

vea

VISIÓN DE enfermería ACTUALIZADA

#81

página

13 Concientizar sobre
la diabetes: una oportunidad
formativa para los futuros
profesionales

Diagnóstico situacional
del personal de un
establecimiento de salud
sobre calidad de la atención,
previo al diseño de un plan
de mejora página

26

- 4 EDITORIAL
MG. HNA. MERCEDES ZAMUNER
- 5 INVESTIGACIÓN I
Factores que inciden en la repitencia académica de los estudiantes de Enfermería
GABRIELA OROÑO
- 13 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
Concientizar sobre la diabetes: una oportunidad formativa para los futuros profesionales
MARÍA FLORENCIA DIETRICH
GABRIELA ALEJANDRA PICCART
- 18 GESTIÓN
El liderazgo trascendente: una herramienta poderosa para los líderes de Enfermería en tiempos de cambio
JORGE ABRUZZESE CB COACH
- 21 RINCÓN LITERARIO
¿Qué significa ejercer la Enfermería?
- 22 FICHA 80
Lock Therapy o Terapia de Bloqueo con antibióticos en dispositivos vasculares implantables
LEANDRO MARTÍN VARGAS
- 26 INVESTIGACIÓN II
Diagnóstico situacional del personal de un establecimiento de salud sobre calidad de la atención, previo al diseño de un plan de mejora
LAURA TANENHOLZ
- 37 SEGURIDAD DEL PACIENTE
Anticuerpos monoclonales (mAbs): Cuidados específicos en su preparación y administración
GRISelda LEGUIZAMÓN, ESTELA NOEMÍ PRADO, FRANCO GARCÍA
- 49 Bases para la publicación de artículos

STAFF

COMITÉ EDITORIAL

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

CORRECCIÓN Y TRADUCCIÓN

Magdalena Villaverde

DISEÑO GRÁFICO

Susana Prieto

Adecra

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

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

Autorizada su reproducción
mencionando la fuente.
Registro de Propiedad Intelectual
Nº 399943
ISSN: 1669-385X
Base de datos de indexación:
CUIDEN - Tipo de indexación: EC-E
EBSCO

Periodicidad trimestral (marzo, junio,
septiembre y diciembre)

AÑO 22 | Nº 81 | MARZO 2025

CONSULTORES ESPECIALISTAS

Enfermería en Control de Infecciones: Lic. Stella Maimone, Asesora de la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones (AADECI), Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Enfermería en Cuidados Paliativos: Lic. Marta Junín, Coordinadora de Grupo de Trabajo -Cuidados Paliativos- Hospital de Gastroenterología B. Udaondo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Enfermería Laboral: Lic. Sofía Pagliero, AECAF (Asociación de Enfermería de Capital Federal)

Enfermería Oncológica: Lic. Constanza Celano. Licenciada en enfermería, especialista en enfermería oncológica. Magister en Administración y gestión de sistemas y servicios de salud. Docente de la Univ. Austral.

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

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

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

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

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

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

Editorial

La calidad de los servicios de salud es un tema recurrente en el último tiempo no sólo porque de ella depende la satisfacción de los usuarios sino también porque impacta en términos económicos en las instituciones de salud. No por nada muchas invierten sumas importantes en acreditación a través de organismos de nivel nacional e internacional con el objetivo de mejorar los estándares de los servicios y así mostrar al público una cierta garantía de seguridad y calidad en las prestaciones que brindan.

Para que la calidad tenga impacto en las instituciones es preciso que todos y cada uno de sus integrantes estén comprometidos con ella. Tanto más en el caso de Enfermería, dado que ocupa un lugar central en la atención al estar en contacto permanente con el paciente. Familiarizarse con los estándares de calidad es un requisito indispensable para alcanzar las mejoras y constituye una responsabilidad

profesional a fin de brindar los mejores cuidados.

Para Enfermería, implementar los cambios que requiere poner en marcha un programa de calidad supone, al principio, una carga, por la necesidad de elaborar protocolos y establecer los procesos en cada uno de los sectores del establecimiento de salud. Esta tarea suele ser vista con poco entusiasmo porque implica pensar, fundamentar y verter en una descripción por escrito los pasos para los distintos procedimientos que se realizan en la institución de salud. Sin embargo, con el tiempo, se reconocen los beneficios de ordenar los procesos y tenerlos por escrito.

Una vez puestas las bases, solo queda la fase de actualización de estos estándares, lo cual ocurre con una cierta periodicidad. De este modo, con el tiempo los estándares se van haciendo más exigentes.

Esto resulta de especial importancia en los servicios de oncología,

puesto que Enfermería trabaja con drogas que pueden ser perjudiciales para la salud si no son preparadas, administradas y desechadas según las normativas correspondientes. Se trata de un aspecto muy relevante: según las estadísticas, la cantidad de enfermos de cáncer en Argentina está creciendo a un nivel exponencial, por lo cual los tratamientos oncológicos requieren que el personal a cargo esté capacitado y actualizado, que conozca las diferentes drogas, su forma de administración, los efectos secundarios y los posibles riesgos de su uso.

La calidad es un factor clave para toda institución que se preocupe por brindar prestaciones eficientes con impacto positivo en la salud de la población. Es de desear que haya cada vez más instituciones que incorporen esta filosofía a su plataforma, pues todo esto redundará en mejoras para la salud de las personas que acuden a sus servicios.

Mg. Hna. MERCEDES ZAMUNER

Factores que inciden en la repitencia académica de los estudiantes de Enfermería

Gabriela Oroño*

La repitencia académica es una problemática multidimensional en la que intervienen factores tanto endógenos como exógenos y que repercute en los ámbitos económico, familiar e individual. En lo inmediato, puede ser la antesala de la deserción. A mediano y largo plazo, también impacta de manera negativa en un campo que necesita fortalecer las dotaciones de recursos humanos para poder cubrir la demanda de cuidados de la población.

* Profesora de Enseñanza Superior. Magister en Administración de servicios de salud y Magister en Gestión. Se desempeña como docente en las cátedras Investigación y Gestión en Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Entendida como un indicador de la eficiencia de los sistemas educativos, la repitencia académica (RA) constituye un factor que degrada la calidad educativa, cuya repercusión va más allá: alcanza al ámbito económico, familiar e individual.

En lo económico, porque genera costos adicionales para las escuelas, aumenta el número de estudiantes que ocupan lugares que podrían estar disponibles para otros, generando así un aprovechamiento inadecuado de los espacios, ocasiona pérdidas en la inversión que el Estado realiza al cumplir con la política de gratuidad, la concesión de becas, entre

otros subsidios orientados al libre acceso a la educación superior.

Según Rodríguez y González (2005), a nivel familiar, el hecho de que se prolonguen los plazos hacia la profesionalización de uno de sus miembros posterga su incorporación al mercado laboral, lo que aumenta los costos de oportunidad de la continuación de los estudios y, si no se actúa de manera conveniente, puede ser la antesala para la deserción.

A nivel individual, el retraso en la trayectoria académica podría disminuir la autoestima del estudiante y afectar a todo el entorno que lo rodea, ya que comienza a percibirse en su interior como incapaz de afrontar con éxito la enseñanza, el proceso de aprendizaje y el de-

sarrollo académico (Acevedo, Torres & Tirado, 2015). En esta línea, Baquerizo, Amechazurra y Galarza (2014) afirman que “el estudiante que repite, carga con sentimientos de fracaso y de culpabilidad al no cristalizar sus metas”.

Se trata de una problemática multidimensional también en sus causas, ya que en ella intervienen diferentes factores, que pueden estar relacionados con el propio estudiante (factores intrínsecos) o con otros que pertenecen al mundo circundante (factores extrínsecos); por ello es importante identificar las causas que la originan a fin de realizar intervenciones pedagógicas adecuadas.

GRÁFICO 1

FACTORES ENDÓGENOS Y EXÓGENOS QUE INTERVIENE EN LA REPITENCIA ACADÉMICA.

FACTORES ENDÓGENOS: RELACIONADOS CON EL ESTUDIANTE.	
DIMENSIONES	INDICADORES
1-Factores demográficos.	Sexo, nacionalidad, lugar de residencia, estado civil.
2-Preparación previa.	Escuela pública o privada.
3-Nivel educativo de los padres.	Primaria, secundaria, terciaria, universitaria.
4-Factores familiares.	Rol del estudiante en la familia.
5-Factores económicos.	Trabajo, horas laborales.
6-Elección de la carrera.	Conocimientos previos sobre la carrera, motivaciones
7-Hábitos de estudio.	Tiempo dedicado al estudio, espacio, técnicas y métodos utilizados.
8-Matriculación tardía.	Edad de ingreso a la carrera.
9-Inasistencias a clases.	Por enfermedad, trabajo, embarazo, cuidado de familiar; otras causas.

FACTORES EXÓGENOS: RELACIONADO CON ASPECTOS PEDAGÓGICOS E INSTITUCIONALES

1-Formación docente y procesos pedagógicos.	Docentes con formación pedagógica
2-Falta de metodologías contextualizadas y creativas	Metodología de enseñanza. Uso de TIC.
3-La complejidad de las materias.	Materias con mucho contenido.
4-Material didáctico.	La biblioteca con material actualizado. Uso del laboratorio de simulación. La escuela cuenta con internet.
5-Ingreso a la carrera.	Por examen, por sorteo.
6-Infraestructura inadecuada.	Excesiva cantidad de estudiantes por salón, condiciones de las aulas.
7-Proceso de evaluación.	Adecuado a los objetivos de la cátedra. Tipo de evaluación.
8-Clima organizacional y liderazgo de los directivos.	Clima institucional adecuado para el aprendizaje.

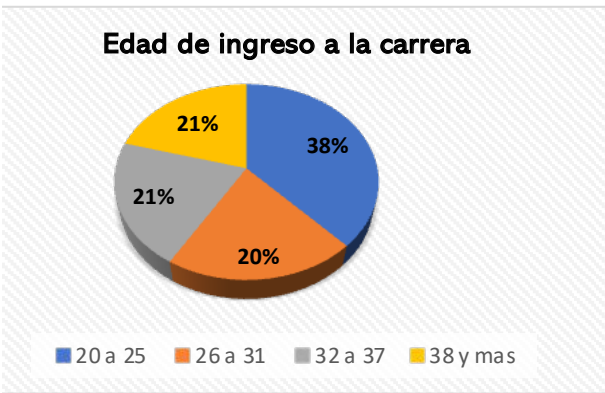
Fuente: elaboración propia.

Resultados

Respecto a los factores endógenos se encontró que el 100% son mujeres; el 50% residentes de la ciudad de Santa Fe, el resto de localidades vecinas.

EDAD DE INGRESO A LA CARRERA

GRÁFICO 2



González et al. (2015) indica que el rango de edad en que los jóvenes ingresan al nivel terciario oscila entre los 18 y 24 años. Como puede observarse en el gráfico, solo el 38% corresponde a este rango de edad.

Los estudiantes con sobriedad suelen presentar un nivel de desempeño inferior en comparación a los estudiantes de edad promedio (Vidales, 2009). La presencia de alumnos mayores puede deberse al retraso de la titulación en la educación media.

PREPARACIÓN PREVIA

GRÁFICO 3



El 85% proviene de escuelas públicas. Según Gonzáles (2006), la enseñanza media en instituciones privadas se adecua más a las exigencias terciarias y universitarias, asegura un mayor grado de éxito. Lo que no ocurre con los estudiantes de las escuelas públicas ya que sus graduados llegan en condiciones poco deseables y ello se puede evidenciar en los resultados de los exámenes de ingreso y en la repitencia. (Vidales, 2009).

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS PADRES:

GRÁFICO 4



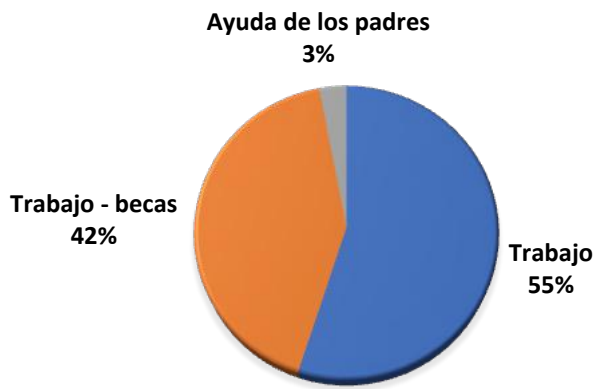
GRÁFICO 5



Se observa que sólo un bajo porcentaje posee estudios terciarios. Sostiene Núñez (2012) que cuando los padres no poseen estudios superiores, sus hijos tienden a ser más propensos a la repitencia y la deserción, debido a que no tienen en sus padres algún tipo de referente que sepa orientar y guiarlos.

FINANCIACIÓN DE LOS ESTUDIOS

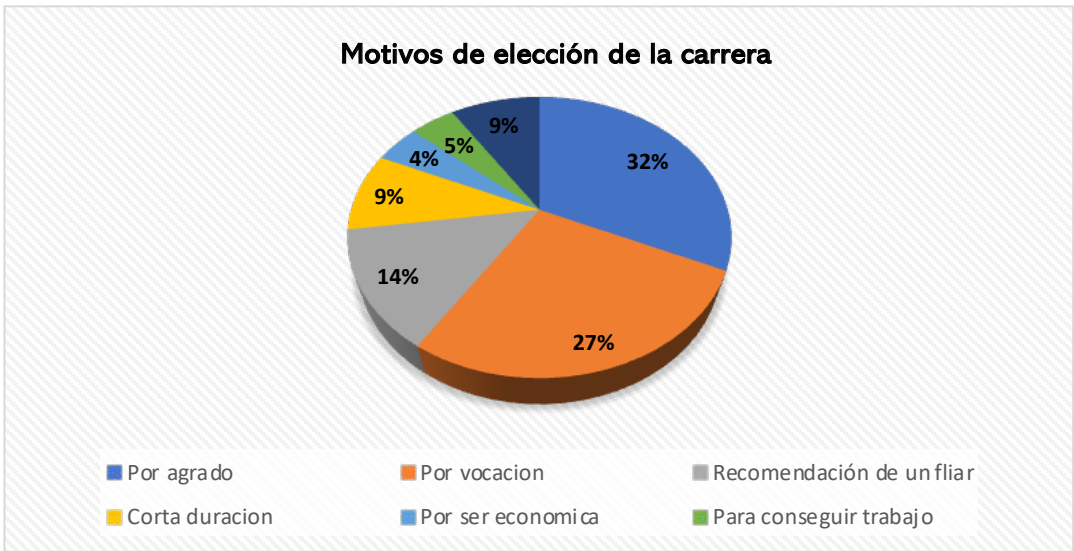
GRAFICO 6



El 65% de las estudiantes no tiene hijos a cargo, el 35% restante tiene uno o más hijos. El 35% cumple el rol de madre, 30% de hermano, el restante otros. El 55% de las estudiantes trabaja de manera informal.

