

IDICLAS

REVISTA DIGITAL DE ENFERMERÍA DEL
**INSTITUTO DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y
CAPACITACIÓN LABORAL DE LA SANIDAD**

Mendoza, Argentina
Diciembre de 2023
Número 7



5 Normas de presentación de trabajos científicos

6 Planteamiento del problema de investigación

9 Prácticas seguras de enfermería: Orientadas a las acciones específicas de la Organización Mundial de la Salud

11 Análisis de estrategias de seguridad en la administración de medicamentos en Neonatología

18 Grado de adaptación del adulto mayor a una institución privada

Estudiá Profesiones Esenciales

Enfermería Profesional



STAFF

PRODUCCIÓN GENERAL

Luis Alberto Jezowoicz

DIRECCIÓN

Lic. / Espec. María Rosa Reyes

JEFE DE REDACCIÓN

Lic. / Prof. Pablo Enzo Chinellato
Especialista en Docencia Mg

COMITÉ EDITORIAL

Lic. Mariel Ortiz
Profesores en Enfermería:
Héctor Ortiz
Miriam Castro
Lic. Natalí Ríos

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

D.I. Sergio Sevilla

CORRECCIÓN

Lic. / Prof. Pablo Enzo Chinellato
Especialista en Docencia Mg

RESPONSABLE DE SUSCRIPCIÓN

Adrián Cortez

CONSULTORES ESPECIALISTAS

Lic. Albertina Gonzalez
Lic. Cecilia Luchessi
Lic. Norma Pagés
Lic. / Espec. Franco Casalvieri

COLABORADORES DE 7ª EDICIÓN

María Rosa Reyes / Pablo Enzo Chinellato
Mariel Anahí Ortiz / Millán, M. / Rios, J. /
Sanchez, B. / Roberta Lorena Ponce /
Noelia Gutierrez / Ariel Conrado Quiroga /
Nelvi Mosquez Carvajal / Christian Guarna /
Miriam Castro

Esta publicación es propiedad del Instituto
de Docencia, Investigación y Capacitación
Laboral de la Sanidad
PT 172-DEP-DES-DGE-MENDOZA

Autorizada su reproducción,
mencionando la fuente.

Registro de propiedad intelectual N°

Foto de tapa: Freepik.com

DIRECCIÓN

Morón 265, Mendoza (5500), Argentina.

 www.institutosanidadmza.com.ar

 instisanidadmza@gmail.com

 Facebook

 Instagram

 YouTube

 TikTok

 Biblioteca Digital

 261 714 3690

Sumario

- 4 Editorial
- 5 Normas de presentación de trabajos científicos
- 6 Planteamiento del problema de investigación
/ María Rosa Reyes
- 9 Prácticas seguras de enfermería: Orientadas a las acciones específicas de la Organización Mundial de la Salud */ Mariel Anahí Ortiz*
- 11 Análisis de estrategias de seguridad en la administración de medicamentos en Neonatología
/ Millán, M. / Rios, J. / Sanchez, B.
- 13 Simulación para la calidad en atención de Enfermería
/ Pablo Chinellato
- 18 Grado de adaptación del adulto mayor a una institución privada */ Roberta Lorena Ponce*
- 19 Necesidad de atención de enfermería orientada al cuidado crítico del paciente adulto frente al paciente adulto mayor */ Noelia Gutierrez*
- 21 Aumento de enfermedades demenciales en adultos mayores de Osep Lavalle */ Ariel Conrado Quiroga*
- 23 Aspectos que influyen en la integridad cutánea del adulto mayor debido a la aplicación de cateter periférico "Venoclisis" */ Nelvi Mosquez Carvajal*
- 25 Problemática psicosocial y cultural del adulto mayor hospitalizado por quemaduras */ Christian Guarna*
- 27 Diabetes pediátrica */ Miriam Castro*
- 32 Control de glucemia capilar
- 35 Acto de Colación 2023 Enfermería Profesional y Administración en Empresas de Salud
- 37 Jornada Institucional IDICSA
- 39 Actividades de Instituto IDICSA para la Comunidad
- 41 Egresados Postítulo en Enfermería Geriátrica

Editorial

La 76ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS), órgano decisorio supremo de la OMS, se realizó en mayo del cte. año. El tema fue “La OMS a los 75: salvando vidas e impulsando la salud para todos”.

El **CONCEJO INTERNACIONAL DE ENFERMEÍA- CIE**, asistió y participó activamente en diferentes reuniones de comités y eventos paralelos, contribuyendo a diferentes debates mediante declaraciones escritas y verbales incorporadas al Acta Oficial de la AMS y poniendo de manifiesto consideraciones sobre políticas de enfermería clave por su relación con el contexto actual, formado por una amplia variedad de asuntos de salud global que el CIE ha priorizado para la profesión de enfermería.

El presente informe brinda orientación sobre **dónde** y **cómo** se deben centrar los esfuerzos para promover la salud y la atención de salud, además de las modalidades más estratégicas para hacerlo a todos los niveles aplicando un planteamiento en el que se consideran numerosos grupos de interés. Este documento estratégico sirve para apoyar la formulación de políticas de enfermería: **DEFENSA E INFLUENCIA DE LA ENFERMERÍA EN LA POLÍTICA DE SALUD GLOBAL.**

La consecución de los objetivos de salud global requiere **aportaciones colaborativas de todos los grupos de interés** y, en calidad de uno de los mayores grupos de profesionales de la salud, **la participación de la profesión de enfermería** en un foro como la OMS es fundamental.

La AMS, es una plataforma importante para defender la enfermería y la salud global en nombre de los 28 millones de enfermeras y enfermeros en todo el mundo, tanto en el diseño del personal de salud del futuro hasta poner fin a la “*erradicación de la polio, construir una nueva estructura para la seguridad sanitaria mundial y renovar el impulso hacia la cobertura sanitaria universal.*”

Considerando todo lo mencionado anteriormente, como Institución Formadora de Enfermeros/as - **IDICSA** tiene presente lo acontecido en la AMS y las políticas orientadoras del CIE. Esto se puede observar en la actualización de contenidos en diferentes programas de la **Carrera de Enfermería** y en las actividades de extensión del **Área No Formal** orientadas a la educación continua de enfermeros y estudiantes.

Quienes construimos **IDICLAS**, esperamos encontrarlos en el 2024, acompañándonos con toda la fuerza para mantener en alto el prestigio y calidad de la profesión enfermera considerando las premisas del **CIE**.

Les deseamos Felices Fiestas y un buen año 2024.

La Dirección



Normas de presentación de trabajos científicos



Imagen: Freepik.com

- Podrán participar profesionales del área de salud y afines.
- Los temas que se presenten, deben tener relación con la profesión de enfermería y del contexto de salud en general.
- Mientras esos temas que deseen ser publicados, estén en revisión para IDICLAS, no podrán ser enviados a otras revistas.
- Todos los derechos de producción total o parcial, pasarán a idiclsa.
- Los originales deben presentarse al Comité Editor de la revista, y podrán hacerse consultas al mismo.
- El texto debe ser respetuoso: instituciones y/o comunidades que lo representan
- El texto no debe exceder de 5 hojas, letra arial 12, espaciado a 1 ½ y presentada en soporte digital.
- El comité editor aceptará o rechazará los originales de acuerdo a su calidad científica e idoneidad para la revista.
- En los manuscritos aceptados, se realizarán las modificaciones que se estimen necesarias.
- Una vez revisado por el comité editor, los autores recibirán el texto final para su aprobación.
- El título del trabajo será lo más breve posible, los nombres del autor/es se colocarán a continuación del título del trabajo e incluirá una dirección de email para comunicación referente al artículo.
- Los artículos que aporten datos originales sobre investigaciones deben seguir el formato imryd, que consiste básicamente en la división del texto en cuatro apartados: introducción- Material y método- resultados y discusión.
- El formato de las referencias de artículos y libros, seguirá en general el estilo Vancouver, como en el siguiente ejemplo: SUTTON, Audry. “Enfermería Práctica”. Editorial Interamericana. 1° ed. 2015. (Para Libros).
- Para revistas y publicaciones: STEVENSON, Caroll King. “Máximas precauciones contra la embolia grasa”. Nursing-abril 2015.
- En el texto del artículo las referencias o citas bibliográficas se numerarán consecutivamente, con números arábigos entre paréntesis, en ese orden se agruparán al final del trabajo.
- Las figuras y cuadros con sus títulos y leyendas respectivas se incluirán en página aparte, numeradas consecutivamente y agrupadas después de las referencias.
- Cada figura o cuadro deberá mencionarse al menos una vez al cuerpo del artículo.
- Los originales no se devolverán en ningún caso.
- Cuando se utiliza siglas, deberán ser precedidas de la expresión completa.
- Las unidades de medición utilizadas, serán las mismas del sistema internacional de unidades.

Planteamiento del problema de investigación



Imagen: Freepik.com

Autora

MARÍA ROSA REYES

Licenciada / Especialista en Docencia Universitaria

¿QUÉ ES?

Puede definirse como un enunciado de un asunto o problema actual, que necesita y requiere una acción puntual para la mejora del mismo.

Dicho planteamiento, debe explicar claramente cuál es el impedimento o barrera que presenta el problema **entre el proceso y el estado actual de las cosas**.

Este enunciado o planteo, debe ser **completamente objetivo**, y debe ser enfocado en los hechos del problema y dejar fuera las opiniones o conceptos subjetivos.

Es recomendable que, para una lectura más entendible y mejor estructura del planteamiento del problema, se planteen preguntas tales como:

¿QUIÉN? ¿QUÉ? ¿CUÁNDO? ¿DÓNDE? ¿POR QUÉ?

Con esto se logrará crear, leer, comprender la estructura de éste, y buscar la solución al mismo.

¿EN QUÉ CONSISTE Y QUÉ IMPLICA EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN?

Implica redactar un enunciado donde se exprese detalladamente un problema o un asunto vigente que necesita y requiere una acción puntual para mejorar o dar una solución al mismo.

En dicho enunciado debe explicarse de forma concisa, cual es el impedimento o barrera que presente dicho problema, **entre el proceso y el estado actual de las cosas**.

Debe ser totalmente **objetivo** y estar enfocado en los hechos concretos del problema y dejando de lado toda opinión o explicación subjetiva.

¿ES IMPORTANTE EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN?

Se podría decir que es uno de los pilares que sustentan una buena investigación ya que se trata de una herramienta de comunicación que permitirá a los equipos de trabajo de diferentes Instituciones, a perfilar Pro-

yectos de Mejora Continua, porque podrán hacer uso de los enunciados claros y concisos del problema y así definir y comprender la magnitud del mismo desarrollando posibles soluciones.

Entre los diferentes propósitos que tiene el planteo del problema, se puede mencionar que es identificar y explicar de forma detallada y concisa una visión completa al lector, de lo que está pasando.

- A quien está afectando el problema.
- El tipo de impacto que produce.
- Donde ocurre el problema.
- Por qué ocurre.
- Cuando y cuanto necesita solucionarse.
- Qué resultados se esperan.

Todo lo mencionado, ayuda a tener una visión e idea general de los resultados que se esperan del proyecto de investigación, su alcance y las metas de la solución que se han descrito en el planteamiento.

UN BUEN PLANTEO DEL PROBLEMA AYUDA A GUIAR EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Durante el desarrollo del Proyecto de Investigación, se hace referencia continua a lo expresado en el Planteo del Problema para que el Investigador y su equipo se enfoquen en el mismo y trabajen en la búsqueda de una solución, incluso hasta finalizando el Proyecto. Se lo menciona para que la solución sea implementada como se ha dicho y efectivamente se brinde una solución real y definitiva al problema inicial

Tomar en cuenta que el planteamiento no define la solución ni tampoco delinea los métodos para llegar a la solución. El planteamiento del problema es un enunciado que inicia el proceso al reconocer el problema.

Acá un Ejemplo tomado de:

Artículo original La construcción de la identidad profesional en enfermeros y su relación con el cuidado Profesional

“El cuidado es una actividad cotidiana de la que todos hemos sido partícipes, ya sea como cuidadores o como cuidados. A pesar de esa cotidianidad que lo caracteriza, su estudio se ha convertido en una necesidad actual debido, entre otros factores, a los cambiantes estilos de vida, al envejecimiento poblacional, la baja mortalidad en la senectud, la elevación de la expectativa de vida y el predominio de las enfermedades crónicas.

