar un servicio que permita aumentar la autonomía de cuidado, trabajando con los equipos de las escuelas promoción, prevención, detección o tratar sus problemas de salud.



Algunos aporte bibliográficos que profundizan el abordaje en salud escolar:

[Presentación de enfermería sobre el programa salud escolar \(2024\).](#)

Oyarzún et al. (2022). La Enfermería Escolar y la necesidad de su inserción en la comunidad educativa de la Cuenca Carbonífera.

<https://publicaciones.unpa.edu.ar/index.php/ICTUNPA/article/view/888/928>

Tercera Parte

CAPÍTULO 9. PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL PNA.

Aquí se compendian los diversos protocolos y guías de atención Municipales y Provinciales que sirven de marco de referencia en la práctica cotidiana en los centros de salud. Estos lineamientos desde los niveles centrales cumplen una función fundamental: permiten que en todos los efectores de salud se realice un manejo de las problemáticas de salud bajo un consenso unificado, con un mismo lenguaje entre profesionales y un mismo tratamiento para la población que asiste a cualquier punto del sistema de salud del Municipio de Tigre.

Como es evidente, este capítulo de la tercera parte del Manual es el que mayor actualización puede presentar. Desde las Direcciones que conforman la Subsecretaría de APS se mantiene una constante atención sobre su renovación y puesta al día. Por lo tanto, se irán agregando protocolos de acción/atención conforme surjan nuevos consensos de actuación ante las problemáticas de salud. Asimismo, estas modificaciones podrán surgir a partir de capacitaciones y nueva evidencia científica, en articulación con las necesidades de los equipos.

9.1 Manual de Procedimientos de Vacunación

En el municipio se organizan los lineamientos de los procedimientos de vacunación mediante un manual. Este describe los procedimientos técnicos para garantizar la calidad del proceso en todos los vacunatorios del Municipio de Tigre. Fue elaborado por la Coordinación de Inmunizaciones del Municipio de Tigre perteneciente a la Dirección General de Medicina Preventiva.

Su objetivo: Estandarizar procedimientos para garantizar la seguridad y calidad del proceso de vacunación en el Municipio de Tigre, en todo su recorrido, desde la distribución y almacenamiento de vacunas, en todo el circuito de administración de las mismas e incluyendo el registro de las vacunas aplicadas y la evaluación y seguimiento de los efectos adversos que pudieran aparecer.

Alcance: Este manual está destinado a ser compartido de manera interna con todo el personal interviniente en cualquier etapa del proceso de vacunación, desde su recepción, almacenamiento, la distribución, la aplicación de las vacunas y el registro.



Actores:

La Coordinación de Inmunizaciones del Municipio de Tigre pertenece a la Dirección General de Medicina Preventiva.
 Contacto: inmunizaciones@tigre.gob.ar

Directora General de Medicina Preventiva: María José Viani
mviani@tigre.gob.ar

Coordinadora de Inmunizaciones: Natalia Chillo
nchillo@tigre.gob.ar

Responsable administrativa del programa: Liliana Lenziotti
llenziotti@tigre.gob.ar

Directora General de Medicina asistencial: Carolina Plachetko-
 Julieta Piñeiro CPlachetko@tigre.gob.ar | J.Pineiro@tigre.gob.ar

Coordinación de enfermería: Cinthia Flores - Severo Carla
enfermeriaPNA@tigre.gob.ar

Responsable del almacenamiento en el depósito de Logística
 Salud: Ana Javier Logisticasalud@tigre.gob.ar



9.2 TRIAGE

La normativa en la Provincia de Buenos Aires, Ley n° 14948⁴² dispone en su artículo n° 2 la definición de TRIAGE: Entiéndase como la función de clasificar a los pacientes en base a la severidad, por relevamiento de signos y síntomas.

A su vez, en su artículo n° 3 se describe que la clasificación de TRIAGE tiene por objeto recabar en forma rápida y eficiente la información más importante sobre el paciente que asiste a la institución de salud, facilitando su evaluación, tratamiento y posterior/eventual traslado.

Esta se divide en cinco categorías según el estado de severidad incluyendo desde estados críticos a situaciones menos urgentes o la que disponga el Órgano de Aplicación en su reglamentación. El TRIAGE supone también una reevaluación y asistencia continua así como la recategorización si el plazo máximo de espera es superado por la demanda de atención.

Se sugiere disponer de un espacio definido para la realización de esta atención/clasificación, así como también la preparación y formación previa de todo el personal del centro de salud a fines de que puedan atender a esta clasificación cuando se alerta.

La atención debe ser según el marco regulatorio en:



TRIAJE 1 | ATENCIÓN INMEDIATA:

El paciente debe ser evaluado y atendido de manera inmediata dado que su condición representa un serio riesgo para su vida. Se aplica en casos de paro cardiorrespiratorio, apnea, quemaduras de la vía aérea, insuficiencia respiratoria severa, estatus convulsivo, intoxicaciones y hemorragias severas, entre otros.

TRIAJE 2 | MANEJO DENTRO DE 10 MINUTOS COMO MÁXIMO:

El paciente debe ser evaluado y atendido en segundo orden de prioridad. Se aplica en pacientes con dolor severo, particularmente si se trata de personas mayores o factores de riesgos asociados como diabetes, cardiopatías o hipertensión arterial. También en personas con compromisos respiratorios, dolor de cabeza intenso y de comienzo súbito, compromiso de conciencia, signos de deshidratación en niños pequeños, hemorragia mayor, trauma ocular, entre otros.

42. Ley 14948. Criterios de clasificación de Triage. <https://normas.gba.gob.ar/documentos/Bgz9phpx.html>

**TRIAGE 3 | ATENCIÓN DENTRO DE LOS SIGUIENTES 30 MINUTOS:**

El paciente puede esperar un tiempo razonable para ser atendido. Se aplica en personas cuya condición no implica un riesgo inmediato para su vida. Se aplica en pacientes con crisis hipertensivas sin otros factores de riesgo cardiovascular significativos, hemorragias recientes, pero que no están activas en el momento; niños con saturación de oxígeno entre 90% - 95%, convulsiones en paciente epiléptico, vómitos persistentes en niños. TEC, fractura de cadera o alguna extremidad, heridas en niños que requieran sutura con sedación, heridas abrasivas extensas, entre otros.

TRIAGE 4 | ATENCIÓN DENTRO DE LOS SIGUIENTES 60 MINUTOS:

En esta categoría caben todos los consultantes que no están en las categorías anteriores y que, además de la atención médica, requieren de un procedimiento diagnóstico o terapéutico para su resolución. Por ejemplo, pacientes adultos con cuadros gastrointestinales, torsiones del tobillo, dolor de espalda, cuadros respiratorios simples o pacientes pediátricos con cuadros bronquiales obstructivos simples, aspiración de cuerpo extraño sin dificultad respiratoria, diarreas simples y otros.

TRIAGE 5 | EVALUACIÓN Y MANEJO DENTRO DE 120 MINUTOS:

Son pacientes que requieren sólo de la intervención del médico para el diagnóstico y resolución de su condición de salud y que podrían haberla requerido con una consulta ambulatoria. Por ejemplo, pacientes adultos con estados gripales, amigdalitis, picaduras de insectos, cuadros de angustia o requerimiento de recetas médicas por enfermedades crónicas. O niños con dolor de oídos, episodios de diarreas intermitentes, laringitis y otros.

**SET****Números para emergencias:****SET:** ☎ 4512-9997/9998/9999 ✉ set@tigre.gov.ar



9.3 Urgencias y Emergencias Hipertensivas

Una Crisis Hipertensiva⁴³ se define como una elevación aguda de la presión arterial (PA) capaz de producir, al menos en teoría, alteraciones funcionales o estructurales en los órganos diana de la HTA: corazón, cerebro, riñón, retina y arterias.

Sí hay ausencia de daño en órganos diana se clasifica la elevación de la PA en **Urgencia Hipertensiva (UH)**. En cambio, sí hay daño en órgano diana se clasifica esa elevación de la PA en **Emergencia Hipertensiva (EH)**.

Es importante referir que la mayoría de los pacientes con elevaciones significativas de la PA (presión arterial sistólica [PAS] > 180 mmHg y/o presión arterial diastólica [PAD] > 120 mmHg) no van a cursar con daño agudo de órgano diana y, aunque algunos autores proponen una estrategia rápida de descenso de las cifras de PA, esta actitud puede traer más daños que beneficios. Por otra parte, aquellos pacientes con elevaciones significativas de la PA y evidencia de daño de órgano diana sí se benefician de una reducción de la PA de forma más agresiva.

9.3.1 Urgencias Hipertensivas

La mayoría de las UH se podrían manejar en el ámbito extrahospitalario sin necesidad de derivación excepto en aquellos casos en los que no exista una respuesta a la medicación vía oral o en los que sea necesaria la realización de alguna exploración complementaria urgente para descartar afectación de órgano diana.

Como regla general, en las UH la vía oral es de elección y el objetivo debe ser una reducción en días-horas para una PA objetivo de < 160/100 mmHg. En aquellos pacientes con riesgo de sufrir isquemia cerebral o miocárdica por un descenso demasiado rápido se pueden adoptar objetivos incluso más conservadores.

El manejo inicial de las UH consiste en:

- ➡ Trasladar al paciente a una habitación tranquila y con poca luz y ofrecerle reposo en 10-15 min, tras lo cual se volverá a tomar la PA.
- ➡ En caso de dolor, se puede indicar analgesia, evitando usar AINE.
- ➡ En la mayoría de los casos será necesaria la utilización de medicación antihipertensiva por vía oral.
- ➡ Se debe reevaluar al paciente clínicamente y, si hay respuesta, puede ser dado de alta con revisión en Atención Primaria en las próximas 48-72 h.
- ➡ En caso de ansiedad, se evaluará el uso de una benzodiazepina.
- ➡ En cuanto a aquellos pacientes que debutan con una UH sin diagnóstico previo de HTA, también se recomienda iniciar tratamiento farmacológico desde la urgencia según las últimas guías clínicas. Ante situaciones especiales ver “Documentos de posición sobre emergencias hipertensivas”
- ➡ Si no hay mejoría clínica o persisten cifras > 180/110 mmHg, se puede repetir la dosis del primer fármaco o usar un segundo fármaco.
- ➡ El paciente debe permanecer en observación si:
 - Aparece clínica sugestiva de EH.
 - Persisten cifras de PA > 180/110 mmHg.
 - Persiste o empeora la clínica por la que consultó el paciente.
 - Hay dudas sobre la capacidad de cumplir el tratamiento por parte del paciente.

43. **Fuente:** Recursos usados en los encuentros disciplinares de enfermería 2023- Eje adulto: coordinado por Dra Costas Claudia y Dra Maiellaro Cynthia.



9.3.2 Emergencias Hipertensivas

Todas deben ser manejadas en el medio hospitalario, donde el paciente pueda ser monitorizado y donde se pueda disponer de los medios diagnósticos y terapéuticos para un correcto manejo del paciente. El abordaje de las EH, como en cualquier emergencia médica, consiste en aplicar un abordaje ABCDE, incluido el algoritmo de soporte vital avanzado si es necesario.



Para ampliar:

Guía de Práctica Clínica (GPC) Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial, 2024, Versión breve para el equipo de salud. Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/salud-guia-practica-clinica-nacional-hta-2024.pdf>

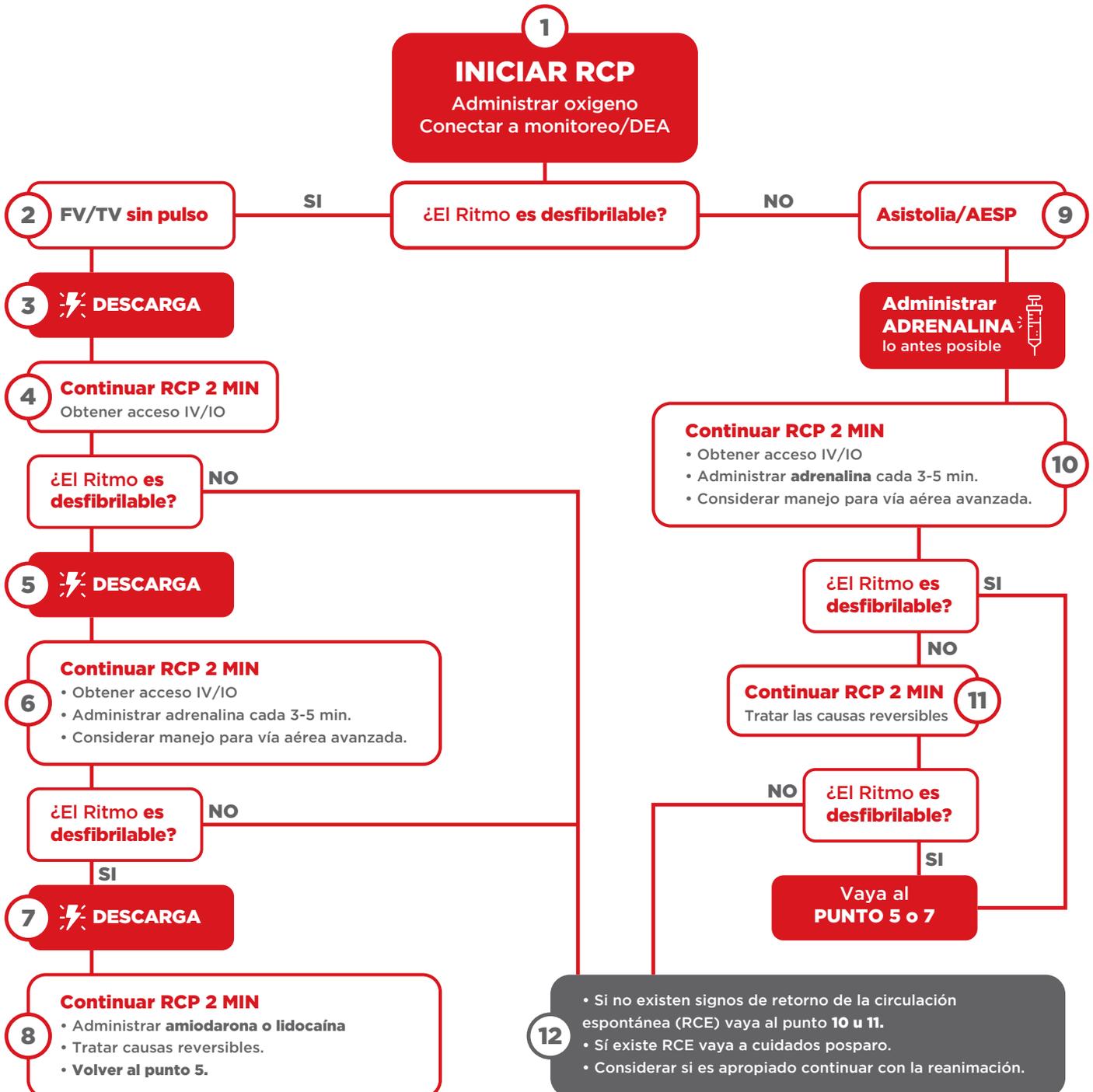
Pianciola F, Schiavone MJ, Ríos I, Cani C, Choi M, Rodríguez P, et al. Documentos de posición sobre emergencias hipertensivas. 2022. Rev Argent Cardiol 2023;91 (Suplemento 4):1-59.

Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2024/05/COMPLETO-I-3.pdf>



9.4 Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) en un efector de salud⁴⁴

Protocolo RCP en efectores a personas adultas

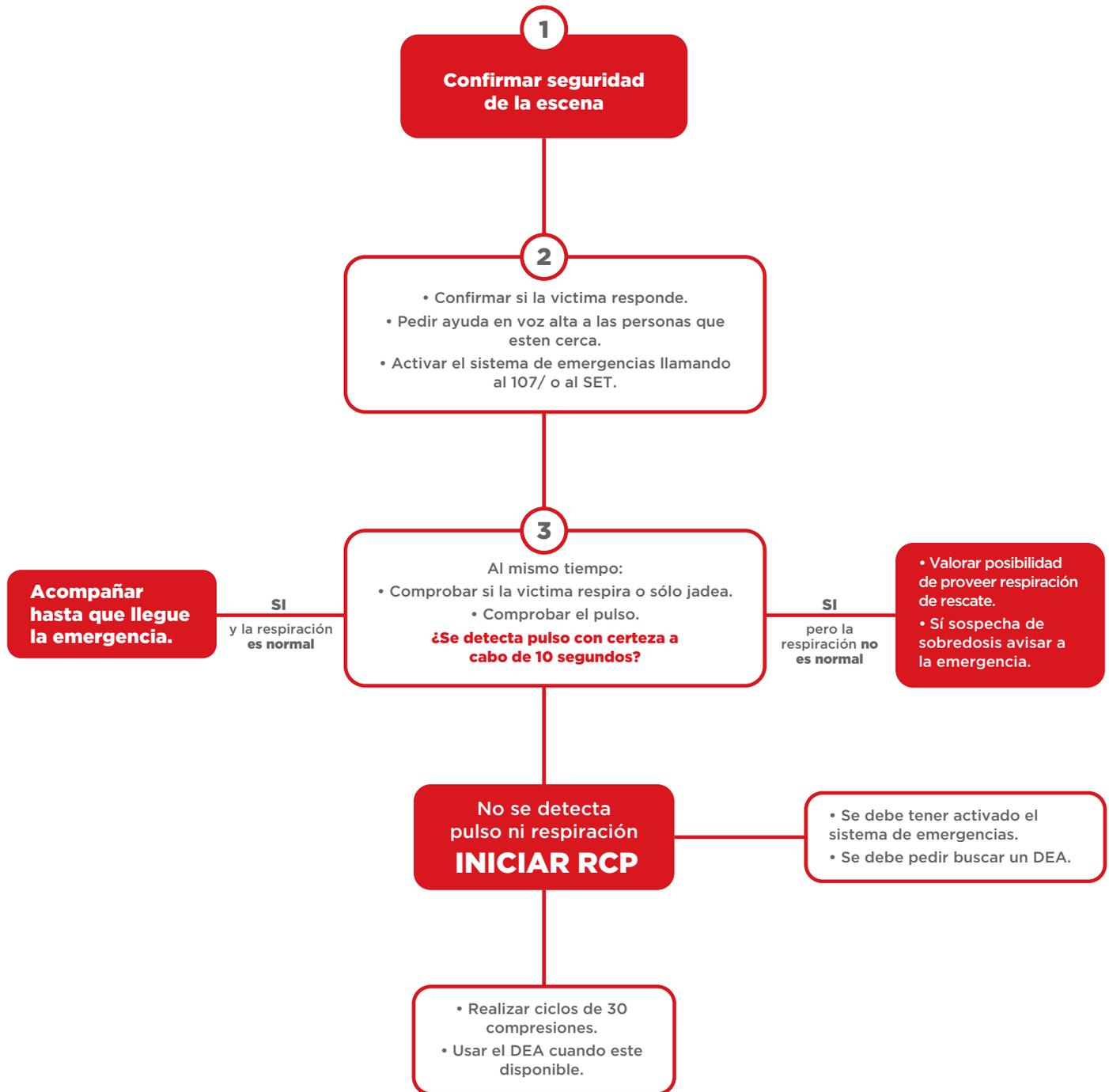


Elaboración propia para el manual a partir de la fuente: Guías de la AMERICAN HEART ASSOCIATION del 2020 para RCP disponible en: <https://cpr.heart.org/>

44. **Fuente:** Aspectos Destacados de las Guías de la AMERICAN HEART ASSOCIATION del 2020 para RCP https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_spanish.pdf

9.4.1 Algoritmo de actuación para personas adultas en contexto comunitario

Protocolo RCP en efectores a personas adultas

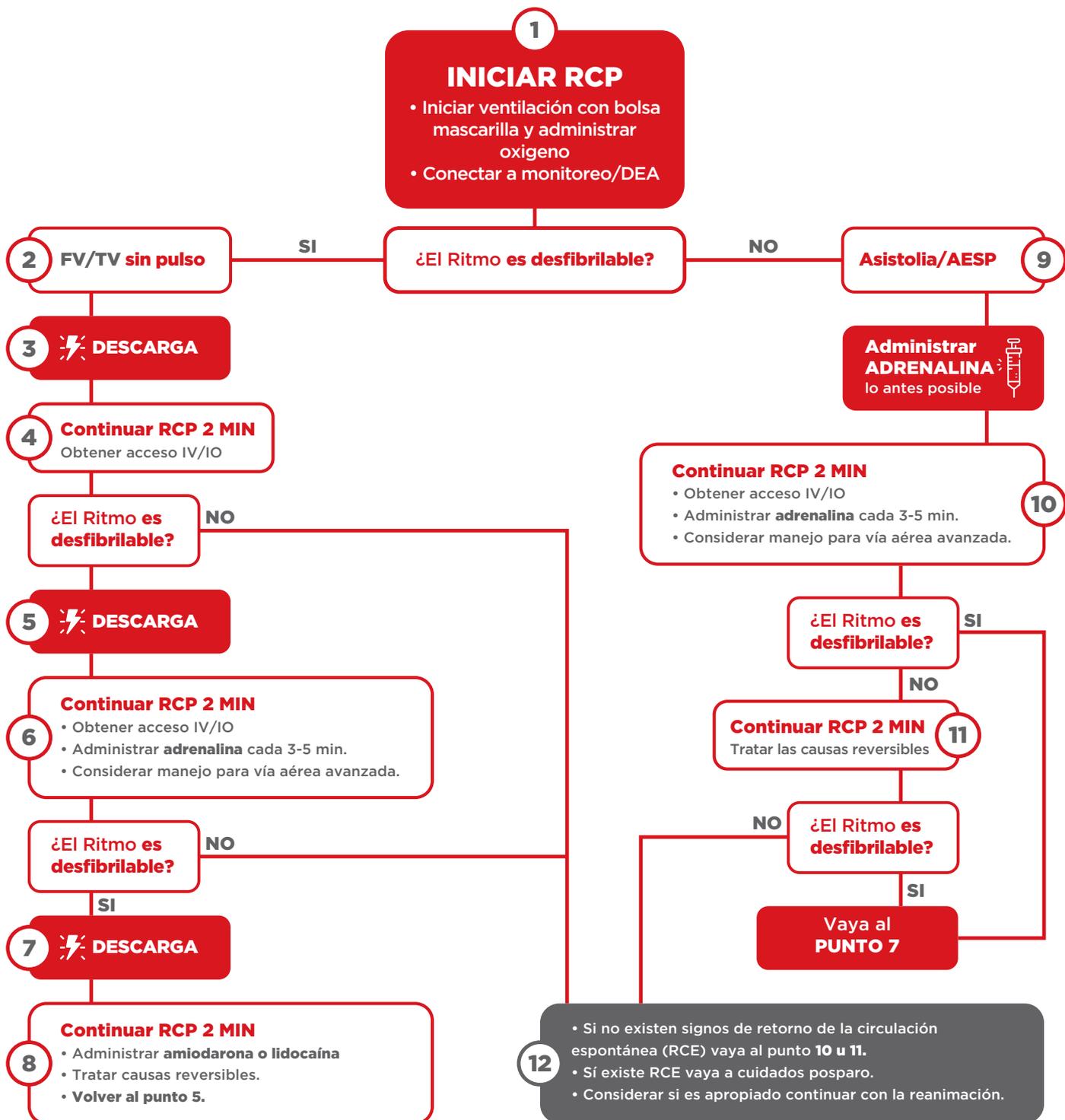


Elaboración propia para el manual a partir de la fuente: Guías de la AMERICAN HEART ASSOCIATION del 2020 para RCP disponible en: <https://cpr.heart.org/>



9.4.2 Algoritmo de actuación para personas pediátricas en Hospitales y Centros de Salud

Protocolo RCP a personas pediátricas



Elaboración propia para el manual a partir de la fuente: Guías de la AMERICAN HEART ASSOCIATION del 2020 para RCP disponible en: <https://cpr.heart.org/>

9.4.3 Algoritmo de atención posparo y reanimación

Protocolo de Cuidados pos paro/reanimación



Aclaración: en el PNA se maneja la emergencia y se deriva para tratamiento avanzado al segundo nivel. Ante una situación que requiera RCP en los CAFyS debe actuarse según protocolos y darse inmediato aviso al SET.

Elaboración propia para el manual a partir de la fuente: Guías de la AMERICAN HEART ASSOCIATION del 2020 para RCP disponible en: <https://cpr.heart.org/>



Para ampliar sobre las técnicas de RCP y/o primeros auxilios desde una perspectiva comunitaria se recomienda la siguiente guía:

<https://riebs.blogspot.com/2023/03/guia-de-recomendaciones-sobre-primeros.html>



9.4.4 Organización del Carro de Paro y Desfibrilador Externo Automático (DEA)

Definición: El Carro de Paro es una unidad móvil compacta en el cual se almacena medicamentos, insumos y equipos que facilite la atención clínica inmediata de emergencias con amenaza inminente a la vida como paro cardiorrespiratorio.

Ubicación: El carro de paro estará ubicado en un lugar visible y definitivo para que el personal lo identifique y al cual se tenga uso casi de inmediato. Estará protegido de la humedad y la luz directa. En su ubicación tiene que estar libre de objetos que no sean útiles para su fin y no reserve allí medicamentos diversos que no hagan a la función de reanimación.

Para su uso: Es importante la revisión y el mantenimiento del Carro de Paro de cada CAFyS a fin de garantizar los insumos adecuados y necesarios para la atención de una situación categorizada como urgente.

Para eso se recomiendan los siguientes lineamientos:

- Revisión periódica del Carro de Paro.
- Enlistar los medicamentos de fecha próxima a vencer para organizar su reemplazo.
- Rotación de roles y co-responsabilidad para la revisión y mantenimiento del Carro de Paro.
- Rotular los gabinetes del Carro de Paro según el orden recomendado en este manual.

Organización y materiales del Carro de Paro:

Lugar	Material disponible	Función y Mantenimiento
Estante superior (Si lo tuviera)	DEA. Mascarilla + Bolsa resucitadora junto con conexión para tubo de oxígeno.	El DEA es un aparato con baterías externas que permite a través de parches valorar el ritmo cardíaco de la persona y si hay necesidad de desfibrilar o continuar con RCP. Debe revisarse las baterías, su correcto funcionamiento y el estado de los parches (tienen fecha de vencimiento) La Bolsa resucitadora, también llamada por la marca AMBU, es un apoyo para la asistencia respiratoria de las personas cuando no pueden suplir por sí solas. De revisarse su estado general, que la tensión de su material sea acorde para la insuflación y que sus conectores a mascarillas estén en buen estado.
Mesa principal	Debe estar libre.	Este espacio está preparado para realizar asepsia al momento de trabajar y disponer de los materiales en caso de emergencia.
Primer gabinete (Cajón)	Medicación de urgencia.	Primera fila: Adrenalina (epinefrina), Atropina, Amiodarona, Adenosina, Bicarbonato de Sodio, Lidocaína, Gluconato de Sodio, Cloruro de Calcio, Midazolam. Segunda fila: Nitroglicerina, Furosemida, Dexametasona, Hidrocortisona, Isosorbide, Diazepam. Tercera fila: Diluyentes: SSF 0,9%, agua destilada.

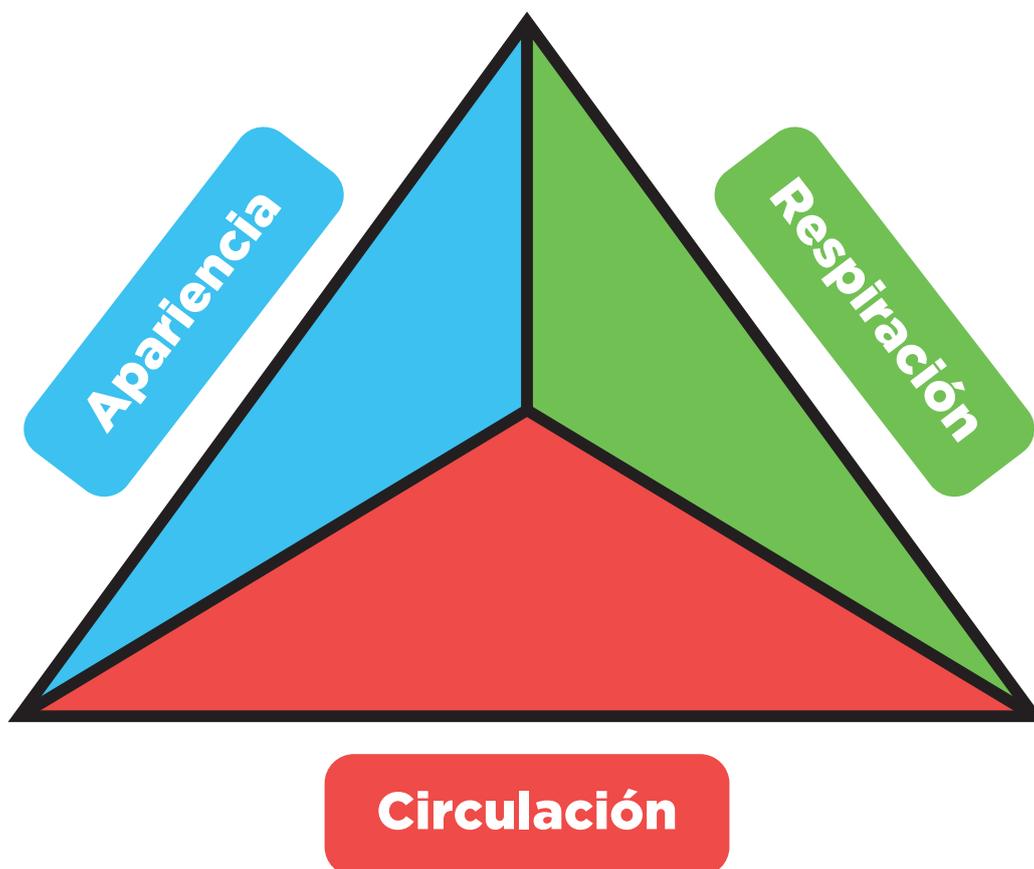


Lugar	Material disponible	Función y Mantenimiento
Segundo gabinete (Cajón)	Insumos para permeabilizar Vía aérea.	<p>Laringoscopio: Instrumento de acero inoxidable que permite visualizar laringe, faringe, glotis, epiglotis y cuerdas vocales. (Debe contener varias ramas con hojas cortas y largas, pilas colocadas en correcto funcionamiento, pilas y focos de repuesto).</p> <p>Guantes estériles (Varios talles).</p> <p>Tubos endotraqueales (Todas las medidas)</p> <p>Pinza de magill (Se utiliza para dirigir un tubo endotraqueal hacia la laringe).</p> <p>Fijación para el TET.</p> <p>Sondas de aspiración.</p> <p>Mascarillas para bolsa resucitadora (Tiene que estar comprobado su acolchonamiento para el sellado).</p> <p>Tubuladuras para conexión de O2.</p> <p>Cánula mayo (Todas las medidas).</p>
Tercer gabinete (Cajón)	Insumos para canalizar Vía endovenosa.	<p>Guantes estériles (Varios talles).</p> <p>Tubos endotraqueales (Todas las medidas).</p> <p>Pinza de magill (Se utiliza para dirigir un tubo endotraqueal hacia la laringe).</p> <p>Fijación para el TET.</p> <p>Sondas de aspiración.</p> <p>Mascarillas para bolsa resucitadora (Tiene que estar comprobado su acolchonamiento para el sellado).</p> <p>Tubuladuras para conexión de O2.</p> <p>Cánula mayo (Todas las medidas).</p>



9.5 Valoración pediátrica

Triángulo de Evaluación Pediátrica



Apariencia - Valorar:

- Tono Muscular.
- Coloración de piel.
- Estado de animo - Actividad.
- Mirada.
- Llanto, palabras, respuesta social según edad.

Respiración - Valorar:

- Ruidos Respiratorios: entrada de aire, estridor, quejido, crepitantes, silbilancias.
- Trabajo respiratorio: uso de musculos accesorios, retracciones, posición al respirar, aleteo nasal, cabeceo.

