

IDICLAS

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

Mendoza, Argentina
Agosto de 2024
Número 9



5 Normas de presentación de trabajos científicos

6 Proceso de medicación del paciente pediátrico hospitalizado

9 Enfoques en investigación ¿Cuál elegir?

11 Desmotivación y pérdida de masa muscular del adulto mayor internado

13 El impacto de la música en los adultos mayores

16 Infecciones en la boca causadas por el uso de prótesis dentales

21 Generalidades de patologías respiratorias frecuentes

Estudiá Profesiones Esenciales

Enfermería Profesional



- **Título de la publicación:** Revista IDICLAS
- **Propietario:** Instituto de Docencia, Investigación y Capacitación Laboral de la Sanidad / PT 172-DEP-DES-DGE-MENDOZA
- **Director Responsable:** Lic. Espec. María Rosa Reyes y Lic. Prof. Pablo Enzo Chinellato
- **Nº de Edición:** Año 4 / Nº 9 / Agosto 2024
- **Domicilio Legal:** Morón 265, Mendoza (5500), Argentina.
- **Nº Registro:** PV-2024-46915486-APN-DNDA

STAFF

PRODUCCIÓN GENERAL

Luis Alberto Jezowoicz

DIRECCIÓN

Lic. / Espec. María Rosa Reyes
Lic. / Prof. Pablo Enzo Chinellato
Especialista en Docencia Mg

JEFE DE REDACCIÓN

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

COMITÉ EDITORIAL

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

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

D.I. Sergio Sevilla

CORRECCIÓN

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

RESPONSABLE DE SUSCRIPCIÓN

Adrián Cortez

CONSULTORES ESPECIALISTAS

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

COLABORADORES DE 9ª EDICIÓN

María Rosa Reyes / Pablo Enzo Chinellato
Tania Gallina / Joana Siles / Claudio
Dominguez / María Isabel Peredo / Romina
Beatriz Agüero / Ines Castro Salinas

Autorizada su reproducción,
mencionando la fuente.

Foto de tapa: Freepik.com

 www.institutosanidadmza.com.ar

 instisanidadmza@gmail.com

 [Facebook](#)

 [Instagram](#)

 [YouTube](#)

 [TikTok](#)

 [Biblioteca Digital](#)

 [261 714 3690](tel:2617143690)

Sumario

4 Editorial

5 Normas de presentación de trabajos científicos

6 Proceso de medicación del paciente pediátrico hospitalizado

/ Tania Gallina y Joana Siles

9 Enfoques en investigación

¿Cuál elegir?

/ María Rosa Reyes

11 Desmotivación y pérdida de masa muscular del adulto mayor internado en el Servicio de Traumatología del Hospital Central de Mendoza

/ Claudio Dominguez

13 El impacto de la música en los adultos mayores en las prácticas invasivas

/ María Isabel Peredo

16 Incurrencia de infecciones en la boca, causadas por el uso de prótesis dentales y su falta de higiene en el adulto mayor

/ Romina Beatriz Agüero

18 La importancia de la comunicación del personal de salud con el paciente a través de la lengua Quechua

/ Ines Castro Salinas

21 Generalidades de patologías respiratorias frecuentes

/ Pablo Chinellato

26 Actividad Área Sanitaria Rivadavia

27 Ostomía

/ Pablo Chinellato

27 Actividades de Instituto IDICSA para la Comunidad

Editorial

Se estima conveniente reflexionar sobre aspectos importantes que nos trae el Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería.

Este Código revisado en el 2021 es una declaración de valores éticos, responsabilidades y rendición de cuentas profesional que define y guía la práctica ética de la enfermería en las diferentes funciones que asumen las enfermeras. Este Código ha sido el estándar para las enfermeras en todo el mundo desde que se adoptó por primera vez en 1953.

Este Código es una declaración de los valores, responsabilidades profesionales y ámbitos competenciales de rendición de cuentas a nivel profesional de las **enfermeras/os y estudiantes de enfermería**, que define y guía la práctica ética enfermera en sus distintos roles y ámbitos de ejercicio.

No es un código de conducta, pero puede actuar como marco para la práctica enfermera y la toma de decisiones éticas, con el fin de cumplir los estándares profesionales establecidos por los organismos reguladores.

El Código incluye cuatro elementos principales que ofrecen un marco para una práctica ética de las enfermeras:

- Pacientes u otras personas que requieren cuidados o servicios.
- Enfermeras y la práctica.
- **Enfermeras y profesión.**
- Enfermeras y la salud global.

Es necesario destacar en ésta oportunidad, el significado que adquiere el concepto de **“Enfermería y Profesión” desde la perspectiva del Código Deontológico de la Profesión Enfermera.**

Este último tiempo, en nuestro medio local se han producido cambios que involucran al sector de enfermería, y relacionados a modificaciones en la estructura de las funciones propias de la profesión y pérdida de espacios de decisiones, necesarias para el control del ejercicio profesional.