MOTIVO O RAZÓN PARA LA ELECCIÓN DE LA CARRERA

GRÁFICO 7



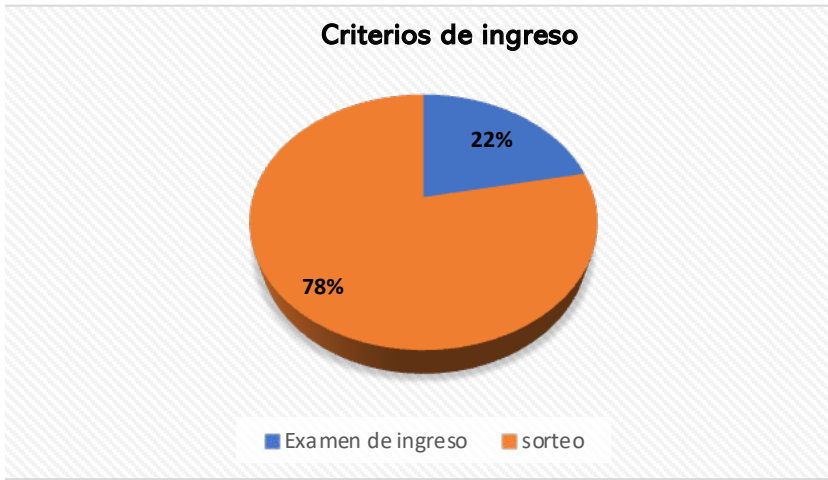
Los mayores porcentajes corresponden a: elección por agrado, vocación, recomendación de un familiar.

La no satisfacción con la carrera puede tener su origen en la falta de orientación, que induce a iniciar programas (carreras) sin el conocimiento de los mismos y motivados más por las expectativas de mejoramiento económico y/o provocada por presiones familiares (Escobar, 2005).

En cuanto al promedio de horas de estudio por semana: dedican entre 3 y 6 horas (66%), 3 horas (26%), más de 6 horas (8%).

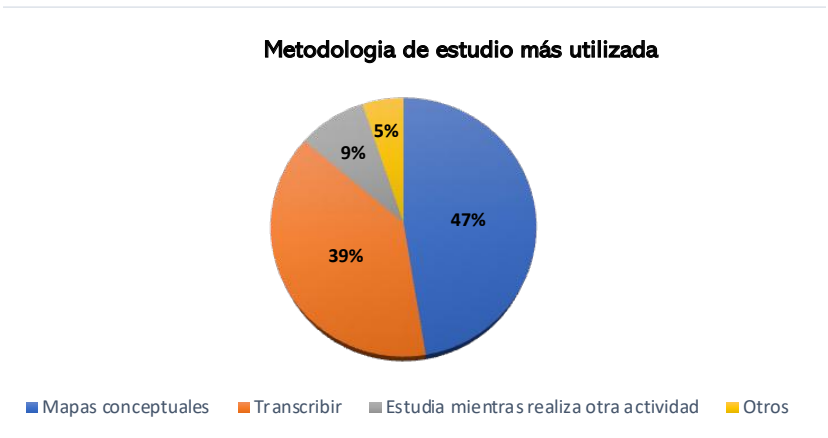
FLEXIBILIDAD EN EL INGRESO A LA CARRERA

GRÁFICO 8



El 78% de los estudiantes ingresó a la carrera por sorteo, el resto por examen de ingreso. Si bien la igualdad que propone un ingreso irrestricto al evitar la selección de alumnos de acuerdo con sus características y potencialidades académicas puede ser defendido bajo la lógica de un derecho ciudadano adquirido, la equidad, por otro lado, implica la puesta en práctica de políticas activas que identifiquen y luego remedien las diferencias preexistentes entre los distintos individuos (Rawls,1971).

GRÁFICO 9



Las estrategias de estudio más utilizadas fueron los mapas conceptuales y la transcripción de textos. Con respecto a la preparación para los exámenes: leer los apuntes tomados en clases (47%), estudiar con otros compañeros (15%), utilizar otras metodologías (38%). En cuanto a la inasistencia a clases las causas señaladas fueron: por trabajo (50%), por enfermedad (26%), por cuidado de familiar (20%), otras (4%).

FACTORES EXÓGENOS

Casi la mitad de las estudiantes atribuye la repitencia a su falta de compromiso con el estudio (44%); le siguen el modo de enseñar del docente (26%), la cantidad de contenido de estudio (15%); sólo el 1% lo atribuye al modo de evaluar del docente.

El 85% señala como dificultades: que no se utiliza el laboratorio de simulación como espacio de aprendizaje para la materia que repite; que la escuela no cuenta con internet, que en el aula no se utilizan las TIC.

El 77% considera excesiva la cantidad de estudiantes por salón y que esto interfiere en su aprendizaje. El 48% considera que existe un mal clima institucional para aprender.

CONCLUSIONES

En el rendimiento académico de los estudiantes intervienen factores internos y externos (por caso, las cuestiones institucionales y pedagógicas). Las condiciones áulicas, la preparación previa del estudiante, el uso de TIC, el modo de enseñar, el clima organizacional, entre otros, se presentan como factores que inciden en ese rendimiento.

En el caso aquí estudiado pudo observarse que la mayoría de los estudiantes provienen de escuelas públicas, lo cual podría asociarse, además, con la problemática de la

lectoescritura, como consecuencia de las debilidades en la educación de los niveles previos, tanto primaria como secundaria. Dado que se trata de competencias fundamentales para cualquier metodología de estudio, el estudiante que ingresa carece de la formación necesaria para el aprendizaje y la reflexión autónoma, aspectos centrales para su éxito académico (Calderón, 2005).

Con respecto a la flexibilidad en el criterio de ingreso, la gran mayoría (78%) de los repitentes ingresaron por sorteo. Las estrategias

de incorporación “irrestricada” no parecen resultar suficientes para evitar la repitencia, situación que en general se produce porque la institución pone foco en el acceso, más que en la permanencia y en el egreso.

Concretar la igualdad de oportunidades implica no sólo poner foco en el ingreso (garantizar el acceso), sino también generar las condiciones para que los estudiantes puedan desarrollar y completar efectivamente sus trayectorias educativas.

BIBLIOGRAFÍA:

- Acevedo, D., Torres, J.D., Tirado, D. (2015). “Análisis de la deserción estudiantil en el Programa Ingeniería de Alimentos de la Universidad de Cartagena durante el periodo académico 2009-2013”. *Formación universitaria*, 8(1), 35-42.
- Baquerizo, R., Amechazurra, O., Galarza, J. (2014). “La deserción y la repitencia en las Instituciones de Educación Superior: Algunas experiencias investigativas en el Ecuador”. *Revista Científica de la Universidad de Cienfuegos*, 6(1), 102-107.
- Díaz, M., Gil, F. (2011) “Experiencia con una Nueva Metodología de Enseñanza: Aprendizaje Preferencial Complementario”, *Actas de la 9ª Conferencia Ibérica de Sistemas y Tecnologías de Información*, CISTI, Barcelona, ESP, 83-88.
- Dubet, F. (2012) *Repensar la justicia social. Contra el mito de la igualdad de oportunidades*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Escobar, V. (2005) “Estudio sobre la deserción y repitencia en educación superior en Panamá”, *Instituto internacional para la educación superior en América Latina y el Caribe*. IESALC y UNESCO.
- García, E., González, M., Martínez, A., & Nieto, E. (2010) “El Fracaso Escolar”, *Bases Psicopedagógicas para la inclusión educativa*.
- Girón, L., González, D. (2005) “Determinantes del rendimiento académico y la deserción estudiantil, en el programa de economía de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali”, *Revista Economía, Gestión y Desarrollo*, 173-201.
- González, L., Daza, D. (2010) “Repitencia en estudiantes de medicina, caracterización y causas”. *Zona Próxima*. 13:12-28.
- Hinojoza, S., Zambrano, H. (2012) “Repitencia y Deserción se los estudiantes de pregrado de la Facultad de Ciencias Psicológicas y la Facultad de Ingeniería, Escuela Ciencias, Carrera Ingeniería Informática de la Universidad Central del Ecuador durante el periodo 2003-2009”. (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Núñez, B. (2012) “Perfil del alumnado universitario de los grados de maestro, en relación a las expectativas y atribuciones hacia su evaluación” (Tesis doctoral). Universidad de Burgos, Burgos, España.
- Montes, D., Suárez, C. (2016) “La formación docente universitaria: claves formativas de universidades españolas”, *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 18 (3): 51- 64.
- Pérez, N., Cerón, E., Suárez, R., Mera, M., Briones, N., Zambrano, L. (2017) “Deserción y repitencia en estudiantes de la carrera de Enfermería matriculados en el periodo 2010-201”, *Universidad Técnica de Manabí*. Elsevier.
- Quintana, W. (2019) “La repitencia en la educación superior, su entorno y consecuencia”, *Revista Guatemalteca de Educación Superior*, 2(1):28-34.
- Rawls, J. A. (1971) *Theory of justice*. Oxford: Oxford UP.
- Rodríguez, A., González, C. (2006). “1er Congreso Internacional sobre calidad en la educación, repitencia, deserción y bajo rendimiento académico: Un escenario para analizar las causas y proponer soluciones: Memorias”, *Universidad Nacional*, 4-14.
- Vidales, S. (2009) “El fracaso escolar en la educación media superior. El caso del bachillerato de una universidad mexicana”, *Reice. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 4 (7):320-341.

CAPACITACIONES PARA ENFERMERÍA 2025

¡No te quedes afuera!

CURSO DE POSGRADO **GESTIÓN DE JEFATURAS EN ÁREAS DE ENFERMERÍA**

Del 10 de abril al 13 de noviembre

Dirigida a licenciados en enfermería, que estén ejerciendo el cargo de Jefaturas o aquellos que estén en mandos medios.

Valores:

Matrícula: \$57.800

De abril a noviembre: \$93.500 por mes

CURSO DE NIVELACIÓN **MATEMÁTICA Y ESTADÍSTICA PARA GESTIÓN EN ENFERMERÍA**

Del 25 de abril al 13 de junio

Dirigido a licenciados en Enfermería, que estén ejerciendo el cargo de Jefaturas o aquellos que estén en mandos medios.

Valores:

Matrícula: \$42.000

De abril a junio: \$46.000 por mes

MÁS INFORMACIÓN: Alejandra Fuente | alejandrafuente@adecra.org.ar



@revistaveaenfermeria



/revistaveaenfermeria

Concientizar sobre la diabetes: una oportunidad formativa para los futuros profesionales

María Florencia Dietrich*
Gabriela Alejandra Piccart**

Construir una comunidad sana requiere el esfuerzo de todos. Desde el sector de la salud, los enfermeros podemos generar iniciativas de empoderamiento en las comunidades que además fortalezcan el vínculo entre estudiantes y profesionales.

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre. En Argentina, un informe del Ministerio de Salud de la Nación (2019) señala que 1 de cada 10 argentinos mayores de 18 años tiene diabetes; asimismo, dado que por varios años permanece sin síntomas, se estima que aproximadamente 4 de cada 10 personas que la padecen desconocen su condición.

En el año 1991, a instancias de la OMS, el 14 de noviembre fue

declarado el “Día Mundial de la Diabetes”, creando un medio y una oportunidad para aumentar la concientización global sobre esta afección, sobre sus causas, síntomas, complicaciones y tratamientos disponibles. Las acciones que se desarrollan como parte de esta campaña apuntan a visibilizar que con el seguimiento y tratamiento adecuados es posible llevar adelante una vida normal y prevenir complicaciones micro y macrovasculares asociadas.

En ese marco, durante el año 2024, el Hospital Municipal “Dr. Héctor Cura” de la ciudad de Olavarría

(provincia de Buenos Aires) propuso y llevó adelante una jornada de concientización bajo el lema “Para una mejor vida con diabetes, miremos más allá de la glucemia”.

La misma contó tanto con la participación del personal de la institución como de estudiantes de segundo y tercer año de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud (UNCPBA), encargados de brindar educación y realizar controles de signos vitales. Además de una intervención en favor de la comunidad, esta experiencia resultó valiosa como instancia de

*Licenciada en Enfermería. Ayudante diplomado en Facultad de Ciencias de la Salud, UNCPBA.

**Licenciada y Magister en Enfermería. Profesora Adjunta en la Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Ciencias sociomédicas y Salud Pública, UNCPBA.

articulación entre los niveles de formación y ámbitos efectivos de desempeño laboral para los futuros profesionales.

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

Con el objetivo general de concientizar a la comunidad sobre estilos de vida saludables, así como sobre las causas, complicaciones, métodos de prevención y tratamiento de la diabetes se planificó una jornada abierta a toda la comunidad. Para su implementación, se organizaron diferentes postas, focalizadas en un eje y un tipo de actividad específicos:

- Identificar niveles elevados de glucemia, así como anormalidades en otros signos vitales.
- Reconocer factores de riesgo.
- Promover estilos de vida saludables y actividad física.
- Acceder a información sobre tratamiento y prevención de la diabetes.

Desde el 11 hasta el 14 de noviembre se instalaron en la sala de espera del hospital cinco postas. En total participaron 226 personas, de manera gratuita, a quienes se aplicó la escala FINDRISC, un instrumento de cribaje basado en ocho preguntas que suman un puntaje final, de entre 0 y 26 puntos, que permite relacionar los puntajes con un riesgo bajo/alto de padecer diabetes en los próximos diez años.

Promotores y estudiantes fueron los encargados de brindar información y folletería relacionada. El sistema de postas, ubicadas en el pasillo de consultorios externos, estaba organizado de la siguiente manera:

POSTA 1 | RECEPCIÓN Y REGISTRO: lugar de bienvenida a las personas, información sobre los pasos siguientes y la importancia de completarlos. En esta posta se solicitaron datos personales completos (nombre, apellido, DNI, edad, teléfono y domicilio) y se hizo entrega de un comprobante para presentar en las siguientes estaciones, así como también la escala FINDRISC.

POSTA 2 | EVALUACIÓN INICIAL: con el fin de reconocer factores de riesgo asociados, se pesó, midió la talla y la circunferencia abdominal de la persona, calculando el índice de masa corporal. Estos datos quedaron registrados en una planilla para el Hospital, así como en el comprobante personal del participante.

POSTA 3 | EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA: otros factores de riesgo asociados son detectados por medio del control de signos vitales, por ello en esta estación se tomó la tensión arterial, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, temperatura y oximetría.

POSTA 4 | DETECCIÓN: esta estación fue de uso exclusivo para el control de glucemia; al igual que en las anteriores, se tuvieron en cuenta factores asociados (como el ayuno) que podrían afectar el resultado. Se relevaron hábitos de alimentación y ejercicio en la vida diaria.

POSTA 5 | CONSULTA Y ORIENTACIÓN: en base a los datos y controles que sirvieron para completar la escala FINDRISC, en esta última posta se consultó sobre antecedentes personales y familiares de diabetes e hipertensión, así como consumo de medicación recetada. Una vez completos todos los casilleros, se toma el puntaje final para comentar el nivel de riesgo de diabetes y se brindan orientaciones sobre cómo mejorar hábitos, la importancia de la actividad física, de la alimentación saludable; se reciben dudas. Como cierre, a modo de presente por haber participado, se hizo entrega un lazo azul y folletería.