Circulación - Valorar:

- Frecuencia cardiaca Apical.
- Pulsos periféricos: Ritmo, intensidad.
- Coloración de la piel: palidez, cianosis, mucosas.
- Relleno capilar retardado.
- Presencia de edema.

Elaboración propia a partir de curso sobre valoración pediatría de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP).⁴⁵

45. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2019/39%20Conarpe/Martes/Tep.pdf

9.5.1 Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB)⁴⁶

Las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas:

- Constituyen uno de los problemas de salud más importantes para la población infantil de 0 a 5 años.
- Constituyen una de las principales causas de Mortalidad Infantil Reducible.
- En época invernal son responsables del 50% de las internaciones y del 70% de las consultas ambulatorias.
- Los menores de 2 años son los más vulnerables, ya que presentan mayor dificultad en el diagnóstico y tratamiento así como en la valoración de la gravedad. En los menores de 1 año se produce la mayor mortalidad, el 40% de los cuales son menores de 3 meses.

¿Qué son las Infecciones Respiratorias Agudas?

- Las IRA se clasifican en altas y bajas.
- Las IRA altas son: resfrío común, faringitis y faringoamigdalitis, otitis media aguda y adenoiditis.
- Las IRA bajas abarcan la neumonía, la laringitis (en los niños), la traqueítis, la bronquitis y los cuadros considerados bajo la denominación de “síndrome bronquial obstructivo (SBO)”.

Tipos	Sintomatología
Laringitis (“croup”)	Tos ronca o disfónica, estridor inspiratorio, obstrucción laríngea.
Traqueo-bronquitis	Tos, ausencia de obstrucción laríngea y dificultad respiratoria. Estertores gruesos inspiratorios y espiratorios.
Bronquiolitis - lactante silbante	Sibilancias respiratorias a veces asociadas en inspiratorias y estertores crepitantes finos. Presencia habitual de taquipnea. Dificultad respiratoria, retracciones costales y subcostales. Espiración prolongada.
Neumonía	Estertores crepitantes, fiebre y evidencias de consolidación pulmonar en examen físico o radiografía de tórax.

En el Municipio se implementa el **plan de invierno (2023)**⁴⁷, el cual se trata de una organización específica de las actividades del sistema de salud con el objetivo brindar atención, tratamiento integral y seguimiento para infecciones respiratorias en personas de la comunidad, priorizando acceso a los grupos de riesgo (menores de 2 años, mayores de 65 años, embarazadas, discapacitados/as, inmunodeprimidos/as por cualquier circunstancia).

46. **Fuente:** Protocolos usados en capacitación de IRAB 2023 destinado al personal de enfermería del Municipio a cargo de las Lic. Agüero Ana María & Lic. Acosta Alicia de la Región Sanitaria V.

47. **Fuente:** Plan de Invierno 2023 de equipos de atención primaria de la salud de la Subsecretaría de Salud, del Municipio de Tigre.



En términos generales, las derivaciones de pacientes para hospitalización se realizan al Hospital de Pacheco y Hospital Materno Infantil de Tigre. Los HDI realizan internación abreviada y derivaciones para completar tratamiento en caso de horario de cierre de CAFyS o necesidad de exámenes complementarios para diagnóstico. El circuito de derivaciones se define cada año, previo al inicio del Plan de Invierno, entre todos los efectores, analizando las distintas variables epidemiológicas y los recursos disponibles.

Luego, se transmite a los equipos toda la estrategia Plan de Invierno para su puesta en práctica.

Dentro de este Plan se clasifican los casos de la siguiente manera:

- **ETI (ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA):**

Caso sospechoso: Aparición súbita de fiebre mayor a 38°C y tos o dolor de garganta en ausencia de otras causas. Puede acompañarse de mialgias o postración. Caso confirmado: caso sospechoso con identificación de virus influenza ya sea por detección de antígenos virales, aislamiento en cultivo o detección de genoma viral en muestras respiratorias.

- **BRONQUIOLITIS:**

Todo niño menor de 2 años, con primer (o segundo) episodio de sibilancias, asociado a evidencia clínica de infección viral con síntomas de obstrucción bronquial periférica, taquipnea, tiraje, o espiración prolongada, con o sin fiebre.

Caso con confirmación etiológica: caso sospechoso con detección de antígenos virales, genoma viral o aislamiento a partir de muestras respiratorias.

- **NEUMONÍA:**

Enfermedad respiratoria aguda febril (> 38°) con tos, dificultad respiratoria y taquipnea.

Caso confirmado por radiología: Caso sospechoso con radiología que muestra un infiltrado lobar o segmentario y/o derrame pleural.

- **IRA INTERNADA (IRAG):**

Corresponde a la sumatoria de ETI, Neumonía y Bronquiolitis en menores de 2 años que hayan sido internadas, sin importar que hayan sido cargadas en cada evento en particular previamente.



Recursos para ampliar el abordaje en IRAB:

Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. Actualización 2021. Disponible en:

https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_consenso-irab-2021-121.pdf

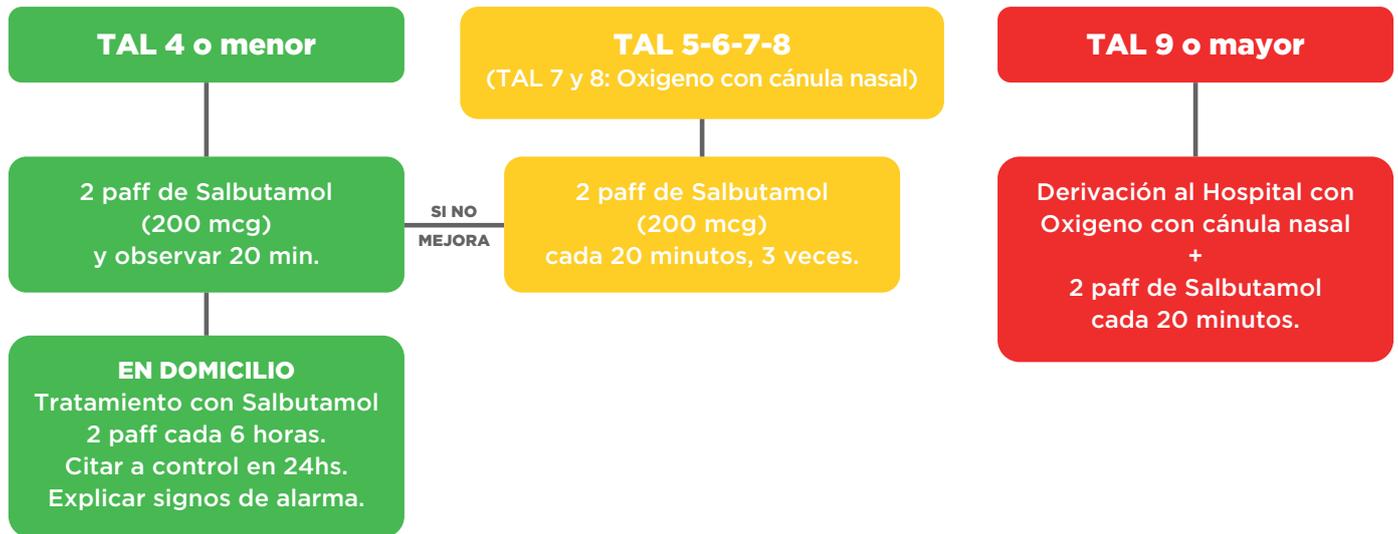


Síndrome Bronquial Obstructivo en niñeces menores de 2 años

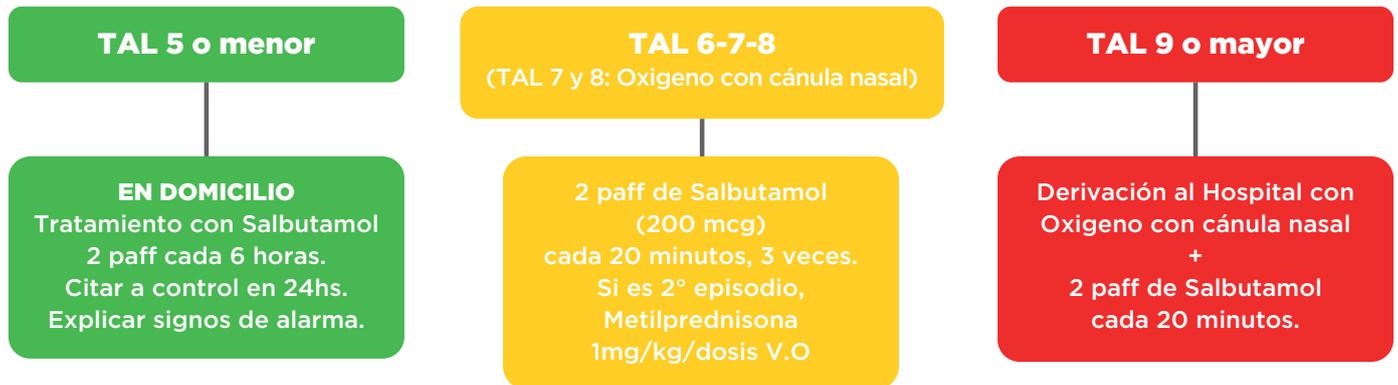
Flujograma de decisión terapéutica según puntaje clínico de TAL (con frecuencia cardiaca).

AL INGRESO, EVALUACIÓN INICIAL

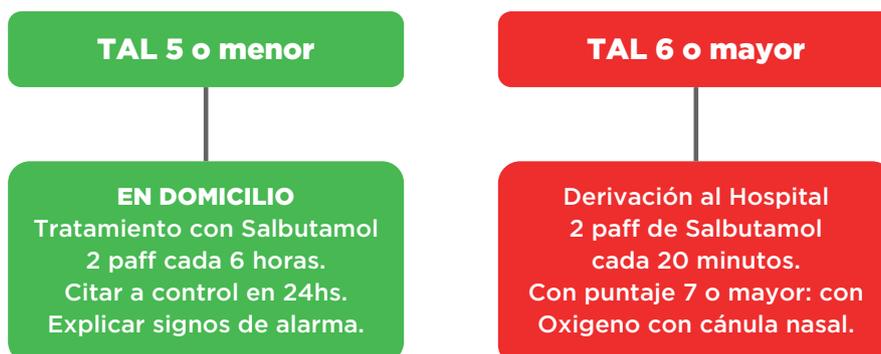
PUNTAJE DE TAL: Sin fiebre, sin oxígeno y la niñez lo más tranquila posible.



A LA HORA, SEGUNDA EVALUACIÓN



A LAS DOS HORAS, EVALUACIÓN FINAL



**PUNTAJE CLÍNICO DE GRAVEDAD DE TAL | LEVE: <4 MODERADA: 5 a 8 GRAVE: 9 a 12**

Puntaje	FC	FR		Sibilancias	Uso de músculos accesorios
		< 6 meses	> 6 meses		
0	< 120	< 40	< 30	NO	NO
1	120- 140	40 - 55	30 - 45	Fin de la espiración	Tiraje subcostal
2	140-160	55 - 70	45 - 60	Inspiración/ Espiración	Tiraje subcostal e intercostal
3	> 160	> 70	> 60	Audible sin estetoscopio	Tiraje generalizado

DERIVACIÓN ABSOLUTA PARA INTERNACIÓN:

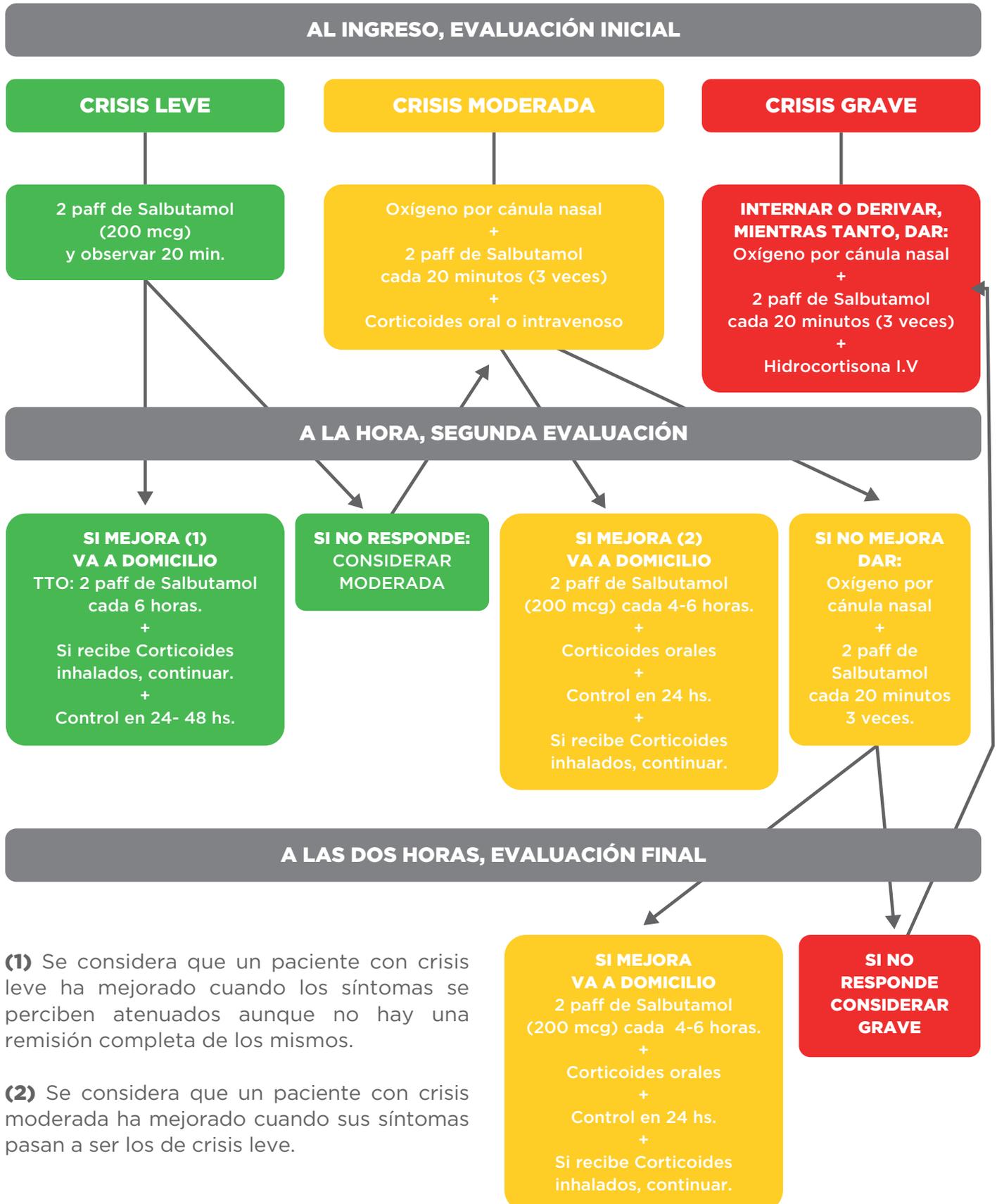
- Edad menor de 1 mes.
- Enfermedad Pulmonar Crónica
- Enfermedad general: cardiopatía congénita, desnutrición, inmunodeficiencia u otras.
- Apnea.

Elaboración propia para el manual a partir de la normativa protocolar de actuación Nacional y Provincial del Síndrome Bronquial Obstructivo en niñeces menores de 2 años.



Síndrome Bronquial Obstructivo en niñeces de 2 años a 5 años

Algoritmo de tratamiento de la crisis.



9.6 Curaciones de heridas⁴⁸

Debemos realizar una correcta valoración tanto del individuo como de la herida para poder realizar un diagnóstico e iniciar el tratamiento adecuado. Para ello tendremos en cuenta:

- **Barreras a la cicatrización inherentes al individuo:** Edad avanzada/Nutrición e hidratación deficientes/Medicación (AINEs, inmunosupresores, corticoides, etc.)/Enfermedades concomitantes (diabetes, enfermedad vascular periférica, etc.)/Estado del sistema inmunitario (resistencia a la infección)/Estrés y dolor (originan vasoconstricción periférica).
- **Barreras inherentes a la propia herida:** Duración de la herida/Tamaño y profundidad/Estado del lecho de la herida/Isquemia/Inflamación/Infección/Localización anatómica/Respuesta al tratamiento.

