

# IDICLAS

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

Mendoza, Argentina  
Julio de 2021  
Número 1



## **INVESTIGACIÓN**

Relación del perfil del estudiante de enfermería de Mendoza, Argentina y su rendimiento académico.

## **PRODUCCIÓN CIENTÍFICA**

Los factores que impactan en la familias mendocinas por el aislamiento social debido al Covid-19.

## **TRABAJOS CIENTÍFICOS**

Atención integral al adulto mayor.

## **TÉCNICAS**

Técnica correcta para el lavado de manos.

Estudiá Profesiones Esenciales

# Enfermería Profesional



## IDICLAS

Año 1 / N° 1 / Julio de 2021

### STAFF

#### PRODUCCIÓN GENERAL

Luis Alberto Jezowicz

#### DIRECCIÓN

Lic. / Espec. María Rosa Reyes

#### JEFE DE REDACCIÓN

Cdr. Sergio Pelayes

#### COMITÉ EDITORIAL

Lic. / Prof. Estela Franco

Bioquímico Marcos Gai

Lic. / Prof. Pablo Enzo Chinellato

Especialista en Docencia

#### CORRESPONSALES

Lic. Isabel Asís

Lic. Alicia Reniero

Lic. Gladys Fresno

Lic. Amalia Sanchez

Lic. Rosa Barrientos

Lic. Pablo De Lucía

#### DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

D.I. Sergio Sevilla

#### CORRECCIÓN

Prof. Marcos Gai

#### RESPONSABLE DE SUSCRIPCIÓN

Adrián Cortez

#### CONSULTORES ESPECIALISTAS

Lic. Albertina Gonzalez

Lic. Cecilia Luchessi

Lic. Norma Pagés

Lic. / Espec. Franco Casalvieri

#### COLABORADORES DE 1<sup>a</sup> EDICIÓN

Lic. / Prof. Paola Battistón

Lic. Rosa Barrientos

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](http://www.institutosanidadmza.com.ar)

 [instisanidadmza@gmail.com](mailto:instisanidadmza@gmail.com)

 Facebook

 Instagram

 YouTube

 Biblioteca Digital

 261 6822974

## Sumario

### 4 Editorial

5 Normas de presentación de trabajos científicos

### 6 ARTÍCULO ORIGINAL

Relación del perfil del estudiante de enfermería de Mendoza, Argentina y su rendimiento académico.

*Marcos Gai  
Estela Franco*

### 13 COMUNICACIÓN BREVE

Los factores que impactan en la familias mendocinas por el aislamiento social debido al Covid-19

*Maria de los Angeles Castro  
Ana Paula Cortez  
Maximiliano Moreno  
Sol Puma  
Pablo Chinellato*

### 16 CARTA AL EDITOR

Dolor

*Pablo Chinellato*

### 19 REVISIÓN

Atención integral al adulto mayor

*Pablo Chinellato*

### 30 INTERÉS GENERAL

Alumnos de Tercer Año

### 31 TÉCNICAS

Técnica correcta para el lavado de manos

### 38 MISCELÁNEAS

Conociendo a la Pionera de la Enfermería Moderna

# Editorial

El Objetivo y Misión de toda Institución Educativa que desarrolla procesos de educación superior, en términos generales es siempre la misma; lo pedagógico, la integración, extensión y vinculación con la comunidad

Para cumplir dicha misión se deben encarar procesos creativos e innovadores que respondan a los avances científicos- tecnológicos que se desarrollan en la sociedad.

Nuestro Instituto, que basa su proyecto educativo plenamente en el área de la salud, sabe de esta dinámica y se debe actualizar de forma permanente. Esto implica un desafío constante, tanto para docentes como para los estudiantes, que juntos hacen que se alcancen niveles superlativos en progreso y beneficios de toda nuestra sociedad.

Es en este marco que IDICSA pone en marcha esta nueva herramienta; una REVISTA CIENTÍFICA DIGITAL, que tiene como misión ser un medio de difusión y reflexión del conocimiento e investigaciones en todos los aspectos que involucra la vocación de ser Enfermeros. Estará abierto a todo trabajador de la salud, estudiantes y futuros Enfermeros y Licenciados como una fuente de consulta y ayuda recíproca para todos aquellos que forman parte de esta Comunidad.

Agradezco a todos los que conjuntamente trabajaron y colaboraron para que este proyecto sea una realidad y convoco a todos aquellos profesionales que quieran colaborar y sumar su granito de arena para esta causa.

MUCHAS GRACIAS.

Luis Alberto Jezowicz

“En el Siglo XVI Tomás Moro acuñó la voz UTOPÍA en una obra del mismo título, en la que imaginó una isla desconocida en la que se llevaría a cabo la organización ideal de la sociedad”

Se puede decir que UTOPÍA es un proyecto, un deseo, o un plan ideal que resulte atractivo y beneficioso para una comunidad y que es muy improbable que suceda o que en el momento de su formulación es irrealizable.

Pero... bajo forma de aspiración íntima, ensueño o utopía, el hombre, simplemente por ser hombre, aspira a su plena felicidad.

Esta Revista nace como una UTOPÍA, porque ha sido un deseo de muchos años de personas comprometidas con la profesión enfermera, que de a poco se fue transformando en un proyecto profesional y cuyo objetivo es lograr que sea un beneficio para la comunidad de enfermería, pero que también resulte atractivo y... lo que alguna vez parecía irrealizable, hoy sea una hermosa realidad.

El equipo de IDICLAS pretende algo muy simple y tan difícil de lograr... y es que nuestros colegas lectores puedan disfrutar de la lectura de ésta revista y mientras lo hacen se fortalezcan como profesionales.

Gracias por acompañarnos.

La Dirección



Luis Alberto Jezowicz,  
Presidente de Idicsa.



# 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 idicsa.
- 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 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.

# Relación del perfil del estudiante de enfermería de Mendoza, Argentina y su rendimiento académico

## Autores

MARCOS GIAI  
marcosgia@hotmail.com  
ESTELA FRANCO

## RESUMEN

**Introducción:** La formación en enfermería se realiza en instituciones de formación que resalten los valores profesionales e inculcando valores basados en el sentimiento humano y no solo técnico-profesional. **Objetivo:** Caracterizar socio-demográficamente al estudiante de enfermería y analizar su relación con las dificultades de aprendizaje. **Método:** Estudio descriptivo-transversal. Realizado en la ciudad de Mendoza, Argentina entre los meses de octubre de 2017 y noviembre de 2018. Se empleó el Cuestionario para Estudiantes de Enfermería. La muestra fue de 70 alumnos de una población de 85 alumnos de tercer año turno tarde. **Resultados:** La mayoría de los alumnos eligió la carrera por vocación a ayudar y por su salida laboral bien remunerada. Los alumnos aspiran a mejorar su rendimiento académico para continuar sus estudios de grado. Las principales dificultades enumeradas fueron la falta de concentración y las dificultades familiares. Manifestaron recibir mayor apoyo desde el entorno familiar, que del institucional o sus pares. **Conclusiones:** Los estudiantes de enfermería de nuestro medio son individuos con vocación de servicio en la atención y cuidado de las personas, con expectativas de realización laboral bien remunerada y metas académicas de continuar su formación al grado superior. Se destaca la importancia del apoyo familiar y la necesidad de recibir apoyo económico-institucional (becas) durante el cursado de la carrera.

## INTRODUCCIÓN

En la enseñanza de la Enfermería se debe lograr un cuidado humanizado del paciente llamado también, humanístico u holístico por parte del personal de enfermería, y sería preciso partir de su formación dentro de las Instituciones de Educación en Enfermería, donde se indague sobre los valores profesionales que se forman dentro de éstas, inculcando valores se garantiza un trato humano, basado en el sentimiento y la realidad humana, no solo en lo técnico profesional.

Este modelo de formación desde el docente hacia el trato humanizado debe ser incluido en la plataforma curricular de la carrera de enfermería, pero muchos de los aspectos personales de la capacitación son parte del currículum oculto y que cada alumno observa del comportamiento de su docente en los ámbitos de capacitación convencionales y no convencionales.<sup>1</sup> En los últimos años en nuestro país, las recurrentes crisis financieras e institucionales, vulneraron a nuestra sociedad y a nuestros estudiantes de enfermería, algo a lo que las instituciones formadoras de enfermeros tampoco estuvieron exentas y se caracterizaron por gestionar con un presupuesto total decreciente, una tasa incrementada de la matrícula, de lo que resulta un presupuesto por alumno decreciente. Salarios docentes bajos, con escasas diferencias entre las distintas categorías, que tiene efectos negativos sobre la calidad, dedicación y formación académica del plantel docente. Infraestructuras deficientes para la atención adecuada de una matrícula creciente, alumnos que en su gran mayoría recibieron una preparación deficiente en sus estudios secundarios.

Se ve con frecuencia gran contraste entre lo que se enseña en las aulas y lo que se aprende en los centros asistenciales en los que se realizan las prácticas



Imagen: Freepik.com

clínicas, que conlleva a generar en los estudiantes dificultades en la inserción a la misma. Sería demasiado, querer llegar a un nivel de concordancia perfecta entre la teoría y la práctica.<sup>2</sup>

Para la investigadora española Tiscar Gonzalez<sup>3</sup>, se enumeran las principales barreras de la práctica de la enfermería basada en evidencia que limitan al estudiante de enfermería español: la falta de tiempo dentro de horario laboral, falta de recursos y ayudas, crisis económicas, falta de apoyo de la organización para hacer investigación, falta de apoyo de la organización para implementar los cambios, falta dominio de idiomas, especialmente del inglés, la no colaboración y reticencias de las compañeras de trabajo, el no reconocimiento de la investigación enfermera, entre otras.<sup>3</sup>

En nuestro medio, en investigaciones propias, se concluyó que las cualidades que debe tener un enfermero son el fundamento de porque elegir esta profesión y habla de los más sentidos valores de una persona, su sentir humano y su responsabilidad, por sobre cualquier otra cualidad humana. La sociedad mendocina no siempre reconoce a la carrera de enfermería profesional con el debido conocimiento de su causa, su función de ser y su rol dentro de la sociedad en general. La percepción de los estudiantes de la carrera manifiesta que la imagen del enfermero en la sociedad es equivocada o subestimada.<sup>4,5</sup>

El propósito de esta investigación fue conocer cuáles son las características sociodemográficas del estudiante de la carrera de enfermería profesional, también lo son las necesidades de formación, las situaciones favorables y desfavorables del cursado de la carrera, su inmediata integración al ámbito laboral y sus perspectivas de la carrera, todo en conjunción con las características personales y sus vocaciones. De lo expresado, se podrá reorientar la mejor educación de los

mismos de forma convencional y no convencional, para lograr la formación íntegra del enfermero profesional que la sociedad mendocina reclama. Todo esto sin dejar de lado el conocimiento, la tecnología y los avances científicos bajo la premisa de respeto a la vida y a la dignidad humana.

## MÉTODO

El trabajo de investigación fue descriptivo-transversal. Se llevó a cabo en la ciudad de Mendoza, Argentina, entre los meses de octubre de 2017 y noviembre de 2018. La recolección de datos se llevó a cabo mediante el empleo de un instrumento de medición validado: *Cuestionario para Estudiantes de Enfermería*<sup>6</sup> el que consta inicialmente de 13 preguntas sobre la caracterización demográfica y los restantes cinco tópicos de motivación de estudio, dificultades y rendimiento académico, de tipo cerrado con escalamiento de Likert en las marcas de cotejo. Los resultados fueron tabulados en planillas de cálculo y analizados estadísticamente con test de  $\chi^2$  en las contingencias de variable y análisis de tendencia (Regresión lineal -  $R^2$ ) para definir estadísticamente las percepciones del grupo de alumnos encuestados.

## RESULTADOS

La muestra fue de 70 alumnos de una población de 85 alumnos de tercer año turno tarde, que concurren al mencionado instituto y que voluntariamente aceptaron participar del trabajo de investigación, por muestreo aleatorio simple con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

Se encontró un marcado predominio de estudiantes femeninos (74%) en una relación 3:1. Con respecto

<b>TABLA 1. CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.</b>			
VARIABLE	FREC ABS	FREC REL	OBS
<b>Sexo</b>			
Masculino	18	26 %	
Femenino	52	74 %	
<b>Edad</b>			
< 25 años	31	44 %	
26-30 años	11	16 %	
31-35 años	4	6 %	
36-40 años	14	20 %	
> 40 años	10	14 %	
<b>Lugar de Residencia</b>			
Capital	6	9 %	
Las Heras	11	16 %	
Godoy Cruz	13	18 %	
Guaymallén	23	33 %	
Luján	7	10 %	
Maipú	10	14 %	
<b>Estado Civil</b>			
Soltero	43	61 %	
Casado	11	16 %	
Separado	4	6 %	
Divorciado	5	7 %	
En pareja	7	10 %	
<b>Hijos</b>			
Ninguno	36	51 %	
1 a 2	22	31 %	
3 a 4	11	16 %	
> a 4	1	2 %	

a la edad de los participantes se observó un predominio de estudiantes de enfermería menores de 25 años (44%) y con una tendencia decreciente en los siguientes rangos ( $r^2: 0,3674$ ). Según la zona de residencia, se observó un predominio de estudiantes de enfermería (33%) provenientes del departamento Guaymallén, seguido de Godoy Cruz y Las Heras. En lo referente al estado civil, se visualizó un franco predominio de estudiantes solteros (61%) sobre el resto de los encuestados de la muestra analizada. El 51% de los mismos manifestó no tener hijos. (Ver Tabla 1)

Referido a la formación secundaria previa, el 74% de los mismos proviene de establecimientos educativos de gestión estatal y el resto de la educación privada. Los progenitores de los alumnos en su mayoría habían completado estudios primarios (42%) y secundarios (32%), encontrándose una diferencia significativa en el nivel secundario entre los padres con respecto a las madres de los alumnos ( $X^2: p: 0,0218$ ).