Estos factores han incidido también en el aumento del índice de dependencia y la demanda de servicios especializados para el cuidado y tratamiento de enfermos.

La enfermería constituye la profesionalización de los cuidados.

En estudios realizados se afirma que la calidad de la práctica en enfermería expresa la identificación con la

profesión y señalan la existencia de problemáticas que influyen en la formación de la identidad del enfermero, como son: la motivación de los docentes enfermeros hacia su profesión y el avance tecnológico que en ocasiones parcializa la verdadera esencia de la enfermería: la relación que se establece con la persona cuidada más que la aplicación de habilidades instrumentales, las cuales son necesarias pero no suficientes.

Los estereotipos en torno a la labor de enfermería también contribuyen al desarraigo identitario; aún existe un imaginario social de la enfermera con uniforme corto, atractiva para el sexo masculino y admiradora del médico.

El cuidado como un factor esencial para identificarse con la enfermería, también se ha desvalorizado al considerarlo como “una actividad de solidaridad innata”, vinculada a cualidades intrínsecamente femeninas.

Queda claro entonces, que el compromiso con la profesión y los sentimientos de pertenencia a un gremio con características especiales como los enfermeros están en la base del buen cuidado.

En Cuba, la población demanda una prestación de servicios con una calidad superior en cuanto a la atención que reciben del personal de enfermería. La necesidad es más evidente en pacientes cuyo estado de hospitalización les hace depender en mayor medida de los cuidados enfermeros.

En el Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Celia Sánchez Manduley”, perteneciente al municipio Manzanillo, resaltan las contradicciones existentes entre la teoría y la práctica de enfermería; entre ellas la insatisfacción que refieren los enfermeros al no contar a veces con los recursos necesarios para cuidar a las personas ingresadas, lo cual trae aparejado quejas de los acompañantes de los pacientes.

También la desvalorización social del actuar profesional enfermero, juega un papel de peso en cómo se ha construido su identidad profesional como cuidadores formales; sobre todo cuando existen estereotipos acerca de la pobre autonomía del personal de enfermería en el equipo de salud. Otra problemática que está incidiendo en que no se realice el cuidado enfermero con eficacia es el ingreso de estudiantes cuya inserción en la carrera está motivada por aspectos que no se vinculan al contenido propio de la enfermería.”

Otro Ejemplo tomado de:

Cuidado en el afrontamiento familiar de adolescentes que consumen drogas Laura Cecilia Zapata Flores, Lorena Realivazquez Pérez, María De Jesús Carrasco Cervantes

La complejidad del fenómeno de las drogas en su amplia contextualización, continúa siendo un problema familiar, social y de salud pública en todo el mundo, lejos de minimizarse se agudiza de manera alarmante en los últimos años como un cáncer que a pesar de los esfuerzos de las diversas asociaciones e instituciones sigue avanzando. El consumo de sustancias psicoacti-



Imagen: Freepik.com

vas, ha sido un tema que ha llegado a un punto álgido donde el Estado se ha quedado corto con el manejo, el control del tráfico y manipulación de estupefacientes, entendiendo que en los últimos años, el golpe al narcotráfico ha generado que las sustancias psicoactivas que fueron pensadas para sacar a otros países se queden circulando al interior del país, generando así, un crecimiento notable en el número de personas que cada día se están sumergiendo en el mundo de las drogas y en el entramado de las sustancias psicoactivas. La familia como grupo primario es la formadora del individuo, pues construye las bases de la personalidad; afirma la identidad y le proporciona una estructura emocional y relacional que le permitirá situarse de forma adecuada ante sí mismo y los demás; sin embargo, cuando la familia no favorece el desarrollo y crecimiento de sus integrantes, éstos pueden ser fácilmente influenciados por otros grupos y realidades, lo cual puede provocar el inicio de la problemática adictiva¹. El problema de las adicciones en la familia se relaciona con su estructura acuñada por aspectos históricos, sociales, culturales y económicos, los cuales consideran a las adicciones como un problema que requiere ser ocultado y guardado como un secreto familiar². De ahí que, se complejice aún más la problemática de las adicciones en la familia, pues se convive entre la negación y el ocultamiento, de la persona con adicción³. En el mundo actual es evidente que son múltiples las percepciones que han surgido frente a las problemáticas que emergen del consumo de sustancias psicoactivas,

por lo tanto no se podría establecer como situación unívoca ya que en este caso se tienen en cuenta, tanto lo que piensa las familias que tienen jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas, como el consumidor de dichas sustancias. Por lo anterior el objetivo de esta investigación fue, conocer los significados y afrontamiento familiar de adolescentes que consumen drogas en rehabilitación.

Como se puede observar en los ejemplos anteriores, el/los autores, describen detalladamente cada uno de los aspectos que componen la problemática observada, mencionando a quienes está afectando, el impacto producido. En algunos casos donde ocurre y los objetivos que como investigadores proponen para dar solución al problema.

Si cumplen con estas premisas, el/los investigadores tendrán la garantía de iniciar por un buen camino, su proyecto de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Equipo Editorial de INDEED-Actualizado al 30/09/2022
- Revista Cubana de Enfermería. 2020;36(4):e2506 1-Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES
- RECIEN Revista Científica de Enfermería ISSN 1989-6409 SCELE Sociedad Científica Española de Enfermería Núm. 24, 2023, pp. 7-17 <https://doi.org/10.14198/recien.23329> Artículos originales

Prácticas seguras de enfermería: Orientadas a las acciones específicas de la Organización Mundial de la Salud



Imagen: Freepik.com

Autora
LIC. MARIEL ANAHÍ ORTIZ

RNAO: ASOCIACIÓN DE ENFERMEROS REGISTRADOS DE ONTARIO EN LAS BUENAS PRÁCTICAS

La Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) es líder de renombre mundial en el desarrollo de guías y la aceptación, sostenibilidad y evaluación de prácticas basadas en evidencia. RNAO desarrolla guías de buenas prácticas (GBP) basadas en la evidencia, apoya activamente la implementación de las guías en todos los sectores y evalúa el impacto en los pacientes, las organizaciones y el sistema de salud. Las guías de buenas prácticas (GBP) de RNAO son documentos ba-

sados en la evidencia y desarrollados sistemáticamente, incluyen recomendaciones para enfermeras, equipos interprofesionales de la salud, educadores, líderes y legisladores sobre cómo mejorar los resultados para los pacientes y sus redes de apoyo. Las guías promueven la coherencia y la excelencia en la atención clínica y los entornos de trabajo saludables.

Para presentar trabajos sobre buenas practicas se puede acceder siendo enfermeros o estudiantes de enfermería de todo el mundo, se han realizado inversiones en todos los países que se deseen participar para mejorar la calidad de atención y seguridad en los pacientes, y es para la enfermería un logro y un honor contar con una asociación que privilegió la investigación y capacitación en la atención y cuidados basados en la evidencia y la humanización de los mismos.

ACCIONES ESPECÍFICAS QUE PLANTEA LA OMS

Estas guías trabajan con las acciones específicas implementadas por la Organización Mundial de la Salud OMS las cuales buscan aplicar buenas prácticas orientadas a brindar cuidados de calidad, las mismas son 6:

1. IDENTIFICAR CORRECTAMENTE A LOS PACIENTES

La Correcta Identificación de los Pacientes es esencial para evitar errores durante el proceso de atención. Existen algunos factores que favorecen el error de identificación: pacientes desorientados o sedados, con alteraciones de la conciencia, nombres similares o iguales a otros, ancianos, discapacidad sensorial (ceguera, sordera), etc. Todo el personal de un hospital debe manejar la identificación del paciente para cualquier técnica, estudio o derivación que se realice.

2. MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

La complejidad del servicio de salud puede complicar la Comunicación. Las fallas de comunicación están involucradas en la gran mayoría de los errores que suceden durante la atención. Se recomienda evitar el Uso de Abreviaturas, Evitar el "Igual tratamiento" en las Indicaciones escritas, evitar indicaciones verbales sin respaldo escrito. Para el éxito de la comunicación se debe asegurar que el emisor reciba el mensaje y por ello la asertividad es esencial no solo entre colegas sino también con los pacientes, tener en cuenta las capacidades de entendimiento del otro es esencial a la hora de transmitir un mensaje por lo tanto el respeto al paciente debe existir siempre y la transmisión de la información debe existir siempre de una manera adecuada.

3. MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

Se deben desarrollar políticas y procedimientos dirigidos a la adecuada gestión (selección, almacenamiento, prescripción, dispensación y administración) de los medicamentos de alto riesgo dentro de la Institución, con el objetivo de reducir al máximo la probabilidad de la ocurrencia de errores.

Los puntos que se han priorizado en esta Meta Internacional han sido la adecuación de la Farmacia, el stock en los Servicios y/o Programas, y la Preparación, para hacerlas seguras.

4. GARANTIZAR CIRUGÍAS EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y AL PACIENTE CORRECTO

El propósito es asegurar el Procedimiento Correcto, el Sitio Correcto y en el Paciente Correcto. Si usted debe operarse, en el quirófano de un hospital se le pre-

guntará reiteradamente su nombre, su operación indicada, su sitio a operar, se solicitarán estudios complementarios. Se realiza la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía de la OMS.

5. REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD

Los hospitales a través de la estrategia dispuesta por el Comité de Control de Infecciones y el Servicio de Infectología con las enfermeras de IACS (Infecciones asociadas al cuidado de la Salud), promueve acciones tendientes a disminuir las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

La Higiene de Manos es la medida más eficaz para evitar infecciones. Todas las personas que concurren al hospital deben guardar una correcta higiene de manos, con agua y jabón o gel alcohólico.

6. REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS

Se deben implementar estrategias tendientes a Reducir el Riesgo de Caídas, que involucra al Personal, al Paciente y a su Familia/amigos. La presencia de barandas levantadas, la contención física del paciente si lo requiere, la permanencia de acompañante, son algunas medidas preventivas, así como la evaluación del riesgo de caídas. Conocer las características del paciente, si existe polifarmacia, es decir la valoración de enfermería es esencial para identificar pacientes que tengan riesgo de sufrir caídas.

CAMBIO CULTURAL EN SALUD

El cambio cultural es la meta final y esencial, tiene relación con la producción que se debe dar en los individuos de una organización sanitaria desde los valores, cualidades, competencias que permiten ser transmisibles a su entorno y de esta manera colectivamente, porque para que el cambio cultural en los cuidados de las personas sea efectivo desde la calidad, deben ser transmisibles a todos los que son partes de una organización y que busquen como objetivo brindar una atención segura y humanizada.

BIBLIOGRAFÍA

- RNAO: Programa de guías de buenas prácticas <https://rnao.ca/bpg/spanish-resources>
- Organización Mundial de la salud: Seguridad del paciente. 11 de septiembre de 2023 / <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- E.S.P: Enfermería y seguridad del paciente. Revista Digital / <https://www.enfermeriayseguridaddelpaciente.com/2020/09/20/metlas-internacionales-para-la-seguridad-del-paciente-joint-commission-international/>

Análisis de estrategias de seguridad en la administración de medicamentos en Neonatología



Imagen: Freepik.com

Autores

MILLÁN, M. / RIOS, J. / SANCHEZ, B.

Servicio de Neonatología

INTRODUCCIÓN

Los recién nacidos son pacientes que requieren especial atención y cuidados debido a la alta vulnerabilidad que presentan por la inmadurez de sus sistemas orgánicos. En relación a la administración de medica-

mentos estos pacientes presentan distinta farmacocinética a los pacientes adultos y pediátricos; además su complejidad provoca que las consecuencias ante un error sean potencialmente graves o fatales. La organización mundial de la salud ha enfatizado durante los últimos 20 años en la elaboración de medidas y estrategias con el fin de mejorar la calidad de atención y promover la seguridad del paciente, por lo cual en 2017 presentó el Tercer Reto Mundial denominado “Medicación sin daño” con el objetivo de disminuir los eventos adversos.