El concepto TIME define cuatro componentes a tratar en la preparación del lecho de la herida:

- Control del tejido no viable (T).
- Control de la inflamación y de la infección (I).
- Control del exudado.
- Estimulación de los bordes epiteliales.

(T) Control de tejido no viable (Tissue)

El cuidado de la herida comienza por una limpieza correcta, ya que así retiramos los restos orgánicos e inorgánicos, exudados y desechos metabólicos presentes en la lesión disminuyendo el riesgo de infección, favoreciendo la hidratación de la superficie de la herida y facilitando la inspección de la misma. Esta limpieza debe realizarse procurando producir el mínimo traumatismo mecánico y/o químico. Una vez realizada la limpieza procederemos a la retirada del tejido desvitalizado mediante desbridamiento.

El **desbridamiento** hace referencia no sólo a remover el tejido necrótico o muerto sino también al control de la carga de células muertas y al resultado de su acción, el cual dependerá de la herida que estemos manejando, el comportamiento y la tendencia que ésta siga según su etiología y fase de cicatrización.

En general, los principales tipos de desbridamiento son:

- Desbridamiento quirúrgico: forma más rápida, poco selectiva y dolorosa de retirada del tejido necrótico del lecho lesional. Se realiza en quirófano.
- Desbridamiento cortante: retirada selectiva del tejido necrótico que se realiza a pie de cama utilizando material cortante (bisturí, tijeras, etc.).
- Desbridamiento enzimático: utilización de enzimas exógenas proteolíticas como la colagenasa que retiran selectivamente el tejido desvitalizado sin provocar dolor o sangrado. Es más lento que el desbridamiento cortante aunque ofrece la ventaja de que puede combinarse con otros sistemas de desbridamiento.
- Desbridamiento larval: método no traumático que utiliza larvas esterilizadas para eliminar el tejido desvitalizado y las bacterias sin prácticamente presentar efectos secundarios.

48. **Fuente:** recursos usados en los encuentros disciplinares de enfermería 2023. Coordinación de este espacio por Med. Costas Claudia y Med. Maiellaro Cynthia.



- Desbridamiento mecánico (húmedo a seco) puede usarse para eliminar los residuos y el tejido muerto. Consiste en aplicar un trozo de gasa levemente humedecida con solución salina sobre la herida y dejarla secar. La gasa se quita una vez que se ha secado, y con ella se desprende el tejido y los residuos.

(I) Control de la inflamación y de la infección:

No debemos olvidar la existencia de una carga bacteriana en todas las heridas. Cuando realizamos la valoración de la herida, es importante determinar la naturaleza y la extensión que esta carga bacteriana presenta en la lesión. La corrección de la carga bacteriana reduce la posibilidad de infección. La carga bacteriana de una herida puede encontrarse en 4 fases diferentes:

- Contaminación: presencia de microorganismos que no se multiplican. No produce retraso en la cicatrización y no requiere terapia antimicrobiana.
- Colonización: presencia de microorganismos que se multiplican sin que afecte al huésped. No se considera que se produzca un retraso en la cicatrización.
- Colonización crítica: presencia de microorganismos que se multiplican y que afectan al huésped, produciendo un estancamiento de la herida y por tanto un retraso en la cicatrización.
- Infección: invasión microbiana con signos y síntomas de infección. La infección podemos dividirla en: infección localizada, diseminada y generalizada o sistémica.

Los signos clínicos de infección de las heridas crónicas son:

- Aumento del exudado.
- Cicatrización retardada.
- Degradación de la herida.
- Cavitaciones en el lecho.
- Dolor o sensibilidad.
- Tejido de granulación anormal.
- Decoloración del lecho de la herida.
- Formación de abscesos.
- Mal olor.

(M) Control del exudado (Moisture):

El mantenimiento de la humedad de las heridas es muy importante, ya que acelera la repitelización de las mismas. Es por esto que debemos proporcionar al lecho un nivel de humedad adecuado que posibilite la división y la migración celular. Una humedad excesiva provoca la maceración de la herida y su escasez implica tener un lecho seco y un retraso en la cicatrización. Necesitamos controlar el exudado de forma dinámica, manteniendo un ambiente óptimo, que se adapte al medio, y sea coste-efectivo y para ello es preciso identificar los factores (locales y sistémicos) que han contribuido a su aumento. Por lo tanto, debemos mantener durante el proceso de cicatrización unos niveles óptimos de humedad en la herida y evitar la maceración de la piel perilesional.



La principal opción para manejar el exudado en el tratamiento local de las heridas son los apósitos. El apósito es un producto que debe ser biocompatible, proteger la herida de agresiones externas, mantener el lecho de la herida húmedo, proteger la piel perilesional, controlar y eliminar la cantidad de exudado evitando fugas, no dejar residuos en la lesión, permitir pautas prolongadas en el tiempo, ser cómodo, de fácil aplicación y retirada sin dolor y ser adaptable a regiones anatómicas difíciles.

(E) Estimulación de los bordes epiteliales (Edge):

La cicatrización ocurre de los bordes hacia el centro de la herida, por migración celular, por lo que debemos mantener íntegra la piel perilesional. Hay que utilizar productos que la aceleren mediante procesos biológicos que favorezcan la formación de tejido de granulación y epitelización de los bordes de la herida.

Recomendaciones:

- El borde de la herida debe encontrarse en condiciones óptimas para la cicatrización.
Esto incluye evitar que se macere usando una pasta al agua en el borde de las heridas muy exudativas, desbridar sus bordes en caso de que están esclerosados, de manera que introducimos una herida aguda en una crónica de cara a acelerar la cicatrización.
- Mantener los bordes de la herida limpios y secos.
- Elegir un apósito que mantenga la cura en ambiente húmedo.
- Seleccionar y aplicar vendaje apropiado para proteger la lesión y la piel circundante de la fricción, el cizallamiento, la presión y el trauma físico o químico y de gestionar el exudado y evitar que se seque la herida o maceración.
- Aplicar un producto barrera (pomada o película) para mantener la piel perilesional sana evitando la maceración.
- Utilizar la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la herida y secado de toda el área perilesional.
- En caso de dermatitis en la piel de alrededor deberemos pautar un corticoide tópico.
- Utilizar cremas o pomadas de hidrocortisona ante la presencia de eczema húmedo o seco.
- Retirar el producto barrera de óxido de zinc con productos de base oleosa antes de aplicarlas de nuevo.

Enfermería y la aplicación del concepto TIME en la cura de heridas crónicas

El uso del concepto TIME en la preparación del lecho de la herida ofrece grandes posibilidades para mejorar la calidad de vida de los pacientes cuyas heridas cicatrizan con dificultad. Es imprescindible que los profesionales de Enfermería consensúen unos criterios de actuación basados en fundamentos científicos que aporten solidez y eficacia a su labor diaria. Para controlar la carga bacteriana de una herida disponemos de los siguientes agentes antimicrobianos:



- **Antibióticos:** fármacos que actúan de manera selectiva frente a las bacterias y que pueden administrarse por vía sistémica o, a veces, de forma tópica (aunque los antibióticos tópicos no se recomiendan para las heridas).
- **Antisépticos:** productos químicos que pueden aplicarse de forma tópica en la piel o las heridas. Son fármacos relativamente no selectivos que inhiben la multiplicación de los microorganismos o los destruyen. También tienen efectos tóxicos en las células de los tejidos.
- **Desinfectantes:** fármacos relativamente no selectivos, a menudo con múltiples lugares de acción, que destruyen una amplia variedad de microorganismos, como bacterias y hongos. Los desinfectantes no suelen ser adecuados para utilizarlos en los tejidos corporales, porque son tóxicos para las células humanas.

De esta manera diremos que los antimicrobianos tópicos deben usarse sólo cuando la carga bacteriana esté interfiriendo en la cicatrización y a ellos se les unirán los antibióticos sistémicos cuando la infección supere los bordes de la herida y hablemos de infección diseminada o infección sistémica. En el caso de heridas sin signos de infección utilizaremos apósitos de cura en ambiente húmedo aplicando los criterios de la preparación del lecho de la herida.

Biofilms o biopelículas: las biopelículas (o Biofilms) son comunidades microbianas complejas que contienen bacterias y hongos. Los microorganismos sintetizan y secretan una matriz de protección que adhiere firmemente las biopelículas a una superficie viva o inerte. Las bacterias que viven como un Biofilms son capaces de resistir a los biocidas y a los antibióticos de un modo más eficaz que aquellas que viven como organismos libres, y soportan dosis considerablemente mayores de productos antimicrobianos.

Para abordarlos realizaremos:

- Desbridamiento mecánico de la biopelícula.
- Aplicación de antimicrobianos tópicos para suprimir la nueva formación de biopelículas.
- Protección de la piel perilesional.
- Aplicación de un apósito secundario, si es preciso.



Se destaca que muchas de las heridas pueden estar asociadas a una dificultad de circulación sanguínea o que esta sea un factor de riesgo. Estas dificultades que puede presentar la circulación suelen estar con mayor frecuencia relacionadas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

Para ampliar sobre los cuidados en relación a las ECNT, se sugieren las siguientes guías:

Módulo Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles -modelo MAPEC. MSAL (2014). Disponible en:

<https://iah.msal.gov.ar/doc/Documento147.pdf>

Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (2021). MSAL.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-01/guia-nacional-practica-clinica-diabetes-mellitus-tipo2_version-abreviada.pdf

9.7 Actuaciones en Salud Sexual Reproductiva y No Reproductiva (SSRyNoR)

9.7.1 Métodos Anticonceptivos (MAC)

¿Qué son? son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo. Pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona. El uso del preservativo, que también protege de las infecciones de transmisión sexual (ITS), si es usado de forma correcta, es recomendable para toda la vida sexualmente activa.

Consideraciones:

- Ningún MAC puede considerarse mejor que otro per se
- Ningún MAC es 100% efectivo
- Cada MAC tienen características propias, uso, ventajas y desventajas
- Consejería , asesoramiento individualizado para elección de MAC según preferencias, costumbres, estado de salud, a toda persona con capacidad de gestar
- Los Equipos de salud deben realizar adaptaciones necesarias para que personas con discapacidad puedan elegir y acceder al MAC, en igualdad de condiciones que todas las personas

Criterios de Elegibilidad (OMS)

Propone recomendaciones basadas en la evidencia, en relación a las condiciones en que una persona puede usar métodos anticonceptivos de manera segura. Es una herramienta utilizada para la toma de decisiones, para ser usada en personas con ciertas condiciones médicas.

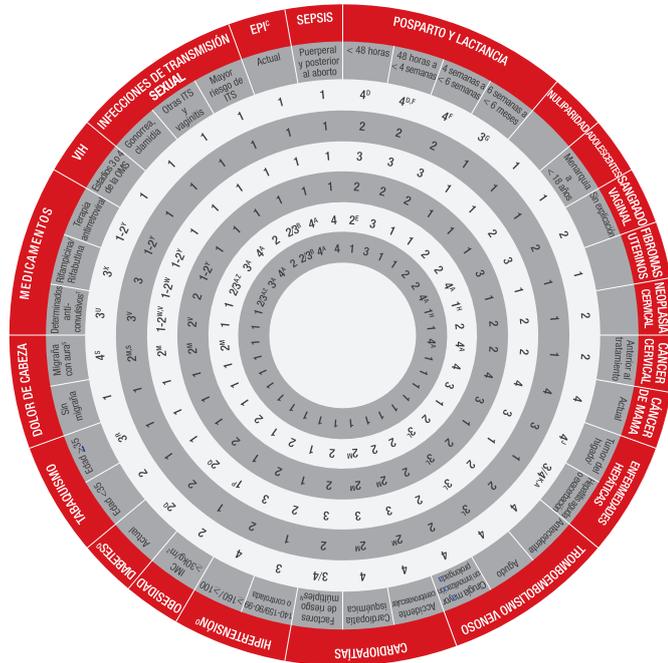
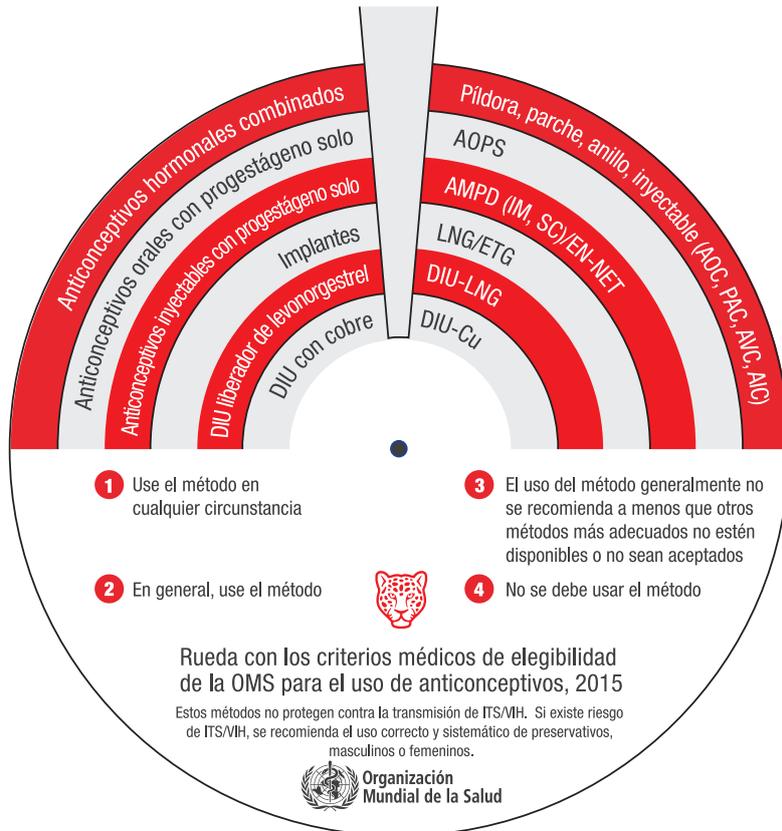
Considerar:

- Condiciones de salud relevantes
- Condiciones basadas en evidencia científica
- Etapas de la vida que pueden afectar la elección de MAC
- Aspectos relacionados con servicios necesarios para la atención en relación al uso del MAC

Para los criterios de elegibilidad se utiliza la propuesta por la OMS (2015), con el uso del Disco donde se refleja la clasificación recomendada para esa elección. Estos criterios no son normas estrictas sino que presentan el objetivo de brindar recomendaciones, que sirven de base para tomar decisiones sobre diversos anticonceptivos para ser usados por personas con ciertas condiciones médicas, teniendo en cuenta la información más actualizada disponible sobre la seguridad de los métodos en cada situación. La elección del método con la información brindada es de la persona usuaria.



Disco para criterio de elegibilidad de MAC del Municipio



TIGRE MUNICIPIO

A Si la condición aparece mientras se está utilizando el método, puede seguir utilizándose durante el tratamiento.

B Si hay mucha probabilidad de exposición a gonorrea o clamidia = 3.

C Si hubo una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) anterior, todos los métodos = 1, incluido el DIU.

D Si es < 3 semanas, no está amamantando y no hay otros riesgos de TEV = 3.

E Si no está amamantando = 1.

F Si es de 3 a < 6 semanas, no está amamantando y no hay otros factores de riesgo de TEV = 2; con otros factores de riesgo de TEV = 3.

G Si es < 6 semanas y no está amamantando = 1.

H Si la distorsión de la cavidad uterina no permite la inserción = 4.

I Se refiere a adenoma hepatocelular (benigno) o a carcinoma/hepatoma (maligno).

J Si hay adenoma, AIC = 3; si hay carcinoma/hepatoma, AIC = 3/4.

K AIC = 3.

L Si está en terapia anticoagulante = 2.

M Si la condición aparece mientras se está utilizando el método, considere cambiar por un método no hormonal.

N Factores de riesgo: edad avanzada, tabaquismo, diabetes, hipertensión, obesidad y dislipemias concéntricas.