El 91% de los alumnos encuestados no percibe beca o ayuda económica para sus estudios. El 83% de los

mismos manifestó realizar otra actividad laboral además de cursar la carrera, de los cuales el 27% lo hace en jornada completa. La mayoría de los que trabaja, lo realiza como empleado (50%) o en cuidado de personas (33%). (Ver Tabla 2)

Los alumnos de la carrera indicaron que la principal razón para elegir la carrera (85%), fue por la vocación de ayudar a las personas, seguido de la necesidad de alcanzar una profesión que lo satisface, (61%) y la necesidad de acceder a un trabajo bien remunerado con un 53% de los encuestados que lo señalaron. Mientras que las razones que menos motivaron a la elección de la carrera fueron para pasarlo bien y divertirse (4%), la falta de trabajo después de graduarse en la secundaria

**TABLA 2. ANTECEDENTES ACADÉMICOS Y LABORALES DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA**

VARIABLE	FREC ABS	FREC REL	OBS
<b>Estudios secundarios</b>			
Público	52	74%	
Privado	18	26%	
<b>Nivel de estudio de progenitores</b>			
<b>NIVEL PRIMARIO</b>		<i>p: 0,0218</i>	
Padres	21	16%	
Madres	38	30%	
<b>NIVEL SECUNDARIO</b>			
Padres	30	24% <sup>(*)</sup>	
Madres	16	13%	
<b>NIVEL TERCIARIO</b>			
Padres	8	6%	
Madres	8	6%	
<b>NIVEL UNIVERSITARIO</b>			
Padres	2	2%	
Madres	4	3%	
<b>Becas de estudio</b>			
Si	6	9%	
No	64	91%	
<b>Tipo de trabajo / Empleo informal</b>			
Empleado en relación de dependencia	35	50%	
Ama de casa / Cuidados del hogar	3	4%	
Obreros	0	0%	
Cuidado de ancianos	20	29%	
Cuidado de niños	3	4%	
Trabajador eventual	3	4%	
Fuerzas Armadas / Seguridad	2	3%	
Desocupado	4	6%	

(\*) Significancia  $p < 0,05$

VARIABLE	FREC ABS	FREC REL	OBS
<b>Motivaciones para ser enfermero</b>			
Complacer a mis padres	8	11%	
Independizarme de mi familia	14	20%	
No conseguí trabajo al graduarme de escuela secundaria	7	10%	
No tenía otra cosa que hacer	7	10%	
Buscar mejor ambiente social	13	19%	
Pasarla bien y divertirme	3	4%	
Desarrollar mis talentos y habilidades	29	41%	
Alcanzar una profesión que me satisface	43	61%	
Conseguir un trabajo bien remunerado	37	53%	
Convertirme en una persona educada y útil a la sociedad	22	31%	
Alcanzar status y prestigio	12	17%	
Por vocación de ayudar a las personas	60	85%	
<b>Metas inmediatas al graduarse</b>			
Cambiar de carrera	0	0%	
Trasladarme a otra Escuela de Enfermería	2	3%	
Mejorar mis notas	35	50%	
Buscar ayuda profesional	20	29%	
Obtener un grado universitario	46	66%	
Abandonar la carrera al final del semestre	2	3%	
Buscar otras alternativas que no sean estudios terciarios	3	4%	
No he establecido metas inmediatas	1	1%	
<b>Dificultades en el rendimiento (causas)</b>			
Disgusto con la carrera seleccionada	1	1%	
Pérdida de interés en los estudios	5	7%	
Poca dedicación a los estudios	9	13%	
Ausentismo en las clases	2	3%	
Pobres destrezas de estudio	5	7%	
Falta de capacidad intelectual	9	13%	
Poca memoria	10	14%	
Dificultades familiares	20	29%	
Problemas económicos	10	14%	
Dificultades personales	15	21%	
Dificultades de salud	5	7%	
Poca concentración	25	36%	
Dificultades de adaptación a cursado	2	3%	
Dificultades para independencia personal	7	10%	
Dificultades de hospedaje o movilidad	2	3%	

y la falta de motivaciones (10%) y el hecho de complacer la voluntad de sus padres (11%). La principal meta inmediata de los estudiantes de enfermería estudiados es obtener un grado universitario con un 66% de intención, seguido de la necesidad de mejorar su rendimiento académico con un 50% y la necesidad de buscar ayuda profesional para el rendimiento académico con un 29% de la intención. La posibilidad de cambiar de carrera fue totalmente descartada por los encuestados y solamente un 1% no tiene en claro sus metas aún. La

principal razón que dificultó el rendimiento académico de los estudiantes de enfermería fue la poca concentración con un 36% de la intención percibida, seguida de las dificultades familiares con un 29% y las dificultades personales con un 21%. Los disgustos de haber elegido una carrera inapropiada fue la opción menos señalada por la muestra seleccionada, como también la dificultad de movilidad, el ausentismo y la adaptación a la vida estudiantil. (Ver Tabla 3).

**TABLA 4. APOYOS PERCIBIDOS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA**

PERCEPCIÓN DEL ESTUDIANTE	E	MB	B	R	M	Regresión ( $R^2$ )	Tendencia
Apoyo Familiar	40	12	8	3	7	0,6349	↓↓
Apoyo de alumnos / compañeros de estudio	22	35	5	6	2	0,5996	↓↓
Apoyo Académico-Institucional	3	28	24	10	4	0,0480	↓
Apoyo Económico	8	16	13	17	12	0,1594	↑
Apoyo de orientación y pedagógico	4	20	21	14	8	0,0018	nula

Al analizar la percepción de los distintos apoyos recibidos por los alumnos, se evidenció una muy buena percepción de la ayuda familiar en la realización de los estudios de su carrera, con una moderada tendencia decreciente hacia los valores negativos (Regular-Malo). ( $R^2$ : 0,6349). Con respecto al apoyo institucional, se observó una buena percepción para la realización de los estudios, se evidenció una débil tendencia a disminuir hacia los valores negativos ( $R^2$ : 0,048). Se observó una muy buena percepción de la ayuda de parte de los compañeros de estudio y una tendencia moderada a disminuir hacia los valores negativos ( $R^2$ : 0,5996). Al ser interrogados sobre la percepción del apoyo económico para el estudio, se evidenció una leve tendencia creciente hacia los valores negativos ( $R^2$ : 0,1594). Se observó una percepción buena del apoyo pedagógico pero ninguna tendencia manifiesta hacia la mejoría o empeoramiento de la percepción ( $R^2$ : 0,0018). (Ver Tabla 4)

Referido a la motivación percibida para alcanzar metas académicas se observó una muy buena concordancia con la motivación para alcanzar los objetivos académicos (Media: 3,84. ScoreMAX 4,0. 95%) y una tendencia moderada a disminuir hacia los valores negativos ( $R^2$ : 0,6527). Se evidenció una buena concordancia con la motivación para alcanzar mejores hábitos de estudio (Media: 2,78. ScoreMAX 4,0. 70%) y una leve tendencia a disminuir hacia los valores negativos ( $R^2$ : 0,2316). Con respecto a la distribución de tiempos de estudio hubo una buena concordancia (Media: 2,63. ScoreMAX 4,0. 66%) y una leve tendencia a disminuir hacia los valores negativos ( $R^2$ : 0,2683). Al momento de afrontar dificul-

tades familiares se evidenció una buena a regular concordancia en las percepciones (Media: 2,83. ScoreMAX 4,0. 70%) y una moderada tendencia a disminuir hacia los valores negativos ( $R^2$ : 0,5748). Se observó una buena concordancia en la percepción de la motivación para afrontar problemas personales (Media: 3,01. ScoreMAX 4,0. 75%) y una muy marcada tendencia a disminuir hacia los valores negativos ( $R^2$ : 0,9065). Hubo una muy buena concordancia con la motivación para tomar decisiones y solucionar problemas (Media: 3,41. ScoreMAX 4,0. 85%) y una marcada tendencia a disminuir hacia los valores negativos ( $R^2$ : 0,9043). Se observó una muy buena concordancia con la motivación para resolver problemas con el docente (Media: 3,39. ScoreMAX 4,0. 85%) y una marcada tendencia a disminuir hacia los valores negativos ( $R^2$ : 0,7786). Al ser interrogados sobre la ventaja de recomendar el apoyo psicosocial a ingresantes a la carrera se percibió una buena a regular concordancia (Media: 2,49. ScoreMAX 4,0. 62%) y una tendencia leve a disminuir hacia los valores negativos ( $R^2$ : 0,4301). (Ver Tabla 5)

## CONCLUSIONES

Se concluye de esta investigación, que el perfil sociodemográfico del estudiante de enfermería del IDICSA se corresponde con estudiantes en su mayoría comprendidos entre 25 a 35 años de edad, la mayoría

**TABLA 5. MOTIVACIONES PERCIBIDAS POR LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA**

PERCEPCIÓN DEL ESTUDIANTE	M	A	P	CN	N	Media ScoreMAX: 4	IC %	Regresión ( $R^2$ )	Tendencia
Alcanzar metas académicas	57	11	2	0	0	3,84	95	0,6527	↓↓
Desarrollar hábitos de estudio	7	45	14	4	0	2,78	70	0,2316	↓
Organizar horarios de estudio	9	29	26	4	0	2,63	66	0,2683	↓
Afrontar dificultad familiar	16	28	21	3	0	2,83	70	0,5748	↓↓
Afrontar dificultad personal	24	24	17	3	0	3,01	75	0,9065	↓↓↓
Tomar decisiones y soluciones	39	20	11	0	0	3,41	85	0,9043	↓↓↓
Resolver con ayuda docente	35	26	8	0	0	3,39	85	0,9100	↓↓↓
Enfrentar retos académicos	41	21	2	0	2	3,41	85	0,7786	↓↓
Recomendar apoyo a ingresantes	14	23	19	4	7	2,49	62	0,4301	↓



Imagen: Freepik.com

proveniente de escuelas secundarias de gestión estatal, de un perfil socioeconómico medio-bajo, la mayoría trabajadores en relación de dependencia, con progenitores con educación inicial-media y provenientes de lugares de residencia correspondientes a áreas suburbanas y urbano-marginales (alejadas del área metropolitana de la ciudad de Mendoza), coincidiendo esta caracterización con las publicadas por otros autores en Latinoamérica<sup>6,7</sup>. La deficiente formación de nivel medio orientada a las ciencias de la salud de los alumnos ingresantes, sin importar el tipo de gestión estatal o privada, dificulta la articulación, permanencia y expectativas de rendimiento académico de la carrera de enfermería. Muy pocos alumnos ingresantes (menos del 5%), provienen de abandonar otras carreras afines de la salud (medicina, odontología, tecnicaturas, etc.).

Los bajos rendimientos académicos y la dificultad de coincidir los horarios de cursado con las actividades

laborales son los motivos que llevan a la deserción de la carrera en sus primeros años. Se encontraron rendimientos bajos asociados a problemas de concentración para el estudio y por situaciones problemáticas personales y de su entorno familiar directo.

Sin embargo cabe señalar que la voluntad de aprender de los alumnos se va incrementando conforme avanzan en el cursado de la carrera, con elevado sentido de resiliencia y con el soporte emocional de su grupo familiar por encima del de sus pares y docentes. Las tendencias positivas más observadas en la muestra estudiada, se enfocaban en enfrentar los retos para alcanzar las metas académicas. Dichas metas académicas se focalizan en aumentar su rendimiento para acceder a estudios de grado (Licenciatura) con la ayuda de la asesoría pedagógica, a pesar de considerar la masa de los alumnos como de poco interés, la ayuda psicopedagógica durante el proceso educativo, tal vez por la

escasa disponibilidad horaria que disponen los mismos para asistir a las clases de apoyo.

Como lo señalan diversos autores, muchos alumnos que desarrollan la misma actividad que sus progenitores (empleados en su mayoría) y viven con ingresos familiares precarios, se inclinan a elegir la carrera para obtener una mejor fuente de ingresos económicos, a pesar muchas veces de no contar con una vocación innata por el cuidado de los enfermos.<sup>8, 9, 10</sup>

La mayoría de los estudiantes y por la naturaleza de la profesión son mujeres, que en su mayoría manifestó haber estado trabajando anteriormente en el cuidado de personas, desde la informalidad a la práctica remunerada (cuidadores gerontológicos) desde temprana edad y coincidente al momento de realizar sus estudios de nivel medio, como se percibió en estudios propios en estudiantes mendocinos de enfermería<sup>5</sup>. La permanencia en la carrera es mayor en las mujeres que en los varones, ya que estos últimos tienden a obtener mejores condiciones socioeconómicas con nuevos empleos que dificultan su cursado, mientras que las primeras, ven en su futura carrera, un aporte económico adicional a su grupo familiar, teniendo que reorganizar sus tiempos y planificación familiar en pos de su carrera.

Quizá la situación económica que se percibe en la mayoría de los estudiantes que no desertaron constituye un reto y les brinda motivación, disposición y capacidad para concluir la carrera, como lo describe la teoría psicológica de Tinto; y no solamente diferencian los beneficios que obtendrán de acuerdo a los estudios universitarios, como lo señala la teoría económica<sup>11</sup>.

Podemos concluir finalmente que este estudio nos permitió caracterizar socio-demográficamente el perfil del estudiante de enfermería de nuestro medio, como individuos con vocación de servicio en la atención y cuidado de las personas, con expectativas de realización laboral bien remunerada y metas académicas de continuar su formación al grado superior. Se destaca la importancia del apoyo que brinda su familia en el proceso de formación y la necesidad de recibir apoyo económico-institucional (becas) durante el cursado de la carrera.

Esta línea de base establecida con la presente investigación, puede ser utilizada con éxito en el perfeccionamiento de las relaciones personal/paciente, fortaleciendo la identidad profesional y creando nuevas perspectivas para un personal más ético y humano sin perder la visión de ciencia y nos permitirá determinar objetivos institucionales para mejorar la gestión educativa de nuestros alumnos, enfocados en la atención de las necesidades planteadas en esta investigación.