OBJETIVOS

Identificar las medidas implementadas en las unidades neonatales relacionadas a la administración segura de medicamentos.

Conocer los principales eventos adversos en la administración de medicamentos en el paciente recién nacido.

Reconocer las medidas recomendadas sobre seguridad del paciente utilizadas en unidades neonatales.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática entre los meses de mayo y agosto de 2023 con el objetivo de recolectar información, utilizando palabras claves como administración segura, neonatología, recién nacido y seguridad del paciente. Se consultaron estudios de casos, estudios descriptivos, guías de prácticas clínicas, protocolos de atención y artículos originales. Las fuentes bibliográficas incluyen revistas de enfermería electrónicas y sitios especializados como PubMed, Scielo, Scientific Electronic, Library Online, Cochrane, Medline y Lilacs. Se analizaron 38 publicaciones realizadas en los últimos 7 años, se excluyeron estudios de mayor antigüedad. Se incluyen estudios publicados en español y en inglés realizados en países de América Latina y Europa

RESULTADOS

Diversos estudios coinciden que los eventos adversos más frecuentes en la administración de medicamentos son: errores en la dosificación, velocidad de administración incorrecta, administración de dosis tóxicas, uso de diluyentes no compatibles, confusión de medicamentos por nombres y envases similares. Los autores coinciden que las estrategias para evitar eventos adversos incluyen capacitación continua y adecuada dotación del personal, uso de guías prácticas, protocolos y directrices, seguimiento y registro de eventos adversos, comunicación efectiva interdisciplinaria, reuniones del equipo de salud, participación del farmacéutico y uso de listas de verificación. Estudios recientes investigan la eficacia y eficiencia de medicamentos como ibuprofeno, insulina, sedoanalgésicos, morfina para ser administrados de manera segura en recién nacidos. Además se intenta elaborar bases conceptuales para la administración segura de alimentación parenteral y electrolitos que son frecuentemente usados en neonatología.

CONCLUSIONES

La administración de medicamentos en neonatología requiere de personal capacitado y comprometido debido a la complejidad del paciente y a la gravedad de los daños en caso de eventos adversos. Las investigaciones recientes son escasas pero indican la necesidad

de adquirir herramientas y estrategias para brindar una atención segura a los recién nacidos e implementar un cambio cultural orientado al perfeccionamiento continuo sobre la seguridad del paciente.

Administración de medicamentos

"ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN NEONATOLOGÍA"
Autores: MILLÁN, María - RIOS, Johana - SANCHEZ, Beatriz
Servicio de Neonatología, Hospital A. Perrupato
San Martín - Mendoza - Argentina

Los recién nacidos requieren especial atención cuidados debido a la alta vulnerabilidad que presentan por la inmadurez de sus sistemas orgánicos. En relación a la administración de medicamentos, la farmacocinética diferente a adultos y pediátricos; además su complejidad provoca que las consecuencias ante un error sean potencialmente graves o fatales

La organización mundial de la salud ha enfatizado durante los últimos 20 años en la elaboración de medidas y estrategias con el fin de mejorar la calidad de atención y promover la seguridad del paciente, por lo cual en 2017 presentó el Tercer Reto Mundial denominado "Medicación sin daño" con el objetivo de disminuir los eventos adversos.

OBJETIVOS

Identificar las medidas implementadas en las unidades neonatales relacionadas a la administración segura de medicamentos.
Conocer los principales eventos adversos en la administración de medicamentos en el paciente recién nacido.
Reconocer las medidas recomendadas sobre seguridad del paciente utilizadas en unidades neonatales.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática. Palabras claves: administración segura, neonatología, recién nacido y seguridad del paciente. Se analizaron 38 publicaciones realizadas en los últimos 7 años. Se incluyen estudios publicados en español y en inglés realizados en países de América Latina y Europa

RESULTADOS

Diversos estudios coinciden que los eventos adversos más frecuentes en la administración de medicamentos son: errores en la dosificación, velocidad de administración incorrecta, administración de dosis tóxicas, uso de diluyentes no compatibles, confusión de medicamentos por nombres y envases similares

Los autores coinciden que las estrategias para evitar eventos adversos incluyen capacitación continua y adecuada dotación del personal, uso de guías prácticas, protocolos y directrices, seguimiento y registro de eventos adversos, comunicación efectiva interdisciplinaria, reuniones del equipo de salud, participación del farmacéutico y uso de listas de verificación.

Estudios recientes investigan la eficacia y eficiencia de medicamentos como ibuprofeno, insulina, sedoanalgésicos, morfina para ser administrados de manera segura en recién nacidos. Además se intenta elaborar bases conceptuales para la administración segura de alimentación parenteral y electrolitos que son frecuentemente usados en neonatología.

Simulación para la calidad en atención de Enfermería



Imagen: Freepik.com

Autor

LIC. PROF. PABLO CHINELLATO

Mg. en Enfermería / Esp. en Docencia
chinellatopenzo@gmail.com

Actualmente la seguridad del paciente es un problema de salud pública a nivel mundial, debido a que no sólo tiene repercusiones en la salud de las personas, sino que además ocasiona grandes pérdidas económicas.

La seguridad del paciente y la simulación clínica
Laura Hernández Gutiérrez, A. Vianey Barona Núñez, Cassandra Durán Cárdenas, Hugo E. Olvera Cortés, A. Gabriela Ortiz Sánchez, Silvia A. Ávila Juárez, Sara Morales López. 2017

En el año 1999, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos concluyó en el informe llamado Errar es humano, que entre 44.000 y 98.000 personas mueren al año como resultado de errores de atención, con un impacto económico muy alto “Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Toerris human: building a safer health system. Washington, DC: Academy Press; 1999”.

La necesidad de practicar sin riesgo en los pacientes, la incorporación de nuevos protocolos de actuación, las nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento, así

como la necesidad de un abordaje multidisciplinario para el cuidado del paciente, obligan a un cambio de paradigma hacia una visión de adiestramiento en los equipos de salud “Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Herbert L, Localio AR, Lawters AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study. N Engl J Med. 1991;324:370-6”.

Debido a que el objetivo principal de los profesionales debe ser la atención de la salud con la mejor calidad posible, la educación de los profesionales es el medio fundamental para lograr este objetivo ayudando a los futuros equipos de salud a desarrollar una gama adecuada de habilidades, conocimientos y actitudes, es decir competencias para su óptimo desempeño.

Nie Y, Lin L, Duan Y, Chen P, Barraclough BH, Li J. Patient safety education for undergraduate medical students: a systematic review. BMC Med Educ. 2011;11:33.

La simulación clínica surge como una nueva estrategia de enseñanza para los estudiantes, ya que es una herramienta cuyos objetivos principales son: la realización con la posterior repetición de habilidades y destrezas, y la imitación y entrenamiento de situaciones poco comunes, así como la equidad en el aprendizaje; de esta manera, la simulación permite llevar el error hasta sus

últimas consecuencias sin que sea una situación real, lo que favorece la reflexión objetiva durante o después del error. Todo lo anterior ocurre en un ambiente o escenario lo más real posible y seguro.

Madigosky WS, Headrick LA, Nelson K, Cox KR, Anderson T. Changing and sustaining medical students knowledge, skills, and attitudes about patient safety and medical fallibility. Acad Med. 2006;81:94-101.

Patey R, Flin R, Cuthbertson BH, et al. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. Qual Saf Health Care. 2007;16:256-9.

La simulación también puede usarse para la adquisición de otras competencias, por ejemplo, las relacionadas con la comunicación efectiva entre pares, entre profesionales-paciente y entre los miembros del equipo de trabajo y los diferentes equipos multidisciplinares que colaboran entre sí incluyendo en la seguridad del paciente

Patey R, Flin R, Cuthbertson BH, et al. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. Qual Saf Health Care. 2007;16:256-9.

La Simulación en Salud, o Simulación Clínica es un proceso dinámico que:

- Involucra la creación de una situación hipotética.
- Incorpora una representación auténtica de la realidad.
- Facilita la participación activa del estudiante integrando las complejidades del aprendizaje práctico y teórico.
- Permite la repetición, retroalimentación, evaluación y reflexión.
- No presenta riesgo de causar daño al sujeto de atención.

Para la inserción curricular de la Simulación Clínica en las carreras de salud, se debe pensar en el sistema educativo centrado en el desarrollo de capacidades. La educación por capacidades pone al estudiante en un contexto de aprendizaje activo. Para ello es necesario considerar cuáles son los objetivos de aprendizaje que deseamos que el estudiante alcance, en función del perfil de egresado y el espacio curricular donde nos desempeñamos como docentes.

Tabla 1. Tópicos recomendados por la OMS sobre la seguridad del paciente
1. ¿Qué es la seguridad del paciente?
2. ¿Qué son los factores humanos y por qué son importantes para la seguridad del paciente?
3. Comprensión de los sistemas y el impacto de la complejidad de la atención de los pacientes
4. Trabajo en equipo efectivo
5. Comprender los errores y aprender de ellos
6. La comprensión del riesgo clínico y su gestión
7. Introducción a los métodos de mejora de calidad
8. Compromiso con los pacientes y cuidadores
9. Reducir al mínimo las infecciones a través de mejorar su control
10. La seguridad del paciente y los procedimientos invasivos
11. Mejorar la seguridad en la medicación

Fuente: <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/curriculum-guide>

La OMS publicó una Guía Curricular para las escuelas de medicina y enfermería, con el fin de introducir y promover la educación de la seguridad en el paciente. Esta guía (tabla 1) contiene 11 puntos que deberán ser introducidos en el plan curricular de las escuelas de salud mediante estrategias de enseñanza que ayuden a comprender la seguridad del paciente.

La estrategia de la simulación clínica tiene mucho que ofrecer en este sentido, desde la gestión de errores, el trabajo en equipo, mejorar el rendimiento en sistemas complejos y, sobre todo, fomentar la cultura de la seguridad del paciente.

Dieckman Peter PhD. Simulation settings for learning in acute medical care in: Using simulation for Education, Training and Research. Germany: Science Publishers, 2009, p. 98-150.

Esta taxonomía consta de una serie de niveles que se concentran en:

- Recordar
- Comprender
- Aplicar
- Analizar
- Evaluar
- Crear

Las oportunidades que brinda un taller de Habilidades:

- Realizar práctica deliberada
- Desarrollar una Habilidad con objetivos claros y bien definidos
- Realizar coaching continuo
- Realizar feedback continuo
- Realizar debriefing



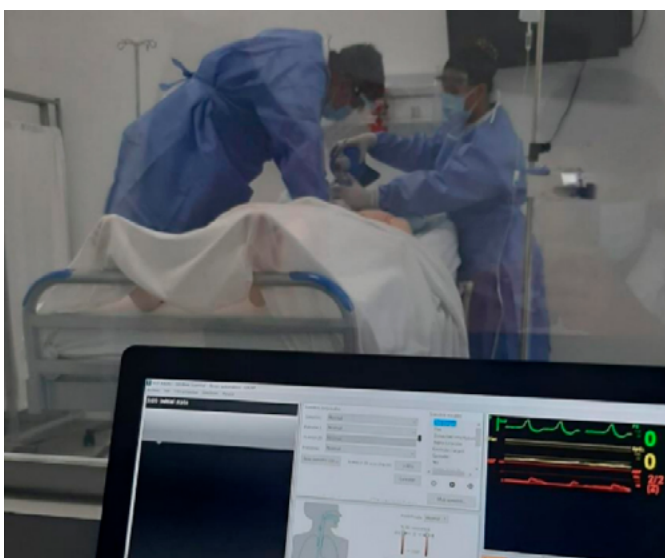
Elementos de Simulación Clínica:

- Actores o actrices
- Simuladores

Se pueden distinguir los siguientes tipos de simulador:

- **Simuladores por partes o part-task trainers.** Este tipo de simuladores llevan usándose desde hace años en el ámbito enfermero. Por este tipo de simulación se entiende a la que se realiza con equipos que permiten la réplica y el ensayo de habilidades técnicas básicas en ausencia de un modelo anatómico completo, es decir, usando únicamente aquella parte concreta del cuerpo que es necesaria para la ejecución de esa práctica (brazo, cabeza, tórax, etc.). Su fidelidad o realismo va en función de la complejidad del mecanismo que use el dispositivo. Ejemplos de habilidades que se pueden simular con este método son la inserción de catéteres intravenosos o urinarios, la técnica de inyección, el masaje cardíaco, limpieza de la boca, entre otros.
- **Modelos anatómicos de tamaño completo o casi completo.** Son maniqués completos o casi completos y de proporciones similares a una persona, tanto infantil como adulta. Estos pueden ser simples, sin

ningún mecanismo que lo haga ser más complejo, útiles para la práctica de habilidades de baja complejidad como aseo de pacientes, cambios posturales, traslado de pacientes, etc. En un nivel intermedio, están los maniqués dotados de algunas capacidades de retroalimentación y pueden tener un programa informático que simule algún signo clínico específico como el ritmo cardíaco que puede ser valorado mediante la monitorización. Los de mayor complejidad, también llamados simuladores integrados, presentan un software más complejo que aporta avanzadas características no sólo físicas sino fisiológicas (cardiovasculares y respiratorias principalmente), incluyen altavoces para comunicarse con los participantes en la simulación, permiten la realización de varias técnicas de manera simultánea, canalización de vías y drenajes, administración de drogas, intubación, etc. Todos los parámetros que simulan se manejan a distancia, normalmente desde una sala contigua, tanto mediante conexión con cables o de forma inalámbrica, siendo posible la modificación "in situ" de los parámetros fisiológicos como el ritmo cardíaco, respiración, apertura y cierre ocular en función de transcurso del escenario de la simulación.