Cabe destacar que en los casos en que se detectaban signos o síntomas de alarma se realizó la interconexión con el servicio de guardia de adultos, para el consecuente seguimiento de los valores anormales. Todos los datos personales recolectados fueron resguardados para garantizar su confidencialidad.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

La jornada, que se extendió durante cuatro días, contó con la participación de 226 personas, con un promedio de 56 personas por día. El instrumento de cribaje utilizado fue la escala FINDRISC, la cual asigna un puntaje de 0 a 4 en torno a la edad:

- menores de 45 años: 33% (N=72 personas 0 puntos)
- entre 45 y 54 años: 21% (N=45 personas 2 puntos)

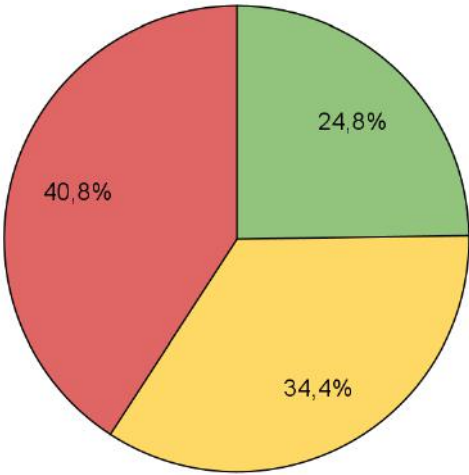
- entre 55 y 64 años: 27% (N=60 personas 3 puntos)
- mayores de 65 años: 19% (N= 41 personas 4 puntos)

Al dividir por sexo, se observa una mayoría (80%) femenina (N=181) y una minoría (20%) masculina (N=45). Del total, el 97% (N=218) completaron las cinco postas; el 3% (N=8) de abandonos estuvo relacionado con los llamados por turno médico asignado, dada la ubicación en la sala de espera de los consultorios.

Otro dato que recoge la escala es el índice de masa corporal (IMC), el cual se obtiene al considerar el peso en kilogramos y dividirlo por la altura en metros al cuadrado. A partir de ese resultado es posible determinar el bajo peso (si es menor a 18.5), el peso normal (resultado entre 18.5 y 24.9), el sobrepeso (valores entre 25 y 29.9) y la obesidad (mayor a 30). Cada uno de estos datos obtuvo una puntuación, dando como resultado el gráfico 1.

INDICE DE MASA CORPORAL DE LOS PARTICIPANTES DE LA JORNADA DE CONCIENTIZACION SOBRE LA DIABETES DEL 11-14 DE NOVIEMBRE 2024, H.M.H. C. OLAVARRIA

- MENOR A 25/ 0 PUNTOS
- ENTRE 25 Y 30/ 1 PUNTO
- MAYOR A 30/ 2 PUNTOS



Fuente: datos recolectados durante la jornada de concientización sobre la diabetes, HMHC 2024.

En la posta 2 se realizó la medición del perímetro abdominal; en este caso, la asignación del puntaje se realiza en relación con sexo, como queda expuesto en el siguiente cuadro:

MASCULINO	FEMENINO	PUNTAJE
Menor a 94 cm N=9	Menor a 80 cm N=24	0 PUNTOS
Entre 94 y 102 cm N=10	Entre 80 y 88 cm N=26	3 PUNTOS
Mayor a 102 cm N=26	Mayor a 88 cm N=123	4 PUNTOS
TOTAL= 45	TOTAL=173	TOTAL=218

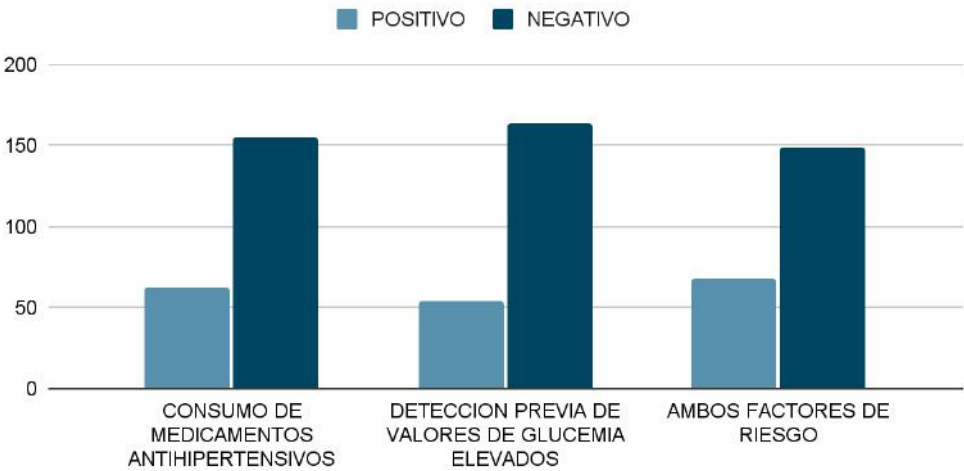
Fuente: datos recolectados durante la jornada de concientización sobre la diabetes, HMHC 2024.

Además de medidas antropométricas, la escala valora rutinas como la actividad física (59.5% realizaba N=130) y el consumo de frutas y verduras a diario (84% consumió al menos 3 veces/semana N=183), a las cuales se asig-

nó un valor de 0 puntos; mientras que no realizar ninguna de estas medidas preventivas otorgaba: 1 punto en el caso de la actividad física (40.5% N=88) y 2 puntos con el consumo de frutas y verduras (16% N=35).

Al indagar sobre los antecedentes personales (Gráfico 2) como medicamentos relacionados con la hipertensión otorgaba=2 puntos, o el resultado de glucosa en sangre mayor a 100 mg/dl en ayuno en alguna oportunidad = 5 puntos.

PRESENCIA DE ANTECEDENTES PERSONALES DE HIPERTENSION Y GLUCEMIA ELEVADA EN LA JORNADA DE CONCIENTIZACION SOBRE DIABETES REALIZADA DEL 11-14 DE NOVIEMBRE 2024 , HMHC OLAVARRIA



Fuente: datos recolectados durante la jornada de concientización sobre la diabetes, HMHC 2024. N=218

Cabe destacar que para el control de glucemia, como parte de los signos vitales, el 50,2% (N=109) dio valores mayores a 100 mg/dl; se debe tener en cuenta que solo 46 de estas personas estaban en ayuno. Como valores elevados mayores a 200 mg/dl el total fue del 2% (N=4), de los cuales 3 consumen medicamentos hipoglucemiantes con un diagnóstico positivo previo de diabetes. Por último, como parte de la escala se consultó sobre los antecedentes familiares de los participantes en relación a diabetes Tipo I y II, asignando 0 puntos en el

caso de no existir, 5 puntos para familiares directos y 3 puntos para familiares indirectos. De los cuales el 59.5% (N=129) contaba con un familiar directo o indirecto con diagnóstico de diabetes, mientras que el 40.5% (N=89) no contaba con antecedentes familiares de ningún tipo.

En base a todos los datos recolectados se calculó el índice de riesgo, utilizando la escala FINDRISC, lo que dio como resultado:

- menor a 7 puntos (riesgo bajo): 18% (N=39)

- entre 7 y 11 puntos(riesgo ligeramente elevado): 31% (N=68)
- entre 12 a 14 puntos (riesgo moderado): 17% (N=37)
- entre 15 y 20 puntos (riesgo alto): 29% (N=64)
- mayor a 20 puntos riesgo muy alto: 5% (N=10)

En estos resultados se observa que la mayoría de los participantes registra un nivel de riesgo desde moderado a muy alto, sumando entre las tres categorías un total de 50.5% (N=110). Este dato no es menor ya que se considera que en los próximos diez años, si

no realizan un cambio en su estilo de vida, podrían ser diagnosticados de manera temprana con diabetes. A ello hay que añadir que el 59.5% (N=129) tenía al menos un familiar con esta patología, dato que merece la reflexión sobre cuál será el panorama del futuro. El tipo de intervención propuesta resultó muy valiosa: priorizar un hospital de puertas abiertas, que no solo trabaja con el segundo nivel sino que dentro del modelo de gestión por cuidados progresivos, crea un nuevo acercamiento y compromiso con la comunidad.

Asimismo, la opinión de los estudiantes que colaboraron para llevar adelante la jornada pone en evidencia la importancia de incluir su perspectiva en la evaluación global, ya que genera un *feedback* del evento. En tal sentido, algunos comentarios destacados denotan la aceptación y el compromiso con la profesión:

“Ser parte de este evento, el cual la atención solo requería de unos minutos, y ver la buena respuesta de las personas, me generó motivación para contribuir al bienestar social” (T.N.)

“Me resultó una experiencia súper gratificante y enriquecedora ya que la participación y su curiosidad sobre de qué se trataba o el por qué estábamos ahí hizo que se pasen las horas muy rápido, tendría que haber durado más” (M.R.)

“Era agradable como te agradecían por tomarte el tiempo de explicarles y eso fue satisfactorio; para mí valió la pena haber participado” (R.D.)

“Me gustaría volver a repetir la experiencia, o similares. sin dudar me anotaría como voluntaria en otras jornadas” (P.C.)

CONCLUSIÓN

En la actualidad, la diabetes es una enfermedad a la que debemos prestar una mayor consideración debido al aumento exponencial de casos, principalmente en el TIPO II, la cual puede prevenirse a partir de un estilo de vida saludable.

Los resultados obtenidos en esta experiencia revelan la importancia de nuestro rol en la comunidad, ya que permiten la reflexión en torno a la problemática dándole mayor

visibilidad y creando instancias de empoderamiento de la población en torno a su estado de salud.

Asimismo, es preciso volver a destacar que la jornada tuvo un impacto doblemente valioso: desde la prevención y la promoción de hábitos saludables, y también como guía en el proceso de formación del recurso humano, a partir de la práctica y el acercamiento a la comunidad. La participación de

los estudiantes de Enfermería fue indispensable para su implementación y el logro de los objetivos, ya que en el ámbito de salud la planificación involucra la capacitación en servicio como articulación de la práctica con la teoría y del estudio con el trabajo, lo que permite abordar el proceso asistencial como un elemento determinante del aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA

-Federación Argentina de Diabetes (2017). “¿Qué es el Día Mundial de la Diabetes?”. Disponible en: <https://www.fad.org.ar/que-es-el-dia-mundial-de-la-diabetes/>
-Golfetto, S.; Núñez, O.; Peña, M.; Uzcategui, K.; Vaamonde, Y.; Golfetto, I.; Miskiewicz, A.M. (2020) Riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 según LA FIN-DRISC y enfermedad arterial periférica. *Revista Digital de Postgrado*, vol. 9, n°2. Disponible en:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1103357/18930-144814490444-1-pb.pdf>
-Lindström, J.; Tuomilehto, J. (2003) The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care*; 26(3):725-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12610029/>
-Ministerio de Salud de Argentina (2019). Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2.

Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-01/guia-nacional-practica-clinica-diabetes-mellitus-tipo2_version-abreviada.pdf
-Organización Panamericana de la Salud (2024). Campaña: Día Mundial de la Diabetes 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-diabetes-2024>

El liderazgo trascendente: una herramienta poderosa para los líderes de Enfermería en tiempos de cambio

Lic. Jorge Abruzzese Cb Coach
Fundador y Pte. de ACCEM

“El liderazgo trascendente disuelve los problemas organizacionales más difíciles en una mezcla líquida de significado, nobleza, virtud y solidaridad”.

Fred Kofman

INTRODUCCIÓN

El sentido de trascendencia por medio de un liderazgo que se asiente en la responsabilidad incondicional (interpretando responsabilidad como la propia habilidad de respuesta frente a las circunstancias), la compasión, la integridad, con los valores de la profesión y el compromiso personal, sumado a un comportamiento ético, pueden influir proactivamente en la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

Un liderazgo inspirador que trascienda más allá del quehacer diario es una respuesta proactiva

frente a los desafíos de la profesión –el estrés, el desgaste emocional, las controversias entre intereses particulares y requisitos del servicio–, como así también una vía para la unificación de pautas de trabajo frente a las preferencias individuales.

Al implementar un estilo de liderazgo que acompañe a los colaboradores en sus procesos de desarrollo personal y profesional, los líderes son facilitadores y creadores de una cultura de mayor confianza y respeto mutuo; se preocupan y buscan fomentar un ambiente de aprendizaje y apoyo, brindando oportunidades de ca-

pacitación y desarrollo de habilidades tanto duras como blandas. Incentivar el crecimiento de los profesionales del propio equipo promueve un mayor sentido de pertenencia, lo que fortalece la eficiencia de los mismos al favorecer el establecimiento de propósitos con visiones compartidas y motivar a sus miembros con una visión inspiradora.

EXPERIENCIAS

He preparado a los líderes y a sus colaboradores para lograr responder con mayor eficacia al desafío que supone el desarrollo

y la implementación de culturas de integración de los objetivos generales de la organización, con las necesidades y objetivos particulares de las diversas áreas del ámbito de la salud.

El coaching los ayudó a identificar, cultivar y desarrollar habilidades individuales más eficientes en sus procesos emocionales, lingüísticos y actitudinales, a alentar y motivar a sus colaboradores, estableciendo estándares morales y logrando un ambiente laboral donde se contemplen las buenas relaciones atendiendo los valores, la ética profesional con estándares de acción claros y comprometidos.

Actualmente estoy trabajando con Marcos, jefe de departamento de enfermería, con dificultades para llevar una propuesta a los directores y dueños de la institución para modificar el esquema de francos y horarios de manera tal de contar con una mayor cantidad de personal en el horario de mayor actividad –dado por las altas e ingresos de pacientes– con el menor costo financiero posible. Se

está entrenando en cómo afrontar conversaciones difíciles, en utilizar herramientas como exponer e indagar de modo productivo, el aikido verbal, la escalera de inferencia. Logró el compromiso de la dirección de evaluar su propuesta y posteriormente una reunión que le permitirá exponer sus puntos de vista.

En otra oportunidad, Martha, supervisora de Enfermería que fue ascendida en su área, me planteó su dificultad para delegar tareas a quienes fueron sus pares. Luego de varias sesiones de coaching descubrió y pudo resolver conflictos emocionales de autovaloración en su personalidad.

Otro caso, Alicia, jefa de pediatría de un importante centro médico, tenía dificultades de comunicación y trabajo colaborativo de parte de su jefe (hacia ella) por diferencia de posturas personales. Procesamos primeramente sus estados emocionales, desactivando su recurrente e improductiva queja, identificando qué acciones dependían de ella y cuáles no,

para, desde esa posición, negociar propuestas más productivas de convivencia, logrando mejoras en el trato y tareas compartidas.

Pedro era coordinador de un importante hospital de la zona norte. Se quejaba porque algunos enfermeros utilizaban los contenidos del carro de paro como una farmacia cercana. En coaching observó que su estilo para obtener compromisos sustentables no estaba funcionando. En las sesiones trabajó sus propios modos de comunicación logrando mejoras colaborativas en su sector.