O Si no se puede medir la presión arterial y no hay historia de hipertensión, se pueden usar todos los métodos. Puede estar elevada la presión arterial sistólica o diastólica.

P Si tiene < 18 años y es obesa, AMPD/EN-NET = 2.

Q Para dependientes de insulina y no dependientes de insulina. Si tiene diabetes con complicaciones o diabetes > 20 años de duración, AOC/PAC/AIC, AIC = 3/4, AMPD, EN-NET = 3.

R Si < 15 cigarrillos al día, AIC = 2; Si > 15 cigarrillos al día, AOC/PAC/AIC = 4.

S El aura presenta síntomas neurológicos focales, como luces titilantes.

T Si no tiene aura y tiene < 35 años, AOC/PAC/AIC, AIC = 2, AOPS = 1. Si no tiene aura y tiene > 35 años, AOC/PAC/AIC, AIC = 3, AOPS = 1.

U Si toma barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoina, primidona, topiramato y bupropión.

V Si toma primidona o topiramato, AIC = 2.

W Si toma timotrigina = 1.

X AMPD = 1, EN-NET = 2.

Y Si está en terapia antiretroviral con EPI, NVP, ATV; LPV/r, DRV/r, RTV, AOC/PAC/AIC, AIC, AOPS, EN-NET, implantes = 2, AMPD = 1. Para todos los ITAM, ETR, RPI, RAL, cada método = 1. Consulte los nombres completos de los medicamentos en la contracubierta.

Z Para estadíos 3 o 4 de la OMS (enfermedad clínica por VIH grave o avanzada), DIU = 3.

Condiciones que son categoría 1 y 2 para todos los métodos (use el método)

Condiciones del aparato reproductor: enfermedad benigna en la mama o nódulo sin diagnóstico • tumores benignos en los ovarios, incluidos los quistes • dismenorrea • endometriosis • historia de diabetes gestacional • historia de presión arterial alta durante el embarazo • historia de cirugía en la pelvis, incluida la cesárea • sangrado menstrual irregular, abundante o prolongado (excluido) • embarazo ectópico previo • enfermedad pélvica inflamatoria previa • posterior a un aborto (sin sepsis) • posparto > 6 meses

Condiciones médicas: depresión • epilepsia • VIH sin síntomas o enfermedad clínicamente leve (estado 1 o 2 de la OMS) • anemia ferropénica, anemia (displásica) y talasemia • malaria • crisis leve • equineostomiasis (equinostoma) • trastornos venocutáneos superficiales, incluidos los varicos • trastornos tiroideos • tuberculosis (no pulmonar) • valvulopatía cardíaca no complicada • hepatitis viral (portadora o crónica)

Otros: adolescentes • historia familiar de cáncer de mama • historia familiar de tromboembolismo venoso (TEV) • alto riesgo de VIH • cirugía sin movilización prolongada • tratamiento con antibióticos (excepto tetraciclinas/fluoroquinolonas)

Con pocas excepciones, todas las mujeres pueden usar de forma segura la anticoncepción de emergencia, los métodos de barrera y los métodos anticonceptivos conductuales, que incluyen el método de abstinencia por lactancia; para ver la lista completa de recomendaciones, consulte el documento entero.

Combinado se refiere a la combinación de etinodiol y un progestágeno.

AIC: anticonceptivo inyectable combinado AMPD (IM, SC): acetato de medroxi-progesterona de depósito, intramuscular o subcutáneo AOC: anticonceptivo oral combinado AOPS: anticonceptivo oral con progestágeno solo AIC: anillo vaginal combinado DIU-Cu: dispositivo intrauterino con cobre DIU-LNG: dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel EN-NET: enantato de nonilgestrona ETG: etinodiol LNG: levonorgestrel PAC: parche anticonceptivo combinado

Disco para elegibilidad disponible en:

https://drive.google.com/file/d/1QV-SF9ZcNtZhehAp4EkZDLr3JJvk0GXV/view?usp=drive_link

Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se ordenaron en una clasificación de cuatro categorías, según se detalla en el siguiente cuadro:

Categorías de acuerdo a las condiciones que presenta la persona

Categorías	Condiciones
1	Una condición para la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo.
2	Una condición en donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

■ Elaboración propia a partir de cuadro sobre criterios médicos de elegibilidad (Guía MAC, 2023; OMS, 2015).

En términos de la práctica cotidiana, según la posibilidad de acceder a observaciones clínicas amplias o limitadas, las cuatro categorías anteriores se pueden traducir en distintas posibilidades de uso del método.

Uso de las categorías para la práctica cotidiana

Categorías	Con criterio clínico	Con criterio clínico limitado
1	Use el método en cualquier circunstancia.	Sí, usar el método.
2	En general, use el método.	
3	El uso del método generalmente no se recomienda, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados o haya serias dificultades de adherencia.	No usar el método.
4	No debe usarse el método.	

■ Elaboración propia a partir de cuadro sobre criterios médicos de elegibilidad (Guía MAC, 2023; OMS, 2015).



Dada la gran utilidad de estas tablas y/o del Disco en la práctica diaria, se recomienda:⁴⁹

Que estén disponibles en los consultorios y espacios de atención para ser fácil y rápidamente consultadas por el equipo de salud cuando realiza las consejerías y consultas.

Clasificación MAC

Según método:

Métodos Irreversibles (cuando ya no hay deseos de fertilidad):

- Ligadura tubaria.
- Vasectomía.

Métodos Reversibles: (Se recupera inmediatamente la fertilidad):

● **Larga duración:**

- DIU-T CU 380 A: Duración 12 años.
- MULTILOAD: Duración 5 años.
- DIU-LEVONORGESTREL (SIU): Duración 5 años.
- IMPLANTE SUBDÉRMICO - ETNOGESTREL: Duración 4 años.

● **Corta duración:**

- Anticoncepción Hormonal oral e inyectable.
- Métodos de Barrera y parches.

Según su mecanismo de acción:

Anticonceptivos de barrera: A través de un mecanismo físico, impiden el acceso de los espermatozoides evitando su unión con el óvulo.

- Preservativo “masculino” o peneano.
- Preservativo “femenino” o vaginal.
- Diafragma.

Anticonceptivos hormonales: Impiden la concepción mediante acciones sobre el eje hipotálamo hipófisis-gonadal, o por acción local inhibiendo el ascenso de espermatozoides. Existen distintas maneras de clasificarlos.

49. Para obtener más información consultar: Resumen ejecutivo de Criterios médicos de elegibilidad (OMS, 2015).

**Clasificación de métodos hormonales (AH)**

Composición hormonal	Tipo	Vía administración	Principal mecanismo anticonceptivo
Estrógeno + progestágeno	AH combinados	- Anticonceptivos combinados orales (ACO). - Anticonceptivo combinado inyectable mensual (ACI). - Anillos vaginales. - Parches dérmicos.	Anovulación.
Sólo progestágeno	AH sólo de progestágenos	Oral (levonorgestrel/ linestrenol).	Alteración moco cervical.
		- Oral (desogestrel). - Inyectable trimestral. - Implantes subdérmicos (AMPD).	Anovulación.
		DIU con levonorgestrel.	Alteración moco cervical/ Inhibición espermática.
	AH de emergencia	Oral.	Anovulación.

Elaboración propia a partir de cuadro 4.1 Clasificación de métodos hormonales (Guía MAC, 2023; CCP y OPS, 2019).

Según su composición se clasifican en:

- **Anticonceptivos hormonales combinados:** compuestos por hormonas que derivan de los estrógenos y de la progesterona (progestágenos).
- **Anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos:** compuestos por un derivado de la progesterona o progestágeno.

Según su mecanismo anticonceptivo se clasifican en:

- **Anovulatorios:** inhiben la ovulación incidiendo sobre el eje de regulación hormonal del ciclo.
- **No anovulatorios:** actúan produciendo cambios en el moco cervical.

**Según su vía de administración se clasifican en:**

- Orales.
- Inyectables.
- Dérmicos.
- Subdérmicos
- Vaginales
- Intrauterinos

Modalidad de administración de los MACs:⁵⁰**ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS:****PRESENTACIÓN**

- Blíster o envase 21 comprimidos activos (todos con hormonas).
- Blíster o envase con 28 comprimidos, dos opciones:
 - 21 comprimidos activos + 7 inactivos o sin hormonas
 - 24 comprimidos activos + 4 inactivos.

MECANISMO ACCIÓN: Inhibe ovulación con efecto a los 7 días de uso correcto.

USO:

- Se puede empezar en cualquier momento del ciclo.
- Se recomienda iniciar el primer día de la menstruación (primer día del ciclo). De esta manera, los anticonceptivos orales combinados (ACO) son efectivos desde el inicio de la toma.
- En caso de iniciar otro día del ciclo o ante la ausencia de menstruaciones, se podrá iniciar siempre y cuando exista razonable certeza de que no hay embarazo. En este caso utilizar, además, un anticonceptivo de barrera (preservativo) durante los 7 primeros días de toma.
- Recién a partir del comprimido n° 8 de toma continua, la eficacia anticonceptiva está garantizada.

Requisito indispensable: OMS recomienda Consejería, historia clínica y toma de TA

Oportunidad en consejería: ofrecer PAP, mamografía, testeo de VIH y sífilis, vacunación.

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS:**USO Y APLICACIÓN:**

- Se aplican de forma intramuscular profunda una vez al mes, siempre en la misma fecha calendario.
- La aplicación puede retrasarse o adelantarse hasta 3 días.
- Tiene alta eficacia anticonceptiva.
- Pueden producir cambios en el patrón de sangrado. Al inicio del método: sangrados irregulares o prolongados. Con la continuación del método: disminución o ausencia del sangrado.
- Se recomienda una consulta anual de seguimiento después de comenzar a usar este método.

MECANISMO ACCIÓN: Anovulatorio.

50. Se utilizaron recursos de presentación que realizó la Med.Carolina Hernandorena en la disciplinar de enfermería 2023.



USO CORRECTO: cuando las inyecciones se aplican en fecha, hay menos de 1 embarazo c/100 personas que utilizan ACI en el correr del primer año (5 por 10.000 mujeres).

USO HABITUAL: se producen cerca de 3 embarazos c/100 personas que utilizan ACI en el correr del primer año, o sea tiene un 97% de eficacia.

Recupera fertilidad al suspender.

Ante retraso de aplicación de menos de 7 días, método de respaldo/AHE, retomar uso si así lo desea.

ANTICONCEPTIVOS CON PROGESTÁGENOS:

- Pueden utilizarse durante la lactancia.
- No afectan el volumen de la leche ni su composición.
- No tienen ningún efecto sobre el/la bebé.
- Presentan alta efectividad fuera de la lactancia.
- Pueden ser usados por aquellas personas que tienen contraindicación de recibir estrógenos.
- Frecuente cambios en sangrado, pero no tienen implicancia clínica.
- Si estando embarazada la persona usuaria los toma, no afectan el curso del embarazo.

PRESENTACIÓN: envase por 28 o 35 comprimidos.

USO: 1 comprimido por día.

INICIO: Recomienda 1er día de menstruación, puede ser en cualquier momento.

TIPOS:

- NO ANOVULATORIOS:
 - Vía oral (comprimidos): Levonorgestrel 0,03 mg
- ANOVULATORIOS
 - Vía Oral: Desogestrel 0,075 mg (comprimidos)
 - Inyectable Trimestral: Acetato de Medroxiprogesterona de depósito 150 mg

ACI TRIMESTRAL (ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA DE DEPÓSITO 150MG AMPD):

- Puede usarse en lactancia (porque no afecta el volumen de la leche ni su composición).
- Anovulatorio.
- Puede usarse en los casos en que hay contraindicación de recibir estrógenos. Suelen observarse irregularidades en el patrón de sangrado los primeros meses e incluso amenorrea, sin importancia clínica.
- Modo de administración: inyección intramuscular de aplicación trimestral.

ANTICONCEPTIVO HORMONAL DE EMERGENCIA (AHE):

La anticoncepción hormonal de emergencia, existe en nuestro país en dos posibles presentaciones:

- Levonorgestrel (LNG) 1,5 mg. por un comprimido
- Levonorgestrel (LNG) 0,75 mg. por dos comprimidos: con posibilidad de toma juntos o 1 cada 12 hrs.

Impide o retarda la ovulación (impide pico de LH) .

Eficacia: dentro de las primeras 12hs 95%, disminuye progresivamente con los días. A las 72 hs. se reduce a 58%. Puede tomarse hasta 120 hs (5 días) en Obesidad IMC>30 o uso de efavirenz puede ajustarse dosis (3mg).



9.7.2 Protocolo de atención en la Interrupción Voluntaria/Legal del Embarazo (IVE-ILE) en el ámbito de APS⁵¹



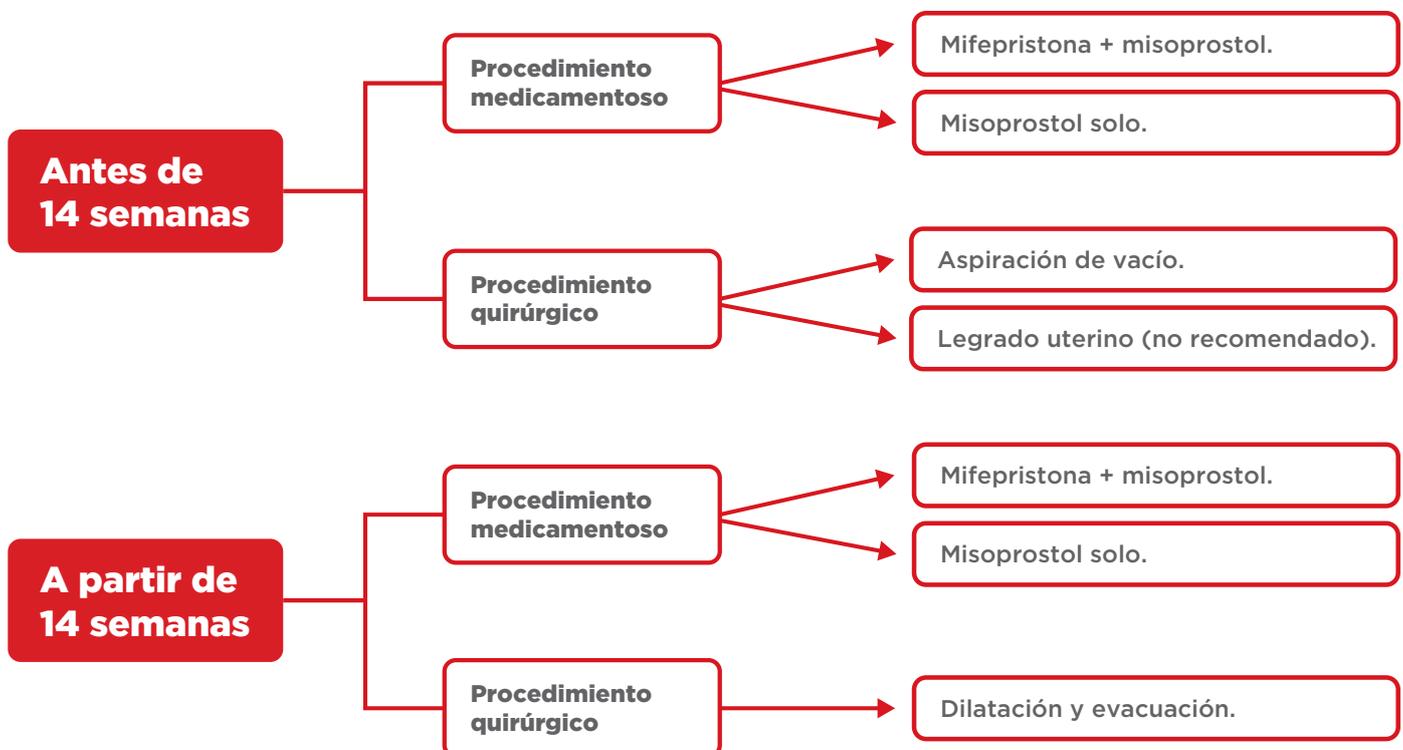
Elaboración propia para el manual a partir de la fuente: Algoritmo de atención (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2022, P.51).