- **Simulación de baja fidelidad.** Se caracteriza por el uso de simuladores estáticos, que no presentan ningún tipo de parámetro fisiológico, sin complejidad tecnológica. También el uso de elementos como naranjas esponjas y otros elementos entran en este grupo. Las sensaciones de realidad que aportan a los participantes son escasas. Este tipo de simulación no



requiere gran cantidad de recursos para su desarrollo aunque es útil y perfectamente válida como primera toma de contacto con la práctica. El tipo de habilidades que se pueden ejercitar son aquellas de tipo técnico y con baja complejidad como técnicas de higiene. Incluye simuladores que replican algunos parámetros fisiológicos (mediante el empleo de software) o características anatómicas más realistas. Este tipo de simulación tiene como objetivo la práctica de todas aquellas habilidades técnicas más complejas, que requieren mayor interacción entre el alumno y el simulador, aportando al participante mayor sensación de realismo tanto visual como de tipo táctil. Ejemplos son el brazo para entrenar la toma de la tensión arterial o el que está específicamente diseñado para la canulación de vías venosas, modelos de tamaño completo con posibilidad de monitorización y desfibrilación, etc. También están incluidas dentro de este tipo de simulación las actividades de juegos de rol o role-playing.

- **Simulación de alta fidelidad.** También llamada simulación de alto realismo o simulación a escala real (SER). Consiste en la reproducción de situaciones que pueden darse en la realidad en menor o mayor grado tanto de frecuencia como de gravedad y en ambientes diversos tanto clínicos como quirúrgicos. Incluye el uso de simuladores integrados con mediana o elevada complejidad funcional y tecnológica situados en un contexto y entorno que simule un escenario de actuación real o muy similar a la realidad como una habitación de hospital, consulta de un centro de salud o reproduciendo un quirófano, con los materiales que sean necesarios.

El Centro Nacional de Simulación Clínica de Enfermería (CeNSiCE) se creó con el propósito de mejorar la formación y capacitación continua de los/as enfermeros/as en Argentina y garantizar la seguridad de los pacientes y la calidad de atención de la salud.

Consejo Federal de Educación dictó la Resolución CFE N° 290/16 de creación del Programa Nacional de Enfermería (PRONAFE) con el objetivo de “aumentar la cantidad y calidad de los técnicos superiores en enfermería en Argentina a través del fortalecimiento institucional y académico de instituciones superiores de gestión pública y privada con oferta en enfermería”. La vigencia de programa fue renovada por la Res. N° 385/20 del CFE.

En esta última década, la República Argentina inició un proceso creciente para alcanzar mayores y mejores niveles de formación median PRONAFE y obtener la cantidad suficiente de profesionales de la enfermería y lograr el impacto deseado en el cuidado integral de la salud de la persona, la familia y la comunidad.

Bajo las reglamentaciones vigentes el **Instituto de la Sanidad IDICSA** es partes de la familia PRONAFE y de Red Nacional de Simulación Clínica (ReNaSiC).

Basado en estos principios nace el objetivo principal de la creación de laboratorios de Simulación en **Instituto de Docencia, Investigación y Capacitación Laboral de la Sanidad IDICSA** en donde se prima la formación con habilidades, capacidades y cuidados de Enfermería mediante el análisis de casos elaborados y llevados adelante por profesionales del área y educadores de alto prestigio en simulación clínica, nuestros inicios se dieron durante el 2020 y hoy contamos con espacios de simulación de Cuidados Generales, Clínicos en el Adulto, Obstétricos y Pediátricos logrando en este 2023 la conformación de espacios tecnológicos preparados para la simulación clínica, nuestros espacios esta provistos de:

1. Camas ortopédicas.
2. Camas eléctricas.
3. Cunas térmicas.
4. Incubadoras.
5. Balanza de plato.
6. Bombas infusores.
7. Electrocardiógrafos.
8. DEA y DESA.
9. Colchón antiescaras.
10. Arcos.
11. Ropa de cama.
12. Balanza digital.
13. Tensiómetros.
14. Oxímetros.
15. Termómetros.
16. Simuladores de fidelidad en RCP.
17. Simuladores Anatómicos.
18. Simuladores de cuidados generales con articulación.
19. Brazos, torsos de RCP, Pelvis.
20. Simuladores de parto.
21. Simuladores de heridas.
22. Simuladores de hemorragias.
23. Simuladores de fracturas.
24. Simuladores de isquemias.
25. Simuladores de intubación.
26. Simuladores pediátricos.

27. Simuladores neonatales.
28. Simuladores de amputación.
29. Respirador / Ventilador mecánico.
30. Cardio desfibrilador.
31. Monitor Multiparamétrico.
32. Elementos de cuidados de enfermería entre otros.

La premisa de Instituto de la Sanidad IDICSA esta centrada en la formación de Enfermeros/as preparados para la demanda en la atención con base en el conocimiento, capacidades, habilidades y razonamiento crítico.



Grado de adaptación del adulto mayor a una institución privada

Autora

LIC. PONCE ROBERTA LORENA

https://drive.google.com/file/d/1EysqhX_VUf6-oG5Bfs-7Mt_u-A8l4AVuY/view?usp=drive_link

El presente trabajo de investigación detalla los cambios que existen en el proceso de envejecimiento, que afectan tanto el aspecto biológico como psicológico de la persona y una importante transformación en el papel social, en los adultos mayores de la Residencia “Club de vida”, ubicado en el departamento de Godoy Cruz.

La idea de realizar una investigación sobre el grado de adaptación del adulto mayor se da ya que en los últimos años ha habido un incremento de la población de adultos mayores y se ha observado que cada vez son mayores las solicitudes de internación en este tipo de instituciones y la cantidad de geriátricos, residencias en funcionamiento.

El objetivo que persigue esta investigación es determinar mediante un estudio el grado de adaptación del adulto mayor a una institución privada, internados en la Residencia “Club de Vida”, de la ciudad de Godoy Cruz, Mendoza, los meses mayo y junio del año 2023. De esta manera el profesional en enfermería contribuye para conocer e identificar las dificultades de adaptación inicial de los adultos mayores en los geriátricos y poder mejorar su calidad de vida.

Por último, se tomó una muestra, en la cual se analizaron las distintas variables que presentaba la población seleccionada y mediante métodos estadísticos se estableció la problemática real.

CONCLUSIÓN

El envejecimiento es un proceso caracterizado por una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que le confieren una mayor vulnerabilidad en la esfera social, familiar y personal al adulto mayor pero no alteran su condición y dignidad de “persona”, de ser humano a pesar de la pérdida de ciertas facultades.

Para tratar adecuadamente la problemática de la vejez el profesional debe tener suficientes conocimientos teóricos y técnicos no solo de Gerontología, sino también de bioética, sociología y psicología para poder hacer un manejo más integral de este tipo de paciente.

Entendiendo que somos seres sociales y lingüísticos, que nos creamos en y a través del lenguaje, podemos determinar la importancia que tiene en los adultos mayores la escucha activa asociada a una comunicación empática, asertiva y amorosa.

Gracias a la investigación que se realizó, se pudo observar, la falta de contención que tiene el adulto mayor, lo abandonado y aislado que interpreta que se siente, observándose que con solo brindarles “comunicación” empática y asertiva a través de entablar conversaciones amorosas, escucha activa, entendiendo que la misma significa oír con paciencia, y hacerlos sentir necesarios e importantes para la sociedad, le aportamos herramientas y habilidades para poder adaptarse saludablemente a una institución privada.

Con la investigación obtenida y realizada en la residencia “Club de vida”, la autora logró realizar el análisis pertinente de las variables planteadas, de los cuales se obtuvieron datos en relación con el grado de adaptación de los adultos mayores en una institución privada. Los mismos reflejaron que el 50% de la población investigada tuvo dificultades en su adaptación relacionadas con el cambio de rutinas, su privacidad, sus relaciones emocionales y sus interpretaciones con respecto a la necesidad o no de haber sido ingresados a la institución. También se pudo comprobar que mientras más independientes eran en su lugar habitual de residencia mejor adaptabilidad tuvieron en la institución.

Del análisis de la investigación surgen nuevas posibilidades que nos llevan a plantearnos alternativas innovadoras y creativas, que puedan impactar en el grado de adaptabilidad del adulto mayor, logrando un completo bienestar biopsicosocial del mismo y aportando a la sociedad una nueva mirada con respecto al paso inevitable de los años.

Necesidad de atención de enfermería orientada al cuidado crítico del paciente adulto frente al paciente adulto mayor



Imagen: Freepik.com

Autora
LIC. GUTIERREZ NOELIA

https://drive.google.com/file/d/1oRcj5icAq68gNwiG-tTbG6gJSJTvobRto/view?usp=drive_link

En este trabajo científico desde el paradigma de atención intrahospitalaria podemos mencionar que; En el servicio de terapia intensiva del Hospital Luis Lagomaggiore en el año 2023, se observa una necesidad

creciente de atención de enfermería orientada al cuidado del paciente adulto mayor en comparación con el paciente adulto. El envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida han llevado a un aumento en la presencia de pacientes adultos mayores en las unidades de cuidados intensivos.

La atención de enfermería centrada en el adulto mayor en terapia intensiva requiere un enfoque especializado debido a las particularidades y necesidades únicas de esta población. Los adultos mayores presen-



Imagen: Freepik.com

tan una mayor vulnerabilidad debido a la presencia de enfermedades crónicas, disminución de la reserva fisiológica y mayor fragilidad. Estos factores aumentan el riesgo de complicaciones y la necesidad de cuidados intensivos.

La enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado del paciente adulto mayor en terapia intensiva. Se deben implementar estrategias para garantizar la seguridad del paciente, como la prevención de caídas, la prevención de úlceras por presión y la prevención de infecciones. Además, se deben tener en cuenta las necesidades emocionales y psicosociales de los adultos mayores, brindándoles apoyo emocional, promoviendo la comunicación y la participación activa en su cuidado.

El manejo adecuado de la polifarmacia es otro aspecto esencial en el cuidado de los adultos mayores en terapia intensiva. Los enfermeros deben estar atentos a las interacciones medicamentosas y a los efectos adversos de los medicamentos, adaptando las dosis y los horarios según las necesidades individuales de cada paciente.

Asimismo, la promoción de la movilidad y la funcionalidad en los adultos mayores en terapia intensiva es crucial para prevenir la pérdida de fuerza y la disminución de la autonomía. La terapia física y ocupacional desempeñan un papel importante en este aspecto, y los enfermeros deben colaborar activamente con estos profesionales para optimizar los resultados del paciente.