Dichos cambios se efectuaron con escasa participación de entidades que representan a la profesión.

Y es aquí donde se observa que los elementos principales que incluye el Código Deontológico de la Profesión Enfermera, se circunscribe en la mayoría de los casos a la práctica ética de enfermería a pacientes u otras personas que requieren cuidados de salud.

Se deja de lado, el cuidado que nuestra profesión enfermera, también necesita para continuar creciendo.

Sería importante reflexionar sobre lo que plantea el Código Deontológico sobre la responsabilidad profesional en diferentes ámbitos de ejercicio, y mediante la activa participación del sector de enfermería, **brindar el cuidado que la profesión está necesitando.**

La Dirección



Normas de presentación de trabajos científicos



Imagen: Freepik.com

- Podrán participar profesionales del área de salud y afines.
- Los temas que se presenten, deben tener relación con la profesión de enfermería y del contexto de salud en general.
- Mientras esos temas que deseen ser publicados, estén en revisión para IDICLAS, no podrán ser enviados a otras revistas.
- Todos los derechos de producción total o parcial, pasarán a 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 artículos que aporten datos originales sobre investigaciones deben seguir el formato imryd, que consiste básicamente en la división del texto en cuatro apartados: introducción- Material y método- resultados y discusión.
- El formato de las referencias de artículos y libros, seguirá en general el estilo Vancouver, como en el siguiente ejemplo: SUTTON, Audry. "Enfermería Práctica". Editorial Interamericana. 1° ed. 2015. (Para Libros).
- Para revistas y publicaciones: STEVENSON, Caroll King. "Máximas precauciones contra la embolia grasa". Nursing-abril 2015.
- En el texto del artículo las referencias o citas bibliográficas se numerarán consecutivamente, con números arábigos entre paréntesis, en ese orden se agruparán al final del trabajo.
- Las figuras y cuadros con sus títulos y leyendas respectivas se incluirán en página aparte, numeradas consecutivamente y agrupadas después de las referencias.
- Cada figura o cuadro deberá mencionarse al menos una vez al cuerpo del artículo.
- Los originales no se devolverán en ningún caso.
- Cuando se utiliza siglas, deberán ser precedidas de la expresión completa.
- Las unidades de medición utilizadas, serán las mismas del sistema internacional de unidades.

Proceso de medicación del paciente pediátrico hospitalizado



Imagen: Freepik.com

Autores
LIC TANIA GALLINA
LIC. JOANA SILES

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente pediátrico es un problema mundial en la atención sanitaria. Durante el proceso de la medicación, pueden ocurrir errores que, si no se interceptan generan daño al paciente, siendo estos prevenibles. El personal de enfermería es una pieza fundamental en el proceso de medicación, por eso es importante que conozca y se involucre profesionalmente junto a los demás profesionales, para poder detectar errores, corregirlos y evitar que estos lleguen al paciente pediátrico y les provoquen un daño irreparable o fatal.

OBJETIVOS

- Identificar las etapas del proceso de medicación.
- Fortalecer el conocimiento del personal de enfermería en la cadena de utilización del medicamento.
- Involucrar al paciente y la familia respecto a la correcta administración de medicamentos.
- Prevenir daño en el paciente pediátrico internado.

PROCESO DE MEDICACIÓN

Consiste de un conjunto de etapas por las que debe pasar un fármaco, desde el momento que se indica por el médico, se dispensa por el farmacéutico y es administrado por enfermería. Involucrando a la vez al paciente y la familia para lograr un efecto deseado.

Este proceso facilita el acceso a un medicamento seguro, que llegue en óptimas condiciones al paciente, sea administrado de manera correcta, evitando errores que pueden provocar daño.

ETAPAS DEL PROCESO DE MEDICACIÓN

PRESCRIPCIÓN: Al recetar un medicamento, el médico debe realizarlo con letra clara y completo, colocando: medicamento correcto, dosis correcta, intervalo correcto y vía correcta. En la población pediátrica, es de suma importancia calcular la dosis, de acuerdo al peso y talla real del niño, para que la concentración y efecto del medicamento sea adecuado.

TRANSCRIPCIÓN O VALIDACIÓN: En esta etapa ocurre la farmacovigilancia, y es donde se destinan diferentes acciones que permiten identificar errores, alergias o

intervenciones medicamentosas. El farmacéutico verifica dosis/kilo, recalcula dosis individuales, elige la forma farmacéutica, modifica indicaciones incorrectas y sugiere terapias que se adecuen a las necesidades del paciente.

DISPENSACIÓN: Es donde el farmacéutico adquiere, almacena, elabora y prepara los medicamentos hasta que se distribuye al paciente. Para ello, es necesario que los fármacos estén identificados por nombre genérico, dosis, lote y fecha de vencimiento. También es donde se adaptan formas de dosificación de acuerdo a las necesidades del paciente, en pediatría se recomiendan las dosis unitarias.

Los medicamentos de alto riesgo deben tener el envase de fraccionamiento de un color diferente, con signo de alerta que sea reconocido por todo personal que este en contacto con el medicamento.