## BIBLIOGRAFIA

1. Díaz Flores, Martha, Castro Ricalde, Diana Margarita, & Cuevas Jaimes, Brenda Lizeth. (2012). Valores profesionales de enfermería: Una mirada hacia la formación en la Educación Superior. *Humanidades Médicas*, 12(2), 289-299. Recuperado en 08 de enero de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202012000200011&lng=es&tlang=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000200011&lng=es&tlang=es).
2. Tessa, R. (2015). Factores estresores percibidos por los estudiantes de la facultad de enfermería de la Universidad Católica del Uruguay en la práctica clínica. *Revista Colombiana de Enfermería*, 10, 27-34.
3. Tíscar González, Verónica. Percepción de la práctica de enfermería basada en la evidencia de estudiantes de un master de investigación. ENE, Revista de Enfermería, [S.I.], v. 9, n. 2, ago. 2015. ISSN 1988-348X.
4. Giai, M., Baigorria, M., Montecinos, P., Fernandez, B., & Villamil, N. G. (2013). Los estudiantes de Enfermería Profesional y su imagen en la sociedad de Mendoza, Argentina. *Hig. Sanid. Ambient.* 13 (2): 955-960.
5. Giai, M., & Franco, E. D. (2019). Percepción del nivel de estrés en estudiantes de enfermería en Mendoza, Argentina. *Investigación, Ciencia y Universidad*, 3(4), 12-20.
6. Risquez, M. I. R., García, C. C., & Tebar, E. D. L. Á. S. (2012). Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 88-95.
7. Ríos B, Olivo JR, Romero SL. Los estudiantes de las unidades académicas de enfermería y medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit. Un primer análisis a su perfil socioeconómico, cultural y laboral. (2010). Primer congreso Latinoamericano de Ciencias de la Educación.
8. Moreno, R. Y. (2012). Factores socio-económico-culturales y su influencia en la demanda de una carrera universitaria en el departamento de La Libertad, Perú. *Revista Ciencia y Tecnología*. Volumen 8 (22). Recuperado de <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/198/204>
9. Hoyos Díaz, R. G. (2016). Niveles socioeconómicos y motivación en la elección de la carrera profesional en estudiantes pre-universitarios. Tesis de Maestría. Disponible en [http://www.repositorioacademicousmp.edu.pe/bitstream/usmp/2320/1/hoyos\\_drg.pdf](http://www.repositorioacademicousmp.edu.pe/bitstream/usmp/2320/1/hoyos_drg.pdf)
10. Badillo-Reyes, L., López-Castellanos, L., & Ortiz-Ramírez, M. (2012). Valores laborales prioritarios en el personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 20(2), 71-78.
11. Rojas Izquierdo, M., González Barrero, M., González Acosta, M. N., & Núñez Herrera, M. (2010). La educación en valores en el contexto de la formación profesional de Enfermería. *Educación Médica Superior*, 24(2), 0-0.
12. Alonso, M. D. J. D. V., López, I. E. H., Aguilera, P. M., Cabrera, S. Y. B., Hernández, M. L., & Vargas, M. L. Z. (2012). Perfil sociodemográfico y de intereses profesionales de los estudiantes de licenciatura en enfermería. *Enfermería universitaria*, 9(1), 27-35.

## COMUNICACIÓN BREVE

# Los factores que impactan en la familias mendocinas por el aislamiento social debido al Covid-19

### Integrantes

MARÍA DE LOS ÁNGELES CASTRO

ANA PAULA CORTEZ

MAXIMILIANO MORENO

SOL PUMA

### Referente

PABLO CHINELLATO

chinellatopenzo@gmail.com

de trabajo en equipo para ayudar tanto a sus allegados como a la comunidad Mendocina. En cambio, el factor económico se vio a afectado en su mayoría por la disminución del ingreso de capital, debido a las restricciones dadas por el estado Nacional. Todo esto, nos refleja que hay diferentes factores que influyen en la familia debido al aislamiento por covid-19 y nos muestra cuales son.

La problemática que se pretende demostrar es el efecto, en las familias mendocinas, que produce el aislamiento social debido al COVID19. Todo esto se lleva a cabo en Argentina para ejercer mayor control de esta pandemia, usando medidas preventivas y obligatorias dadas por el Gobierno Nacional en un contexto crítico. Esta situación epidemiológica posee excepciones en cuanto al aislamiento ya que se ven afectadas determinadas actividades y servicios en relación a otras más demandantes como el sector de la salud, seguridad, fábricas de alimentos y medios de comunicación. En esta situación se deben aplicar distintos protocolos sanitarios correspondientes a cada situación específica para realizar compras de alimentos, acudir al servicio de salud u otra situación de fuerza mayor. La importancia que tiene el tema es informar las distintas situaciones en la que se encuentran los grupos familiares tanto para adaptarse a las medidas preventivas como también los problemas que surgen de este aislamiento para buscar y conocer si se producen conflictos socioeconómicos y de salud. Otro aspecto de consideración es comprender si la comunidad mendocina posee la facultad para tomar las medidas necesarias a fin de evitar el contagio, teniendo en cuenta las recomendaciones del Estado Nacional para cooperar tanto a nuestras familias como el resto de la población. En este aporte se va a analizar los factores que influyen en la familia por el aislamiento social debido al COVID 19 en la comunidad de la provincia de Mendoza, con el propósito de identificar si hubo modificaciones



Imagen: Freepik.com

en las relaciones familiares, si hubo conflictos en el núcleo familiar, si existe un mediador o conciliador como referente en el hogar y si este aislamiento los unió como familia. También surge la necesidad de estudiar la situación económica y como se organizan para ir al supermercado a realizar compras, teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad tanto dentro de sus casas como fuera de la misma. La demostración busca proporcionar información que será útil para la comunidad mendocina para mejorar el conocimiento de la problemática y saber las medidas preventivas contra esta enfermedad. En cuanto a la información del Covid19, la cual no tiene suficientes estudios científicos de alcance nacional y de cómo llevar a cabo el aislamiento social con éxito, el presente trabajo es conveniente para afianzar los conocimientos sobre las restricciones y las pautas a seguir durante el aislamiento al momento de ir a la farmacia o hacer compras de primera necesidad. Por otra parte, este estudio abarca otros datos sobre los antecedentes y descripción epidemiológica del Covid19 y cuáles son sus sintomatologías para llevar a cabo distintas recomendaciones sumadas a las que se dieron en países orientales en China, y analizar distintas variantes según el nivel social, cultural, género, edad y grupos con mayor riesgo. El trabajo tiene fundamentación metodológica ya que se generaron análisis de distintas familias y de la enfermedad, a través de un ordenamiento de conocimientos estructurados para poder interpretar estos fenómenos naturales y sociales,

que fueron guiados por distintos conceptos de fenómenos observables y cuantificables.

#### OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores que influyen en la familia por el aislamiento social debido al COVID 19 en la comunidad de la provincia de Mendoza durante los meses de marzo y abril del 2020

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar los factores que benefician o afectan a las familias por el aislamiento social debido al COVID 19 en la comunidad de la provincia de Mendoza durante los meses de marzo y abril del 2020

Examinar el impacto social de las familias de la comunidad de la provincia de Mendoza durante los meses de marzo y abril del 2020 en cuanto al aislamiento social

Describir el impacto social de las familias de la comunidad de la provincia de Mendoza durante los meses de marzo y abril del 2020 en cuanto a la enfermedad del covid19.

#### HIPÓTESIS

El aislamiento social debido al COVID 19 en la comunidad de las familias mendocinas durante los meses

de marzo y abril del 2020 genera una problemática familiar, ya que la situación que se transita no es la adecuada, por ende, se deben adaptar a una nueva organización de conductas saludables y mejorar el acceso a la información para tener los conocimientos adecuados que se necesitan ante la propagación de este tipo de virus. La posible resolución para las familias mendocinas sería modificar el vínculo interactivo entre sus miembros mejorando y ampliando la comunicación entre ellos, respetando todos los integrantes las recomendaciones del Ministerio de Salud y así evitar el contagio del Covid-19 y todos los daños colaterales que este genera.

#### CONCLUSIÓN

El trabajo nos aportó una amplia información de la sociedad en cuanto a su forma de transitar este aislamiento social y preventivo donde cada una de las personas se pudo adaptar más allá de las distintas realidades sociales que está pasando, en donde el ingreso económico y la posibilidad al acceso de información a las distintas organizaciones de salud, no son las mismas. La demostración nos determinó los factores que beneficiaron al grupo familiar, en donde se respetó las normas de bioseguridad al ingreso en casa por todos los integrantes, lo que llevó a no tener sospechas de signos o síntomas de Covid-19 y evitar alteraciones emocionales en el hogar. Otro recurso importante que se incrementó fue la interacción social entre los miembros y se vio reflejado en el incremento de actividades realizadas en conjunto.

En otro lugar, llegamos al resultado que dentro de la familia, generalmente no hay un mediador o conciliador para manejar distintas situaciones conflictivas que perjudican la estabilidad emotiva de los integrantes del hogar. Cabe aclarar que la gran mayoría se vieron afectadas económicamente por el aislamiento social.

Lo anterior permite afirmar la hipótesis planteada, ya que gracias a la buena comunicación y el trabajo en equipo se logró en las familias mendocinas adaptarse ante una situación adversa como es una pandemia lo que conlleva al aislamiento social y todas las situaciones nuevas que se deben adquirir con el fin de preservar el óptimo nivel funcional de las personas.

#### SUGERENCIAS

Nuestra recomendación con respecto al aporte, es seguir estudiando los fenómenos sociales, naturales y artificiales de la comunidad mendocina, y cómo se fueron adaptando en los meses posteriores al estudio que hicimos, para tener nuevos conocimientos y obtener si surgieron nuevas problemáticas o beneficios dentro del núcleo familiar por el aislamiento social y preventivo.

Otro aspecto a tener en cuenta para nuestro próximo aporte, es obtener mayor cantidad de números individuos como objeto de estudio obteniendo una amplia información, en donde podamos hacer entre 80 o 100

*Gracias a la buena comunicación y el trabajo en equipo se logró en las familias mendocinas adaptarse ante una situación adversa como es una pandemia*

encuestas a la población, siempre teniendo en cuenta las medidas de seguridad y prevención. Más adelante obtendremos un marco teórico actualizado con respecto al realizado en esta demostración, ya que varios expertos a nivel mundial, organizaciones y gobiernos ampliarán los conocimientos científicos sobre este nuevo virus verificando como actúa en distintas épocas del año, su propagación y las distintas alternativas para proteger la salud de todo el mundo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Argentina.gob.ar (2020). Aislamientos preventivos. Recuperado <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/aislamiento/preventivo>
2. Reportes vespertinos (2020). Recuperado de [file:///18-05-20\\_reporte\\_vespertino\\_covid\\_19.pdf](file:///18-05-20_reporte_vespertino_covid_19.pdf)
3. OPS / OMS: Organización Panamericana de la Salud. (2020) Recuperado el 12 de junio de 2020 de [https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/enfermedad-por-coronavirus-covid19?gclid=Cj0KCQjw\\_j1BRDKARIaAJcfmTGdjHUm8kbjH-GI\\_9aG1mG2795JljXPLk1XwO5xjD6Y5VI\\_QytRJZ-jEaAle1EALw\\_wC](https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/enfermedad-por-coronavirus-covid19?gclid=Cj0KCQjw_j1BRDKARIaAJcfmTGdjHUm8kbjH-GI_9aG1mG2795JljXPLk1XwO5xjD6Y5VI_QytRJZ-jEaAle1EALw_wC)
4. Organización Panamericana de la Salud (2020) Recuperado el 12 de junio de 2020 de <https://ais.paho.org/php/viz/COVID-19Epi>
5. Dashboard.asp Organización Panamericana de la Salud. (2020) Recuperado el 28 de mayo de 2020 de [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_docman&view=list&slug=reco\\_mendaciones&Itemid=624](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_docman&view=list&slug=reco_mendaciones&Itemid=624)
6. Organización mundial de la salud (2020). Recuperado de <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwhomdl-32397700>
7. Organización Panamericana de la Salud (2020) Recuperado el 13 mayo del 2020 de [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_docman&view= document&lay\\_out=default&alias=490-actualizacion-covid-19-13-de-mayo-de-2020&category\\_slug=actualizaciones&Itemid=624](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_docman&view= document&lay_out=default&alias=490-actualizacion-covid-19-13-de-mayo-de-2020&category_slug=actualizaciones&Itemid=624)
8. S.A.D.I (Sociedad Argentina de Infectología) (2020). Recuperado de [https://sadi.org.ar/coronavirus\\_Ministerio\\_de\\_la\\_sanidad\\_PDF\\_\(2020\)\\_Recuperado\\_de\\_https://www.msCBS.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCo\\_v-China/documentos/20200326\\_ITCoronavirus.pdf](https://sadi.org.ar/coronavirus_Ministerio_de_la_sanidad_PDF_(2020)_Recuperado_de_https://www.msCBS.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCo_v-China/documentos/20200326_ITCoronavirus.pdf)

# Dolor



Imagen: Freepik.com

Autor  
PABLO CHINELLATO

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”. La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nocioceptores) y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nocioceptivos tisulares; la nociocepción puede estar influida por otros factores (p. ej. psicológicos).

En el momento del diagnóstico de una neoplasia, entre el 30-50% de los pacientes presentan dolor, que en las fases avanzadas de la enfermedad puede llegar al 70-90%. En los pacientes con cáncer avanzado, el 70% de los dolores tienen su origen en la progresión de la propia neoplasia, mientras que el 30% restante se relaciona con los tratamientos y patologías asociadas. En la mayoría de las ocasiones el dolor oncológico es crónico. Para una correcta valoración del dolor es conveniente conocer varias cuestiones como su variación temporal (agudo, crónico), patogenia, intensidad... El dolor oncológico sigue unas normas de tratamiento especificadas según las pautas recomendadas por la O.M.S.

La clasificación del dolor la podemos hacer atendiendo a su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronósticos de control del dolor y, finalmente, según la farmacología.

## A. SEGÚN SU DURACIÓN

**A.1 Agudo:** Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Ejemplos lo constituyen la perforación de víscera hueca, el dolor neuropático y el dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas.

**A.2 Crónico:** Ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico. Es el dolor típico del paciente con cáncer.

## B. SEGÚN SU PATOGENIA

**B.1 Neuropático:** Está producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia. Son ejemplos de dolor neuropático la plexopatía braquial o lumbo-sacra post-irradiación, la neuropatía periférica post-quimioterapia y/o post-radioterapia y la compresión medular.

**B.2 Nocioceptivo:** Este tipo de dolor es el más frecuente y se divide en somático y visceral que detallaremos a continuación.

**B.3 Psicógeno:** Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo. Es típico la necesidad de

### SEMILOGÍA DEL DOLOR

Anamnesis y Exploración Física

- ▲ Aparición
- Localización
- Irradiación
- Características
- Intensidad
- Fenómenos que la acompañan

Integración diagnóstico algológico, Medición del dolor, Establecer una terapéutica adecuada.

un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia.

## C. SEGÚN LA LOCALIZACIÓN

**C.1 Somático:** Se produce por la excitación anormal de nocioceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos, etc). Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. El más frecuente es el dolor óseo producido por metástasis óseas. El tratamiento debe incluir un antiinflamatorio no esteroideo (AINE).

**C.2 Visceral:** Se produce por la excitación anormal de nocioceptores viscerales. Este dolor se localiza mal, es continuo y profundo. Asimismo, puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó. Frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos. Son ejemplos de dolor visceral los dolores de tipo cólico, metástasis hepáticas y cáncer pancreático. Este dolor responde bien al tratamiento con opioides.

## D. SEGÚN EL CURSO

**D.1 Continuo:** Persistente a lo largo del día y no desaparece.

**D.2 Irruptivo:** Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo esta-

ble. El dolor incidental es un subtipo del dolor irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente.