CONCLUSIÓN

La atención de enfermería orientada al cuidado del paciente adulto mayor en comparación con el paciente adulto en el servicio de terapia intensiva presenta desafíos y necesidades específicas que deben abordarse de manera adecuada.

A lo largo de este trabajo de investigación, hemos analizado las diferencias físicas, emocionales y sociales

entre ambos grupos de pacientes, así como los obstáculos particulares que enfrentan los adultos mayores en este entorno de cuidados críticos. Es evidente que el paciente adulto mayor en terapia intensiva requiere una atención de enfermería individualizada y centrada en sus necesidades particulares. Los cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento, como la disminución de la reserva funcional y la presencia de comorbilidades, requieren una evaluación y monitorización más estrecha por parte del personal de enfermería. Además, es crucial considerar los aspectos emocionales y psicosociales del paciente adulto mayor, brindando un apoyo adecuado para ayudarles a enfrentar el estrés y la ansiedad asociados con la enfermedad crítica y el entorno de terapia intensiva.

La implementación de estrategias de atención de enfermería adaptadas a los pacientes adultos mayores en terapia intensiva puede tener un impacto significativo en los resultados y la calidad de vida. Al proporcionar una comunicación clara y efectiva, fomentar la participación activa del paciente y sus familiares en el plan de cuidados, y promover intervenciones que aborden las necesidades específicas de este grupo de pacientes, se pueden reducir las complicaciones, mejorar la recuperación y promover el bienestar integral.

Es fundamental que los profesionales de enfermería estén debidamente capacitados y actualizados en cuanto a los conocimientos y habilidades necesarios para brindar una atención de calidad a los pacientes adultos mayores en terapia intensiva. Esto implica la formación continua y el desarrollo de competencias específicas en el cuidado gerontológico, así como la implementación de protocolos y guías de práctica basados en la evidencia.

La enfermería desempeña un papel crucial en el logro de estos objetivos y debe ser reconocida como una parte integral e indispensable del equipo de atención en terapia intensiva.

Aumento de enfermedades demenciales en adultos mayores de Osep Lavalle



Imagen: Freepik.com

Autor

LIC. QUIROGA ARIEL CONRADO

https://drive.google.com/file/d/1XVFnJdtHMn350BAtE-Q04ETq6HY5fOkSg/view?usp=drive_link

El aumento en la expectativa de vida en las personas en los últimos años se a dado gracias a los avances tecnológicos, mejoras en las condiciones de los servicios de salud, agua potable, electricidad, accesibilidad a bienes de consumo y desarrollo de vacunas.

En la provincia de Mendoza se estima por datos de los últimos censos, una población aproximada de 250000 mil adultos mayores. De cuales mas de 41000 mil adultos mayores tienen mas de 80 años. La po-

blación de adultos mayores en Mendoza representa el 15,8% del total de la población.

Según datos extraídos del ultimo reporte de la Dirección nación de población, se espera que el porcentaje de jóvenes iguale al porcentaje de adultos mayores. Pasando de una estructura joven a una población en proceso de envejecimiento.

Dentro de las provincias con mas envejecimiento se destaca Buenos Aires, Mendoza, Córdoba y Corrientes.

Este aumento en la longevidad de las personas conlleva a un aumento de enfermedades que aparecen con el envejecimiento, tal es el caso que planteamos como objeto de estudio en el desarrollo del problema, la demencia como una enfermedad que no solo acarrea una discapacidad en la persona que la padece si no

también un altísimo grado de dependencia y problemas en el entorno social del paciente.

Se estima que en Argentina uno de cada ocho adultos mayores padece demencias, tal es el problema que el ministerio de desarrollo social elaboro un programa destinado a los cuidadores y cuidadoras de pacientes con demencias o deterioro cognitivo, con el fin de mejorar la calidad de vida de estas persona.

Según datos de la OPS (Organización panamericana de salud), muchas demencias cursan sin ser diagnósticas y al momento de ser evidentes las oportunidades en materia de prevención y tratamiento de complicaciones son limitadas.

Considerando lo mencionado, el ministerio de salud viene trabajando en políticas de salud publica que puedan responder a la demanda del servicio sanitario ante el crecimiento demográfico de pacientes adultos mayores, sobre todo en aquellos que presentan patologías que conllevan a un grado de dependencia altísimo como las demencias.

CONCLUSIÓN

La población de adultos mayores afiliados a OSEP Lavalle esta en crecimiento como la población general de adultos mayores de la provincia, esto como mencione al principio del trabajo conduce a nuevos desafíos para el servicio de salud, por el aumento de enfermedades en este grupo etario.

La investigación nos confirma que los casos de demencias van en aumento por lo que es necesario tomar medidas preventivas respecto esta enfermedad y sus factores de riesgo en la vida adulta.

La mortalidad (otro punto analizado en la investigación), alcanza al 30 % de los casos en lapso no superior a cuatro años. Esto habré puertas a nuevas investigaciones de enfermería en materia de cuidados del adulto mayor con demencias, dentro del efector de salud y fuera, ya sea en el entorno familiar o centros de cuidados como geriátricos o centros de días.

Las enfermedades mas prevalentes dentro de la población de adultos mayores estudiada, nos da aportes en materia prevención y seguimiento de estos pacientes como potencial desarrolladores de enfermedades demenciales.

La frecuencia acumulada año a año de pacientes con demencias y siendo un trabajo no actualizado en fecha, ya que nos toco vivir dos años de pandemia donde se priorizo la atención de la enfermedad respiratoria y por esto los registro en esos años tienen muchos sesgos para poder haber realizado la investigación mas actualizada, como enfermeros formadores de cuidados de la salud y de cuidados para evitar complicaciones secundarias de la enfermedad, estos números que van en aumento nos da la posibilidad de generar el espacio para trabajar con la familia y el cuidador de pacientes con enfermedad demencial en prevención de complicaciones secundarias y cuidados generales en el hogar.



Imagen: Freepik.com

Aspectos que influyen en la integridad cutánea del adulto mayor debido a la aplicación de cateter periférico “Venocclisis”



Imagen: Freepik.com

Autor

LIC. MOSQUEZ CARVAJAL, NELVI

https://drive.google.com/file/d/1WdMWuMG-Q9r4cDv-mWYZubkfmdd_wQU8M/view?usp=drive_link

Esta investigación se llevó a cabo en el hospital Dr. Ramón Carrillo, ubicado en el departamento de Las Heras, provincia de Mendoza, con el fin de obtener información relevante por parte de los profesionales de enfermería.

Fue una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, que tuvo como objetivo conocer el nivel de conocimientos y cuidados que presentan el personal de enfermería sobre las alteraciones en la integridad cutánea del adulto mayor debido a la aplicación de catéter venoso

periférico, en el servicio de internación clínica del Hospital Dr. Ramón Carrillo en el primer cuatrimestre del 2023.

Se ha observado un aumento de complicaciones relacionados al acceso venoso periférico que afectan la integridad cutánea del paciente hospitalizado, por lo que generó gran interés de realizar esta investigación, determinando cuales son los cuidados de enfermería en acceso venoso periférico y la piel.

Dado que la esencia de enfermería es el cuidado, prevención de complicaciones hacia el paciente para lograr una óptima atención.

Lo que se pretende con esto es concientizar al profesional de enfermería que siempre debe estar actualizado en conocimiento y cuidado en el momento de asistir a un paciente.

El cuidado de enfermería, es un conjunto de labores organizado, científico y legal, con el fin de proporcionar a las personas cuidados de manera eficiente, actuando en la prevención, curación y rehabilitación; por consiguiente, son los profesionales de enfermería los responsables de garantizar el confort y seguridad del paciente, evitando eventos adversos.

Este trabajo está dirigido especialmente a la especialidad de geriatría, donde como sabemos según la OMS define a los adultos mayores como “Toda persona mayor a 60 años”, subdivididos en las siguientes categorías: Tercera edad (60 a 74 años), cuarta edad (75 a 89 años), longevos (90 a 99 años) y centenarios (más de 100 años). Poseen características propias del proceso de envejecimiento como pérdida de la funcionalidad, cambios psíquicos y cambios sociales. Es por estas razones que este tipo de pacientes necesitan una atención calificada por parte del personal de salud.

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo general “Determinar el nivel de conocimientos y cuidados que presentan el personal de enfermería sobre las alteraciones en la integridad cutánea del adulto mayor debido a la aplicación de catéter venoso periférico, en el servicio de internación clínica del Hospital Dr. Ramón Carrillo en el primer cuatrimestre del 2023.

La investigación del problema se realizó utilizando materiales y herramientas que permitió obtener información clara, precisa y detectar complicaciones.

Se recomienda propuestas para tratar de disminuir este problema y para contribuir con la salud del paciente, logrando mejorar las condiciones del paciente en el menor tiempo posible.

CONCLUSIÓN

El siguiente trabajo final nos lleva a la conclusión de la importancia que tiene el saber valorar y conocer herramientas que faciliten la rápida detección de las complicaciones en la integridad cutánea en los pacientes adultos mayores que se encuentran internados debido a que el 90% de los pacientes se encuentran con acceso venoso periférico para cumplir con el tratamiento correspondiente durante su estadía.

El resultado de esta investigación, sirvió para entender y profundizar sobre el tema elegido.

El papel fundamental de enfermería en los cuidados de acceso venoso periférico, es la prevención de infecciones y actualizar los conocimientos día a día para optimizar los cuidados hacia el paciente no solamente en relación a la integridad cutánea sino también en todos los aspectos.



Imagen: Freepik.com

Problemática psicosocial y cultural del adulto mayor hospitalizado por quemaduras



Imagen: Freepik.com

Autor
LIC. CHRISTIAN GUARNA

https://drive.google.com/file/d/1gKulKxSrx_XMFGPt-LLuPpubL45yfovBu/view?usp=drive_link

La salud mental y el desarrollo integral de las personas están influenciados por características económicas, sociales y culturales que pueden repercutir negativamente en la salud del adulto mayor. Algunas de ellas son: la pobreza, el desempleo, hacinamiento, carencias educativas, desnutrición, consumo problemático del alcohol, desprotección social y jurídica, déficit sanitarios y de salud entre otros. Estas condiciones, desde la perspectiva del Ministerio de Salud, generan dos fenómenos de gran implicancia: la exclusión social y anomia; asociándose a un número más alto de accidentes, visitas a las salas de emergencias, hospitalizaciones y muertes.

Una de las consecuencias principales de hospitalizaciones en este grupo etario, son las quemaduras en sus diferentes causalidades, quemaduras térmicas, eléctricas, mayormente escaldaduras por líquidos calientes o debido a sistemas precarios de calefacción con exposición directa al fuego, uso de líquidos inflamables, exposición prolongada a los rayos solares, etc.

Al detectar dicha problemática, se realizó un trabajo de investigación mediante estudio cuantitativo - descriptivo, cuyo objetivo es conocer los factores psicosociales y culturales que influyen negativamente en las personas adultas mayores que son hospitalizadas por quemaduras, en el Servicio de Cirugía Plástica y Medicina del Quemado del Hospital Luis C. Lagomaggiore, entre el segundo semestre del año 2022 y el primer semestre del año 2023. La población de estudio estuvo conformada por 40 pacientes internados. Los resultados obtenidos durante el período de estudio, en su ma-

yoría eran adultos mayores entre 60 y 74 años, en gran porcentaje del sexo masculino con un índice bajo de estudios, viviendas unipersonales, ocasionalmente excluidos socialmente, incidiendo en el consumo problemático del alcohol. Respecto a las condiciones habitacionales y limitaciones en la red de servicios hay un alto porcentaje de personas que cocinan y se calefaccionan de forma precaria con exposición al fuego y utilizando líquidos inflamables para su encendido, aumentando así, los accidentes domésticos y hospitalizaciones por quemaduras térmicas de tipo AB-B y B, lo que presume un gran riesgo en la salud integral del adulto mayor.

Actualmente, la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Todos los países del mundo están experimentando un incremento de personas mayores en la población.