En un hospital privado de la Ciudad de Buenos Aires, durante una jornada *outdoors*, en el marco de una capacitación en gestión de la comunicación para la dirección de enfermería y los mandos medios, trabajamos sobre situaciones de convivencia que estaban ocultas, lo que dio como resultado mayor unidad y eficiencia compartida. Esto reemplazó los conflictos interpersonales con reuniones de trabajo más colaborativas y con menos rutinas defensivas.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

• VISIÓN Y MISIÓN CLARAS Y COMPARTIDAS

Definamos la misión como la razón de ser y sentido de la existencia de la organización, de los profesionales y los colaboradores que la integran y la visión como el escenario futuro que se aspira a crear.

Esta visión no solo busca el éxito del líder o de la organización, sino que también considera el bienestar como esencial para el sostenimiento y el desarrollo de los objetivos. Comunicar esta visión de manera efectiva es esencial para el buen funcionamiento.

• ESCUCHA ACTIVA Y EMPÁTICA

Al comprender los intereses subyacentes, las necesidades, preocupaciones y aspiraciones de los demás, facilita una conexión más auténtica con su equipo.

La escucha activa, la comprensión emocional y la interpretación del otro como un auténtico otro es fundamental en un proceso de colaboración y confianza. Como indica un principio administrativo: “No hay colaboración sin confianza ni confianza sin integridad”.

• EMPODERAMIENTO

Al centrarse en el empoderamiento de las capacidades profesionales de su equipo y brindar oportunidades para fortalecer sus puntos más débiles, se genera una mayor autovaloración de las potencialidades individuales y colectivas, que son bases sustentables para un liderazgo compartido, responsable y comprometido.

• ÉTICA Y RESPONSABILIDAD

La ética profesional se manifiesta en la honestidad, confidencialidad, conciencia de sus límites de competencia. Construye un ámbito de confianza, respeto y compromiso de todos los integrantes en su área y con las otras áreas del sistema.

Toda acción humana tiene consecuencias en el entorno y se es moralmente responsable de esas consecuencias.

• ADAPTABILIDAD Y APRENDIZAJE CONTINUO

Aprender cómo aprender en un mundo en constante cambio nos ayuda a promover una cultura de aprendizaje continuo, transformando los obstáculos en oportunidades de mejora como un camino hacia la excelencia.

• EL EJEMPLO COMO FUENTE DE INSPIRACIÓN

El comportamiento ético y moral inspira a otros y a uno mismo. Al actuar dentro de los valores promovidos y enfrentar con valentía los desafíos, somos fuente de motivación y ejemplo. Todos somos condicionalmente responsables frente a los resultados pero también somos incondicionalmente responsables de nuestros comportamientos.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Utilizar el liderazgo 4D (**definir, demostrar, demandar y demandar la demanda**) como herramienta de procesos nos ayuda al desarrollo de colaboración y confianza en nuestros equipos. No se trata solamente de alcanzar metas, sino también de elevar a otros y construir un futuro mejor para

todos. En última instancia, un líder trascendente no solo deja su huella en la organización, sino que también transforma vidas y comunidades.

En mi trabajo de coaching me enfoco en la búsqueda del desarrollo personal y profesional de los líderes y de sus equipos. Realizo un abordaje de las herramientas de gestión (habilidades duras) que

también incluye los aspectos lingüísticos, emocionales, mentales y espirituales del individuo (habilidades blandas).

Las disciplinas del ámbito de la salud necesitan contar con profesionales que ejerzan un liderazgo consistente, flexible e inspirador, con un mayor estado de conciencia que pueda impactar positivamente en sus equipos.

¿Qué significa ejercer la Enfermería?

María Teresa Quaremba

Sanatorio Mater Dei - Educación al alta del paciente

Enfermería es la ciencia del cuidado de la persona, una manera de aproximarse al ser humano en su integridad, en los diversos aspectos que conforman la persona. El dolor, la crisis de salud, la angustia, develan el aspecto más vulnerable del ser —la enfermedad, el límite, la finitud—. Allí también es donde quienes estamos descalzos y con oído atento nos acercamos, escuchamos, oímos la necesidad, la falta. Acompañamos y ayudamos con nuestro cuidado profesional a recuperarse del daño, de la caída; estamos al servicio de buscar la esperanza en una salida sana. Nosotros,

allí, como sostén y resguardo de la dignidad de nuestros pacientes. Nosotros, empáticos intérpretes de las situaciones de enfermedad, en las diferentes etapas de la vida. A veces, por temporadas, nos nace la vida en las manos y crece, crece fuerte... ¡Oh, regalo mayúsculo! Otras veces consolamos, educamos, cuestionamos miradas para crecer. Y sujetamos fuerte las manos familiares, para entrelazar el alta feliz o la despedida. Atender y cuidar, siempre comprometidos: es el arte de ayudar a que la vida renazca y también el alma.

Quedarán en tu memoria los cascabeles de tantas voces, los pasos dados, las anécdotas, glorias y dolores. Tendrás las manos llenas de nombres, de hechos y sectores. La memoria robusta de valientes equipos, protocolos, pandemias y doctores...

¡Quién pudiera recordar cada momento! Pero es misterio de Amor dentro del tiempo, que ha juntado un montón de rosas blancas con tus sueños.

Lock Therapy o Terapia de Bloqueo con antibióticos en dispositivos vasculares implantables

Leandro Martín Vargas*

DEFINICIÓN

Lock Therapy (terapia de bloqueo) es una técnica utilizada para prevenir y tratar infecciones en dispositivos vasculares implantables (DVI). Consiste en la instilación de una solución antimicrobiana o antiséptica en la luz del catéter, donde permanece durante un tiempo determinado antes de ser retirada. El tratamiento **Lock Therapy** con antibióticos surge como una estrategia innovadora y efectiva para prevenir y tratar estas infecciones sin necesidad de recurrir de inmediato a la retirada del catéter, lo cual brinda la posibilidad de continuar utilizando el mismo. Esta técnica de tratamiento ofrece múltiples beneficios como el control local de la infección del dispositivo por medio de la apli-



cación de soluciones de antibióticos directamente en el lumen del catéter, permitiendo eliminar microorganismos responsables de la formación de biopelículas bacterianas, que son difíciles de erradicar con la mera aplicación de tratamientos de medicación sistémica.

INDICACIONES

- Prevención de infecciones asociadas a catéteres (colonización microbiana).
- Tratamiento de infecciones localizadas en el lumen del catéter (infecciones intraluminales).
- Pacientes con alto riesgo de infección (inmunodeprimidos, larga estancia hospitalaria, etcétera).

Las soluciones más comunes incluyen:

- antibióticos: vancomicina, gentamicina, cefazolina
- combinaciones: antibiótico + anticoagulante (heparina)

*Jefe Docencia en Enfermería Sanatorio Mater Dei

BENEFICIOS Y LIMITACIONES DEL TRATAMIENTO

BENEFICIOS	LIMITACIONES
Reducción del uso sistémico de antibióticos: Actúa localmente permitiendo disminuir la necesidad de administrar antibióticos de forma sistémica, reduciendo así los riesgos de efectos secundarios, toxicidad y desarrollo de resistencias bacterianas.	Riesgo de resistencia antimicrobiana si se usan antibióticos de forma prolongada: por lo cual es necesario adecuar el procedimiento con antibiótico acorde al requerimiento del paciente.
Conservación del dispositivo vascular: La terapéutica de Lock Therapy ayuda a prolongar la vida útil del catéter, lo cual previene infecciones recurrentes que podrían derivar en su retirada, evitando intervenciones quirúrgicas adicionales.	No es efectiva en infecciones extra lumbinales o sistémicas: Porque solo puede actuar en el espacio interno del dispositivo (reservorio y catéter).
Eficiencia clínica y económica: Al prevenir complicaciones graves, esta técnica disminuye los costos asociados al manejo hospitalario de infecciones, incluyendo hospitalizaciones prolongadas, uso de terapias intensivas y reemplazo de dispositivos.	Requiere personal capacitado para su correcta aplicación: Implica considerar la formación continua sobre el procedimiento de preparación de la medicación y manipulación segura del dispositivo.

PROCEDIMIENTO:

- Monitorizar y valorar signos de infección en zona del dispositivo (fiebre, inflamación, dolor).
- Interrogar sobre alergias al antibiótico o los componentes de la solución.
- Verificar documentación de Laboratorio de muestra de retrocultivo (+) y antibiograma.
- Recordar que la Lock Therapy implica ingresar y brindar permanencia de un volumen de preparado de antibiótico que permanecerá dentro del dispositivo (por lo cual es escaso / menor a 5ml) y que el mismo no reemplaza el tra-

- tamiento sistémico de afección del paciente.
- Disponer de prescripción médica cumpliendo al menos los 5 correctos.
- El paciente debe recibir información sobre las implicancias del tratamiento.
- Respetar todas las medidas preventivas y recomendaciones relacionadas a la manipulación segura de dispositivos vasculares.
- Implementar medidas de seguridad en la preparación de la medicación combinada (por caso, el doble chequeo) con respecto a la concentración y volumen al momento de preparar la Lock Therapy.

- Realizar registros claros, concisos y cronológicos.
- Explicar el procedimiento al paciente evacuando las dudas que surjan.

ELEMENTOS PARA PREPARAR LA SOLUCIÓN ANTIBIÓTICO + ANTICOAGULANTE:

- prescripción médica
- antibiótico
- diluyente
- jeringas y agujas
- heparina sódica (frasco ampolla presentación 5000 UI/ml)

Aplicación de la técnica Lock Therapy

1. Higiene de manos y utilización de técnica aséptica.
2. Aspirar siempre el contenido residual presente en el catéter 4 a 10 ml comprobando retorno venoso.
3. Realizar lavado con solución fisiológica utilizando técnica push-stop-push-stop.
4. Conectar la jeringa con el preparado y administrar los 4ml de la solución que permanecerá intralumen del dispositivo.
NUNCA LAVAR LUEGO DE ADMINISTRAR LA SOLUCIÓN
5. Etiquetar el lumen: "NO USAR - Bloqueo con antibióticos en su lugar".
6. Dejar la solución intra dispositivo por 24 horas (o menos, según protocolo).
7. Realizar registro del procedimiento y cualquier particularidad detectada durante el mismo.
8. Después de cumplido el tiempo de permanencia volver a realizar el procedimiento durante los días de tratamiento indicado.

Ejemplo de preparación de la solución de Lock Therapy con Cefazolina a una concentración final 10mg/ml

1. Higiene de manos y utilización de técnica aséptica.
2. Reconstituir 1000 mg de Cefazolina con 10 ml de solución ClNa 0.9% para obtener una concentración de 100 mg/ml.
3. Tomar 1 ml de la primera dilución, y volver a diluirla llevándola hasta 5 ml totales con ClNa 0.9% para obtener una concentración de 20 mg/ml.
4. Tomar 2 ml de heparina sódica de 5000 UI/ml en una jeringa (10.000 UI totales) y agregarle los 2 ml de la solución anterior (del punto 3).
5. El volumen resultante será de 4 ml totales logrando una concentración final de: Cefazolina 10 mg y Heparina 2500 UI por cada ml de la solución preparada.

Ejemplo de preparación de la solución de Lock Therapy con Vancomicina a una concentración final 10mg/ml

1. Higiene de manos y utilización de técnica aséptica.
2. Reconstituir 500 mg de Vancomicina con 5 ml con solución ClNa 0.9% para obtener una concentración de 100 mg/ml.
3. Tomar 1 ml de la primera dilución, y volver a diluirla llevándola hasta 5 ml totales con ClNa 0.9% para obtener una concentración de 20 mg/ml.
4. Tomar 2 ml de heparina sódica de 5000 UI/ml en una jeringa (10.000 UI totales) y agregarle los 2 ml de la solución anterior (del punto 3).
5. El volumen resultante será de 4 ml totales logrando una concentración final de: Vancomicina 10 mg y Heparina 2500 UI por cada ml de la solución preparada.

Los estudios clínicos actuales respaldan el uso de Lock Therapy como una estrategia efectiva para reducir infecciones asociadas a catéteres, especialmente en

pacientes de alto riesgo. Sin embargo, su uso debe ser individualizado y supervisado por el equipo médico e infectológico. Desde Enfermería debemos estar for-

mados y actualizados para aplicar este tratamiento de una manera segura y efectiva en nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

-Justo, J.A., Bookstaver, P.B. (2014). Antibiotic lock therapy: review of technique and logistical challenges. *Infection and drug resistance*, 7:343-363. <https://doi.org/10.2147/IDR.S51388>
 -Inpatient Antibiotic Lock Therapy Adult Guidelines, Centro Médico UCSF 11-2024

-Suplemento de enero/febrero de 2016 Volumen 39, Número 1S ISSN 1533-1458 www.journalofinfusionnursing.com
 -Pautas para la prevención de infecciones relacionadas con catéteres intravasculares de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

(CDC) 2011. Atlanta, GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2011. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>

Diagnóstico situacional del personal de un establecimiento de salud sobre calidad de la atención, previo al diseño de un plan de mejora

Laura Tanenholz*

Clínica del Sol

RESUMEN

La calidad en la atención es uno de los objetivos a alcanzar para cualquier servicio o sistema de salud. A través de ella se procura lograr los máximos beneficios posibles de la atención médica.

Este artículo presenta un diagnóstico de situación basado en la perspectiva del personal de una institución de salud respecto de la calidad en la atención sanitaria del lugar donde trabajan. Este estudio de caso y los resultados obtenidos tienen como propósito contribuir al diseño de un plan de mejora de la calidad.

PALABRAS CLAVE

calidad en la atención sanitaria, seguridad del paciente, satisfacción del paciente

ABSTRACT

Quality of care is one of the objectives to accomplish in any healthcare system or provider. Through it, the aim is to achieve the best possible outcomes of medical care.

This article presents a situational diagnosis from the perspective of the staff of a healthcare institution regarding the quality of healthcare. This case of study and its results aim to support the design of a plan to improve the healthcare quality.

KEYWORDS

Healthcare quality, Patient safety, Patient welfare

*Médica, Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Responsable de Auditoría Médica en Clínica del Sol. La versión completa de este trabajo está disponible en el Repositorio Institucional Digital de la Universidad Isalud.

INTRODUCCIÓN: CALIDAD, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y COSTOS DE LA NO-CALIDAD

La seguridad del paciente es un objetivo clave de la calidad asistencial. Actualmente es una disciplina con mucho desarrollo debido al aumento de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y como respuesta a la evidencia creciente de los resultados desfavorables que pueden sufrir los pacientes en los entornos sanitarios. Mediante ella se busca prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que los pacientes pueden experimentar durante la prestación de la atención médica. La necesidad de trabajar en pos de una atención sanitaria de calidad se hace evidente cuando se analizan los resultados de la no calidad. En el año 1999, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publica el ya clásico informe “*To Err is Human*” (*Errar es humano*, 1), en el cual se presenta una revisión de 30.000 historias clínicas en las que se encontró un 3.7% de eventos adversos (lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud), de los cuales se consideró que el 58% eran evitables, con un 13.6% que resultaron en muerte del paciente. Los autores hicieron una extrapolación a las 33.6 millones de hospitalizaciones anuales en el año del estudio, concluyendo que se podían producir entre 44.000 y 98.000 muertes al año, por eventos adversos vinculados a la atención sanitaria.