## E. SEGÚN LA INTENSIDAD

**E.1 Leve:** Puede realizar actividades habituales.

**E.2 Moderado:** Interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores.

**E.3 Severo:** Interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores.

## F. SEGÚN FACTORES PRONÓSTICOS DE CONTROL DEL DOLOR

El dolor difícil (o complejo) es el que no responde a la estrategia analgésica habitual. (escala analgésica de la OMS).

## G. SEGÚN LA FARMACOLOGÍA

**G.1 Responde bien a los opiáceos:** dolores viscerales y somáticos.

**G.2 Parcialmente sensible a los opiáceos:** dolor óseo (además son útiles los AINE) y el dolor por compresión de nervios periféricos (es conveniente asociar un esteroide).

4º  
**DOLOR SEVERO**  
EVA 7-10

3º  
**DOLOR SEVERO**  
EVA 7-10

2º  
**DOLOR MODERADO**  
EVA 5-6

1º  
**DOLOR LEVE**  
EVA 1-4

Opioides menores  
y/o Opioides mayores  
y/o Paracetamol  
y/o AINES  
y/o Coadyuvantes

Paracetamol  
y/o AINES  
y/o Coadyuvantes

Opioides menores  
y/o Opioides mayores  
y/o Paracetamol  
y/o AINES  
y/o Coadyuvantes

**U. DOLOR**  
Dolor crónico  
no tratable con  
otros medios.

Figura 1. Escalera / Ascensor terapéutico de la OMS (Modificado).



Figura 2. Escala Visual Analógica (EVA).

**G.3 Escasamente sensible a opiáceos:** dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos (responde a antidepresivos o anticonvulsionantes).

#### ESCALA DE ANALGÉSICO DE LA OMS

Existen unas normas de uso de la escala analgésica:

1. La cuantificación de la intensidad del dolor es esencial en el manejo y seguimiento del dolor. Generalmente se utilizan escalas unidimensionales como la escala verbal numérica ó la escala visual analógica (EVA).
2. La subida de escalón depende del fallo al escalón anterior. En primer lugar, se prescriben los analgésicos del primer escalón. Si no mejora, se pasará a los analgésicos del segundo escalón, combinados con los del primer escalón más algún coadyuvante si es necesario. Si no mejora el paciente, se iniciarán los opioides potentes, combinados con los del primer escalón, con el coadyuvante si es necesario.
3. Si hay fallo en un escalón el intercambio entre fármacos del mismo escalón puede no mejorar la analgesia (excepto en el escalón 3).
4. Si el segundo escalón no es eficaz, no demorar la subida al tercer escalón.
5. La prescripción de co-analgésicos se basa en la causa del dolor y se deben mantener cuando se sube de escalón.
6. No mezclar los opioides débiles con los potentes.
7. Prescribir cobertura analgésica del dolor irruptivo.

#### DOLOR IATROGÉNICO

El dolor iatrogénico por irradiación es un dolor multifactorial en el que se implican el dolor producido por el tumor y sus metástasis, los tratamientos oncológicos y las patologías asociadas. Por tanto, su tratamiento requiere medidas generales de soporte, tratamiento específico según la localización irradiada y tratamiento del dolor con anestésicos locales, así como analgésicos según la escala de la OMS. La toxicidad grado I habitualmente es asintomática. Es conveniente utilizar los analgésicos desde las primeras manifestaciones del dolor. Un ejemplo lo constituye la irradiación del área de cabeza y cuello

en el que el tratamiento analgésico es fundamental para evitar que el dolor interfiera con la nutrición del paciente. Iniciamos con fármacos del primer escalón con presentaciones que faciliten la deglución (ej: Ibuprofeno en sobres); si no mejora pautamos fármacos del segundo escalón (ej: solución de Tramadol). La mucositis del área de cabeza y cuello cursa con dolor tipo nociceptivo visceral- somático que responde bien a opiaceos tipo parche de fentanilo (tercer escalón). La plexopatía braquial post-RT es un ejemplo de dolor neuropático. Este dolor es resistente a opiaceos. El tratamiento analgésico incluye coadyuvantes tipo antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) o anticonvulsivos (carbamazepina, gabapentina).

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y Terminal. Arán 2004. Cap. 3: Dolor. Pag. 33-90.
2. Gabriel SE. Cancer Pain Relief with a Guide to Opioid Availability. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1996.
3. Max MB, Payne R, Edwards WT, Sunshine A, Inturrisi CE. Principles of Analgesic Use In the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain. 4th ed. Glenview, IL: American Pain Society; 1999.
4. Pérez C, Brady L, Halperin E, Schmidt-Ullrich R. Principles and practice of Radiation Oncology. 4<sup>a</sup> edición. Lippincott Williams and Wilkins 2004. Cap. 89: Pain management. Pag. 2412-2425.
5. Foley K. Pain syndromes in patients with cancer. Medical Clinics of North America 1987; 71: 169-184.
6. Spielberger R, Stiff P, Bensinger W, et al. Palifermin for oral mucositis after intensive therapy for hematologic cancers. The New England Journal of Medicine 2004; 351: 2590-2598.

*El dolor iatrogénico por irradiación es un dolor multifactorial en el que se implican el dolor producido por el tumor y sus metástasis.*

#### REVISIÓN

# Atención integral al adulto mayor



Imagen: Freepik.com

Autor  
PABLO CHINELLATO

#### INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores se han convertido la última década en un grupo etario de alto crecimiento demográfico. Se estima que el 6% de la población mundial tiene más de 65 años y más de la mitad vive en países en vías de desarrollo. El envejecimiento de la población constituye uno de los acontecimientos sociales y demográficos relevantes de las últimas décadas. La creciente población de adultos mayores debe ser integrada al desarrollo y a la modernidad, lo que depende en parte importante del Estado, pero también de los propios adultos mayores (y de los individuos que se aproximan a esa etapa de la vida).

El envejecimiento poblacional es el aumento progresivo de la proporción de personas de edad avanzada en una población determinada. Esto considerado como uno de los mayores logros de la humanidad, se transforma en un problema si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que de él se derivan.

Según datos de las Naciones Unidas, en 1950, existían en el mundo 200.000.000 de personas mayores de 60 años, pero en 1975 ésta cifra alcanzó los 350.000.000. Las evidencias demográficas indican que

en el año 2.000 existían alrededor de 600.000.000 de ancianos; cifra que prácticamente se duplicará para el 2025. Obviamente esto ha producido un impacto en el área de la salud puesto que las poblaciones no sólo se vuelven más viejas, sino que también son más frágiles y tienen más enfermedades crónicas y mayores discapacidades. Se estima que actualmente más del 50% de las consultas en atención primaria son llevadas a cabo por ancianos. Es evidente que, como Profesionales de la Salud, al realizar una atención horizontal, debemos conocer los aspectos esenciales de la atención moderna del anciano. Por esto y por las características propias del envejecimiento fisiológico, hace varios años ha comenzado el desarrollo de una subespecialidad clínica, la Geriatría, que es la rama de la medicina que se ocupa de atender a las personas mayores de 60 años. Aunque existen médicos geriatras, que son los especialistas en la materia, todos los profesionales de la salud reconocen que la atención de los adultos mayores, representa una proporción cada vez mayor de la atención primaria de salud. El médico de familia, Enfermeros y Cuidadores especializados necesita conocer la peculiaridad de los aspectos del envejecimiento, que incluyen la presentación atípica de enfermedades, las cuales demandan un abordaje diferenciado y una evaluación y manejo integral.

## OBJETIVO GENERAL

Conocer las afecciones más frecuentes en el adulto mayor y contribuir a lograr un envejecimiento saludable y una vejez satisfactoria mediante acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.

## ESPECÍFICOS

Conocer las afecciones cardíacas, respiratorias, genitourinarias y neurológicas más frecuentes.

Reconocer a los llamados "Gigantes de la Geriatría" y la importancia que tienen para el paciente adulto mayor.

## ¿QUÉ SIGNIFICA ENVEJECER?

El envejecimiento corresponde a una etapa de la vida del individuo en la cual se pierde progresivamente la capacidad de adaptación y la aptitud de reaccionar adecuadamente a los cambios. Este deterioro se debe a la disminución del potencial de reserva que se produce naturalmente en todos los órganos y sistemas del cuerpo con el transcurso de los años. Con el envejecimiento la capacidad de reserva y adaptación a la exigencia se va perdiendo. El adulto mayor puede respirar normalmente y caminar sin problemas, es capaz de estudiar con calma, pero al aumentar las exigencias no le es posible rendir como él quisiera. Aparece disnea al subir escaleras o si intenta correr; es incapaz de memorizar un tema con tanta facilidad como lo hacía antes.

## EXISTEN ASPECTOS NEGATIVOS Y ASPECTOS POSITIVOS DEL ENVEJECER

**Aspectos negativos:** las enfermedades, la autoimagen negativa, la pérdida de relaciones sociales, la disminución de los ingresos, la cercanía de la muerte.

**Aspectos positivos:** la acumulación de experiencia y sabiduría, la conservación de la capacidad funcional a pesar de las enfermedades, el tiempo libre que permite hacer lo que se desea. La proximidad de la muerte puede ser vivida como algo terrible, angustioso, o como un proceso natural que puede ser asumido con tranquilidad.

Este período principalmente está marcado por los cambios que se producen, no sólo por la edad, sino que también, por los cambios biológicos, psicológicos y sociológicos.

**Biológicos:** Cambios en el organismo, adaptación, lentificación, disminución de los órganos sensoriales, problemas de salud.

**Psicológicos:** Cambios en las facultades intelectuales y mentales, en el modo de encarar el proceso de envejecer.

**Sociológicos:** Cambios que configuran determinadas oportunidades y condiciones de vida para la categoría de los viejos.

El campo SOCIAL podemos estudiar numerosos cambios.

**1) La vida laboral:** El retiro del trabajo produce un gran impacto psicológico; llevando muchas veces a graves y progresivos problemas de depresión, ocasionado por pérdida de su identificación dentro de la sociedad, se siente que no es nadie y pierde su sociabilidad. Tiene restricciones económicas al recibir una pensión inferior al ingreso percibido por trabajo remunerado, como también dispone de mayor tiempo libre, se siente inútil sin saber cómo llenarlo.

**2) La ideología del viejismo:** Nuestra sociedad da una imagen equivocada de esta etapa de la vida, por el retiro forzado del trabajo y los cambios biológicos la considera como viejismo, como una etapa de decadencia en lo físico y lo mental, dando al adulto mayor una imagen de incapacidad, de inutilidad social y de rigidez, de ahí que acepten su deterioro como algo fatal que los lleva a asumir una actitud de resignación y apatía, restringiéndose cualquier iniciativa de superación por grandes temores a ser rechazados.

**3) Ausencia del rol:** Las etapas de niñez, adolescencia y adultez tienen sus roles perfectamente establecidos, pero no existe una definición socio-cultural del conjunto de actividades que serían específicas de los adultos mayores y cuyo desempeño los haría sentirse útiles, conseguir reconocimiento social, elevando su autoestima. En muchos casos el compañero (a) ya partió y deben enfrentar los desajustes emocionales de la viudez, unidos en la mayoría de los casos, con la independencia de los hijos.

Cada persona mayor debe buscar que hacer, ver tareas más o menos valiosas para él, pero sin garantía que serán reconocidas socialmente, esto hace que unos pocos logren su quehacer y que muchos otros deban resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes de su hogar donde viven un transcurrir sin anhelos, sin entusiasmo, sin horizontes.

## CLASIFICACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

**Normal:** Es la persona que ha logrado un bienestar y vida satisfactoria en la etapa de adulto mayor representa alrededor del 56% de la población mayor de 65 años y se caracteriza por:

- Ha asumido la vejez
- Sano física y psíquicamente
- Independiente
- Ha causado en forma positiva y creativa la experiencia acumulada
- Sabe qué hacer con su vida, buena autoestima
- Tiene actividad de crecimiento personal
- Tiene compañía y afecto (pareja, familia, amigos)
- Seguridad económica

**Frágil:** Es la persona que no ha logrado una vida plena en el transcurso de su vejez y se encuentra en una situación de riesgo, este grupo representa aproxi-

madamente al 28% de la población adulto mayor y se condiciona por:

- Que no ha asumido la vejez
- Sufre algún daño físico o psíquico
- Dependiente
- No tiene actividad creativa para él
- Mala autoestima
- Carente de afecto
- Problemas económicos
- No tiene posibilidades de vivir independientemente
- Maltratado o sobreprotegido (que lo inutiliza)
- Tiene temores de pobreza, enfermedad, soledad.

**Postrado o Terminal:** Es la persona muy dañada, sin posibilidad de superación, dependiente absoluto o institucionalizado. Representa un porcentaje aproximado al 16% de la población mayor con un porcentaje de más o menos el 4% de ella, recluida en algún Hogar de Ancianos.

## CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

En conjunto, los ancianos hacen mayor uso de los servicios de salud, lo cual ocasiona mayores gastos. Esto presupone que se necesitarán mayor número de recursos y una mejor planificación y utilización de los existentes; para ello, es necesario el conocimiento del estado de salud de esta población. En todo el mundo, los esfuerzos por medir salud en la población anciana han estado influidos, en los últimos años, por la tendencia a evaluar esta, en términos de función y se ha llegado a considerar en algunos estudios la función como medida absoluta de salud.

## DISCAPACIDAD

Se acepta que el envejecimiento produce disminución de las capacidades funcionales del hombre, excepcionalmente esta disminución es capaz de llevar a la discapacidad. Afecta más a mujeres que a hombres, los hombres tienen una esperanza de vida más corta, pero más activa. Las actividades de la vida diaria se utilizan para evaluar el grado de discapacidad de los individuos.

## ENVEJECIMIENTO INDIVIDUAL

Se define como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos. Se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de la capacidad de reserva del organismo ante los Cambios. Envejecer no es lo mismo que enfermarse.

## ASPECTOS FISIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO

1. Alteración de la regulación homeostática.
2. Disminución global de la inmunidad
3. Lentificación motora

4. Deterioro sensorial
5. Disminución en la capacidad de extraer datos de la memoria.
6. Desarrollo de la marcha senil
7. Pérdida de estatura
8. Alteración de la composición corporal
9. Aumento de la grasa corporal con cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos asociados.
10. Disminución de la función renal a un ritmo de 8mL/min/1.73m<sup>2</sup> por década a partir de los 50 años.
11. Caída de la capacidad vital y del volumen espiratorio a un ritmo de 26 a 30 mL/año a partir de los 30 años en los no fumadores.
12. Desarrollo de cambios en la función sexual.