El envejecimiento se entiende como un proceso continuo, multifacético e irreversible de múltiples transformaciones biopsicosociales a lo largo del curso vital, que no son lineales ni uniformes y sólo se asocian vagamente con la edad de una persona en años. Estos cambios están influenciados por factores epigenéticos y por toma de decisiones acumuladas del individuo, pero además, por las condiciones sociales, económicas, ambientales y políticas del entorno en que tiene lugar el desarrollo humano y que, en conjunto, permiten predecir el bienestar y un buen funcionamiento físico y mental. En consecuencia, el envejecimiento no sólo comprende los inevitables efectos biológicos y fisiológicos ocasionados por los daños moleculares y celulares, sino la adaptación paulatina a nuevos roles y posiciones sociales, transiciones vitales y del propio crecimiento psicológico, con manifestaciones heterogéneas de una persona a otra.

La salud mental y el desarrollo integral de las personas están influenciados por características económicas, sociales y culturales que pueden actuar negativamente en la salud del adulto mayor, y son consecuentes a múltiples factores subyacentes que incluyen las caídas, accidentes domésticos y quemaduras. Estas últimas, tienen un impacto significativo en la vida de las personas mayores ocasionando lesiones que constituyen una de las causas más importantes de discapacidad y mortalidad en todo el mundo. Algunos de estos casos, lamentablemente son fatales y, los que no lo son, dejan secuelas irreparables, otras requieren largos y laboriosos períodos de recuperación que implican un

gasto económico y social considerable, además de un desgaste emocional y psicológico que repercute en el paciente y en su entorno familiar.

CONCLUSION

Una lesión por quemadura no se produce por casualidad, sino que es la consecuencia predecible de la combinación de factores humanos y ambientales.

Lo importante es conocer los factores que la han producido, para poder prevenirlos y así dejar el mínimo espacio a la casualidad.

La epidemiología de las quemaduras permite a una sociedad determinar dónde ocurren más riesgos sus habitantes, y qué es lo que se debe cambiar para prevenir o reducir la gravedad de estas lesiones, tanto a pequeña como a gran escala. Las medidas preventivas deben basarse en un sólido conocimiento de la etiología de estas lesiones, tomando en cuenta las diferencias geográficas y los antecedentes socioeconómicos.

El análisis de los datos relevantes obtenidos de las variables explicadas en el texto, se puede concluir; en cuanto al sexo dieron como resultado que los hombres son los más afectados con quemaduras por encima del promedio de las mujeres. La relación a las edades en los porcentajes que se ha obtenido en el análisis, es que las personas adultas mayores de 60 a 74 años son los más afectados. Existe un índice bajo en relación a la formación educativa, sobresalen las viviendas unipersonales, aumenta la exclusión social, incidiendo en el consumo problemático del alcohol. Respecto a las condiciones habitacionales y limitaciones en la red de servicios hay un alto porcentaje de personas que cocinan y se calefaccionan de forma precaria con exposición al fuego y utilizando líquidos inflamables para su encendido, aumentando así, los accidentes domésticos y hospitalizaciones por quemaduras térmicas de tipo AB-B y B, lo que presume un gran riesgo en la salud integral del adulto mayor. Además en lo que respecta al autocuidado, el 45% lleva más de un año sin realizarse controles con su médico de cabecera. El 50% de los adultos mayores toma medicación por patologías crónicas combinadas con psicofármacos. Además, al ingresar al sistema jubilatorio el adulto mayor deja de realizar actividades físicas y/o recreativas, padeciendo las consecuencias del sedentarismo.



Imagen: Freepik.com

Diabetes pediátrica

IDF DIABETES ATLAS - 7TH EDITION



MENSAJES CLAVE

1 de cada 11 adultos tiene diabetes (415 millones)



46,5% de los adultos con diabetes están sin diagnosticar



12% del gasto mundial en salud se destina a la diabetes (\$673 billion)



En 2040, 1 adulto de cada 10 (642 millones) tendrá diabetes



1 de cada 7 nacimientos se ve afectado por la diabetes gestacional



3 cuartas partes de las personas con diabetes viven en países de bajos y medios ingresos



542,000 niños tienen diabetes tipo 1



Cada 6 segundos muere una persona por la diabetes (5.0 millones de muertes)

Federacion Internacional de la diabetes, 2015.

Autora
CASTRO MIRIAM
Enf. Prof. mn 5841

¿QUÉ ES LA DIABETES?

Es un grupo de enfermedades metabólicas crónicas Cursa con Concentraciones Elevadas de Glucosa (Hiperglucemia)

ENFERMEDAD MULTIFACTORIAL

Provocada por, deficiencia de insulina que puede ser relativa o absoluta.

La diabetes es una condición crónica que ocurre cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina o no puede utilizar insulina (según la IDF).

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina

que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre (según la OMS).

La federación Internacional de la Diabetes, revelo que hay 425 millones de personas afectadas en el mundo. Las proyecciones para el 2045 son 629 millones. Se estima que el 90% de los casos son de diabetes Tipo 2.

- Hacia 2045 más de 600 millones de personas serán diabéticas, con 350 millones en peligro de desarrollar el Tipo 2.
- Los países con más gente afectada son China, India, Estados Unidos, Brasil y México.
- Se trata de una enfermedad que se presenta con mayor proporción en las ciudades que en entornos rurales: 279,2 millones contra 145,7 millones de personas.
- Las tres cuartas partes de la gente con diabetes vive en países de ingresos bajos y medios; Más de un millón de niños y adolescentes tiene diabetes de Tipo 1; Dos tercios de la gente con diabetes vive en áreas urbanas (279 millones); Dos tercios de la gente con diabetes está en edad laboral (327 millones).

Según el Hospital Garrahan, en la Argentina, todos los años se diagnostican entre 5 y 10 nuevos casos cada 100.000 personas. Este nosocomio infantil realiza anualmente 3400 consultas de diabetes y realiza el seguimiento de 500 pacientes con esta patología.

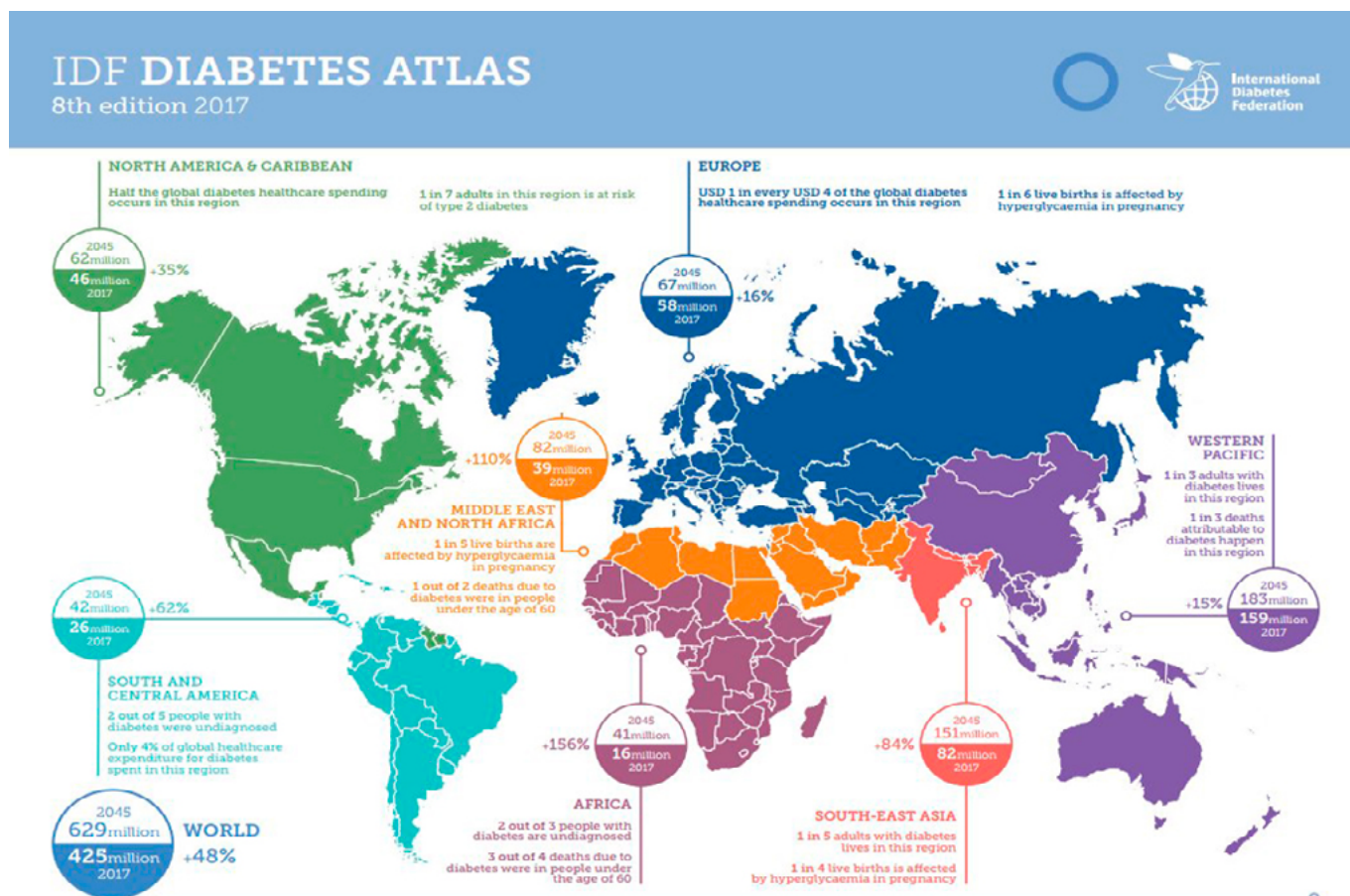
La Sociedad Argentina de diabetes (SAD), estima que en el país más de 4 millones de personas padecen la enfermedad y señaló que es una de las dolencias “crónicas más frecuentes en la infancia ya que se calcula que 1 de cada 5.000 niños tiene diabetes”. (11 de noviembre del 2021).

TIPOS DE DIABETES

Existen varios tipos de diabetes, pero las más comunes son las llamadas diabetes tipo 1 y 2. Ambas formas pueden ocurrir a cualquier edad, pero un niño/a tiene más probabilidad de recibir un diagnóstico de diabetes tipo 1.

DIABETES TIPO 1

La diabetes tipo 1 es causada por una producción inadecuada del páncreas de la hormona insulina. Cuan-



ARGENTINA, 3° encuesta nacional de factores de riesgo 2013.

- 1 de c/10 encuestados > de 18 años tiene DIABETES
- Prevalencia en la población General es de 9,8%
- Por edad:

Edad	Prevalencia
18 a 24 años	2,9 %
25 a 34 años	4,9 %
35 a 49 años	8,4 %
50 a 64 años	14,7 %
> 65 años	20,3 %

- Es más prevalente la DIABETES en el que tiene primaria incompleta con secundario incompleta disminuye a 2° lugar.
- El < nivel educativo aumenta el riesgo de desarrollar diabetes.

do esto sucede, el cuerpo no puede metabolizar el azúcar de forma adecuada lo que conlleva a que se almacene en la corriente sanguínea; estos azúcares, llamados también glucosa, no pueden ser usados por el cuerpo y se expulsan por la orina.

Según datos del Hospital Garrahan, el 90% de los pacientes pediátricos con diabetes presenta diabetes tipo 1, en la que el páncreas no produce insulina, una hormona que permite a la glucosa ingresar a las células y generar energía. Por ahora, este tipo de diabetes no tiene cura y su tratamiento busca proporcionarle al organismo la insulina que no puede producir.

Mientras que la diabetes tipo 1 puede iniciarse a cualquier edad, se presentan periodos máximos cerca de los 5 a 6 años y nuevamente de los 11 a los 13 años de edad. La primera señal es por lo general un aumento en la frecuencia de la micción (orinar), incluyendo reincidencia de la enuresis nocturna (mojar la cama) en niños/as que ya saben cómo ir al baño por sí solos/as. Tam-

bién se presentan otros síntomas como, por ejemplo, tener mucha sed y sentirse muy cansado/a, bajar de peso y un aumento de apetito.