Estos resultados, además, representaban un costo de entre 17 y 28 billones de dólares al año.

Según datos de la OMS (2018) sobre las pérdidas económicas como consecuencia de atención sanitaria de calidad deficiente, se estima que aproximadamente el 15% del gasto de hospitales en países de ingresos altos se debe a errores en la atención o a pacientes que sufren infecciones mientras se encuentran internados (2).

IMPORTANCIA DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL ORIENTADA A LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD

La cultura organizacional es el conjunto de creencias, hábitos, prácticas y tradiciones que comparten los miembros de una organización, que determina las pautas de comportamiento de las personas que forman parte de dicha organización. El entorno más seguro para la atención sanitaria se obtiene cuando existe una cultura organizacional que aplica sistemáticamente procesos rediseñados para que sean menos proclives a la producción de errores y eviten situaciones que generen riesgos innecesarios.

La cultura de seguridad en la atención sanitaria puede definirse entonces como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización en el cual los individuos están comprometidos con la seguridad del paciente.

Tal como establece la OMS, los servicios sanitarios de calidad

deben ser eficaces, seguros, centrados en la persona, oportunos, equitativos, integrados y eficientes (3). Para su evaluación se utilizan diferentes indicadores según las dimensiones de estructura, procesos y resultados (4):

- Estructura: la mejora de esta dimensión implica optimizar las instalaciones, infraestructura y recursos físicos utilizados para proporcionar servicios de salud, así como asegurar que las personas que se desempeñan en los establecimientos estén debidamente capacitadas y en número suficiente para garantizar una atención de calidad.
- Procesos: se refiere a las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se lleva a cabo la atención.
- Resultados: referidos a la variación en los niveles de salud y el grado de apego a expectativas de los pacientes. Algunos de los indicadores de resultado son: mortalidad, promedio de estancia hospitalaria, tasa de infecciones intrahospitalarias, satisfacción de los pacientes, entre otras. La satisfacción de los pacientes y sus familias se correlaciona con mejores resultados sanitarios, dado que los pacientes satisfechos tienden a comprender y cumplir mejor con las indicaciones que reciben al momento del alta.

La construcción de una cultura institucional para promover la seguridad y mejorar la calidad de la atención, en la que todo el personal adopte prácticas seguras, es un proceso complejo que requiere la identificación de mo-

tivaciones que puedan permitir el cambio o impedirlo.

En base a estos criterios, este artículo presenta el trabajo inicial de diagnóstico situacional del personal de salud de una institución concreta sobre la calidad de

atención a la salud en su ámbito de desempeño laboral. Se trata del primer paso para el diseño de una estrategia de fortalecimiento de la calidad y seguridad.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

- Investigación de diseño transversal, cuantitativa, observacional con un enfoque descriptivo.
- Recolección de datos mediante una encuesta elaborada *ad hoc* dirigida al personal que se desempeña en una clínica privada de CABA.
- Muestra: sobre una población estimada de 430 personas, se obtuvieron 275 encuestas respondidas (la tasa del 64%, por lo que se considera representativa).
- Con el objeto de analizar los roles, se adaptó la clasificación de Mintzberg (5), que describe las partes que integran una organización, categorizando a los miembros del equipo de salud:

- Equipo asistencial: personal del núcleo de operaciones más sus líneas medias (médicos/as, enfermeros/as, instrumentadoras quirúrgicas, técnicos/as en imágenes, laboratorio, esterilización, licenciados/as en nutrición, kinesiología, bioquímica y farmacia).
- Equipo de apoyo: staff de apoyo descrito en la clasificación de Mintzberg, más sus líneas medias (administrativos/as, camilleros, personal de limpieza, cocina, vigilancia, mantenimiento, ropería y secretarías).

RESULTADOS Y ANÁLISIS PRELIMINAR

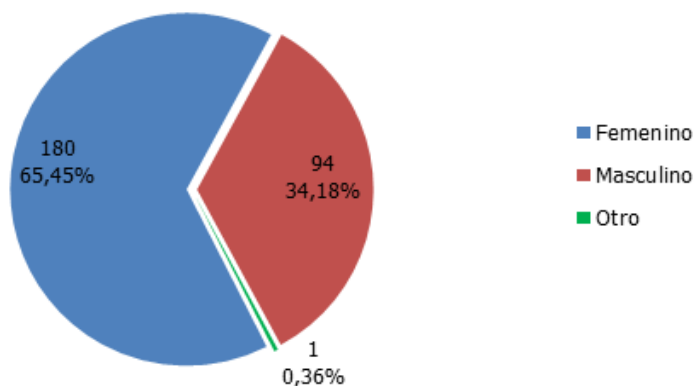
GRÁFICO 1

¿Con qué género te identificas?

PREGUNTAS ORIENTADAS A LA CARACTERIZACIÓN DEL PERSONAL

- Composición de la planta de trabajadores por género.

Como se observa en el **Gráfico 1**, la clínica seleccionada para la investigación tiene una población de trabajadores preponderantemente femenina.

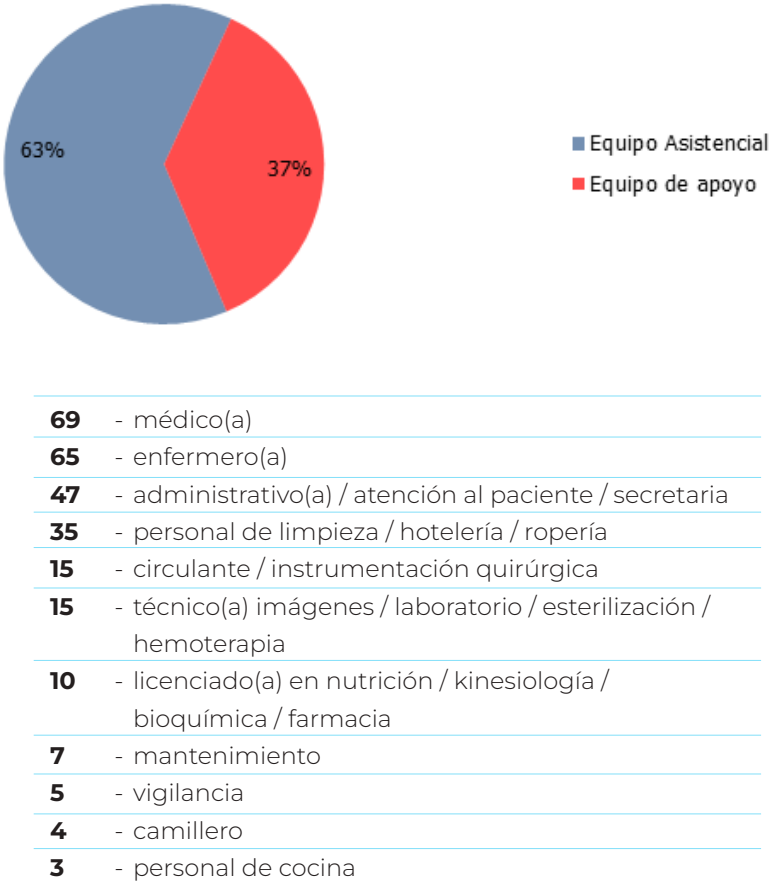


- Composición de la planta de trabajadores por equipos y rol individual.

GRÁFICO 2

Equipo asistencial vs equipo de apoyo

Las respuestas volcadas en el **Gráfico 2** se distribuyen según roles por equipos: un 63% corresponde al equipo asistencial (174) y un 37% al equipo de apoyo (101). Al desglosar roles individuales dentro de esos equipos, se observa que los cuatro grupos mayoritarios corresponden a: personal médico (25%), personal de Enfermería (24%); personal administrativo (17%) y personal de limpieza (13%). A continuación el detalle completo:

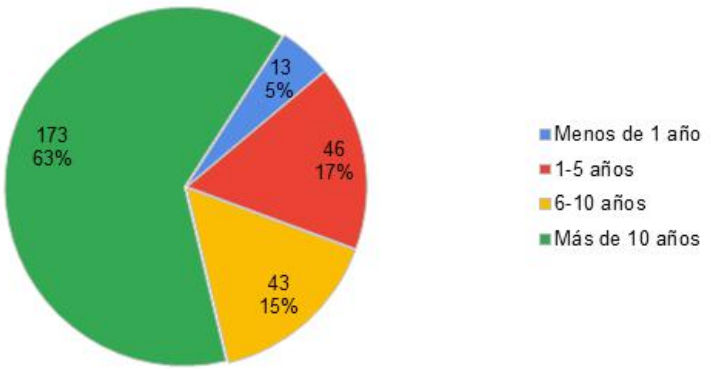


- Experiencia laboral en instituciones de salud

GRÁFICO 3

¿Cuánto tiempo llevas trabajando en instituciones de salud?

En el **Gráfico 3** resulta destacable que el 63% del personal (173) se desempeña en instituciones de salud desde hace más de diez años, frente al 5% (13) que lleva menos de un año. Asimismo, al indagar sobre la **experiencia laboral específica en la clínica** el 43% respondió que trabaja allí hace más de 10 años, el 26% entre 1 y 5 años, el 18% entre 6 y 10 años; finalmente, el 13% hace menos de 1 año.



PREGUNTAS VINCULADAS AL CONCEPTO DE CALIDAD EN ATENCIÓN DE LA SALUD

- Percepción con respecto a la relación entre el rol desempeñado en el establecimiento y la calidad en la atención sanitaria que se brinda.

Se observa en el **Gráfico 4** que del total de respuestas 263 fueron afirmativas, lo que representa el 95.64%. En porcentaje muy menor se observan 8 respuestas negativas (2.91%) y 4 de indecisión “No se” (1.45%).

De ese universo que respondió no o no saber (12 casos), 7 son personal médico, 3 personal administrativo, 1 de Enfermería y 1 de limpieza (**Gráfico 5**).

Al extrapolar estos datos es posible estimar que hay aproximadamente 14 médicos trabajando en la clínica que no tienen claro que el rol que cumplen en la institución guarda relación con la calidad de atención que reciben sus pacientes.

- Conocimiento sobre definiciones de calidad en la atención sanitaria.

Resulta destacable que la gran mayoría respondió afirmativamente (91,64%), mientras que el porcentaje (8.3%) que refirió no conocer ninguna es menor a dos dígitos (**Gráfico 6**).

GRÁFICO 4

¿Consideras que el rol que cumplís dentro de la clínica influye ya sea directa o indirectamente en la calidad de la atención que se brinda?

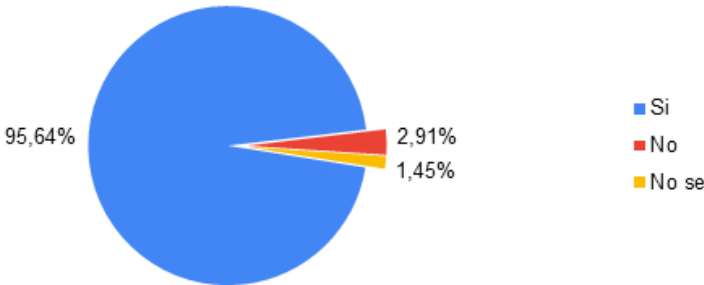


GRÁFICO 5

Roles que respondieron "No" y "No se" a la pregunta ¿Consideras que el rol que cumplís dentro de la clínica influye en la calidad de la atención que se brinda?

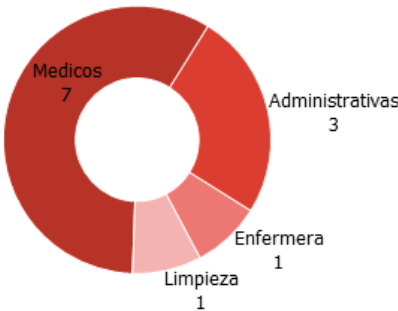
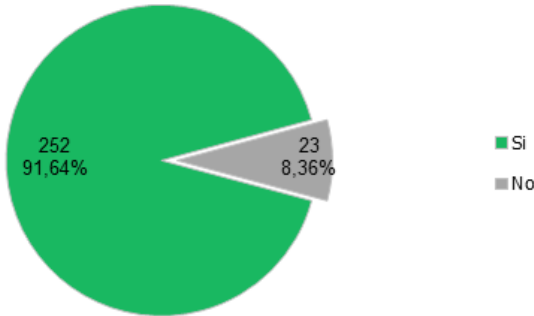


GRÁFICO 6

¿Conoces alguna definición del concepto de calidad en la atención sanitaria?



- Definición de CALIDAD en el ámbito de la atención sanitaria.

GRÁFICO 7

Entre cuatro opciones, de las cuales tres son inadecuadas o incompletas, casi un tercio de los encuestados (70.55%) seleccionó la frase que mejor representa la definición de calidad de la atención sanitaria. En el **Gráfico 7** se muestran las cuatro opciones presentadas en la encuesta y los porcentajes de selección de cada una.

PREGUNTAS VINCULADAS A LA FORMACIÓN

- Formación institucional previa sobre calidad y seguridad del paciente

En el **Gráfico 8** se observa que el 76% refirió haber tenido alguna instancia de formación, ya sea en la clínica o en otras instituciones donde se ha desempeñado, o bien en instituciones educativas. En cuanto al tipo de formación las respuestas se agrupan en: charlas / clases; curso / diplomatura; especialización / maestría. Por otro lado, en relación al 24% que refirió no haber tenido instancias de formación en la temática, este es un punto a tener en cuenta al momento de planificar capacitaciones para el total del personal que trabaja en la clínica, ya que (en proyección) hay aproximadamente 103 trabajadores que nunca tuvieron una instancia de formación sobre calidad y seguridad del paciente.

Selecciona de las siguientes frases la que a tu criterio representa mejor la definición de calidad en la atención:

- a) Es el grado de satisfacción del paciente y sus familiares con la atención recibida.
- b) **Implica ofrecer servicios que sean seguros, efectivos, centrados en el paciente, oportunos, eficientes y equitativos, con el objeto de obtener resultados de salud deseados y una experiencia positiva para el paciente.**
- c) Es la habilidad de los profesionales de la salud para diagnosticar y tratar enfermedades.
- d) Se refiere a cómo los pacientes perciben la atención que reciben, incluyendo la claridad en la comunicación con los profesionales de la salud, el tiempo de espera y la comodidad de las instalaciones.