## MODELO DE PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD EN GERIATRÍA

El modelo médico tradicional (síntomas + signos = enfermedad) se debe cambiar por otro basado sobre la resolución de problemas clínicos. Este nuevo arquetipo debe ser capaz de explicar los problemas que presentan los ancianos teniendo en cuenta que a las características antes enunciadas del envejecimiento normal se les suman una forma de presentación muy variable de las enfermedades y problemas de índole afectiva y económica-social.

La comorbilidad es frecuente en el adulto mayor, la insuficiencia en un sistema puede llevar a la insuficiencia en otro:

1. Insuficiencia Orgánica Múltiple.
2. La presentación de un problema social puede oscurecer una enfermedad subyacente o complicar su manejo.
3. El uso de múltiples medicamentos.
4. Algunos medicamentos pueden curar y a la vez causar problemas de salud y ello puede ser crítico en las personas mayores.

## CAUSAS MÚLTIPLES DEL MISMO SÍNTOMA

En el adulto mayor muchas enfermedades pueden presentarse bajo la misma sintomatología, por ejemplo, fatiga y anorexia. Otros síntomas son comunes a varias enfermedades de la vejez como la confusión, las caídas, la incontinencia o la inmovilidad. Los síntomas pueden incluso darse en una esfera distinta a la del aparato o sistema afectado por el proceso patológico. Por ejemplo, los cambios en el estado funcional, el deterioro del estado mental o la incontinencia, en presencia de neumonía.

## PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LAS ENFERMEDADES

Hay muchos antecedentes en la literatura médica que hablan de una "presentación atípica de la enfermedad" en el adulto mayor. En realidad, la presentación "atípica" para los estándares del adulto joven es típica en el adulto mayor, de manera que incluso podemos delinear

modelos específicos de presentación de la enfermedad en Geriatría, que contrastan con el modelo médico prevalente. Para un síntoma dado, las alternativas de diagnóstico diferencial varían sustancialmente en el adulto mayor con respecto al joven. Lo que en el joven corresponde habitualmente a síntomas por reflujo gastroesofágico, puede corresponder a carcinoma en el adulto mayor; si la rectorragia en el joven hace pensar en enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulosis o angiodisplasia son los diagnósticos más probables en el adulto mayor.

## ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD

Existe una relación epidemiológicamente demostrada entre la enfermedad y el envejecimiento, esto no quiere decir que todas las enfermedades aumenten en función de la edad.

Hay dos grupos: enfermedades que se relacionan con la edad, las cuales se asocian con más frecuencia a una edad específica y las enfermedades que dependen de la edad, las que aumentan su incidencia de forma exponencial en la medida que aumenta la edad. Hay ciertos desórdenes asociados con los cambios intrínsecos que acompañan al envejecimiento y a los cuales el adulto mayor es particularmente proclive: los trastornos motores del esófago y la osteoartrosis son un ejemplo. Algunas complicaciones de enfermedades comunes ocurren sólo décadas después de iniciado el proceso y por ende más frecuentemente observadas en el adulto mayor.

## PREVALENCIA ELEVADA DE LOS “GIGANTES DE LA GERIATRÍA”

La inmovilidad, la incontinencia de orina, la inestabilidad postural y el deterioro intelectual son síndromes que generan mucha discapacidad y dependencia y que por lo tanto deterioran la calidad de vida. Se los denomina “gigantes” a partir de un término introducido por Issacs en 1975, que los llamó de esta manera por el gigantesco número de personas afectadas. Cuando se evalúa a los ancianos, es importante conocer estos síndromes que no constituyen una patología definida, sino que en general son manifestaciones de varias enfermedades y tienen la característica de que responden a causas múltiples, no comprometen la vida, no tienen tratamiento clínico o quirúrgico simple y habitualmente requieren un apoyo humano delicado.

## PRESENTACIÓN TARDÍA DE LAS ENFERMEDADES

Algunas patologías se detectan en forma tardía, ya que los ancianos tienden a subconsultar y muchas patologías como los trastornos locomotores, la depresión, la constipación y la incontinencia, no se evalúan en forma sistemática. Además, muchos problemas discapacitantes suelen encubrir trastornos subyacentes, por ejemplo, una insuficiencia cardíaca congestiva que aparece tardíamente en pacientes con inmovilidad por artrosis.

### PRESENTACIÓN SILENCIOSA

Ciertos procesos habitualmente dolorosos, como el infarto de miocardio, la peritonitis o la úlcera, en los ancianos pueden cursar sin dolor. Esto demora la consulta, el diagnóstico y la instauración de un tratamiento eficaz. Del mismo modo, muchos procesos que generalmente son febres en los ancianos cursan sin fiebre.

### ALTA PREVALENCIA DE PROBLEMAS SEUDOSILENCIOSOS

Numerosos pacientes con deterioro de la capacidad funcional, debilitados o incapaces de cuidarse, se mantienen en una existencia precaria por el apoyo de un familiar, un vecino, amigos o el servicio social. Cuando aparece una nueva entidad clínica, esta red de apoyo se quiebra (crisis social), el paciente se interna y generalmente causa poca simpatía en los profesionales, ya que se considera un paciente “poco interesante y que ocupa una cama que es mejor para otro”. Estos problemas se denominan seudosilenciosos, dado que toda la información para hacer un diagnóstico acertado está presente, pero nadie se ocupa de recabarlas.

### REPERCUSIÓN DEL ENVEJECIMIENTO EN ALGUNOS ORGANOS Y SISTEMAS

El envejecimiento se define como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que originan el paso del tiempo sobre los seres vivos y se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de la capacidad de reserva de organismo ante los cambios. Es un proceso dinámico que inicia desde el nacimiento y se desarrolla a lo largo de nuestra vida. Envejecer no es lo mismo que enfermarse, en el camino hacia el envejecimiento se van produciendo cambios en los órganos y sistemas que tienen repercusión directa en la valoración semiológica y fisiopatología, la actitud diagnóstica y las decisiones terapéuticas.

### SISTEMA CARDIOVASCULAR

1. En la mayoría de ancianos sanos la función cardiovascular global en reposo es adecuada.

*La inmovilidad, la incontinencia de orina, la inestabilidad postural y el deterioro intelectual son síndromes que generan mucha discapacidad y dependencia y que por lo tanto deterioran la calidad de vida.*



Imagen: Freepik.com

2. FC en reposo se mantiene inalterada
3. El grosor de la pared cardíaca experimenta un aumento moderado.
4. Aunque la TA sistólica aumenta con la edad, el vol. sistólico y la Frecuencia de Eyección son normales.
5. La capacidad del trabajo físico disminuye al avanzar la edad, pero no está claro si puede atribuirse a una reducción en la reserva cardíaca.
6. Descenso del consumo máximo de O<sub>2</sub>.
7. Disminución de capacidad de respuesta al estímulo betaadrenérgico.

### CUIDADO DE LAS ARTERIAS

Las enfermedades de las arterias pueden causar serios problemas. Cuando se obstruyen, la falta de riego sanguíneo es causa de la muerte del tejido que depende de ellas. Si se ocuye una arteria de las piernas, puede aparecer dolor en las pantorrillas al caminar una o dos cuadras, que obliga a detenerse. Si la enfermedad progresá sin tratarla, aparece necrosis (muerte de los tejidos) de los dedos de los pies y puede ser necesario llegar a la amputación. En el corazón, la oclusión de las arterias coronarias produce dolor, insuficiencia cardíaca o muerte súbita, y muchas veces las enfermedades cardíacas provocan lesiones cerebrales. Cuando se obstruye o se rompe una arteria en el cerebro, se produce un infarto o una hemorragia. Esto puede causar hemiplejía,

con una pérdida del lenguaje (afasia), confusión mental u otros defectos. El mejor tratamiento es prevenir el daño arterial y para ello es necesario mantener un control permanente de los factores de riesgo.

### CÓMO PREVENIR Y ATACAR EL CÁNCER

El cáncer es una de las principales causas de muerte del adulto mayor. No obstante, algunas de sus formas pueden prevenirse, y, si se detectan y tratan a tiempo, el cáncer puede ser curado. Entre los factores de riesgo podemos mencionar:

1. Dieta pobre en fibras y rica en grasas, que aumenta el riesgo de cáncer de colon.
2. Descuido con las enfermedades que comienzan. Ante cualquier síntoma se recomienda consultar. Por ejemplo, si nota sangre al obrar, tos persistente, baja de presión inexplicada, dolor persistente en el abdomen o la espalda, aparición de ganglios en el cuello, axilas o ingle, etc.
3. Evite el cigarrillo.

### CONSERVACIÓN DE LA CAPACIDAD FÍSICA

La actividad física es útil para mantener el estado normal de los músculos y articulaciones; prevenir la pérdida de calcio en los huesos (osteoporosis); aumentar la capacidad de los sistemas respiratorio y cardiovascular;

evitar el daño de las arterias y mejorar la coagulación sanguínea. Además, es muy importante para lograr una actitud emocional positiva de confianza en sí mismo. El ejercicio físico debe ser exigente, pero sin caer en lo excesivo, y debe ayudar a mantener rangos articulares y posturas fisiológicas. Se puede recomendar la natación, –aunque sólo sea jugar en el agua–, el baile, las caminatas. Este ejercicio debe durar por lo menos 30 minutos seguidos y practicarse por lo menos tres veces a la semana, si es bien tolerado. Para la caminata debe considerarse el uso de ropa adecuada, acorde con la temperatura ambiente, un calzado cómodo... Y un buen amigo para ir conversando. Para mantener la postura correcta y la flexibilidad de las articulaciones se recomienda realizar movimientos de estiramiento de brazos y piernas, girar y extender el cuello, mover el tronco a derecha y a izquierda.

## CUIDADO DE LOS PIES

Es frecuente que las personas de edad presenten problemas en los pies, y el dolor puede impedir las actividades diarias y el ejercicio. Los problemas más frecuentes son deformaciones de los dedos de los pies, de las uñas y algunas infecciones. Entre las deformaciones podemos mencionar los juanetes (el dedo mayor se proyecta sobre los otros), los ortejos en martillo (los dedos se engarfan) y el pie plano (falta de curvaturas normales de la planta). El mejor tratamiento de las deformaciones es evitar que aparezcan, descartando los zapatos en punta que aprietan los dedos y el tacón alto. Su uso hace que estas deformaciones sean más frecuentes en la mujer. Una vez aparecidas, debe usarse calzado cómodo y amplio, ayudarse con pequeños aparatos que enderezan los dedos, o recurrir a la intervención quirúrgica para corregir la deformación. Las infecciones más frecuentes se deben a hongos y bacterias que pueden comprometer la piel y las uñas. Para evitarlas es importante el aseo y el correcto secado después del baño. La humedad es el factor que favorece a las infecciones. Las heridas de los pies no son muy frecuentes, pero pueden ser graves, especialmente en pacientes que sufren de diabetes mellitus y mala circulación. Estos pacientes deben consultar al médico en forma rápida.

## CUIDADO DE LA PIEL

La piel del adulto mayor es distinta a la del joven: es más frágil, seca y menos elástica. Esto facilita la aparición de infecciones si el aseo es insuficiente. Por otra parte, su falta de lubricación la hace sensible frente al lavado exagerado. Si existen rasguños o heridas superficiales de la piel, la cicatrización puede ser lenta. Debe realizarse aseo y aplicar algún desinfectante de preferencia clorhexidina. Si aparecen áreas enrojecidas en los pliegues, con o sin escamas, debe consultar, para descartar una infección por hongos. Existen tumores de la piel que son frecuentes en el adulto mayor. Por esta

razón, cualquier lesión que crezca debe ser motivo de preocupación y se justifica una consulta.

Los "lunares que crecen" y las "heridas que no cicatrizan" pueden corresponder a un cáncer. Cuando aparecen manchas rojizas múltiples en todo el cuerpo debe sospecharse una alergia (a medicamentos, alimentos, sustancias químicas, metales, cosméticos, etc.), ya sea por contacto o ingesta. La picazón puede deberse a muchas causas: diabetes mellitus, enfermedades del hígado, alergias, etc. En algunos adultos mayores aparece sin una causa precisa.

## CUIDADO DE LOS OJOS

La pérdida de visión y de audición son causas importantes de incapacidad. La pérdida de visión impide desempeñar muchas actividades en la casa o fuera de ella; la sordera aísla a las personas. Las principales causas de pérdida de visión en el adulto mayor son las cataratas, la presbicia, el glaucoma y lesiones de los vasos de la retina.

La ceguera por glaucoma y por las lesiones de la retina pueden prevenirse. Para lo primero es útil controlar periódicamente la presión del ojo; las lesiones de los vasos de la retina se previenen controlando la hipertensión arterial y la diabetes. La aparición de dolor o congestión intensa del ojo (ojos rojos) puede corresponder a una infección grave o un glaucoma que, sin tratamiento, puede terminar en ceguera.

## CUIDADO DE LOS OÍDOS

La pérdida de la audición tiene graves consecuencias para nuestra vida social. Causas de sordera en el mayor son los tapones de cerumen, la presbiacusia (una sordera progresiva en relación con el envejecimiento), el trauma acústico, y las infecciones mal tratadas. Para protegerse de la sordera por trauma acústico es necesario evitar los excesos de ruido o usar protección; las otitis pueden prevenirse con aseo, cuidándose de los enfriamientos y evitando hurgarse los oídos con objetos punzantes. Cuando se ha perdido la audición, un médico otorrinolaringólogo puede, a veces, mejorarla haciendo un lavado de oídos para extraer los tapones de cerumen o, en su defecto, indicar audífonos. Si la sordera persiste, es necesario que los familiares le conversen de frente, fuerte y modulando bien.

## LOS ACCIDENTES CASEROS

Los accidentes caseros más frecuentes son las caídas, las quemaduras y las intoxicaciones. Las caídas y fracturas pueden producir un grave deterioro de la calidad de vida del adulto mayor.

Entre los factores que aumentan su riesgo están:

1. La falta de actividad física, que favorece la descalcificación de los huesos (osteoporosis), la pérdida de agilidad, y la pérdida de la capacidad cardíaca y respiratoria.