Es importante identificar estos síntomas pronto debido a que los niños/as a los que se les diagnostica diabetes después pueden enfermarse debido al contenido alto de azúcar en la sangre y por deshidratación, necesitando líquidos e insulina por vía intravenosa en una sala de urgencias pediátrica o una unidad de cuidado crítico para estabilizar su estado.

CAUSA DE HIPERGLUCEMIAS EN INFANCIA

- Diabetes tipo 1.
- Diabetes tipo 2.
- Intolerancia a la glucosa.
- Diabetes secundarias enfermedades endócrinas, lesiones pancreáticas, asociadas a síndromes.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DIABETES MELLITUS

- Poliuria.
- Polidipsia.
- Polifagia.
- Pérdida de peso.
- Astenia.
- Glucemia en ayunas mayor a 126 mg/dl en dos oportunidades.
- Glucemia en cualquier momento del día mayor a 200 mg/dl más síntomas.

PILARES DEL TRATAMIENTO

- Medicación
- Auto monitoreo
- Plan alimentario
- Educación
- Ejercicio

INSULINAS UTILIZADAS EN PEDIATRÍA

NATIVAS NPH CORRIENTE O RÁPIDA O REGULAR O CRISTALINA

ALÓGENAS

RÁPIDAS: a partir de los dos años

- Aspártica
- Novorapid
- Glucicina
- Apidra
- Lispro (Humalog)

LENTA:

- 2 años: Detemir (Levemir)
- 6 años: Glargina (Lantus)

TIPOS DE INSULINA

Según su acción:

- **Rápida y corta:** análogos rápidos (LisPro, Aspártica y Glulisina).
- **Corta:** Insulina regular, corriente o cristalina.

Existen otras formas de DM1 aún se requieren más investigaciones para dilucidar su patogenia y fisiopatología



No todos los individuos con proceso patogénico tipo1 progresan a DM1 o bien lo hacen lentamente con una etapa previa relativamente prolongada sin dependencia a la insulina

- **Intermedia:** Insulina NPH y lenta.
- **Prolongada o extendida:** Análogo lento (Glargina y Determir). Insulina zinc protamina.
- **Bifásica:** Pre mezclas en diferentes proporciones de insulina intermedia son insulina regular o de análogo rápido pre tamizado (que extiende su tiempo de acción) con análogo rápido.

Según su Formas de presentación y concentración:

- Frasco ampolla, con capacidad de 5 a 10 ml o en cartuchos de 1,5 y 3 ml para ser utilizados en sistemas de aplicación tipo lapicera o lapiceras descartables.
- Las insulinas se expenden en tres concentraciones: de 40, 80 y 100 UI (esto es por ml.)

La tendencia es unificar las concentraciones en la de 100 UI/ml. A fin de evitar errores y/o confusión en la administración.

CONSERVACIÓN DE LA INSULINA

- Debe ser conservada alejada de la luz solar.
- A temperatura entre 2 a 8° C.
- No se debe congelar.

La insulina que se encuentra en uso se puede conservar a temperatura ambiente siempre que sea inferior a 30°C hasta 30 días. Descartar la Insulina que no se homogeniza por inadecuada preservación, así como también las insulinas transparentes (regular, análogos rápidos, Glargina, etc.) que presenten turbidez.

VÍA, FORMA Y ZONAS DE ADMINISTRACIÓN

Vías de administración:

- Endovenosa
- Intramuscular
- Subcutánea



Las vías intravenosa e intramuscular se utilizan en situaciones de emergencia con descompensación metabólica: cetoacidosis, acidosis química y estado hiperosmolar, situaciones de estrés y cirugía.

En el tratamiento crónico, la forma de administración es la subcutánea, ya sea a través de jeringas específicas (1 ml) para insulina con escala de 40-80 o 100 UI/ml o lapiceras con cartuchos descartables o pre llenadas con escalas de unidades de 0,5-1-2 UI.

Existen agujas de diferentes longitudes adaptables al método de administración que se utilice y a las características del espesor del tejido adiposo subcutáneo del paciente. También se dispone de jeringas de 0,3 y 0,5 ml para insulina de 100 UI, con aguja incorporada, que facilita la administración de dosis pequeñas y es particularmente útil en niños.

DIABETES TIPO 2

A la diabetes tipo 2 se le conocía antes como, dé comienzo en la edad adulta, ya que los niños/as casi nunca la adquirían. Sin embargo, con el aumento de las tasas de obesidad, un número creciente de niños/as están siendo diagnosticados con esta forma de la enfermedad, algunos tan jóvenes como de 10 años de edad. Además de los problemas de peso, otros factores de riesgo de la diabetes tipo 2 incluyen: tener un familiar con la enfermedad, haber nacido de una madre con diabetes durante el embarazo (diabetes gestacional), u otros problemas médicos que afectan la forma en que el cuerpo responde a la insulina.

En nuestro país es poco frecuente encontrar casos pediátricos de diabetes tipo 2, (menos del 10% de los chicos/as con diabetes la presenta) aunque en los últimos años, las cifras empezaron a crecer en relación al aumento de la obesidad infantil y de una mala alimentación. Es importante destacar que este tipo de diabetes es controlable y acompañada de una buena alimentación, actividad física regular y pérdida de peso, se puede mantener el nivel de glucosa en niveles controlables.

TRATAMIENTO Y CONTROL

Aunque no existe cura para la diabetes, los niños/as con esta enfermedad pueden tener una infancia y adolescencia casi normales si mantienen la enfermedad bajo control. Es esencial controlar la diabetes debidamente para evitar complicaciones. El control se centra en monitorear rutinariamente el azúcar en la sangre, terapia de insulina, aplicada en varias inyecciones al día a través de una bomba de insulina y una dieta sana estricta. Mantener los niveles de azúcar en la sangre en un promedio normal puede reducir la posibilidad de los síntomas de alta o baja azúcar y minimizar el riesgo de problemas de salud a largo plazo relacionados con el control de la diabetes. Además de una dieta sana, 30 minutos de ejercicio al día pueden también ayudar a su niño a controlar la enfermedad.

¿QUÉ PUEDEN HACER LOS PADRES DE NIÑOS/AS CON DIABETES?

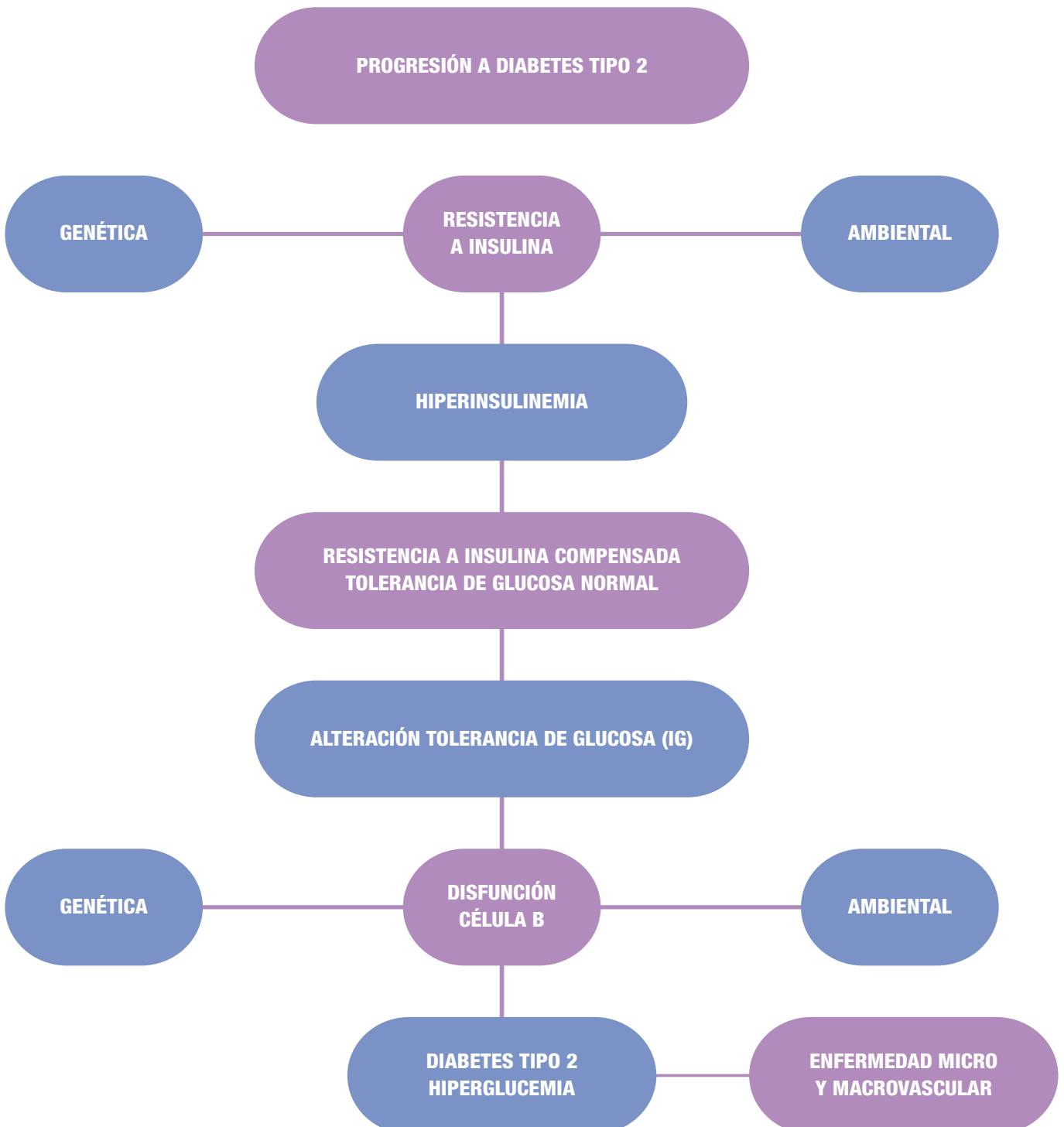
Colaborar con su hijo/a y acompañarlo/a, mientras aprende a ser más independiente puede ayudarlo/a que gradualmente se haga responsable de controlar su diabetes.

Los niños/as mayores de 7 por lo general tienen destrezas motoras suficientes para poder empezar a aplicarse sus propias inyecciones de insulina con la supervisión de un adulto. Pueden también revisar el nivel de azúcar en la sangre varias veces al día, utilizando tiras de prueba tratadas químicamente o un medidor de azúcar en sangre. Sin embargo, estas pruebas auto administradas deben ser supervisadas por un adulto fami-

liarizado con el tratamiento de la diabetes para cerciorarse de que el niño/a está controlando su diabetes de acuerdo con las pautas proporcionadas por el médico.

BIBLIOGRAFIA

1. Hospital Garrahan. (2023). Abordaje del niño Diabético. bancos.salud.gob.ar.
2. Hospital Garrahan. (2022). La Diabetes tipo 2. Aparece en niños. www.garahan.gov.ar.
3. Hospital garrahan (2023). Como detectar la deabetes infantil. *Pediatría general*. www.portalgarrahan.org.ar.
4. Clinica mayo. (2020).Diabetes tipo 1. Diagnostico y tratamiento. www.mayoclinic.org.
5. Paho (2017). Dia mundial de la diabetes. www.paho.org.