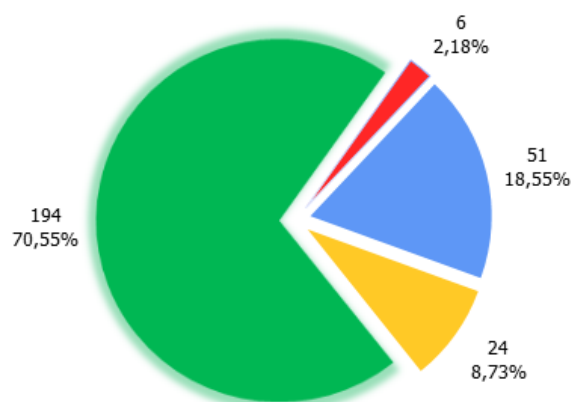
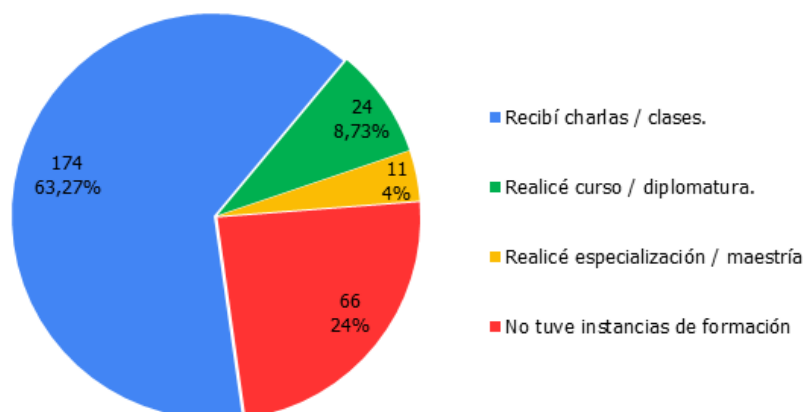


GRÁFICO 8

¿Tuviste alguna instancia de formación en temas de calidad y seguridad en la atención sanitaria?



- Sobre el tipo de formación recibida en relación a la temática: se procedió a analizar en detalle las respuestas de los miembros del equipo asistencial que trabaja en instituciones de salud desde hace 5 años o menos, dado que es personal que ha cursado diferentes carreras relacionadas con la salud

y presumiblemente sea de reciente egreso.

Dentro de este subgrupo, 62% respondió no haber recibido charlas / clases sobre la temática; 31% no haber tenido instancias de formación; y solo un encuestado respondió haber realizado un curso o diplomatura al respecto y solo una

encuestada indicó haber realizado estudios de posgrado (especialización o maestría).

Resulta llamativo que a 25 años de la publicación del informe “To Err is Human” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos aún no se incluya esta temática en todas las currículas de carreras afines al cuidado de la salud.

- Predisposición actual para asistir a capacitaciones dentro de la clínica sobre temas de calidad y seguridad del paciente.

Es destacable que la gran mayoría (82.18%) de los encuestados respondió afirmativamente. Con respecto al casi 5% que respondió no estar interesado, el 77% del personal pertenece al equipo asistencial: 1 enfermera y 9 médicos, 8 de ellos de género masculino (6 de los cuales hace más de 10 años que trabajan en salud).

Se detallan los resultados en el **Gráfico 9**:

GRÁFICO 9

¿Te gustaría recibir charlas y/o capacitaciones en tu lugar de trabajo sobre calidad en la atención sanitaria?

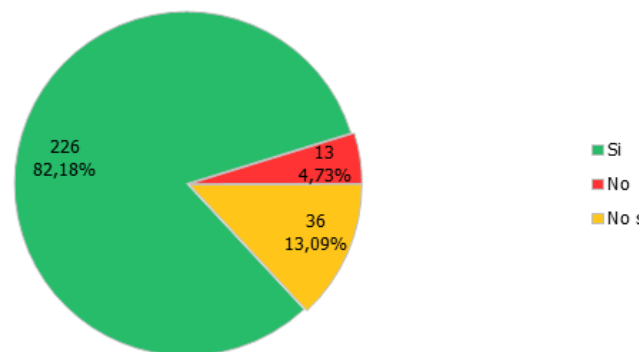
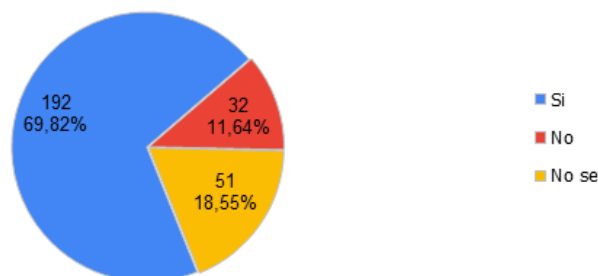


GRÁFICO 10

¿Te inscribirías en un curso, capacitación o postgrado sobre calidad y seguridad del paciente en una institución educativa, si desde la clínica te fueran facilitados los recursos ?



- Probabilidad a futuro de inscribirse en alguna instancia formativa sobre calidad y seguridad, con apoyo de la institución laboral.

En un alto porcentaje (69,82%) el personal respondió afirmativamente, en caso de que desde la clínica se le faciliten los recursos para realizarlo.

En el **Gráfico 10** se presentan los resultados:

Cabe resaltar que el 85% de enfermeros/as respondió de manera afirmativa, lo que significa que

actualmente trabajan en la clínica alrededor de 66 enfermeros y enfermeras que podrían adquirir y/o profundizar sus conocimientos

sobre calidad en la atención sanitaria si desde la clínica se definieran acciones facilitadoras.

PREGUNTAS SOBRE LOS ASPECTOS DE LA CALIDAD QUE DEBERÍAN ABORDARSE EN FORMA PRIORITARIA

- Aspecto prioritario para mejorar la calidad de atención.

Al respecto, el 82,2% de los encuestados coincidió en señalar la “Comunicación efectiva entre el personal de los diferentes sectores”. En el **Gráfico 11** se presentan las opciones y los resultados obtenidos para cada una:

- Aspectos de la calidad para mejorar la calidad percibida por el paciente y sus acompañantes.

El 63,3% de los encuestados seleccionó la opción “Mejora de la comunicación con el equipo de salud” para optimizar la experiencia del paciente y/o su acompañantes, seguido de “Trato personalizado, centrado en el paciente y empático”, con el 57.2%. En el **Gráfico 12** se presentan las opciones y los resultados obtenidos para cada una:

- Obstáculos percibidos para la implementación de un plan de mejora

Se solicitó a los encuestados elegir dos opciones de las cinco presentadas en relación a los principales obstáculos percibidos para la implementación de un plan de mejora. El 69% consideró principal la “Falta de reconocimiento o incentivos por el trabajo de calidad”.

En el **Gráfico 13** se presentan todas las opciones y los resultados obtenidos:

GRÁFICO 11

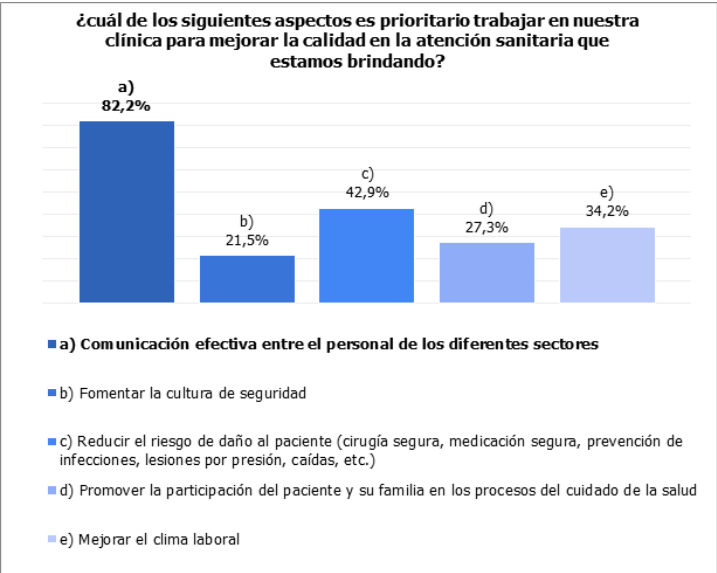


GRÁFICO 12

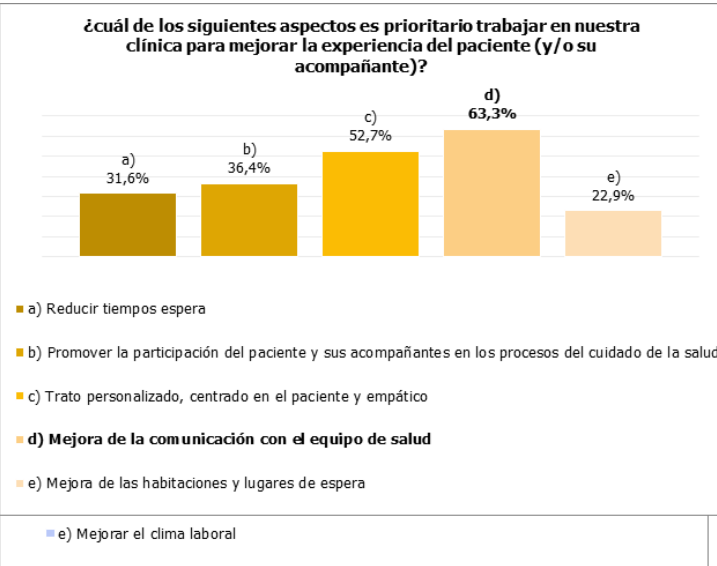
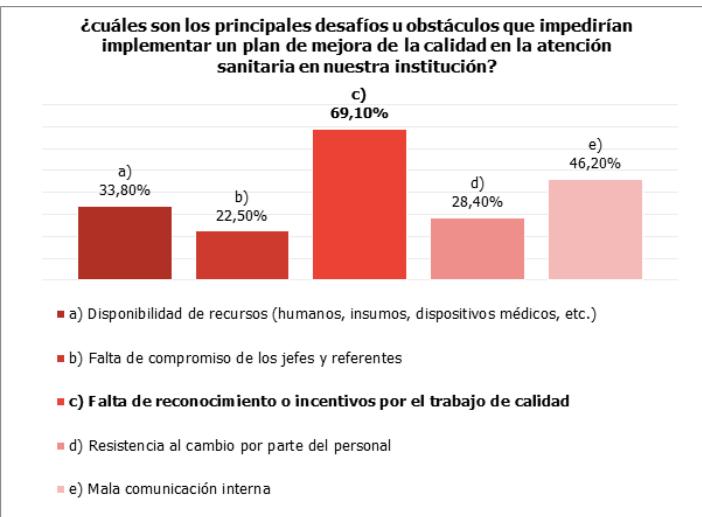


GRÁFICO 13

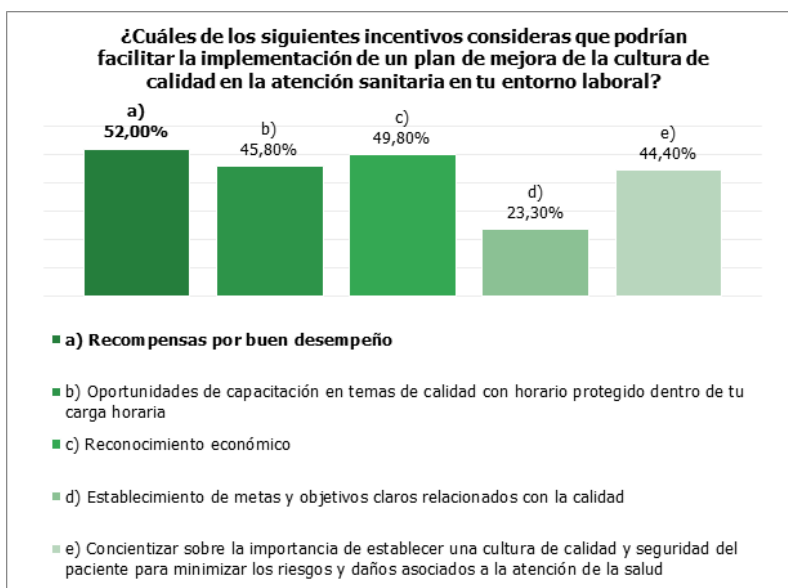


- Facilitadores para la aceptabilidad de planes de mejora de la calidad

En la última pregunta (Gráfico 14) se proponen diversas estrategias que podrían facilitar la aceptabilidad de un plan de mejora de la calidad en la institución:

- *recompensas por buen desempeño* fue la opción seleccionada con mayor porcentaje
- *posibilidad de capacitación en servicio dentro de la carga horaria*
- *reconocimiento económico*, en segundo lugar
- *establecer metas y objetivos de calidad claros*
- *concientizar sobre la importancia de una cultura de la calidad y la seguridad*

GRÁFICO 14



En relación a la distribución por equipos, las opciones mayoritarias fueron:

- *recompensas por buen desempeño*, el equipo de apoyo

- *reconocimiento económico*, el equipo asistencial

Esta fue la pregunta que arrojó los resultados más parejos, como se observa en el mismo gráfico.

CONCLUSIONES

Los datos permitieron evidenciar que casi un cuarto de quienes se desempeñan en la clínica nunca ha tenido instancias de formación sobre calidad en la atención sanitaria (24%), por lo tanto será fundamental capitalizar el hecho de que casi la totalidad entiende que su rol influye en la calidad de la atención que se brinda (96%) y que una gran mayoría está dispuesta a asistir a charlas y capacitaciones sobre calidad y seguridad del paciente en su lugar de trabajo (82%). El desa-

fío será lograr la adhesión de una gran cantidad de personal que en su mayoría tiene ya varios años de experiencia en la institución (y en el ámbito de la salud en general), para que se genere un verdadero cambio cultural en el cual se privilegie la provisión de servicios asistenciales seguros y de calidad.

La mayoría de las personas encuestadas considera que el principal obstáculo para el éxito de un plan de mejora de la calidad es la *falta de reconocimiento e*

incentivos por el trabajo de calidad y que el incentivo para facilitar la implementación de un plan de mejora que fue seleccionado en mayor proporción fue *recompensas por buen desempeño*. Estos datos nos instan a considerar las opciones viables y establecer un plan de recompensas por buen desempeño para los trabajadores de la clínica.

En cuanto a las propuestas a incluir en un plan de mejora,

el aspecto de la calidad que se debería abordar en forma prioritaria es la *comunicación efectiva* tanto entre los miembros del personal como con los pacientes y familiares.

Por último, es preciso destacar que al abordar una estrategia para mejorar la calidad de la atención sanitaria en un establecimiento de salud los beneficios generados no se limitarán únicamente a optimizar la eficiencia y competitividad de dicho establecimiento,

sino que pueden potencialmente favorecer a todos los actores involucrados: los pacientes serán los primeros beneficiados por los motivos expuestos anteriormente, pero también los trabajadores, al fomentarse un ambiente laboral más seguro para ellos y sus pacientes, así como los financiadores y el sistema de salud en general, que obtendrán mejores resultados en la salud de la población de manera más eficiente.

En sintonía con esto, vale la pena traer las palabras de Avedis Donabedian (1984) en referencia a la inserción de la mejora de la calidad en la agenda política: “Creo que los mejores intereses de los profesionales y los consumidores están en consonancia y que el sistema político asumirá la mayor responsabilidad en la ampliación de la calidad cuando los profesionales sanitarios y los consumidores presenten un frente común”.