2. Consumo de alcohol y sedantes, que disminuyen la atención a los obstáculos y aumentan la imprudencia y el desequilibrio.
  3. Daño cerebral, que causa torpeza o debilidad del movimiento y falta de cuidado por imprudencia.
  4. Los sitios más peligrosos en la casa son el baño y la cocina; en el primero se sufren caídas al resbalarse, al entrar o salir de la ducha, en la segunda, quemaduras.
  5. La descalcificación de los huesos (osteoporosis) puede ser causa de fractura de cadera frente a movimientos bruscos, aun sin caerse, o puede causar fracturas vertebrales con dolor de espalda.
8. Reducción de PO2 de 15% entre los 20 y 80 años.
  9. Debilitamiento de músculos respiratorios

## CUIDADO DEL APARATO RESPIRATORIO

El aparato respiratorio envejece. Los pulmones y las costillas pierden elasticidad, muchas veces se agrega el efecto del cigarrillo y/o las bronquitis crónicas. Esto limita la capacidad respiratoria, especialmente la capacidad de expulsar aire. Para cuidar el aparato respiratorio se recomienda:

1. no fumar (en forma activa o pasiva),
2. evitar la contaminación,
3. evitar los cambios bruscos de temperatura y la calefacción excesiva en el invierno.
4. hacer ejercicios respiratorios: respirar profundo, haciendo esfuerzo para expulsar todo el aire de los pulmones varias veces al día; soplar una botella para hacerla sonar.
5. Finalmente, si aparece disnea (sensación de falta de aire), o los persistentes, debe consultar al médico sin mayor demora.

## CUIDADO DE LA BOCA Y LOS DIENTES

La pérdida y mal estado de los dientes se debe a caries o trastornos de las encías y/o raíces dentarias. Estas alteraciones pueden acompañarse de sequedad de boca, pérdida del gusto y otros trastornos. Las caries y la pérdida de los dientes tienen consecuencias en la apariencia y en la función de la boca. Provocan dolor y dificultades para la alimentación. Cuando existe pérdida total de la dentadura es frecuente que el adulto mayor deje de ingerir una alimentación balanceada. Para evitar las caries es fundamental el aseo de la boca después de cada comida, usando un cepillo cuyas cerdas conserven la elasticidad.

El cepillado debe ir de la encía al borde libre del diente, para arrastrar todos los restos de alimentos; y puede ser seguido de enjuagatorios con clorhexidina al uno por ciento. Es recomendable complementar el cepillado con el uso de seda dental.

Cuando existe pérdida de dientes debe recurrirse a las prótesis (puentes o placas). Esto exige un aseo aún más cuidadoso de la boca, de la prótesis y de la dentadura restante después de cada comida. El deseo puede llevar a irritaciones e infecciones. Es necesario tener presente que la prótesis puede perder su adaptación por desgaste de los tejidos de la boca o la mandíbula.

El uso de prótesis tiene grandes ventajas, ya que el adulto mayor endentado se ve entorpecido en su vida social –se ve mal y pronuncia mal– y al no poder masticar se limita en la alimentación. El uso de prótesis tiene grandes ventajas, ya que el adulto mayor endentado se ve entorpecido en su vida social –se ve mal y pronuncia mal– y al no poder masticar se limita en la alimentación.

## LAS QUEMADURAS

Pueden deberse a varias causas: torpeza motora en el manejo de una tetera, caídas sobre una estufa o brasero, una bolsa de agua caliente que se rompe durante el sueño.

1. El riesgo de la quemadura es mayor en el adulto mayor.
2. Procurar asistencia médica y/o de enfermería.
3. No colocar medicamentos ni ninguna sustancia sin indicación médica.
4. Si es necesario lavar, usar sólo agua y jabón.

## LAS INTOXICACIONES

Son accidentes muy frecuentes. Pueden deberse a medicamentos. Otras veces se deben a calefacción mal encendida y/o falta de ventilación. Otra causa frecuente es el uso de envases de alimentos o bebidas para guardar sustancias tóxicas (cloro, bencina).

## SISTEMA RESPIRATORIO

1. Pérdida de elasticidad de los pulmones y luz bronquial.
2. Descenso de la actividad ciliar.
3. Reducción de la capacidad de inspiración máxima.
4. Pobre aireación de las bases.
5. Mayor rigidez en los músculos torácicos.
6. Menor N° de alveolos y aumento de tamaño.
7. A los 90 años hay incremento del 50% de capacidad residual.

*El uso de prótesis tiene grandes ventajas, ya que el adulto mayor endentado se ve entorpecido en su vida social –se ve mal y pronuncia mal– y al no poder masticar se limita en la alimentación.*

## CUIDADO DE LA DIGESTIÓN Y NUTRICIÓN

La alimentación adecuada para el adulto mayor sano debe ser balanceada y suficiente. Esto significa recibir alimentos variados: leche y sus derivados, fruta y verdura, proteínas (carne, pescado y legumbres), hidratos de carbono (azúcar, harinas). Una alimentación variada generalmente contiene todas las sales y vitaminas deseables, y no es necesario agregar suplementos. Interesa hacer hincapié en algunos puntos:

1. La fibra que contienen las verduras, frutas y granos integrales son indispensables para una buena digestión y para evitar la estípitez. Esto es importante porque en el adulto mayor existe tendencia a la estípitez.
2. Debe evitarse el consumo exagerado de lípidos (aceite, grasa) e hidratos de carbono (pan, fideos, azúcar) que aportan sólo calorías. La menor actividad física del adulto mayor disminuye su requerimiento y el consumo excesivo de alimentos calóricos (y grasas) conduce a la obesidad.
3. Beba bastante agua.
4. Las legumbres son una buena fuente de proteínas, pero a veces su aprovechamiento o tolerancia se hace difícil por la falta de enzimas digestivas.
5. Otros alimentos proteicos recomendables son el pescado (consumir dos veces por semana o más) y la carne de aves, sin piel.
6. La preocupación por el colesterol debe iniciarse a los 30 ó 40 años de vida y siempre debe evitarse la obesidad.
7. Al cocinar con aceite o grasas deben emplearse cantidades pequeñas; usar poca mantequilla, margarina, manteca o mayonesa; evitar las frituras; etc.
8. La ingestión moderada de alcohol con las comidas (1 ó 2 vasos de vino o cerveza al día) podría ser útil o al menos no dañina.
9. El agua es muy importante. Se recomienda ingerir diariamente 6 a 8 vasos, salvo que existan contraindicaciones.
10. Un consumo moderado de sal es beneficioso, a no ser que existan restricciones señaladas por el médico.
11. Peso ideal: Su rango se puede calcular de la siguiente manera: Multiplicando la altura por sí mismo (al cuadrado) y luego por 20 (peso mínimo) y por 25 (peso máximo). Por ejemplo, una persona de 1,70 cm:  $1,70 \times 1,7 = 2,89$ ;  $2,89 \times 20 = 57,8$  Kg;  $2,89 \times 25 = 72,3$  kg. Bajo 57,8 Kg se considera enflaquecida, sobre 72,3 kg.

## SISTEMA NERVIOSO

1. Disminución del N° de células nerviosas, mayor en algunas áreas como el hipocampo.
2. Disminución del peso y tamaño del cerebro.
3. Aumento del tamaño de los ventrículos.
4. Depósito del pigmento del envejecimiento en las células nerviosas.

5. Reducción de las células nerviosas y del flujo sanguíneo cerebral.
6. Velocidad de conducción del nervio más baja.

## CÓMO EVITAR LA ANSIEDAD

La ansiedad y la depresión son muy frecuentes en el adulto mayor y pueden causar gran sufrimiento. Sus causas:

1. Autoimagen negativa: sentirse viejo, inútil, limitado por las enfermedades, sin afectos.
2. El aislamiento, especialmente por viudez y alejamiento de los hijos; para evitar la soledad, se recomienda tener amistades y unirse a los grupos de vecinos.
3. Limitaciones económicas que, en gran medida, dependen de la falta de previsión durante la juventud.
4. La jubilación significa disminución de los ingresos económicos y, en el hombre, falta de actividad que puede llevar incluso al alcoholismo. Por este motivo, se aconseja seguir trabajando, aunque sea con menor horario o en trabajos voluntarios, y acostumbrarse a realizar actividades en la casa.
5. Mala salud física. (que podría evitarse con medidas preventivas y tratamiento médico).

## Debemos tener presentes las ventajas de ser adulto mayor:

1. La experiencia, el tiempo libre.
2. Debemos mantenernos activos, ser amistosos.
3. La jubilación no es para descansar, es para iniciar nuevas actividades, de acuerdo con nuestras capacidades.
4. Debemos reconocer el estrés y aprender a relajarnos.

El estrés puede expresarse como dolores de cabeza, dolores musculares, indigestión, trastornos del apetito, del sueño, nerviosismo, irritabilidad, etc. Para controlarlo debemos disminuir las exigencias que nosotros mismos nos imponemos, hacer ejercicios ligeros, aprender a relajarse. Si esto no es suficiente debe consultar médico. La participación en nuevas actividades es más fácil para la mujer que para el hombre. El hombre suele decir "estoy jubilado y tengo derecho a descansar", suele mirar en menos o sentir vergüenza de participar en labores de artesanía, en un voluntariado, un coro o un grupo de gimnasia.

Finalmente, debemos estar dispuestos a aceptar el inevitable declinamiento físico y mental; debemos estar preparados para disfrutar de pequeños agrados, de un saludo amable, de la tibieza de un día otoñal, de una fotografía que nos recuerda personas que ya no existen. Debemos aceptar lo inevitable de la muerte de seres queridos y la propia muerte. La fe en una vida después de la vida puede hacer menos duro ese trance.

El insomnio puede deberse a causas ambientales (ruido, frío), dolores o molestias físicas, trastornos psicológicos (depresión, ansiedad), ingestión de café,

alcohol o estimulantes. Para prevenirla se debe evitar la automedicación y el uso innecesario de hipnóticos, evitar en la noche el café y otros estimulantes, sacar el televisor del dormitorio, levantarse temprano, suprimir la siesta, hacer ejercicio. A veces ayuda un baño caliente antes de acostarse. El uso de medicamentos debe ser reservado para casos especiales y siempre bajo control médico. La apnea del sueño generalmente se debe a obstrucción de la vía respiratoria: edema por infecciones, obesidad, alcohol o hipnóticos. La obstrucción hace roncar y la apnea produce falta de oxígeno e interrumpe breve o parcialmente el sueño, que se hace poco reparador y provoca somnolencia diurna. El tratamiento básico implica bajar de peso, evitar el alcohol o fármacos; y si esto no es suficiente debe recurrirse a especialistas.

## CUIDADO DE LA MEMORIA

La pérdida de memoria es una amenaza siempre presente para los adultos mayores. En ella influyen:

1. La angustia y la depresión, el aislamiento y la inactividad.
2. Alcohol y medicamentos que pueden interferir con la atención y, eventualmente, producir daño cerebral.
3. Mal estado general, con desnutrición, falla cardíaca o respiratoria, pueden repercutir sobre el funcionamiento cerebral.
4. Enfermedades cerebrales: Alzheimer, lesiones vasculares o de otro tipo.

Para mantener la memoria deben evitarse estos factores que la amenazan, por una parte, y, por otra, debe mantenerse la actividad cerebral. Esto significa interesarse y pensar en lo que lo rodea, adquirir nuevos intereses, evitar la rutina. Es necesario interactuar con otras personas, saber qué sucede en la vida de sus familiares y amigos, colaborar en las tareas de la casa, de la comunidad o de los nietos. Muchas veces es posible aprender o adquirir nuevas habilidades: seguir un curso, integrarse a un grupo de teatro, aprender jardinería o repostería.

## Actividades:

1. La actividad de la mente puede mejorar su memoria, estar interesado en hacer algo es bueno para el cerebro.
2. El buen estado general favorece al cerebro.
3. Una agenda puede ayudar a compensar una pérdida de memoria leve.
4. Si la memoria falla mucho, consulte al profesional.

## SISTEMA GENITOURINARIO

1. Masa renal disminuye.
2. 50% de flujo renal disminuye (FG)
3. Función tubular decrece y causa menor efecto de concentración en la orina.

4. Declina la excreción diaria de creatinina y su aclaramiento.

## PATOLOGÍA GINECOLÓGICA Y UROLÓGICA

En el adulto mayor es frecuente que existan enfermedades del sistema genito - urinario. En la mujer los principales problemas son los tumores, la involución genital, los prolapsos y las infecciones urinarias. En el hombre son el adenoma prostático y la impotencia.

La involución genital de la mujer es consecuencia de la falta de hormonas; puede producir falta de lubricación y elasticidad de los tejidos, con dolor al intentar relaciones sexuales. Muchas veces, estos síntomas se favorecen con el uso prudente de hormonas. Estas mismas hormonas pueden favorecer síntomas que no son graves, pero sí molestos, como los bochornos y trastornos del ánimo. Una consecuencia muy importante del climaterio femenino es la osteoporosis, que aumenta el riesgo de sufrir fracturas y que puede detectarse con exámenes especiales. El envejecimiento de los tejidos de la pelvis en la mujer hace que el útero tienda a descender, lo que se conoce como prolapsos. Este prolapsos impide el buen vaciamiento de la vejiga urinaria y muchas veces causa infecciones urinarias (cistitis) a repetición. El tratamiento se realiza con aparatos ortopédicos y/o ejercicios, pero a veces es necesario reparar el prolapsos con cirugía. En la mujer post menopáusica un sangramiento genital puede deberse a un cáncer, de tal modo que debe ser atendido en forma precoz.

En el hombre el adenoma prostático se manifiesta como una dificultad para retener la orina –apenas aparece el deseo de orinar debe hacerlo, o riesgo de orinarse–, micciones frecuentes, chorro delgado y, a veces dificultad para iniciar la micción. El tratamiento es básicamente quirúrgico. Siempre se debe consultar médico por la posibilidad de diagnosticar el cáncer precozmente.

## SEXUALIDAD DEL ADULTO MAYOR

El deseo sexual no se pierde con la edad, y los adultos mayores pueden o no sentirse sexualmente atractivos. La sexualidad normal implica mucho más que el coito; implica caricias, un afecto que, mientras más se mantenga en el tiempo y más específico sea, podemos estimar como más desarrollado.

En el hombre adulto mayor puede existir impotencia, defecto para lograr la erección y la eyaculación. Su causa puede ser psicológica o física; los estudios urológicos pueden descubrirla.

En la mujer, incluso joven, es frecuente que exista falta de deseo e impotencia –defecto en lograr el orgasmo–, habitualmente, esto se debe a razones psicológicas y a defectos de su pareja.

En efecto, la cultura machista que impera en gran parte de nuestra población prioriza el orgasmo masculino y reduce a la mujer a un rol pasivo que inhibe su plena realización sexual. El hombre o mujer mayor de 60 años,



Imagen: Freepik.com

puede tener una sexualidad satisfactoria, que dependerá más de su estado general que de su edad. Para mantenerla debe evitar el exceso de alcohol o tranquilizantes, mantener su capacidad física con ejercicio regular, y, especialmente, mantenerse interesado y unido a su pareja.