Control de glucemia capilar



Imagen: Freepik.com

CÓMO REALIZAR UN CONTROL DE LA GLUCEMIA CAPILAR

Antes de hacer el control glucémico, hay que lavarse las manos con agua y jabón, o limpiar la zona del dedo que se pinchará con una gasa o algodón empapados con desinfectante. Luego se deben seguir estas instrucciones:

- 1. Usar el pinchador para sacar una gota de sangre**
 - Poner una lanceta limpia en el dispositivo o pinchador.
 - Retirar la tapa del dispositivo de la lanceta.
 - Si se tiene un dispositivo de lanceta adaptable, fijar la profundidad de pinchazo que resulta más efectiva para el niño.
 - Empujar hacia dentro del extremo con el resorte del dispositivo de la lanceta.
 - Colocar la punta de la tapa del dispositivo de la lanceta contra un lado del dedo del niño (se debe cambiar el dedo cada vez).
 - Antes de realizar el pinchazo para extraer la gota de sangre, colocar la tira reactiva en el glucómetro.
- 2. Poner la gota de sangre en la tira reactiva**
 - Apretar suavemente el dedo para obtener una gota de sangre.
 - Colocar la gota de sangre en la tira reactiva. Hay que asegurarse de colocar la cantidad suficiente de sangre para rellenar el área de muestra.
- 3. Fijarse en el glucómetro**
 - El glucómetro empezará a hacer una cuenta regresiva cuando se haya colocado suficiente sangre en la tira.
 - Una vez pasado el tiempo de cuenta atrás, el glucómetro mostrará el nivel de glucosa en sangre del niño.
- 4. Escribir el nivel de glucosa en la libreta de controles**

En esta libreta, que facilitará el hospital, deben constar todas las medidas de sangre, la dosis de insulina y notas sobre cualquier cosa inusual que le haya sucedido al niño durante el día.

MEDIDAS DE SEGURIDAD ANTES DE REALIZAR EL CONTROL GLUCÉMICO

Debemos asegurarnos de:

- Haber fijado correctamente el código en el medidor (si es que el medidor lo necesita).
- El glucómetro tiene programada correctamente la hora, día, mes, año y la medida es en miligramos/decilitros (mg/dl). Los medidores tienen la opción de medir en milimoles/litro (mmol/L).
- Las tiras reactivas no están caducadas.
- La tapa del bote de las tiras está bien cerrada y en el caso de que el envoltorio sea de papel de aluminio, no se haya abierto.
- Ha estado guardado en un lugar apartado de una fuente de calor.

DEFINICIÓN

Es la medición de la concentración de la glucosa en sangre capilar, a través de dispositivos electrónicos denominados glucómetros. Estos según la metodología de medición, pueden ser:

Reflectómetro: Estos equipos miden la luz que es reflejada desde el reactivo después de experimentar una reacción química (oxidación enzimática de la glucosa). El resultado de la reacción es un compuesto cromático. El color resultante es proporcional a la cantidad de glucosa presente. Los medidores fotométricos son los que más se han usado, y además han probado ser confiables y exactos. Este tipo de medidores incluye Accu- Check, One Touch, Tracer, Diascan y Glucometer.

Biosensores: Estos equipos corresponden a la nueva tecnología, miden la corriente eléctrica generada por la sangre presente en el reactivo (corriente eléctrica generada por la oxidación de la glucosa). Esta técnica es usada por la Exactech Companion.

OBJETIVOS

- Mantener un control glucémico del paciente.
- Prevenir y detectar hipoglucemias e hiperglucemias y sus complicaciones.



- Establecer y ajustar el tratamiento según valores de glucemia hallados.
- Prevenir complicaciones.
- Educar al paciente diabético y su familia acerca de la necesidad de cuidar su salud, reduciendo urgencias y hospitalizaciones.

EQUIPO

- Bandeja
- Glucómetro
- Lancetas, Dispositivos de punción automática o agujas 15/5 o 16/5
- Tiras reactivas específicas para el glucómetro a utilizar.
- Guantes descartables
- Descartador de agujas
- Bolsa de residuo
- Torundas de algodón humedecidas con agua y secas
- Planilla de registro de los controles de glucemias y suplementación insulínica.

PROCEDIMIENTO

TAREAS DE ENFERMERÍA

- Lavado de manos.
- Preparar el material a utilizar en el office de enfermería.
- Comprobar la indicación médica y nombre del paciente.
- Comprobar que el glucómetro tenga pilas y funcione.
- Verificar el estado de las tiras reactivas (fecha de vencimiento, código que concuerde con el del glucómetro, estado de conservación).

Ir a la unidad del paciente e identificarlo

1. Explicar al paciente el procedimiento a realizar, su finalidad y preguntar al paciente los acontecimientos previos al control.
2. Colocarse los guantes.
3. Pedir al paciente si puede, que se lave las manos con agua y jabón y las seque por completo, en caso que tuviera problemas para la movilidad con las torundas mojadas con agua limpiarle la parte lateral externa del dedo escogido y secar (de preferencia la mano no dominante y los dedos meñique, anular y mayor).
4. Asegurarse de tener sus manos secas, luego colocar la tira reactiva en el glucómetro (de modo tal



que la zona de medición quede hacia arriba, con la zona del microchip en el interior del adaptador del glucómetro) y verificar que el código de la pantalla del glucómetro coincida con el del frasco de tiras reactivas.

5. Masajear suavemente desde el medio hasta la punta del dedo elegido, en posición hacia abajo.
6. Tomar la aguja, lanceta o dispositivo de punción automática, realizar la punción en la parte lateral externa del dedo y colocar en Descartador de elementos corto punzantes la aguja o lanceta una vez utilizadas.
7. Desechar la primera gota de sangre. Mantener la mano del paciente colgando hacia abajo y ordeñar suavemente el dedo con la punción, desde la base del dedo hasta la punta, de manera que la gota "cuelgue". Si la sangre no es suficiente, espere unos segundos y ordeñe nuevamente. No apretar cerca del lugar de la punción.
8. Dejar caer la gota de sangre o apoyar la misma en el área de medición de la tira reactiva, según especificaciones del fabricante.
9. Colocar un algodón seco ejerciendo presión en el sitio de punción. Mientras, se espera que el medidor indique el resultado.
10. Una vez leído el resultado registrar en la hoja de enfermería, descartar correctamente desechos y ordenar el equipo utilizado.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

BIOSEGURIDAD

- De esta manera lograremos realizar el procedimiento al paciente correcto.
- Asegura que los materiales se encuentren en condiciones para ser utilizados, y que los valores tomados sean fidedignos.

1. Facilita la comprensión y colaboración del paciente. Tener conocimiento de eventos importantes previos nos ayudarán a la correcta interpretación del resultado del control; por ejemplo, si está en ayunas, si acaba de comer, patologías existentes (diabetes), la toma de medicación, la administración de insulina o hipoglucemiantes orales, la hora del día, estrés, cambios en ejercicio o actividad física, cambios en su dieta, etc.
2. Bioseguridad
3. Nos permitirá que por el método de arrastre se eliminen los posibles agentes patógenos. El alcohol no es recomendable porque su empleo puede alterar los valores de glucemia.
Al escoger la mano y los dedos que menos usa el paciente se disminuye el dolor y la sensibilidad antes y después de la punción.
El lateral externo del dedo es de preferencia para disminuir el dolor y evitar lastimar las yemas de los dedos que tanto se utilizan en las actividades diarias.

4. Asegurarse de tener sus manos secas, luego evitaremos que se alteren las características encienda el glucómetro y tomar el frasco de las tiras reactivas, favoreciendo a unas buenas tiras reactivas, sacar una de su interior y volver a conservación. a cerrar el frasco. Colocar la tira reactiva en el glucómetro (de modo tal que la zona de medición quede hacia arriba, con la zona del microchip en el interior del adaptador del glucómetro) y verificar que el código de la pantalla del glucómetro coincida con el del frasco de tiras reactivas.
5. A través del suave masaje se estimula el flujo sanguíneo favoreciendo en el momento de punción una buena cantidad de sangre necesaria para el control.
6. Los dispositivos que se venden para usar con la lanceta, hacen que este paso sea mucho más fácil porque producen una punción rápida y con menores molestias.
7. La posición hacia abajo siguiendo la ley de gravedad y la presión suave estimula la salida de sangre, evitando una nueva punción por muestra insuficiente.
8. Para la recolección de muestra de sangre algunas tiras reactivas lo hacen por capilaridad y otras por goteo, según el tipo de glucómetro que se utilice.
9. Favorece la coagulación plaquetaria, evitando pérdida de sangre.
10. Se deberá colocar:
 - Fecha y hora.
 - Eventos previos al control (ayunas, comidas, etc).
 - Valor hallado de glucemia.
 - En el caso de valores elevados verificar esquema de corrección indicado por el médico y realizarla.
 - Avisar al médico según indicación, valores menores a 70 mg/dl y/o mayores a 150 mg/dl.
 - Firma, aclaración y número de matrícula.

PUNTOS A TENER EN CUENTA

- a. Es importante controlar que el equipo a utilizar esté en condiciones para que los valores a medir sean correctos, evitando errores de lectura.
- b. Si la persona es diabética se recomienda medir siempre con el mismo equipo para asegurar la exactitud de los resultados.
- c. La frecuencia del monitoreo de glucemia dependerá del tipo de diabetes, el estado clínico del paciente, indicación médica según tratamiento y objetivos de control.
- d. Las tiras reactivas deben ser compatibles con el glucómetro a utilizar, estar en buen estado de conservación (envase al resguardo de la luz, sitio seco y fresco, período de caducidad amplio, no conservar a temperaturas inferiores a +20 C o superiores a +32o C y su envase debe permanecer bien cerrado).
- e. De estar indicada la suplementación o la administración de insulina intermedia o de acción prolongada debe incluir los elementos para la administración parenteral.

Acto de Colación 2023 Enfermería Profesional y Administración en Empresas de Salud





Jornada Institucional IDICSA





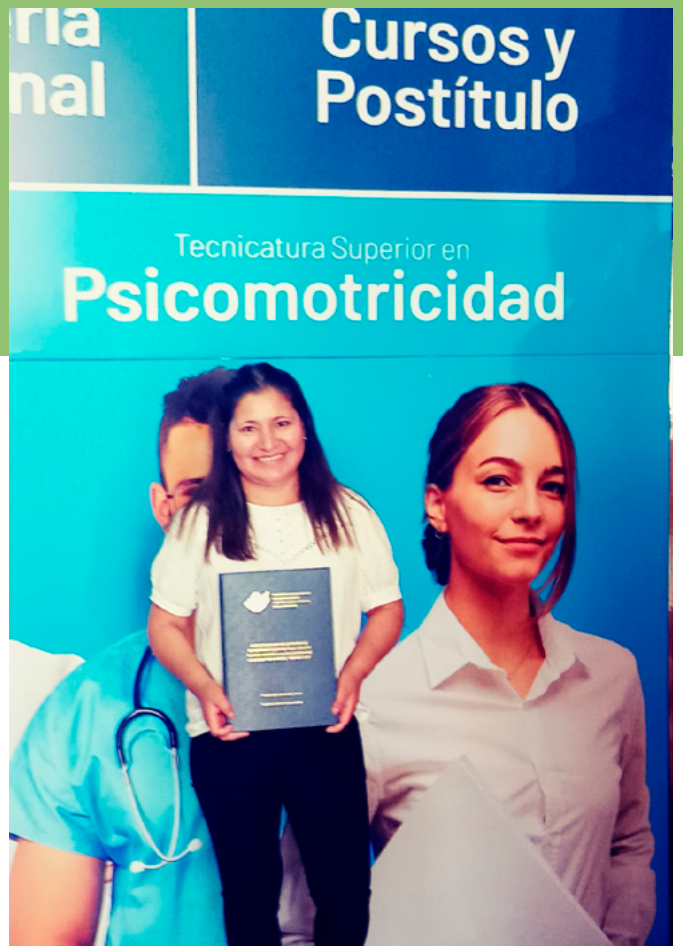
Actividades de Instituto IDICSA para la Comunidad





Egresados Postítulo en Enfermería Geriátrica





Encontrá toda la info en nuestros canales

ESTAMOS EN CONTACTO

Instituto de la Sanidad



www.institutosanidadmza.com.ar



instisanidadmza@gmail.com



[Facebook](#)



[Instagram](#)



[YouTube](#)



[TikTok](#)



[Biblioteca Digital \(Pedinos el link\)](#)



[261 714 3690](#)





INSTITUTO DE DOCENCIA,
INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN
LABORAL DE LA SANIDAD

Formate en Profesiones Esenciales

INSTITUTO DE LA SANIDAD

« Una puerta al desarrollo de la Salud »

Postítulos en:

- **ENFERMERÍA GERIÁTRICA**
- **CLÍNICA QUIRÚRGICA**
- **PEDIATRÍA**

Avalados por resolución de la DGE.



✉ instisanidadmza@gmail.com

☎ 261 714 3690

📍 Morón 265, Mendoza