REFERENCIAS:

1. Kohn, L., Corrigan, J., Donaldson, M. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. 1º ed. USA: National Academy Press.
2. OMS (2018). “Low Quality Healthcare is increasing the burden of illness and Health costs globally”. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/05-07-2018-low-quality-healthcare-is-increasing-the-burden-of-illness-and-health-costs-globally>
3. OMS (2020). “Servicios sanitarios de calidad.” Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
4. Donabedian, A. (1984). *La calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación*. Editorial La Prensa Médica Mexicana.
5. Mintzberg, H. (1984). *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Editorial Ariel.



XVII Jornada de ENFERMERÍA

**Competencias y habilidades en la
era de la innovación tecnológica.**

**¡Te invitamos a formar parte de este espacio de intercambio
y aprendizaje!**

Una oportunidad para que los equipos de Enfermería reflexionen y
crezcan junto a expertos en diversas temáticas, explorando nuevas
formas de seguir desarrollándose en nuestra profesión.

¡Agendate el 10 de Septiembre!
Scala Hotel | Buenos Aires

Próximamente abriremos las inscripciones.
Modalidad presencial y por Streaming.

Seguí todas las novedades en
www.jornadadeenfermeria.com.ar

¡Te esperamos!



ESCUELA DE
ENFERMERÍA

 **SWISS
MEDICAL**

Anticuerpos monoclonales (mAbs): Cuidados específicos en su preparación y administración

Griselda Leguizamón*

Estela Noemí Prado **

Franco García***

Sanatorio Mater Dei

RESUMEN

Los anticuerpos monoclonales son inmunoglobulinas diseñadas para interactuar de forma específica con el epítipo específico de un antígeno. Esta especificidad permite una interacción dirigida contra blancos terapéuticos previamente identificados. Su uso en la actualidad es cada vez más frecuente, con aplicaciones en investigación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Desde el punto de vista terapéutico, su administración ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de enfermedades inflamatorias, cánceres de distinto tipo e inmunoterapia.

PALABRAS CLAVE

anticuerpos monoclonales, antígeno, ADN

ABSTRACT

Monoclonal antibodies are immunoglobulins designed to specifically interact with a specific epitope of an antigen. This specificity allows interaction directed against previously identified therapeutic targets. Its use today is increasingly frequent, with applications in research, diagnosis and treatment of diseases. From a therapeutic point of view, its administration has proven to be effective in treatment of inflammatory diseases, cancers of different types and immunotherapy.

KEYWORDS

monoclonal antibodies, antigen, DNA

* Licenciada y profesora en Enfermería. Integrante del equipo docente de Enfermería del Sanatorio Mater Dei.

** Licenciada y docente de Enfermería. Diplomada en Heridas. Integrante del equipo docente de Enfermería del Sanatorio Mater Dei.

*** Farmacéutico. Especialista en Farmacia hospitalaria. Farmacéutico clínico pediátrico. Sanatorio Mater Dei.

INTRODUCCIÓN

Un medicamento biológico es un medicamento cuyo principio activo es producido o deriva de un organismo vivo. Los diversos productos (de ADN recombinante, la sangre o derivados de plasma, inmunológicos, genéticos y la terapia celular, etcétera) presentan además un amplio espectro de complejidad molecular.

Los anticuerpos monoclonales (mAbs) forman parte de este grupo de medicamentos y presentan un alto grado de complejidad molecular, lo que hace que el proceso de producción sea difícil y

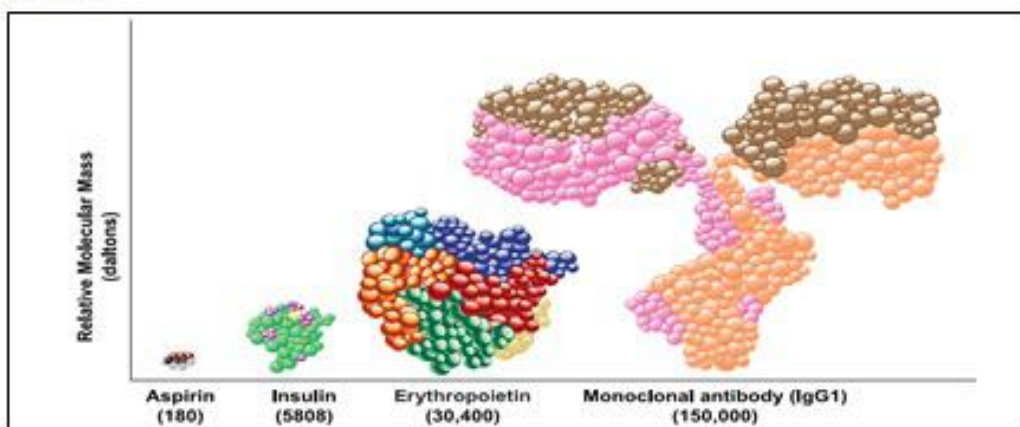
costoso. Desde el punto de vista fisicoquímico y su función biológica se trata de glicoproteínas de alto peso molecular y estructura cuaternaria que hacen parte del sistema inmune. Se caracterizan por presentar alta especificidad para reconocer y unirse a un antígeno. Fisiológicamente son producidas por las células B, previa exposición y presentación del antígeno por parte de células presentadoras de antígenos, y ayudan a nuestro sistema inmunitario a reconocer y eliminar por diversos mecanismos a gérmenes y células neoplásicas que causan enfermedad.

Los anticuerpos monoclonales (mAbs) son inmunoglobulinas derivadas de una línea celular monoclonal que tienen una especificidad definida.

Existe una variedad de anticuerpos monoclonales cuya dilución se lleva a cabo de diferentes maneras. Este artículo describe algunos de ellos (Rituximab, Infliximab, Ustekinumab, Vedolizumab), el procedimiento para su preparación, aplicación y eventual descarte, así como los cuidados que deben acompañar su manipulación a lo largo de todo el proceso para garantizar un cuidado seguro y de calidad para el paciente.

Medicamento biológico vs químico

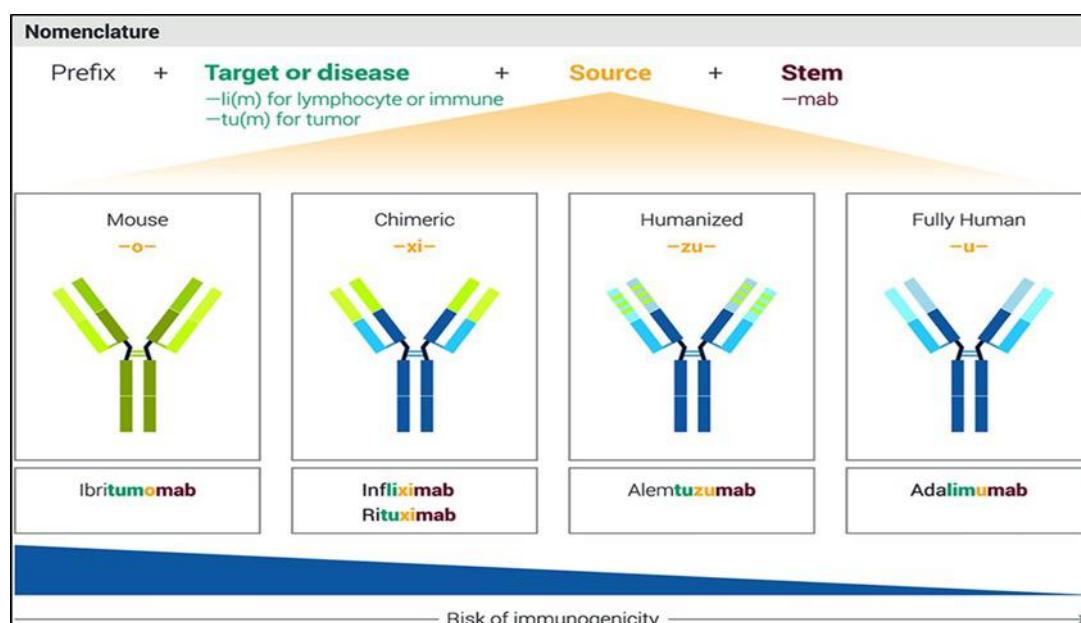
Los medicamentos biológicos presentan un peso molecular varias veces superior a los de síntesis química.



Mediobest. H EAC Suppl 20134



NOMENCLATURA DE ANTICUERPOS MONOCLONALES



1 RITUXIMAB

Anticuerpo monoclonal quimérico humano/murino que se une de forma específica a la proteína CD20 provocando depleción de células B a través de citotoxicidad inmunomediada e inducción de la apoptosis. La molécula CD-20 se encuentra presente en los linfocitos B desde el estadio pre B hasta las células B de memoria, por lo que esta célula es target del Rituximab en todos estos estadios. Si bien las células plasmáticas productoras de anticuerpos no tienen en su membrana esta molécula, la eliminación de los estadios previos a ésta conlleva una disminución y/o eliminación de las mismas. Esto produce una supresión prolongada de células B y disminuye el número de anticuerpos circulantes. CD-20 regula los primeros pasos en el proceso de activación para la iniciación y la

diferenciación del ciclo celular encontrándose, por ejemplo, en el 90% de las células B del Linfoma no Hodgkin. Por otro lado, las células B desempeñan un rol fundamental en los procesos inflamatorios y autoinmunes a través de la producción de factor reumatoideo y otros anticuerpos, la presentación de antígenos, la activación de células T y/o la producción de citoquinas.

2 INFLIXIMAB

Anticuerpo monoclonal IgG1 quimérico murino-humano cuya producción es mediante tecnología de ADN recombinante. Su mecanismo de acción consiste en neutralizar el TNF alfa, citoquina que se produce por distintas células de nuestro organismo y que presenta características inflamatorias. También presenta la capacidad de inducir la apoptosis

de linfocitos que se encuentran activados de forma inadecuada. Se utiliza principalmente para el tratamiento de ciertas vasculitis en reumatología y en enfermedad inflamatoria intestinal.

3 USTEKINUMAB

Anticuerpo monoclonal IgG-1-kappa totalmente humano que se une con especificidad a la subunidad proteica p40 que comparten las interleucinas humanas IL-12 e IL-23. De esta manera, impide que se unan a su receptor (IL-12R-beta-1), expresado en la superficie de los linfocitos T CD4+ y los linfocitos Natural Killer (NK), inhibiendo la respuesta inmune mediada por IL-12 e IL-23. Su efecto clínico se justifica interrumpiendo las vías de los linfocitos Th1 y Th17, que son centrales en la fisiopatología de diversas enfermedades.

4 VEDOLIZUMAB

Anticuerpo monoclonal humanizado recombinante del tipo IgG1 que se une específicamente al receptor de integrina $\alpha 4\beta 7$. La integrina $\alpha 4\beta 7$ es una glicoproteína que se expresa en la superficie de los linfocitos B y principalmente en linfocitos T, los cuales migran al intestino. Se encuentran particularmente aumentadas en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Las integrinas son las encargadas de interactuar con moléculas de adhesión en el endotelio vascular, como MadCAM-1, que también se sobre-expresan en

EII. El reclutamiento de linfocitos genera un proceso inflamatorio con producción de citocinas que perpetúan el proceso local, situación característica de las enfermedades inflamatorias crónicas del tracto gastrointestinal de origen inmunológico. Mediante la unión a $\alpha 4\beta 7$ de ciertos linfocitos, Vedolizumab inhibe la adhesión de estas células a la molécula de adhesión celular adresina de la mucosa 1 (MadCAM-1), pero no a la molécula de adhesión celular vascular 1 (VCAM-1). MadCAM-1 se expresa principalmente en las células endoteliales del intestino y juega un papel crítico en la mi-

gración de los linfocitos T a los tejidos del tubo gastrointestinal. La molécula de adhesión MAdCAM-1 se expresa además en tejidos asociados al tracto digestivo (como el páncreas) y tejido linfoide (como las placas de Peyer, o lámina propia intestinal). Vedolizumab, a diferencia de Natalizumab, no se une a las integrinas $\alpha 4\beta 1$ y $\alpha E\beta 7$ ni inhibe su función. Asimismo, tampoco induce alteraciones en la inmunosupresión sistémica, hecho que no afecta a los mecanismos de vigilancia inmunológica del sistema nervioso central (SNC).

INTERVENCIONES DEL EQUIPO DE SALUD

Las acciones llevadas a cabo por el equipo de salud estarán enfocadas en la administración de los anticuerpos monoclonales de forma segura de acuerdo al manejo específico indicado para cada de ellos.

Una de las complicaciones asociadas a la administración de estos medicamentos, principalmente por vía endovenosa, son las reacciones infusionales. Su incidencia es variable y dependerá del medicamento en cuestión y otros factores asociados (antece-

dentes del paciente, cantidad de dosis recibidas, intervalo entre dosis, velocidad de infusión, entre otras). Por ello, se recomienda verificar especialmente en cada caso la necesidad de uso de premedicación y el ritmo de infusión, entre otras.

PLAN DE CUIDADOS

Objetivos:

- Establecer los pasos necesarios para la correcta preparación y posterior administración del anticuerpo monoclonal
- Entablar con la familia un momento de comunicación clara y precisa para su comprensión del procedimiento, a fin despejar dudas e inquietudes.

Acciones:

- Ofrecer confort durante la administración y permitir el acompañamiento de la familia.
- Brindar información clara y completa, con un lenguaje simple, sencillo y completo. Verificar que la información haya sido comprendida.
- Escuchar las dudas y preguntas, esto es de suma importancia.
- Cumplir con el protocolo de seguridad del paciente (identificación del paciente).
- Cumplir con los 10 pasos para la administración segura de los medicamentos.

PREPARACIÓN DE LOS ANTICUERPOS MONOCLONALES

1 RITUXIMAB

CONSIDERACIONES GENERALES

La dilución de Rituximab detallada en este procedimiento se elabora a partir del frasco ampolla con solución concentrada para perfusión intravenosa.

Los solventes compatibles son cloruro de sodio 0.9% y dextrosa 5%.

Las presentaciones comerciales son de 100 mg/10 ml y 500 mg/50 ml:

- Laboratorio Roche: MABTHERA® (original)
- Laboratorio ELEA: NOVEX® (biosimilar)
- Laboratorio Novartis: RIXATHON® (biosimilar)
- Laboratorio Pfizer RUXIENCE® (biosimilar)
- Laboratorio Raffo: TRUXIMA® (biosimilar)

PROCEDIMIENTO

Rituximab se presenta en viales estériles y sin conservantes (ni antimicrobianos ni agentes bacteriostáticos).