El coito no es la única manifestación de la sexualidad. El cariño de la pareja es el principal factor de una sexualidad normal. La impotencia en el hombre o la mujer puede ser tratada.

#### CUIDADO DE LOS PACIENTES CON LESIONES CEREBRALES

Las enfermedades cerebrales pueden producir severas limitaciones de la capacidad del adulto mayor, lo que obligará a cuidados especiales. Entre estas limitaciones mencionaremos la demencia, la hemiplejia y las afasias. La demencia es una pérdida crónica de capacidades cognitivas –memoria, juicio, control de la afectividad– debido a una lesión cerebral.

Entre las causas más importantes se encuentra la enfermedad de Alzheimer (antes llamada "arteriosclerosis cerebral") que, generalmente, se presenta en adultos mayores y causa una progresiva pérdida de las capacidades cerebrales hasta llegar en 5, 10 ó 15 años, a un estado de postración. Otras veces la demencia se debe a accidentes vasculares cerebrales, a traumatismos, tumores, intoxicaciones, etc.

Un paciente con demencia está expuesto a muchos accidentes: extraviarse si sale a la calle, dejar el gas encendido o la llave abierta, olvidar los encargos o recomendaciones, cometer errores de juicio en una situación compleja, y otros. Esto significa que su familia debe cuidarlo en forma permanente y tener una gran dosis de paciencia y cariño para hacerse cargo de él. En estos casos, el médico debe preocuparse no sólo del paciente, sino que también de sus cuidadores, que llegan a agotarse y enfermarse por el esfuerzo. Muchas veces la lesión cerebral causa parálisis de un lado del cuerpo: es la hemiplejia que, generalmente, se asocia a deterioro intelectual, defectos sensitivos, y otros. La causa más frecuente es una obstrucción o una rotura de arterias cerebrales, con un infarto o una hemorragia.

Los pacientes hemipléjicos deben movilizar el lado paralizado y el lado sano, y muchas veces recuperan la marcha, aunque sea difícil. En este tratamiento es muy importante la asistencia del kinesiólogo. En otros casos, el paciente se ve reducido a una silla de ruedas que lo ayuda a desplazarse de un ambiente a otro. Si el enfermo queda postrado en cama, es necesario limpiarlo y movilizarlo para evitar ulceras por presión o en su complicación escaras, deben usarse pañales o sondas si existe la pérdida del control de la micción y/o defecación, y puede ser necesario alimentarlo por la boca o mediante sondas.

Cuando la lesión compromete el lado izquierdo del cerebro es frecuente que exista una pérdida parcial o total de la expresión y comprensión del lenguaje; son las afasias, patologías que limitan severamente la capacidad de comunicación del enfermo. En estos casos, es muy importante la asistencia al fonoaudiólogo que puede ayudar a la recuperación del lenguaje o a que el paciente y su familia aprendan a comunicarse de otro modo.

También debe considerarse que en el adulto mayor el hígado, el riñón o el aparato digestivo no funcionan igual que en un adulto joven y, por lo tanto, la absorción, el metabolismo o la eliminación de un fármaco son diferentes. Por esto, una dosis corriente puede resultar excesiva para ellos. Muchos fármacos, especialmente los tranquilizantes e hipnóticos, a veces algunos antidepresivos, antialérgicos y anti parkinsonianos, pueden producir embotamiento y fallas de la concentración y de la memoria. Los adultos mayores están especialmente expuestos a este riesgo, de tal modo que estos medicamentos no deben ser usados sin una clara indicación médica y ojalá en dosis reducidas. Una recomendación general es tener un cuaderno donde se anoten las indicaciones médicas, los medicamentos que recibe, las molestias que atribuye a ellos, y no olvidar llevar este cuaderno a cada control médico.

#### SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

- Cifosis, flacidez muscular, pérdida de peso corporal.
- Toda la masa muscular junto a la fuerza y los movimientos musculares disminuyen.
- La masa y el mineral óseo se reducen.
- Atrofia de los discos intervertebrales, poco a poco se producen verdaderas artrosis.

#### PREVENCIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Las acciones deben estar dirigidas fundamentalmente a cambiar estilos de vida para tratar de lograr que las personas lleguen a la vejez con las óptimas capacidades funcionales posibles. El Geriatra junto con el EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE ATENCIÓN GE-

*También debe considerarse que en el adulto mayor el hígado, el riñón o el aparato digestivo no funcionan igual que en un adulto joven y, por lo tanto, la absorción, el metabolismo o la eliminación de un fármaco son diferentes. Por esto, una dosis corriente puede resultar excesiva para ellos.*

RIATRICA (EMAG) son los encargados de modificar los conceptos de envejecimiento y vejez que tiene la población, así como, la forma de abordar los problemas del anciano por los profesionales de la salud.

La salud del anciano presenta un amplio espectro de situaciones que van desde:

1. La aparición de nuevas enfermedades, tanto agudas como crónicas.
2. La morbilidad y la comorbilidad generales por enfermedades ya presentes y por las consecuencias de las enfermedades crónicas.
3. Los accidentes.

Todo esto provoca:

- La disminución de la funcionalidad.
- La discapacidad.
- La dependencia.
- La hospitalización.
- La institucionalización.
- La muerte.

#### PREVENCIÓN PRIMARIA

Consiste en evitar el deterioro patológico o la aparición de enfermedad. Los métodos más conocidos:

1. Educación para la salud.
2. Inmunización.
3. Quimioprofilaxis.

#### PREVENCIÓN SECUNDARIA

Es aquella que permite identificar una enfermedad establecida en un período presintomático, para curarla en la forma temprana o prevenir su progresión. Diagnóstico precoz. Exámenes masivos

1. Citología del cuello uterino
2. Mamografía
3. Sangre oculta en heces
4. Tratamiento de factores de riesgo cardiovasculares.
5. Control de hipercolesterolemia e hipertensión.

#### PREVENCIÓN TERCIARIA

Es en realidad una forma de prevención de enfermedades, ya que constituye un intento por limitar el daño ocasionado por la enfermedad ya manifiesta y disminuir sus efectos, es decir rehabilitación. Los esfuerzos en la prevención terciaria están dirigidos al mantenimiento de la autonomía y de la calidad de vida.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA, Patricia A. Tabloski. PEARSON EDUCACIÓN, S. A. 2019.
2. ENFERMERIA GERIATRICA, Competencias Asistenciales, Kristen Mauk. Mc Graw Hill 2018.
3. ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA, Charlotte Eliopoulos. Wolters Kluwer 2014



Alumnos de 3º año de la Carrera de Enfermería, IDICSA, Sede Tupungato, realizando la experiencia práctica en el Hospital Antonio Scaravelli de Tunuyán, Mendoza (febrero, marzo de 2021).

“Ser Enfermera/o es pertenecer y tener pasión por una profesión que está comprometida con la ciencia, investigación. Ética, humanismo, vocación, arte y mucho más...”

Nuestra profesión nos permite estar presente en el inicio maravilloso de la vida, así como en su inevitable final.

Damos cuidados específicos y personalizados de acuerdo a la necesidad humana, individual, familiar o de toda la comunidad, siempre en busca del bienestar.

Mantenemos un vínculo estrecho junto a nuestros pacientes, guiándolos en la forma de restablecer, preservar, potenciar y/o mantener la salud no sólo física y biológica sino también psicosocial y del entorno de su día a día.



Imagen: Freepik.com

La eliminación de toda la suciedad y los contaminantes de la piel es de suma importancia. Las manos y otras partes del cuerpo sucias deberían limpiarse al menos al final de la jornada laboral, antes de los descansos o cuando acudimos al servicio.

El método correcto de limpieza también es importante. Desarrollar una técnica adecuada para el lavado de manos es imprescindible para asegurarse de que las manos están completamente limpias. Se debe prestar especial atención al dorso de las manos y a las yemas de los dedos, ya que se olvidan con frecuencia.

Es habitual mojarse las manos antes de aplicar una dosis de jabón en la cuenca de la mano; sin embargo, si se tienen las manos muy sucias es recomendable aplicar el limpiador de manos específico apropiado directamente sobre la piel antes de mojarlas. En todo caso, es importante seguir las instrucciones recomendadas por el fabricante.

## TIPOS DE LAVADO DE MANOS

## 1. LAVADO DE RUTINA HIGIÉNICO (SOCIAL)

**Objetivo:** Eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos.

**Material:** Jabón líquido ordinario, en dispensador desechable, con dosificador. Toalla de papel desechable.

- Técnica:** Humedecer las manos con agua corriente, preferiblemente templada.

- Aplicar jabón líquido con dosificador.
  - Frotar las manos palma con palma, sobre dorsos, espacios interdigitales y muñecas durante al menos 10".
  - Aclarar con abundante agua corriente.
  - Secar las manos con toallas de papel.
  - Cerrar el grifo con la toalla de papel utilizada para el secado (los lavabos con sistema de cierre de codo o de pedal ahorran este paso; los de célula fotoeléctrica, además, determinan un importante ahorro de

aguas).

- Indicaciones:

  - Antes y después del contacto con cada paciente.
  - Entre dos procedimientos en el mismo paciente si hay sospecha de contaminación de las manos.
  - Despues del contacto con alguna fuente de microorganismos (sustancias y fluidos corporales, mucosas piel no intacta...) y objetos contaminados con suciedad.
  - Despues de quitarse los quantes.

## 2. LAVADO ESPECIAL O ANTISÉPTICO

**Objetivo:** Eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria y parte de la flora residente de las manos, consiguiendo además cierta actividad microbiana residual.



1. Frótese las manos palma con palma



2. Frote el dorso de la mano con la palma, entrelazando los dedos



3. Palma con palma, con los dedos entrelazados



4. Entrelace los dedos dentro de las palmas



5. Frote la palma con el pulgar en sentido circular sujetando firmemente la mano



6. Frote la palma con los dedos en sentido circular sujetando firmemente la mano

#### Material:

- Jabón líquido con antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina al 4% o povidona yodada al 7,5%), en dispensador desechable, con dosificador.
- Toalla de papel desechable.

**Técnica:** Igual que en el lavado higiénico. Sólo cambia el tipo de jabón.

#### Indicaciones:

- Antes de realizar procedimientos invasivos como inserción de catéteres, sondas vesicales
- Antes y después del contacto con pacientes que se sabe o sospecha están infectados o colonizados por microorganismos epidemiológicamente importantes.
- Antes del contacto con pacientes inmunocomprometidos en situaciones de fundado riesgo de transmisión.

### 3. LAVADO QUIRÚRGICO

**Objetivo:** Eliminar la flora transitoria y al máximo la flora residente de las manos previo a un procedimiento invasivo que por su especificidad o su duración requiere un alto grado de asepsia y un efecto residual.

#### Material:

- Jabón líquido con antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina o povidona yodada), en dispensador desechable, con dosificador.
- Cepillo de uñas desechable (preferiblemente impregnado en solución antiséptica).
- Toalla o compresa estéril.

#### Técnica:

- Abrir el grifo (sólo lavabos con sistema de codo o pedal).
- Aplicar jabón antiséptico.
- Lavado mecánico de manos y antebrazos y limpiar debajo de las uñas con cepillo desechable.
- Aclarar con agua corriente abundante.
- Aplicar de nuevo jabón antiséptico en manos y antebrazos friccionando al menos 2'.
- Aclarar con agua abundante.
- Secar por aplicación, sin frotar, con una compresa o toalla desechable estéril, comenzando por los dedos y bajando hasta los codos.
- Durante todo el proceso, mantener las manos por encima de los codos.

#### Indicaciones:

- Antes de una intervención quirúrgica.
- Antes de cualquier maniobra invasiva que requiera alto grado de asepsia.

#### Recomendaciones:

- Mantener las uñas cortas y limpias. Las uñas largas son más difíciles de limpiar y aumentan el riesgo de rotura de guantes. No llevar uñas artificiales.
- No usar anillos, relojes ni pulseras. Estos elementos pueden actuar como reservorio y dificultan la limpieza de manos y antebrazos.
- El uso de emolientes y lociones protectoras de la piel, después de la actividad laboral, se considera deseable e incluso recomendable en la práctica diaria, porque pueden aumentar la resistencia de la piel a los gérmenes y, por tanto, disminuir la infección cruzada. Sin embargo, hay que tener en cuenta que algunos antisépticos se inactivan en presencia de algunos de estos productos.

### 4. LAVADO DE MANOS POSTURA DE GUANTES ESTERILES QUITARSE LOS GUANTES CONTAMINADOS

**Técnica:** Lavado y desinfección de manos.

#### Objetivos:

- Descontaminar las manos o prevenir su contaminación.
- Eliminar el máximo posible de microorganismos patógenos de la piel.
- Evitar las infecciones cruzadas.
- Enseñar al personal, paciente y su familia la buena higiene personal.
- Conservar la textura e integridad de la piel y de las manos.

#### Equipo:

#### Desinfección con solución alcoholica:

- Alcohol en gel.

#### Lavado con agua y jabón:

- Lavabo.
- Jabón líquido.
- Agua corriente tibia.
- Toalla de papel.
- Receptáculo para toallas sucias.

### HIGIENE DE LAS MANOS: ¿POR QUÉ? ¿CÓMO? ¿CUÁNDO?

#### ¿POR QUÉ?

- Miles de personas mueren diariamente en todo el mundo a causa de infecciones contraídas mientras reciben atención sanitaria.
- Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria.
- La higiene de las manos es, la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

#### ¿QUIÉN?

- Todo profesional o dispensador de servicios de atención sanitaria, o cualquier persona que participe directa o indirectamente en la atención a un paciente, debe mantener la higiene de sus manos y saber cómo hacerlo correctamente en el momento adecuado.

#### ¿CÓMO?

- Limpie sus manos frotándolas con un desinfectante a base de alcohol, como medio habitual preferente para desinfectar las manos cuando éstas no estén visiblemente sucias. Es más rápido, más eficaz y mejor tolerado por las manos que lavarlas con agua y jabón.
- Lávese las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias, manchadas de sangre u otros fluidos corporales, o después de usar el inodoro.
- Cuando se sospeche o se tenga constancia de haber estado expuesto a patógenos que liberan esporas, y en particular a brotes de Clostridium difficile, el método preferible consistirá en lavarse las manos con agua y jabón.