51. **Fuente:** Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Actualización 2022. Disponible en: https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/1.-Protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-IVE-ILE--Actualizacion-2022.-Res.-1063_2023.pdf

Vacunación e isoimmunización RH

- La OMS sólo recomienda la **profilaxis con inmunoglobulina anti-D** en mujeres u otras PCG no sensibilizadas para prevenir la aloimmunización RhD en abortos con medicamentos o quirúrgicos a partir de las 12 semanas.
- Si se dispone de inmunoglobulina anti-Rh, debe administrarse antes de 72 horas posteriores al procedimiento para mejores resultados (OMS, 2022).
- La OMS no recomienda la administración de inmunoglobulina anti-D en abortos de menos de 12 semanas ya que la probabilidad teórica de formación de anticuerpos es prácticamente cero a esta edad gestacional. En consecuencia, la determinación del factor Rh y la administración de profilaxis anti-Rh no se consideran requisitos previos para realizar el procedimiento de IVE/ILE en embarazos tempranos.
- Si la persona no ha sido vacunada contra el tétanos en los 10 años anteriores a la consulta, **se debe aplicar la vacuna antitetánica o doble adulto**. En todos los casos, es conveniente evaluar el estado de las vacunas de la niña, adolescente, mujer u otra PCG según calendario nacional vigente y sugerir la colocación de las vacunas faltantes. Esta evaluación no puede constituirse en un obstáculo para acceder a la práctica.

Opciones Terapéuticas de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, Ipas y FIGO (OMS, 2022, Ipas 2021, FIGO 2017)



**Algunos de los ejes para la consejería, según la situación y las necesidades de la mujer u otra persona con capacidad de gestar (PCG), son:**

- Informar sobre el derecho al acceso a IVE/ILE y los pasos para su cumplimiento.
- Informar los derechos en la atención de la salud (art. 5, Ley 27.610).
- Informar los derechos que asisten a la persona si decide continuar con el embarazo.
- En las situaciones encuadradas en la causal salud, describir los riesgos asociados a la continuación del embarazo.
- En los casos de violación, informar sobre el derecho al acceso a la justicia y la posibilidad de denunciar la agresión, siempre aclarando que no es un requisito para acceder a la práctica de IVE/ILE.
- Detallar los procedimientos posibles y acordes a la edad gestacional para la interrupción del embarazo.
- Explorar sobre la red de apoyo con que cuenta la persona.
- Ofrecer y realizar una derivación asistida ante situaciones de violencia de género, violencia sexual, si la persona lo requiere.
- Informar y ofrecer atención posaborto inmediata, incluyendo anticonceptivos de larga duración.

**Recursos para ampliar:**

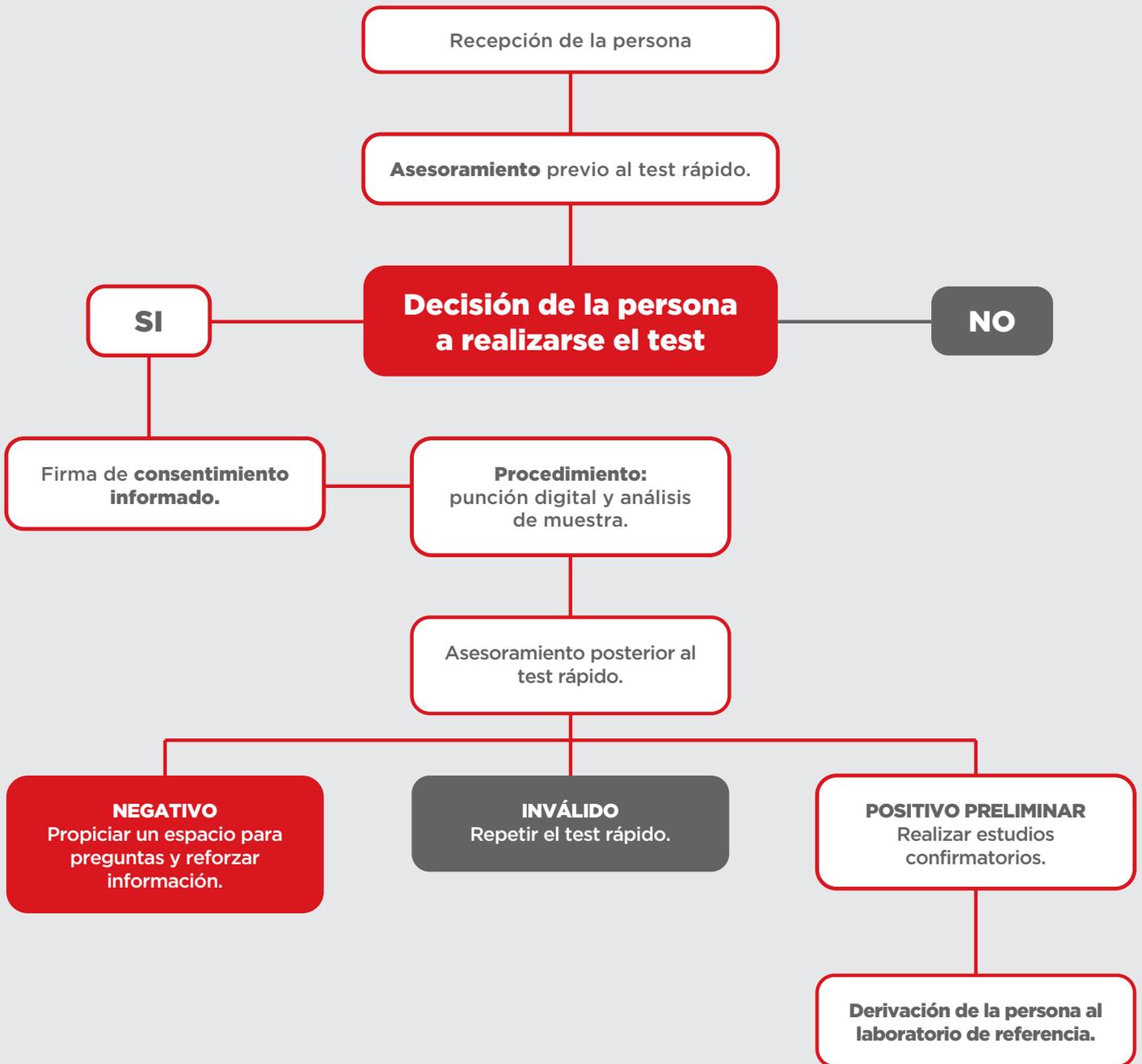
Recurso de establecimiento y pasos de actuación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/aborto/>

Guías y protocolos para los equipos de salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en: <https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/drive/archivos/guiaimplementacionive.pdf>

9.7.3 Realización de Test rápido para VIH-SÍFILIS

Programa de VIH, ITS y Hepatitis virales del Municipio de Tigre.

Algoritmo de atención para testeos rápidos



Elaboración propia para el manual a partir de la fuente: Algoritmo de atención del programa VIH/SÍFILIS del Municipio de Tigre.



En la instancia de asesoramiento previo al test es necesario:

1. Informar el carácter voluntario y confidencial del test.
2. Informar sobre las diversas formas de transmisión de las infecciones testeadas y métodos preventivos.
3. Explicar el «periodo de ventana».
4. Firma del consentimiento informado.
5. Describir detalladamente el procedimiento para la realización de pruebas rápidas y sus posibles resultados.
6. **El carácter voluntario:** Las personas que consultan demandan la realización de la prueba por una decisión personal tomada sobre la base de informaciones que consideran consistentes. Es importante saber que la calidad del asesoramiento podrá influir en la decisión de retirar el resultado.

El carácter confidencial: Los equipos de salud tienen la obligación de no revelar, sin autorización, la información obtenida durante el asesoramiento. A su vez, el espacio físico en el que se desarrolle la entrevista y el encuadre institucional deben resguardar la confidencialidad.

7. Las vías de transmisión pueden ser:

- **Transmisión sexual:**

Relaciones sexuales sin preservativo

- **Transmisión sanguínea:**

Contacto sanguíneo por objetos contaminados.

- **Transmisión vertical:**

Durante el embarazo, el parto o la lactancia

Los métodos de prevención:

- Uso correcto del preservativo en todas las relaciones sexuales.
- Utilizar materiales no contaminados (agujas/canutos/pipas).
- Diagnóstico, controles y ARV tratamiento durante el embarazo.

8. El periodo ventana: Es el tiempo que transcurre desde que el virus entra al cuerpo hasta que la prueba es capaz de detectarlo. Durante este lapso-que en la mayoría de los casos es de hasta 1 mes- las pruebas van a dar negativas, aunque la persona pueda estar infectada.

Por eso, es importante poder analizar las posibilidades reales de haberse infectado durante el último mes y orientar al usuario a percibir situaciones de vulnerabilidad ante el VIH.

9. Consentimiento Informado: Supone el consentimiento por parte de la persona de que ha sido informada debidamente y en términos comprensibles todo lo relativo a la prueba que se le va a realizar. Forma parte del proceso de asesoramiento previo al test y la persona firma respetando el carácter anónimo.

10. Procedimiento para la realización de pruebas rápidas: Las pruebas rápidas para VIH son un inmunoensayo cualitativo de lectura visual in vitro para la detección de anticuerpos anti HIV-1 y HIV-2 en suero humano, plasma o sangre entera. Para la detección de sífilis se utiliza también la técnica de inmunoensayo cualitativo de lectura visual in vitro para la detección de anticuerpos contra *Treponema pallidum* (Prueba Treponémica) en suero, plasma o sangre entera humana. Las pruebas se realizan sobre muestras de sangre entera obtenidas por punción digital.

Materiales necesarios para realizar las pruebas rápidas:

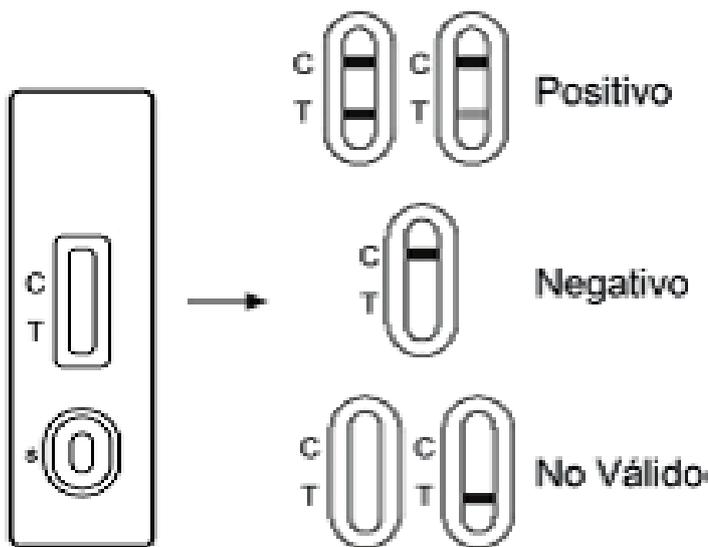
- Guantes.
- Lancetas.
- Buffer.
- Tacho con bolsa roja (bolsas rojas).
- Algodón.
- Capilares con EDTA.
- Marcador indeleble.
- Alcohol.
- Tiras reactivas.
- Timer o reloj.
- Descartador de cortopunzantes.

Procedimiento (Puede variar según fabricante de Test):

Disponer del Material necesario y colocarse guantes antes del procedimiento.

1. Higienizar la zona de aplicación de la lanceta con un hisopo con alcohol.
2. Presionar levemente el dedo y puncionar con la lanceta estéril-. Desechar inmediatamente.
3. Succionar con la pipeta proveída ó capilar la gota de sangre hasta la marca provista (20ul).
4. Colocar la gota de sangre en el lugar indicado del casette. (Pej. "S" en el de la marca Abbott).
5. Dispensar por encima de la gota de sangre colocada la solución buffer proveída, (Pej. en la marca Abbott son 3 gotas de solución diluyente).
6. Esperar 15 min para la interpretación de los resultados.

Interpretación:



Verificar que la línea de control © figure "reactiva" para asegurar que el procedimiento fue correcto.

Almacenamiento y conservación de las tiras reactivas y/o casette: Las tiras se almacenan a temperatura ambiente (entre 2º C y 30º C) en un lugar seguro en su envase original. El envase contiene además un desecante que asegura la correcta conservación de las tiras por lo que es importante mantenerlo dentro del mismo.



ASESORÍA POSTERIOR AL TEST

- Oportunidad única para el trabajo personalizado
- En Prevención Primaria con las personas que tienen un resultado negativo de VIH o sífilis.
- En prevención secundaria y como puerta de entrada a los servicios de salud, en las personas con resultado positivo.

Resultado NEGATIVO

- Recordar que el resultado significa que la persona no está infectada o lo está tan recientemente que no pudo ser detectado por la prueba. Si en la entrevista se descarta el período ventana, se puede afirmar que la persona NO está infectada.
- Explicar que el resultado negativo no significa inmunidad.
- Desarrollar y/o fortalecer estrategias para mantener o mejorar prácticas de cuidado.
- Comunicar en forma clara que la persona no presenta anticuerpos detectables para VIH.
- Subrayar la idea de que el resultado es adecuado si la situación de exposición fue hace más de 30 días (destacar nuevamente el periodo de ventana).
- Facilitar que la persona exprese consultas o dudas.
- Ofrecer el espacio de asesoría para cuando la persona lo requiera.
- Informar acerca de puestos de distribución de recursos preventivos (preservativos y geles lubricantes), lugares y horarios donde encontrarlos.
- Elaborar junto con la persona usuaria un plan viable de reducción de riesgos que tenga en cuenta cuestiones de género, vulnerabilidades ante el VIH, diversidad sexual y uso de drogas.

Resultado POSITIVO Preliminar

- Explicar lo que significa un resultado positivo preliminar. Señalar las altas probabilidades de que la confirmación sea positiva.
- Señalar la necesidad de realizar otros estudios para la confirmación. Explicar los pasos a seguir, cómo será el recorrido que deberá realizar la persona para la confirmación del diagnóstico.
- Canalizar la ansiedad, acompañar, escuchar.
- Si es posible, reforzar la información sobre formas de transmisión y métodos de prevención.

Para dar los resultados:

TIGRE MUNICIPIO | Secretaría de Salud

Devolución de Resultado/s NEGATIVO/S

Test Rápido/s realizado/s (marcar):
VIH / SÍFILIS / Hepatitis C.

Fecha:/...../.....

Código Paciente: (sexo/tras 2 letras: 1er nombre-1er apellido/FN)

F/M	NN	AA	dd	mm	aaaa

DNI:.....

Usted se realizó una prueba rápida para la detección anticuerpos contra el virus/bacteria.

Un resultado **negativo** como el suyo significa que no presenta en este momento respuesta serológica detectable. Si el contacto de riesgo fue hace más de 30 días (período de ventana) no es necesario otro estudio. Si fue hace menos tiempo, se recomienda volver a realizar el testeo dentro de 1 mes.

Recuerde que el uso adecuado del **preservativo** (método de barrera) es la única forma de **prevenir cualquier infección de transmisión sexual.**

.....
Firma/Sello Profesional/CAFyS

TIGRE MUNICIPIO | Secretaría de Salud

Test Rápido VIH Positivo

Resultado PRELIMINAR

Derivación para **confirmación** diagnóstica.

Un resultado positivo preliminar requiere confirmación con estudios más específicos para obtener un diagnóstico definitivo.

Código Paciente: (sexo/tras 2 letras: 1er nombre-1er apellido/FN)

F/M	NN	AA	dd	mm	aaaa

Concurrir **sin turno** previo al Hospital Materno Infantil de Tigre ("Dr. F. Escardó").

Dirección: Carlos de Alvear 1666, e/ Sarmiento y Saavedra, Tigre Centro

Día: MARTES | 6:30 HS.

.....
Firma y Sello Profesional

TIGRE MUNICIPIO | Secretaría de Salud

Test Rápido Hepatitis C Positivo

Resultado PRELIMINAR

Fecha:/...../.....

Derivación para **confirmación** diagnóstica.