La preparación debe ser bajo técnica aséptica al diluir la solución concentrada, siguiendo las indicaciones que se detallan a continuación:

- Realizar higiene de manos según técnica | HIGIENE DE MANOS HÚMEDO, HIGIENE DE MANOS SECO.
- Retirar la tapa del vial y limpiar la parte superior con gasa empapada en alcohol 70%.
- El medicamento debe estar a temperatura ambiente (20°-25°C) al momento de la dilución.
- Utilizando una jeringa equipada con una aguja de calibre 21 (0,8 mm o menor), insertar la aguja en el vial en el centro del tapón de goma. Extraer el volumen de la solución correspondiente a la dosis del paciente en ml (recordar que la concentración es 10 mg/ml).
- Extraer de un sachet de sodio cloruro 0.9% o dextrosa 5% un volumen equivalente al de la dosis a administrar en ml, proveniente de la solución concentrada (10 mg/ml). Posteriormente, diluir en cloruro de sodio al 0,9% o dextrosa 5%, según protocolo de infusión (siendo la concentración recomendada 1-4 mg/ml). Invertir suavemente la bolsa para evitar que se forme espuma. Efectuar este mezclado varias veces hasta visualizar una solución homogénea.

- Hacer una inspección visual de la solución diluida antes de su administración. No utilizar si se detectan partículas opacas, cambios de color o partículas extrañas.
- La solución diluida debe ser empleada inmediatamente. La estabilidad del preparado en sodio cloruro 0.9% es de 7 días refrigerado (2°–8°C) o 24 horas a temperatura ambiente. La estabilidad del preparado en dextrosa 5% es de 12 horas a temperatura ambiente o 24 horas refrigerado (2°–8°C).
- No infundir en bolo. Administrar en goteo progresivo, según protocolo de infusión.
- No infundir otros medicamentos junto con la infusión de Rituximab.
- La eliminación del medicamento no utilizado y el descarte de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizarán de acuerdo a lo estipulado por la GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.
- Realizar higiene de manos según técnica | HIGIENE DE MANOS HÚMEDO, HIGIENE DE MANOS SECO.
- Finalizada la infusión, lavar la vía con 25ml de sodio cloruro 0.9% o dextrosa 5% (según solvente utilizado para la dilución) respetando la última velocidad de infusión utilizada.

2 INFLIXIMAB

CONSIDERACIONES GENERALES

La dilución del anticuerpo monoclonal Infiximab detallada en este procedimiento se elabora a partir del frasco ampolla con polvo liofilizado de 100 mg para uso intravenoso.

- Laboratorio Janssen-Cilag: REMICADE® (original)
- Laboratorio Amgen: AVSOLA ® (biosimilar)
- Laboratorio Pfizer: IXIFI® (biosimilar)
- Laboratorio Gobbi: REMSIMA® (biosimilar)

PROCEDIMIENTO

Infiximab es un polvo liofilizado que antes de ser administrado debe ser reconstituido y diluido. La preparación debe ser bajo técnica aséptica al reconstituir el polvo. Posteriormente, diluir la solución concentrada siguiendo las indicaciones que se detallan a continuación:

- Calcular la dosis, el volumen total de la solución reconstituida de Infiximab que se requiere y el número de frascos ampolla que se necesitan. Cada frasco ampolla contiene 100 mg de Infiximab.

- Realizar higiene de manos según técnica | HIGIENE DE MANOS HÚMEDO, HIGIENE DE MANOS SECO.
- El medicamento debe estar a temperatura ambiente (20°-25°C) al momento de la reconstitución.
- Utilizando una jeringa con una aguja calibre 21 o más pequeña, reconstituya cada vial de 100 mg de Infliximab con 10 ml de agua estéril para inyección para obtener una solución concentrada de 10 mg/ml, siguiendo las siguientes instrucciones:
- Retirar la tapa flipa-top del frasco ampolla y limpiar la parte superior con gasa empapada en alcohol al 70%. Insertar la aguja de la jeringa dentro del frasco ampolla a través del centro del tapón de goma y dirigir la corriente de agua estéril para inyección hacia la pared vidrio del frasco ampolla.
- Girar suavemente el frasco ampolla para disolver el polvo liofilizado, evitando movimientos prolongados o bruscos. NO AGITAR, para minimizar la formación de espuma. Dejar reposar la solución reconstituida durante 5 minutos.
- Extraer de un sachet de sodio cloruro 0.9% un volumen equivalente al de la dosis a administrar en ml, proveniente de la solución concentrada (10 mg/ml). Posteriormente diluir en cloruro de sodio al 0,9% (concentración recomendada 0.4-4 mg/ml).
- En caso de requerir ajustes en el volumen de la preparación final, el rango de concentración recomendado es 0.4-4 mg/ml. No diluir la solución reconstituida de Infliximab con ningún otro diluyente.
- Agregar lentamente el volumen total de la solución reconstituida de Infliximab al frasco o a la bolsa de infusión. Invertir suavemente la bolsa para evitar que se forme espuma. Efectuar este mezclado varias veces hasta visualizar una solución homogénea.

PARA LA ADMINISTRACIÓN:

- Colocar un filtro en línea estéril, no pirogénico, de baja unión a proteínas (tamaño del poro 1,2 µm o menor). Se sugiere infundir preferentemente dentro de las 2-3 horas posteriores a la preparación ya que la presentación carece de conservantes y existe riesgo de contaminación microbiológica.
- En caso de diferirse la infusión, si el fármaco ya fue reconstituido o diluido deberá ser administrado dentro de las 24 horas por cuestiones de estabilidad.
- Hacer una inspección visual de la solución diluida antes de su administración: la misma debe ser incolora a amarilla clara y opalescente; puede desarrollar algunas partículas translúcidas ya que Infliximab es una proteína.

- No utilizar si el polvo liofilizado no se ha disuelto completamente o si observa partículas opacas, cambios de color u otras partículas extrañas presentes.
- No infundir en bolo. Administrar según protocolo de infusión.
- No infundir otros medicamentos junto con la infusión de Infliximab.
- La eliminación del medicamento no utilizado y el descarte de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizarán de acuerdo a la GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.
- Realizar higiene de manos según técnica | HIGIENE DE MANOS HÚMEDO, HIGIENE DE MANOS SECO.
- Finalizada la infusión, lavar la vía con 25ml de sodio cloruro 0.9%, respetando la última velocidad de infusión utilizada.

3 USTEKINUMAB

CONSIDERACIONES GENERALES

La dilución del anticuerpo monoclonal Ustekinumab detallada en este procedimiento se elabora a partir del frasco ampolla con solución concentrada para perfusión, presentación de 130 mg/26 ml vial.

–Laboratorio Janssen-Cilag: STELARA IV ® (original)

PROCEDIMIENTO

Ustekinumab concentrado para solución para perfusión intravenosa debe ser diluido antes de a su administración. La preparación debe ser bajo técnica aséptica, siguiendo las indicaciones que se detallan a continuación:

- Calcular la dosis y el número de frascos de Ustekinumab necesarios en función del peso del paciente. Cada frasco de 26 ml contiene 130 mg de Ustekinumab. Utilizar frascos enteros.
- Realizar higiene de manos según técnica | HIGIENE DE MANOS HÚMEDO, HIGIENE DE MANOS SECO.
- El medicamento debe estar a temperatura ambiente (20°-25°C) al momento de la dilución.
- Retirar la tapa del vial y limpiar la parte superior con gasa empapada en alcohol 70%.

- Extraer y desechar de un sachet de 250 ml de sodio cloruro 0.9% un volumen equivalente a la dosis en ml indicada e incorporar al sachet previamente mencionado la dosis en ml indicada y mezclar suavemente.
- Hacer una inspección visual de la solución diluida antes de su administración. La solución es transparente o ligeramente opalescente, entre incolora y de color amarillo claro, y puede contener unas pocas partículas de proteínas pequeñas, translúcidas o blancas.
- La estabilidad del preparado una vez diluido es de 8 horas a temperatura ambiente, por lo que la perfusión debe ser completada dentro de este tiempo.
- Para la administración, utilizar un sistema de infusión con un filtro estéril, en línea y apirógeno, de baja unión a proteínas (tamaño de poro 0.2 micrones).
- No infundir en bolo. Administrar según protocolo de infusión.
- No infundir otros medicamentos junto con la infusión de Ustekinumab.
- La eliminación del medicamento no utilizado y el descarte de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizarán de acuerdo con la GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.
- Realizar higiene de manos.
- Finalizada la infusión, lavar la vía con 25 ml de sodio cloruro 0.9% respetando la última velocidad de infusión utilizada.

4 VEDOLIZUMAB

CONSIDERACIONES GENERALES

La dilución del anticuerpo monoclonal Vedolizumab detallada en este procedimiento se elabora a partir del frasco ampolla con polvo liofilizado de 300 mg para uso intravenoso.

–Laboratorio Takeda: ENTYVIO ®

PROCEDIMIENTO

Vedolizumab es un polvo liofilizado o polvo compactado, de color blanco a blanquecino. La preparación debe ser bajo técnica aséptica al reconstituir el polvo. Posteriormente, diluir la solución concentrada siguiendo las indicaciones que se detallan a continuación:

- Realizar higiene de manos según técnica | HIGIENE DE MANOS HÚMEDO, HIGIENE DE MANOS SECO.
- El medicamento debe estar a temperatura ambiente (20°-25°C) al momento de la reconstitución.

- Retirar la tapa del vial y limpiar la parte superior con gasa empapada en alcohol 70%.
- Reconstituir el Vedolizumab con 4,8 ml de agua estéril para inyección, usando una jeringa con una aguja de calibre 21-25. Insertar la aguja en el vial a través del centro del tapón y dirigir el líquido hacia la pared del vial para evitar la formación excesiva de espuma.
- Girar suavemente el vial durante 15 segundos, sin agitar ni invertir.
- Dejar reposar el vial durante unos 20 minutos para permitir la reconstitución y eliminar cualquier resto de espuma; durante este tiempo puede mover en círculos el vial y comprobar la disolución. Si no se ha disuelto completamente al cabo de 20 minutos, dejar reposar otros 10 minutos. No utilizar el vial si en 30 minutos no se logró una completa disolución del medicamento.
- Comprobar que la solución reconstituida sea de incolora a amarillo claro y opalescente, libre de partículas visibles. No utilizar si la solución presenta partículas opacas, alteración del color u otras partículas extrañas.
- Extraer los 5 ml (300 mg) de Vedolizumab reconstituido y añadirlos a un sachet de 250 ml de cloruro de sodio al 0,9 %. Mezclar suavemente sin agitar en la bolsa de perfusión.
- La estabilidad de la solución reconstituida es de 8 horas refrigerada (2°-8°C). La estabilidad de la solución diluida es de 24 horas refrigerada (2°-8°C) y 12 horas a temperatura ambiente (20°-25°C).
- No infundir en bolo. Administrar según protocolo de infusión.
- No infundir otros medicamentos junto con la infusión de Vedolizumab.
- La eliminación del medicamento no utilizado y el descarte de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizarán de acuerdo a la norma de cada institución, en la GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.
- Realizar higiene de manos.
- Finalizada la infusión, lavar la vía con 25 ml de sodio cloruro 0.9% respetando la última velocidad de infusión utilizada.

OTRAS CONSIDERACIONES IMPORTANTES:

- SIEMPRE verificar y registrar marca y lote en historia clínica.
- TENER A DISPOSICIÓN:
 - oxígeno y bolsa de resucitación
 - carro de paro
 - disponibilidad de medicamentos para el manejo de anafilaxia

CONCLUSIÓN

Los anticuerpos monoclonales son medicamentos que se utilizan cada vez con más frecuencia y para tratar una diversidad de patologías. Su administración puede ser por vía subcutánea o por vía intravenosa, de acuerdo a cuál se trate. El modo de preparación debe hacerse respetando las recomendaciones detalladas por el fabricante en la ficha técnica del medicamento. También es importante recordar

que, por tratarse de agentes terapéuticos de naturaleza proteica, su administración puede asociarse a la aparición de reacciones infusionales de distinta severidad. En la mayoría de los casos, estas reacciones ocurren luego de la segunda o tercera dosis (pasado el tiempo de sensibilización), aunque pueden ocurrir en cualquiera de ellas. Por ello es recomendable evaluar el uso de premedicación en cada caso, contemplar antecedentes de alergias que sean

relevantes y tener a disposición protocolos de manejo de este tipo de eventos y el material necesario para ello.

La utilización de anticuerpos monoclonales es un buen ejemplo sobre la importancia de contar y cumplir con protocolos para garantizar la seguridad de los procedimientos, a lo largo de todo el proceso, a fin de resguardar tanto a los pacientes como a los miembros del equipo de salud.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

La ficha técnica de los medicamentos puede consultarse en sitio web de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y en sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).
Recomendaciones generales en seguridad para la preparación de mAbs: Ryan, M., Lam, N., Wright, K., Jim Siderov, J. (2023) Clinical Oncology Society of Australia Position Statement: 2022 update to the safe handling of monoclonal antibodies in healthcare settings. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, vol.19, n°6; 577-762. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ajco.13943>
Formulación y administración de medicamentos biológicos: Krämer, I.; Thiesen, J.; Astier, A. (2020) Formulation and Administration of Bi-

ological Medicinal Products. *Pharm Res* 2;37(8):159. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32743712/>
Fármacos que requieren filtro: Ipema, H.J.; Zacher, J.M.; Galka, E.; Nazari, J.; Varabyeva, A.; Yu, M.; Hartke, P. (2019) Drugs to be used with a Filter for Preparation and/or Administration. *Hospital Pharmacy*, 56(2): 81-87. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7958362/pdf/10.1177_0018578719867660.pdf
Terapias biológicas y procedimientos de Enfermería: Rodríguez Arteaga, E. (2018) *Manual de terapias parenterales y procedimientos en el paciente reumatológico*. (1º ed). Co-

legio Oficial de Enfermería de Madrid. Cap. 3 "Terapias biológicas intravenosas en la actualidad" y Cap. 4 "Terapias biológicas subcutáneas", pp. 91-126. Disponible en: <https://www.codem.es/manuales/manual-terapias-parenterales-y-procedimientos-en-paciente-reumatologico-2018>

Evaluación de nuevos medicamentos de uso hospitalario: Ustekinumab. Comité de Evaluación de nuevos medicamentos de uso hospitalario (2010). Informe de Evaluación nº12/2010. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno del País Vasco. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/medicamentos_hospitalario/es_def/adjuntos/ustekinumab.pdf

¡PUBLICÁ TU ARTÍCULO EN **vea**

VISIÓN DE **enfermería** ACTUALIZADA



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

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

Bases para la publicación de artículos

RECIBIMOS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS RELACIONADAS CON LA DISCIPLINA ENFERMERA

FORMATO DE PRESENTACIÓN

- Tamaño de página: A4
- Cuerpo del texto y bibliografía: Fuente Arial 12
- Notas al pie: Fuente Arial 10
- Interlineado: 1,5
- Extensión: hasta 10.000 caracteres (sin espacio)

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

INFORMACIÓN DEL AUTOR

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

SOBRE EL ARTÍCULO

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

BIBLIOGRAFÍA: FORMATO DE CITA

LIBROS

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

Ejemplo:

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

REVISTAS

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

Ejemplo:

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

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

GRÁFICOS Y FOTOS

- Enviar por separado y con buena resolución de imagen

INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS PROFESIONALES, DOCENTES, INVESTIGADORES Y ALUMNOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS TRABAJOS:

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

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

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