#### PUNTOS A TENER EN CUENTA

- Mantener las uñas cortas y sin pintura ya que la probabilidad de alojar microorganismos, arrancar los pacientes, romper los guantes es mucho menor.
- Las uñas largas son difíciles de limpiar.
- Revisar las manos en busca de lesiones.
- Lavar las manos durante un mínimo de 10 segundos.
- Los jabones a utilizar pueden ser: líquido, neutro trozado.
- No es conveniente usar agua caliente pues elimina la grasa propia de la piel lo que trae como consecuencia lesiones que se constituyen en puertas de entrada a infecciones.
- El agua corriente elimina mecánicamente los microorganismos.
- Los jabones emulsionan el material extraño y disminuyen la tensión de superficie, facilitando la eliminación de aceites, grasas y polvo.
- Al lavarse las manos el personal de enfermería deberá evitar salpicar su uniforme.
- Una vez concluido el lavado deberá evitarse tocar el lavabo.
- Los grifos y el lavabo se consideran muy contaminados.
- El secado debe realizarse efectuando pequeños golpes para evitar lesiones tisulares. Conociendo a la Pionera de la Enfermería Moderna

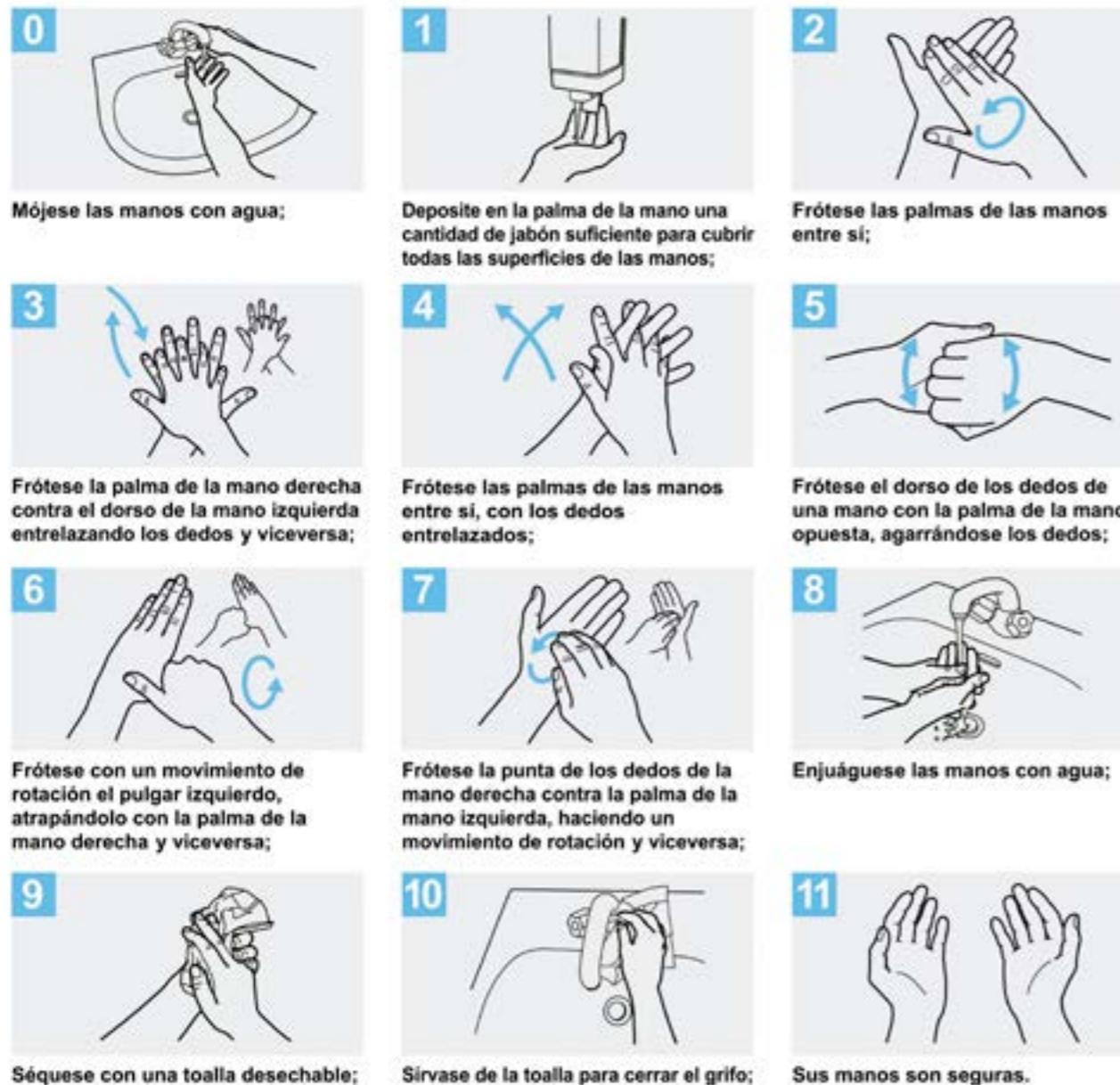
<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control>

*Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria.*

# ¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos si están visiblemente sucias! De lo contrario, use un producto desinfectante de las manos.

**Duración del lavado:** entre 40 y 60 segundos.



Crédito: OMS

# ¿Cómo desinfectarse las manos?

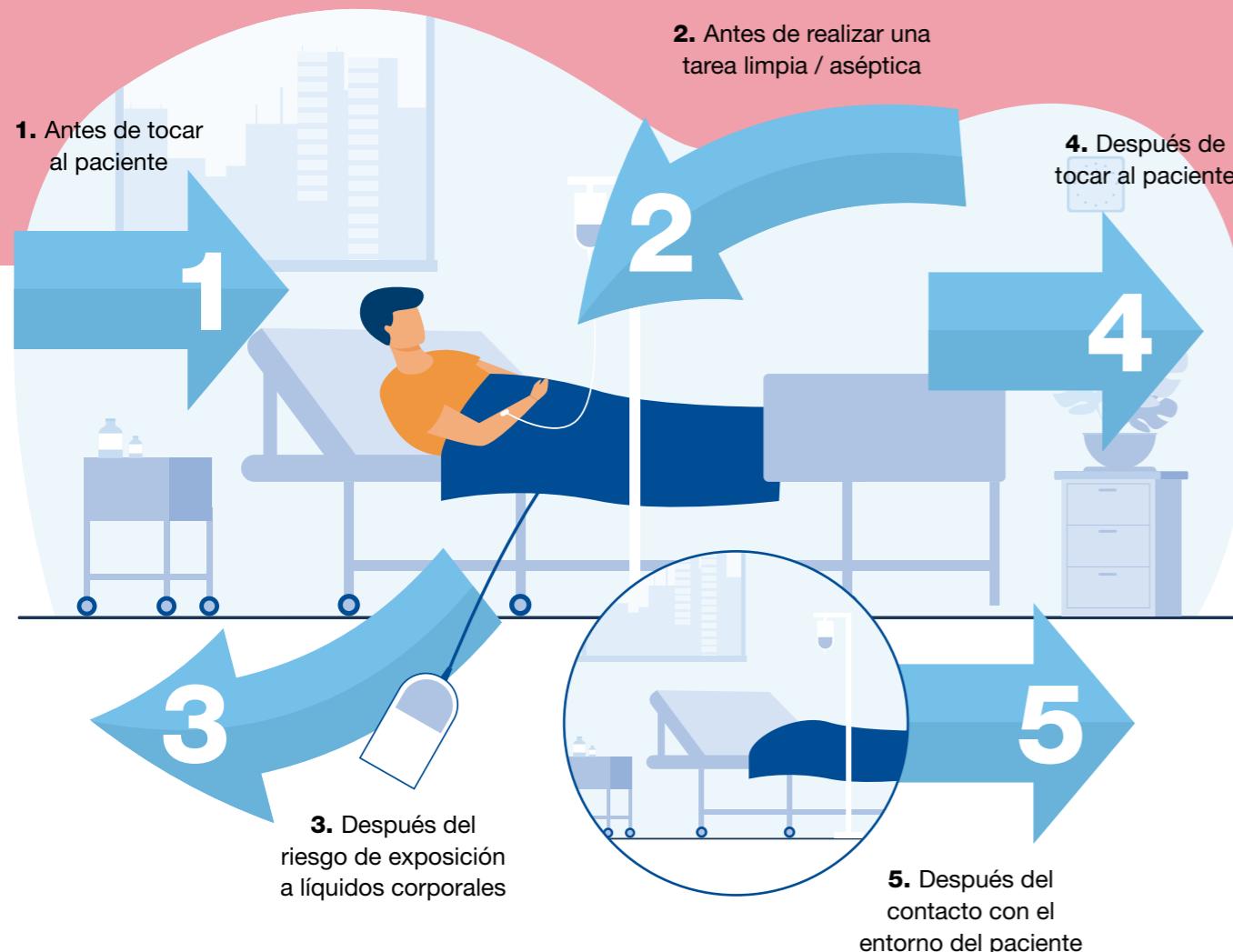
¡Desinfectese las manos por higiene! Lávese las manos sólo cuando estén visiblemente sucias.

**Duración del procedimiento:** entre 20 y 30 segundos.



Crédito: OMS

# Sus cinco momentos para la higiene de manos



## 1. ANTES DE TOCAR AL PACIENTE

**¿CUÁNDO?** Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él. **¿POR QUÉ?** Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos.

## 2. ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASÉPTICA

**¿CUÁNDO?** Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia / aséptica. **¿POR QUÉ?** Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.

## 3. DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES

**¿CUÁNDO?** Lávese las manos inmediatamente después del riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes). **¿POR QUÉ?** Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

## 4. DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE

**¿CUÁNDO?** Lávese las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente. **¿POR QUÉ?** Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

## 5. DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE

**¿CUÁNDO?** Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente). **¿POR QUÉ?** Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

# Check - List

## Lavado de manos

PAOLA BATISTON

## ACCIONES

1. Subir las mangas por encima del codo.
2. Retirar reloj, anillos y pulseras.
3. Adoptar una posición cómoda frente al lavamanos, sin tocarlo en ningún momento de la técnica.
4. Abrir la llave del lavamanos.
5. Mojarse las manos.
6. Aplicar una cantidad de jabón suficiente.
7. Frotar las palmas de las manos entre si.
8. Frotar la palma de la mano derecha con el dorso de la izquierda.
9. Repetir el paso anterior intercambiando las manos.
10. Frotar la palma de la mano derecha con el dorso de la izquierda.
11. Frotarse el dorso de los dedos de una mano contra la palma de otra.
12. Frotar con movimientos rotatorios el dedo pulgar izquierdo con la mano derecha.
13. Repetir el paso anterior intercalando las manos.
14. Con movimientos circulares frotar las yemas de los dedos de ambas manos en la palma de la contraria.
15. Enjuagarse las manos.
16. Secarse las manos utilizando una toalla descartable para cada mando.
17. Cerrar el grifo con la última toalla.

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control>



Imagen: Freepik.com

# Conociendo a la Pionera de la Enfermería Moderna



Autor  
ALEX ATTEWELL

## FLORENCE NIGHTINGALE (1820-1910) LA LEYENDA (1<sup>a</sup> PARTE)

La fama de heroína romántica de Florence Nightingale oscurece sus méritos como educadora. No obstante, la leyenda de esta mujer también tuvo consecuencias educativas. En efecto, gracias a ella se generalizó la formación de enfermeras, dando así origen a una nueva profesión para la mujer. Esta leyenda se ha convertido en un capítulo importante de la cultura de la asistencia sanitaria en el mundo entero, pero no ha contribuido a dar a conocer mejor a Florence Nightingale.

Florence Nightingale se hizo célebre curando a los enfermos y a los heridos durante la guerra de Crimea (1854-1856). Concluida ésta, pudo haber ocupado un puesto de responsabilidad como Enfermera Jefe de hospital y supervisora de la formación de enfermeras, pero prefirió retirarse de la vida pública y utilizar su prestigio para apoyar y promover proyectos educativos. Es probable que el hecho de que prefiriese intervenir de modo indirecto, en vez de ocupar un cargo oficial, haya hecho que su influencia fuera aún mayor.

Tras la guerra de Crimea, Nightingale escribió unos doscientos libros, informes y opúsculos que tuvieron importantes repercusiones en la sanidad militar, la asistencia social en la India, los hospitales civiles, las estadísticas médicas y la asistencia a los enfermos. Su mayor aportación educativa fue la creación de nuevas instituciones para la formación tanto de médicos milita-

res como de enfermeras de hospital, pero algunos de sus proyectos educativos menos conocidos están llenos de enseñanzas.

Nightingale ha sido objeto de estudio como reformadora, como estadística, como administradora y como investigadora, pero los estudios sobre su influencia como educadora han sido escasos. La obra que relata sus experiencias en la formación de enfermeras (Baly, 1986) silencia el contexto más general de las ideas educativas de Florence Nightingale para centrarse en los aspectos administrativos, a menudo complicados, de los comienzos de la "Escuela Nightingale" de enfermeras.

No es de extrañar que los diversos aspectos de la educación con los que Florence Nightingale estuvo relacionada estuvieran vinculados por numerosos temas comunes. Hasta los 31 años, ella no tuvo la oportunidad de aprovechar su propia educación y preparación. Florence se sentía impulsada a hacer algún uso práctico de sus conocimientos, por lo que sus primeras cartas, apuntes y opúsculos hacen continuas referencias a los objetivos de la educación y critican la instrucción que recibían las mujeres de su época. Si tenemos en cuenta estos primeros escritos, y su posterior labor como promotora de planes de formación, podemos afirmar que Florence Nightingale fue una gran educadora, aunque no haya sido reconocida como tal.

Este texto se publicó originalmente en *Perspectivas: revista trimestral de educación comparada* (París. UNESCO: Oficina Internacional de Educación), vol. XXVIII, n° 1, marzo 1998, págs. 173-189 ©UNESCO: Oficina Internacional de Educación, 2000 Este documento puede ser reproducido sin cargo siempre que se haga referencia a la fuente.

Encontrá toda la info en nuestros canales  
**ESTAMOS EN CONTACTO**  
**Instituto de la Sanidad**



Instituto de la Sanidad IDICSA



/InstitutoDeLaSanidadMza



@instisanidad



2616822974

[www.institutosanidadmza.com.ar](http://www.institutosanidadmza.com.ar)

Pedinos el link de la Biblioteca Digital





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 »

## Tecnicatura Superior en Administración de la Salud

**Duración:** 3 años

**Título:** Técnico Superior en Administración de Empresas de Salud  
según resolución N° 107/2000 - DGE

## Enfermería Profesional

**Duración:** 3 años

**Título:** Enfermero/a profesional  
según resolución N° 2679 - DGE - 2015