Un resultado positivo preliminar detecta **anticuerpos** y requiere confirmación con estudios más específicos para obtener un diagnóstico definitivo.

Código Paciente: (sexo/tras 2 letras: 1er nombre-1er apellido/FN)

F/M	NN	AA	dd	mm	aaaa

DNI:.....

Se solicita Ac Anti-HCV y Carga Viral HCV.

Concurrir **sin turno** previo al Hospital Materno Infantil de Tigre ("Dr. F. Escardó").

Dirección: Carlos de Alvear 1666, e/ Sarmiento y Saavedra, Tigre Centro

Día: MARTES | 6:30 HS.

.....
Firma y Sello Profesional

TIGRE MUNICIPIO | Secretaría de Salud

Devolución de Resultado Test Rápido para SÍFILIS POSITIVO

Fecha:/...../.....

Apellido y Nombre:.....

DNI:.....

Usted se realizó una prueba rápida para la detección de anticuerpos contra el Treponema pallidum, microorganismo responsable de la infección sífilítica.

Si **NO** tiene **antecedentes** de ésta infección se recomienda comenzar con el **tratamiento** y **testear** a su/s **pareja/s** sexual/es de los últimos 3 meses.

Si **tiene antecedentes** de infección sífilítica **tratada** y **NO** presenta **síntomas** se recomienda la realización de **VDRL Cuantitativa** y su evaluación con el resultado.

Recuerde que el uso adecuado del **preservativo** (método de barrera) es la única forma de **prevenir cualquier infección de transmisión sexual.**

INICIA TRATAMIENTO: SI | NO

.....
Firma/Sello Profesional/CAFyS

TIGRE MUNICIPIO | Secretaría de Salud

Programa ITS, VIH y Hepatitis Virales

Apellido y Nombre:.....

DNI:.....

Indicación de TRATAMIENTO para SÍFILIS

Previo **INTERROGATORIO**, si **NO** presenta ant. de **ATOPIA** a Penicilina

Aplicar **PENICILINA G BENZATÍNICA 2.400.000 U.I.**
1 amp. IM glútea **POR SEMANA**

Nº de DOSIS indicadas:..... Fecha:...../...../.....

.....
Firma y Sello Profesional

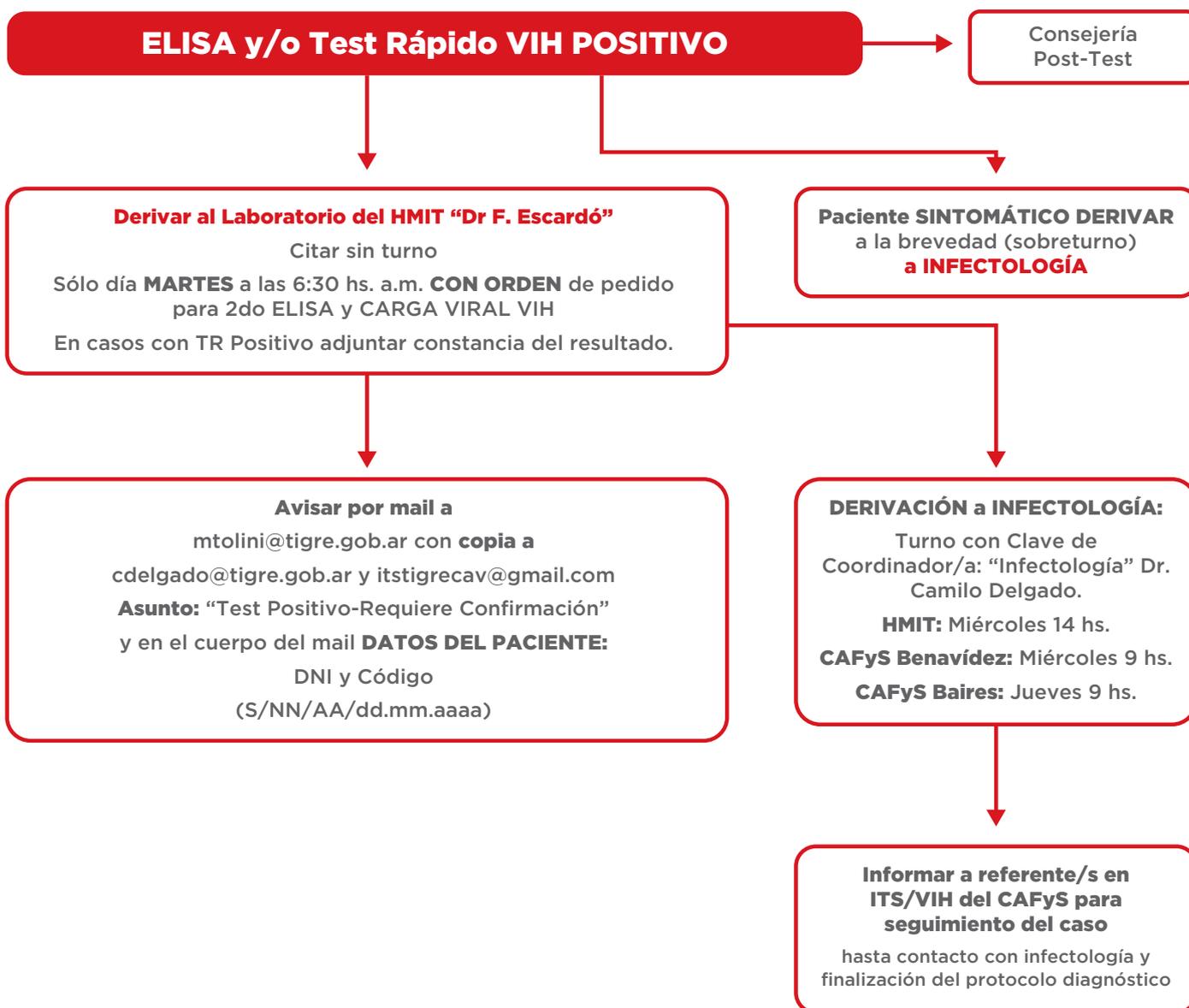
Constancia de aplicaciones

Fecha aplicación	Firma y sello profesional/CAFyS
1.	
2.	
3.	



DIAGNÓSTICO de VIH / HCV - PROTOCOLO OPERATIVO

Programa de VIH, ITS y Hepatitis Virales - Municipio de Tigre. 08/2024.



Hepatitis C (HCV): en caso de anticuerpos positivos para HCV (Laboratorio ó Test Rápido) derivar con el mismo protocolo que para VIH los días martes para repetir anticuerpos anti-HCV, que de ser positivos se enviará a confirmación con CV HCV. Entregar orden común con pedido de "Ac anti-HCV y Carga Viral HCV - Diagnóstico" y PLANILLA SOLICITUD CV HCV HTAL CORDERO (se encuentra en Carpeta "Infectología").

Código Paciente VIH en estudio o confirmado:

Sexo biológico / NN-primera(s) dos letras del Nombre- / AA-primera(s) dos letras del Apellido- / F. de Nacimiento.

9.7.4 Abordaje de Sífilis en el primer nivel de atención

Diagnóstico de Sífilis en Primer Nivel de Atención⁵²

El diagnóstico de la sífilis se basa en una combinación de historia clínica, sintomatología (si existe) y resultados de las pruebas (treponémicas y no treponémicas). La prueba rápida, al ser una prueba treponémica, no diferencia infección pasada de activa, por lo que siempre que sea posible debemos confirmar con una prueba no treponémica (PNT), correlacionando el resultado de la prueba rápida de sífilis (PRS) con la clínica y los antecedentes de la persona.

Tener en cuenta que la combinación de una prueba de sífilis positiva y síntomas característicos de la infección (chancro, úlceras de la piel, exantema) es altamente indicativa de sífilis, sin embargo, los síntomas de la sífilis son transitorios y muchas personas son asintomáticas o no reconocen los síntomas.

Tratamiento

El tratamiento de elección es la penicilina benzatínica, recomendada en todas las etapas de la infección, siendo la única droga que evita la infección congénita. El tratamiento no difiere en las personas VIH positivas ni en gestantes. Ante la imposibilidad de confirmar un diagnóstico en el momento de la consulta, y sintomatología compatible con sífilis, se debe indicar el tratamiento sin aguardar por los resultados.

En la/s pareja/s sexual/es de personas gestantes con sífilis se debe indicar una primera dosis de penicilina en el momento de la consulta y realizar VDRL, lo que ayudará a definir diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

En los efectores que sólo cuentan con la PRS sin posibilidad de realizar PNT, realizar el tratamiento de sífilis según su estadio, el cual es definido por clínica o por el resultado de una PNT del último año.

El uso de clorhidrato de lidocaína, como diluyente para la Penicilina Benzatínica no cambia la concentración de Penicilina en los líquidos corporales y reduce significativamente el dolor, por lo que se recomienda su uso.

Recordar que en personas con implantes y/o inyecciones con siliconas en región glútea, la inyección de penicilina debe realizarse en regiones anatómicas alternativas (por ej. deltoides) para asegurar la eficacia del tratamiento. Si el tratamiento es interrumpido por más de una semana, se debe recomenzar el tratamiento y aplicar una vez por semana el número total de dosis correspondientes.

Si bien la aplicación de la penicilina benzatínica en el PNA - como tratamiento para la prevención de la sífilis y la sífilis congénita - es una práctica extendida y habitual, este procedimiento quedó legalmente respaldado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires mediante la Resolución 331 de 2019 de la ex Subsecretaría de Atención de las Personas, actualmente Subsecretaría de Atención y Cuidados Integrales de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

52. En base al Manual 2020 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, sobre estrategias de implementación de pruebas rápidas de VIH y Sífilis en el PNA. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hiv/wp-content/uploads/sites/184/2023/09/ESTRATEGIA-DE-IMPLEMENTACION-DE-PRUEBAS-RAPIDAS-DE-VIHSIFILIS-Y-HEPATITIS-C-EN-EL-PRIMER-NIVEL-DE-ATENCION.pdf>



Dosificación

Si la persona está sintomática (sífilis primaria o secundaria) o se pudiera confirmar que el diagnóstico tiene menos de 1 año (latente temprana), una dosis de penicilina es suficiente.

Si la persona está asintomática, y no se pudiera definir el tiempo de infección, o es mayor de 1 año, se debe interpretar que es una sífilis latente (tardía o indeterminada) e indicar 3 dosis de penicilina.

El seguimiento no puede realizarse con pruebas treponémicas, incluida la PRS, en esa instancia debemos utilizar VDRL cuantitativa.

Seguimiento

- En Sífilis primaria, secundaria y latente temprana:
- Población general: a los 6 y 12 meses repetir VDRL.
- Personas con VIH: durante el primer año repetir VDRL de manera trimestral y a los 24 meses.
- En Sífilis latente tardía o indeterminada:
- Población general: a los 6, 12 y 24 meses repetir VDRL.
- Personas con VIH: durante el primer año repetir VDRL de manera trimestral y a los 24 meses.
- En cualquier estadio, se considera fallo terapéutico a la ausencia de descenso de dos 8 diluciones o cuatro títulos en las pruebas no treponémicas a los 12 meses. Ante un fallo terapéutico, las situaciones a descartar son la reinfección y la neurosífilis.

Consideraciones sobre el tratamiento en personas gestantes

Un problema frecuente de los programas prenatales de detección de la sífilis es la pérdida del seguimiento debido a que la devolución de los resultados, en ocasiones, no se hace a tiempo para instaurar el tratamiento. Aproximadamente la mitad de las personas gestantes con sífilis activa no tratada, tendrán como resultado abortos, muertes neonatales, y neonatos con evidencia de infección por Sífilis.

La penicilina benzatínica es el tratamiento por elección, en tanto es la única que ha demostrado eficacia en prevenir la transmisión vertical, su utilización tiene bajo riesgo y ha demostrado ser sumamente eficaz a la hora de reducir la morbilidad y mortalidad perinatal. En este sentido es fundamental realizar una buena evaluación de antecedente de alergia, en tanto es el único tratamiento adecuado en personas gestantes.

Recomendaciones para el USO DE PENICILINA BENZATÍNICA⁵³ en el Primer Nivel de Atención en la provincia de Buenos Aires.

- ➡ Toda persona con una prueba positiva para sífilis deberá recibir tratamiento con Penicilina Benzatínica en el lugar donde se realizó la prueba, el mismo día en que recibe el resultado de la primera prueba diagnóstica.
- ➡ Antes de indicar el tratamiento, un profesional de la salud realizará un relevamiento sobre antecedentes de alergia a medicamentos completando el cuestionario propuesto en este documento.

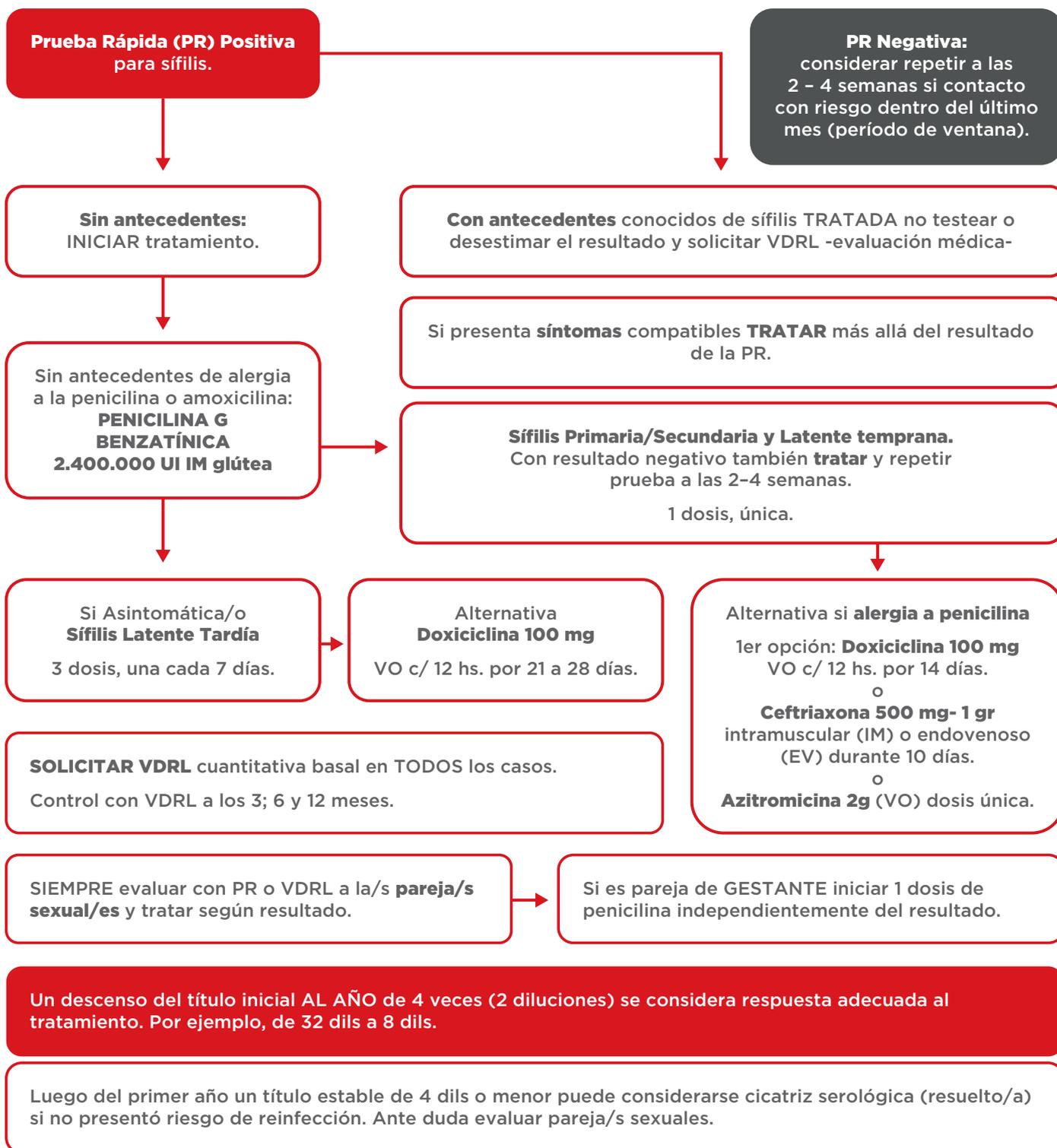
- ➡ Si la persona fuera evaluada como riesgo habitual de alergia se prescribirá con una orden escrita la indicación del tratamiento para su inmediata aplicación.
- ➡ Antes de la aplicación se verificará la disponibilidad de recursos necesarios para el diagnóstico y tratamiento inicial de un cuadro de anafilaxia.
- ➡ Un enfermero/a, médico/a u obstétrico/a aplicará la inyección intramuscular de penicilina benzatínica en región glútea, cuadrante superior externo previa antisepsia de la piel con alcohol al 70%. Previo a la aplicación controlar fecha de vencimiento.
- ➡ La persona tratada permanecerá en observación al menos 60 minutos después de la aplicación.
- ➡ Antes de retirarse se programará la siguiente aplicación de penicilina si correspondiera, extendiendo una orden por escrito indicando el número de dosis. También se programará la evaluación de la/s pareja/s sexual/es de la persona y si se encontrara presente al momento de la consulta, se aprovechará la oportunidad para aplicar 1 dosis de penicilina benzatínica.
- ➡ Si la persona fuera evaluada como de riesgo elevado de alergia severa será derivada a un centro de mayor complejidad para evaluación más detallada y eventual tratamiento de desensibilización para penicilina. Personas con historia de Síndrome de Stevens Johnson, Necrólisis Epidérmica Tóxica, Nefritis intersticial o anemia hemolítica, vinculadas al uso de B lactámicos no deben realizarse test cutáneos y deben evitar la penicilina durante toda la vida.
- ➡ Alergia a la penicilina. Sólo ante la sospecha de riesgo elevado de reacción anafiláctica la evaluación inicial puede completarse con los test cutáneos. No es una práctica recomendada previa a la administración de penicilina a todas las personas.

Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas:

Presenta criterios de riesgo elevado de reacción anafiláctica con 1 o más de los siguientes:

- 1.** Dificultad respiratoria o caída brusca de la tensión arterial o náuseas y vómitos, trastornos cutáneos o angioedema o pérdida del conocimiento al poco tiempo de haber recibido el medicamento (60 minutos).
- 2.** Requirió internación a causa de la reacción.
- 3.** Tiene antecedentes de enfermedades por las cuales haya necesitado utilizar penicilina o derivados por períodos de tiempo prolongados como úlceras, infecciones en la piel, profilaxis de fiebre reumática, etc.

* Si no estuviera disponible el especialista en 48-72hs. programar desensibilización.

**Algoritmo de abordaje del Municipio de Tigre⁵⁴****Programa de VIH, ITS y Hepatitis Virales****Sífilis - Algoritmo de abordaje**

54. Realizado por la coordinación del Programa de VIH, ITS y Hepatitis Virales, 2023.

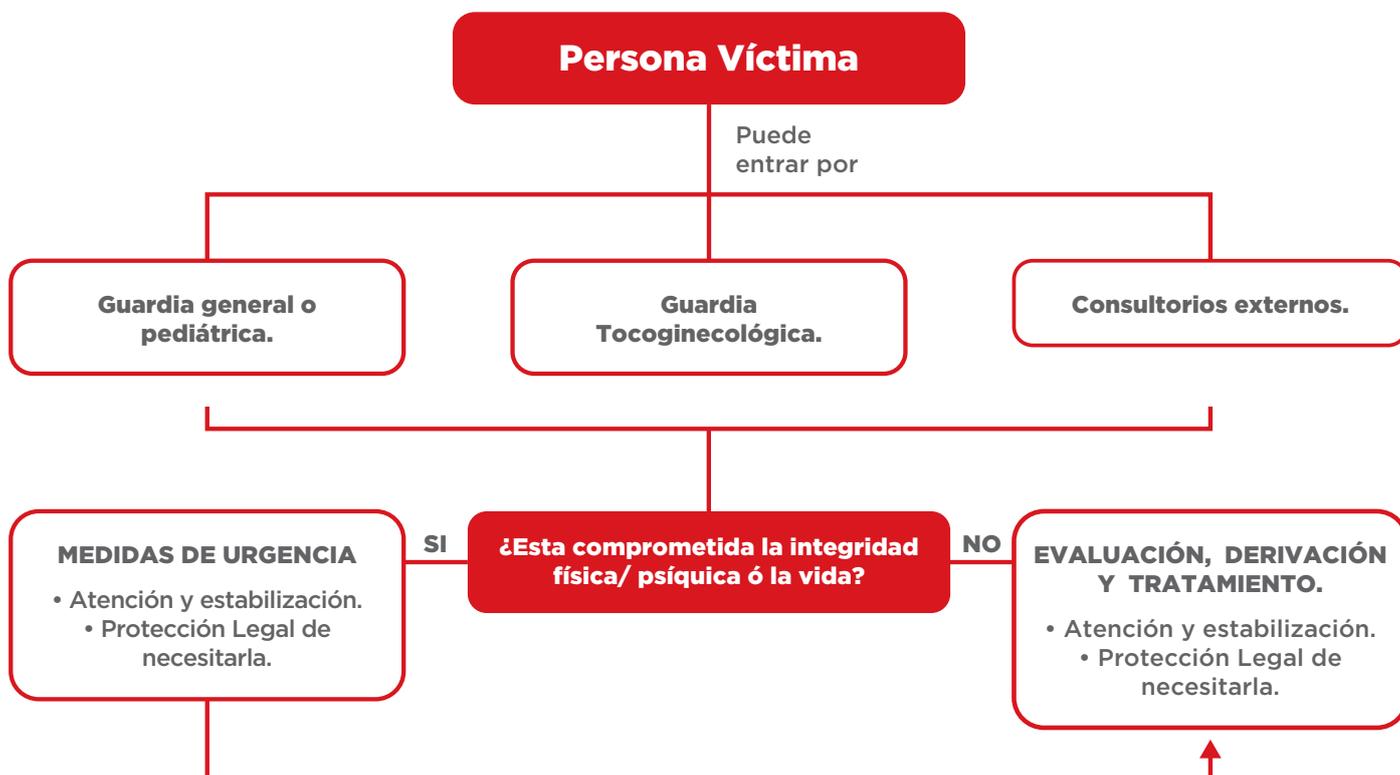


- **Sífilis Latente:** presentación asintomática. Temprana < 1 año o Tardía > 1 año de evolución.
- **Sífilis Primaria:** Lesión genital, anal u oral ulcerada, única o múltiple
- **Sífilis Secundaria:** rash eritematoso no pruriginoso, lesiones similares a la sífilis primaria diseminadas.



Recursos para profundizar sobre el abordaje en testeos:

- Estrategia de implementación de pruebas rápidas de VIH, ITS y Hepatitis C en el Primer Nivel de Atención. MPS, 2022.
<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/03/Estrategia-de-implementaci%C3%B3n-de-pruebas-r%C3%A1pidas-de-VIH-y-S%C3%ADfilis-en-el-Primer-Nivel-de-Atenci%C3%B3n.pdf>
- Recomendaciones para acompañar los procesos de transición de personas adolescentes que viven con VIH desde los hospitales pediátricos hacia los de adultos/as.
<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hiv/wp-content/uploads/sites/184/2022/09/Recomendaciones-para-acompanar-los-procesos-de-transicion.pdf>
- Recomendaciones para la Profilaxis Post Exposición para VIH, ITS y anticoncepción. MPS, 2022.
<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hiv/wp-content/uploads/sites/184/2022/09/Recomendaciones-para-la-Profilaxis-Post-Exposicion-para-VIH-ITS-y-anticoncepcion.pdf>
- Preguntas frecuentes sobre VIH, Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis Virales para el abordaje territorial de equipos interdisciplinarios. MPS, 2022.
<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hiv/wp-content/uploads/sites/184/2021/04/Preguntas-frecuentes-para-equipos-interdisciplinarios-que-trabajan-en-territorio.pdf>
- Recomendaciones para la asesoría en adherencia al tratamiento antirretroviral -ARV- para personas viviendo con VIH. MPS, 2022.
<https://nc.ms.gba.gov.ar/index.php/s/2q9Q79JTfe6qTco>
- Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Guía de recomendación -Cómo comunicar sobre VIH y sida - 2da. Edición. MSAL, 2022. Disponible en:
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-04/Guia-como-comunicar-sobre-VIH-y-sida.pdf>
- Instrucciones para la notificación de casos de VIH, VIH en embarazo y VIH expuesto perinatal en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. MSAL, 2022. Disponible en:
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/notificacion-de-pruebas-rapidas-de-vih-sifilis-y-hepatitis-virales-en-el-sistema-nacional>
- Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas. MSAL, 2024.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/algoritmos_d_diag_y_trat_ip_vih_sifilis_vhb_y_chagas_2662024_0.pdf
- Prevención Combinada del VIH y las ITS. Recomendaciones para la implementación. MSAL, 2022.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Prevencion_combinada_del_VIH_y_las_ITS.pdf
- Recomendaciones para el tratamiento antirretroviral de niños, niñas y adolescentes con infección por VIH-1. Disponible en:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-06/Recomendaciones_TARV_NNyA_2022_0.pdf

**9.7.5 Protocolo en situación de Riesgo sexual en APS⁵⁵****FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONA VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL**

- Garantizar anticoncepción de emergencia y profilaxis para ITS.
- Asegurar privacidad y confidencialidad.
- Informar el derecho a la denuncia.
- El tratamiento debe brindarse sin ningún tipo de denuncia.

Elaboración propia para el manual a partir de la fuente: Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. 4ª edición, 2021. MSAL.

55. **Fuente:** Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. 4a edición, 2021. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-08/Protocolo_VVS_2021.pdf

CAPÍTULO 10. HERRAMIENTAS PARA INTERVENCIONES COMUNITARIAS.

10.1 Instrumento para proyectos comunitarios

Para elaborar un proyecto, se propone la guía de Ander- Egg & Aguilar Idáñez:



1. Naturaleza del proyecto: Para explicar la naturaleza de un proyecto -conjunto de datos que hacen a la esencia del mismo- es necesario desarrollar una serie de cuestiones:

- a. Descripción del proyecto (qué se quiere hacer).
- b. Fundamentación o justificación (por qué se hace, razón de ser y origen del proyecto).

2. Objetivos y propósitos:

- a. Objetivos general y específicos (para qué se hace, qué se espera obtener).
- b. Metas (cuánto se quiere hacer, servicios que se prestarán y/o necesidades que se cubrirán).

3. Localizar/cobertura de un proyecto:

a. Localización física (dónde se hará) consiste en determinar el emplazamiento o el área en donde se ubicará.

b. Cobertura espacial (qué abarca) indica el espacio físico o zona que cubrirá el proyecto en cuanto prestación de servicios o área de influencia.

4. Especificación operacional de las actividades y tareas a realizar:

La ejecución de cualquier proyecto presupone la concreción de una serie de actividades e implica la realización de un conjunto de tareas concretas (con qué acciones se generarán los productos, actividades necesarias). Esto implica que en el diseño del proyecto se ha de indicar, de manera concreta y precisa, cuáles son las actividades que hay que ejecutar para alcanzar las metas y objetivos propuestos.



a. Métodos y técnicas (modalidades de operación): En el caso de proyectos de intervención social un criterio básico u central en la selección de métodos, técnicas, es el de dar preferencia a aquellos que facilitan, promueven o posibilitan la participación de las personas/comunidad en el desarrollo del proyecto. (Ver propuesta en Anexo).

b. Determinación de los plazos o calendario de actividades: Se trata de explicitar cuándo ocurrirá y la duración de cada una de las actividades. Este componente del proyecto, además, permite juzgar la factibilidad del proyecto, esto es, establecer si existe una distribución uniforme del trabajo, si los plazos son realistas, si se considera el tiempo suficiente para obtener los productos básicos que se necesitan como insumos para otras actividades, si los límites de tiempo asignados a cada actividad (máximo y mínimo) son proporcionados entre sí o hay desajustes graves, etc. Para realizar la calendarización del proyecto, existen diferentes técnicas gráficas de apoyo a la programación que permiten distribuir en el tiempo las distintas actividades

5. Personas beneficiarias:

Se trata de identificar quiénes serán las personas/población beneficiaria inmediata (destinatarias del proyecto, a quién va dirigido). Por ejemplo, si el objetivo es “Promover recreación y movimiento en la comunidad adulta mayor que es usuaria del CAFyS”, quienes se beneficien directamente serán aquellas personas de ese grupo etario que son usuarias.

6. Marco institucional:

Será necesario indicar la naturaleza de la organización (responsable de la ejecución), su mandato, situación jurídica y administrativa, instalaciones y servicios, estructura orgánica y procedimientos administrativos, personal, etc. Además, en este punto se puede incluir aspectos directamente relacionados con el proyecto, como por ejemplo: políticas y prioridades de la organización, relaciones con otras instituciones, etc.

7. Determinación de los recursos necesarios:

Todo proyecto requiere para su realización una serie de recursos (bienes, medios, servicios, etc.) para lograr los objetivos propuestos (quienes y con que se realizará el proyecto, insumos). Cuando se elabora un proyecto suelen distinguirse cuatro tipos de recursos: humanos, materiales, técnicos y financieros, que constituyen los insumos necesarios para su realización. A veces puede ser útil rellenar un cuadro con estas entradas a fin de disponer de un listado más o menos completo de los recursos que se requieren para cada una de las actividades.

Propuesta de instrumento para redacción de proyectos comunitarios:


Título del proyecto

1. Población destinataria.
2. Equipo de trabajo.
3. Período de ejecución.
4. Problema/Situación que da origen al proyecto.
5. Antecedentes del proyecto.
6. Marco conceptual / marco teórico.
7. Fundamentación.
8. Objetivo general.
9. Objetivos específicos.
10. Tipo de intervención a realizar.
11. Evaluación.
12. Plan de acción (Cuadro de correspondencia y cronograma).

Ejemplo de cronograma (puede adecuarse al diseño que más convenga al equipo, agregar o modificar columnas, etc).

Meses del año	Armado del proyecto	Solicitud de materiales	Planificación de actividades y dinámicas	Convocatoria/ Difusión	Implementación de la actividades	Evaluación de proceso	Evaluación general

13. Referencias bibliográficas



Sobre autores:

Lara, Emanuel Darío

Licenciado en Enfermería (UNLP). Egresado de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS-GCABA). Docente Universitario para la carrera de Enfermería (Extensión Áulica GBA Norte - Universidad Maimónides). Asistente técnico de gestión y capacitación para el Plan Enia y la Dirección de Adolescencias y Juventudes (Ministerio de Salud de la Nación). Coordinador Docente de la Residencia de Enfermería Comunitaria (PBA - sede Troncos del Talar, Tigre). Coordinación del Eje Adolescencias y Apoyo de Gestión de la Coordinación de Enfermería del Primer Nivel de Atención (Municipio de Tigre).

Severo, Carla Jimena

Licenciada en Enfermería (UNLP). Egresada de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS - GCABA). Maestría en Género y Políticas sociales (FLACSO). Diplomada en Educación Sexual Integral en Territorios (UNSE). Docente en Tecnicatura Superior Salud Comunitaria (PBA - RS VII- Escuela de Gobierno Floreal Ferrara). Docente en nivel superior (UNAHUR) y Especialidades de Enfermería Comunitaria. Jefatura de la Residencia de Enfermería Comunitaria (PBA - sede Troncos del Talar, Tigre). Apoyo de Gestión de la Coordinación de Enfermería del Primer Nivel de Atención (Municipio de Tigre).



TIGRE

MUNICIPIO

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud
Dirección Coordinadora de Enfermería
del Primer Nivel de Atención

ISBN 978-987-21056-5-5



9 789872 105655

Se autoriza la reproducción parcial o total del contenido de este manual siempre que se cite la fuente y autoría.

Para citar (APA): Lara, E. & Severo, C. (Ed.). (2025). Manual de enfermería comunitaria. Guía esencial para el cuidado comunitario y promoción de la salud. Secretaría de Salud Municipio de Tigre.