En este momento deben interceptarse los medicamentos deteriorados, vencidos, mal conservados, mal rotulados, con diferente prescripción, forma farmacéutica o dosis incorrecta, evitando que estos lleguen al paciente.

PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN: En esta etapa el personal de enfermería es quien prepara y administra el fármaco al paciente. Es importante que lo haga en un ambiente tranquilo, donde no haya interrupciones, estableciendo un nuevo chequeo de la indicación medica utilizando los cinco correctos.

El enfermero debe chequear que la indicación este escrita de forma clara y legible, con nombre completo, DNI, historia clínica, diagnóstico, peso, talla y fecha correcta, como así también que los medicamentos tengan dosis, horario, vía correcta, y que este firmada por el médico. Leer el rotulo atentamente antes de preparar un fármaco, verificar que este conservado adecuadamente y en óptimas condiciones, no este dañado, vencido, precipitado o con alguna alteración en la coloración, olor o composición del mismo.

En los niños los medicamentos que se administran por vía oral, generalmente son en jarabe o goteros para dosificar pequeñas cantidades de líquidos vertiéndolos gota a gota. Los medicamentos intravenosos vienen diluidos o para reconstituir, cada uno con un solvente específico, y luego se diluyen en dosis máximas o mínimas de acuerdo a las necesidades del paciente, para evitar reacciones adversas.

El personal de enfermería debe conocer el tiempo y la compatibilidad del medicamento antes de administrar. También el dispositivo del medicamento (vial, jeringa, sached, entre otros), los prolongadores y los sistemas (bombas) de infusión continua, que deben tener rotulo con la información completa del fármaco, concentración, volumen, fecha de preparación, hora, paciente al que va destinado y firma o identificación del enfermero que lo preparo y administro.

En cuanto a la administración, se deben aplicar los 5 correctos:

Paciente correcto: identificar al paciente, por lo menos a través de dos métodos de identificación (pulsera identificatoria, cartel de identificación, de manera verbal, entre otras).

Dosis correcta: preparada según indicación médica, de acuerdo al peso del paciente, si la dosis parece inadecuada, verificar los cálculos matemáticos de dosis.

Vía correcta: administrarse por la vía indicada, ya que tienen diferentes tiempos de absorción (vía oral, endovenosa, intramuscular, subcutánea, nasogástrica, ocular, nasal, ótica, rectal, entre otras), cada una adecuada para cada medicamento.

Medicamento correcto: verificar el medicamento, fecha del rotulo, concentración, acción del mismo, efectos adversos e interacción con otro medicamento.

Hora correcta: administrar respetando el horario indicado, para optimizar su efecto.

Para resguardar la seguridad del paciente, la OMS recomienda como normal principal el lavado de manos. Por lo tanto, el enfermero debe implementarlo durante todo el proceso de la medicación.

SEGUIMIENTO: en esta etapa el enfermero involucra al paciente y en el caso de los niños también a su familia. Es donde se evalúa la respuesta al tratamiento, se notifica, las reacciones adversas y se reevalúa el tratamiento si fuera necesario. Se debe explicar que medicación se va a administrar, cuanta dosis, que efecto tiene, los efectos adversos, precauciones generales o signos de alarma que puede aparecer y cuales deben de reportar (urticaria, rash, náuseas, vómitos, entre otros). Si el paciente se niega a tomar el medicamento se registra e informa al supervisor.

En los pacientes pediátricos internados es una etapa que además de prevenir errores en la medicación, se puede educar a los padres y al niño para el momento del alta. Los padres pueden administrar la medicación a los hijos, supervisados por el enfermero y entrenándose para cuando tengan que hacerlo en el hogar.

Los errores en el proceso de la medicación ocurren en las diferentes etapas, es importante que cada persona involucrada, sea responsable con sus acciones, y cumpla con las normas establecidas para reducir el daño en los pacientes, ocasionados por los errores en la medicación.

MEDICACION SIN DAÑO

La OMS en el año 2017, impulsa un reto mundial por la seguridad del paciente “medicación sin daño”. Con el fin de garantizar la seguridad de las prácticas de la medicación propone soluciones a través de cuatro ámbitos:

- Los pacientes y el publico.
- Los profesionales sanitarios .
- Los medicamentos.
- Sistemas y prácticas de medicación.



La OMS continúa trabajando con este reto y elabora una campaña para sensibilizar al público sobre los problemas de seguridad relacionados con el uso de medicamentos y la necesidad de adoptar prácticas de medicación seguras. El llamamiento a la acción de la campaña es infórmate, comprueba y pregunta. De este modo se anima a los pacientes y sus cuidadores para que asuman un papel activo.

CONCLUSIÓN

El proceso de la medicación permite a los profesionales de la salud, conocer todas las etapas por las atraviesa un medicamento desde que es indicado por el médico, hasta que se realiza la administración y el seguimiento al paciente. Esto permite tener un control minucioso sobre lo que conlleva a la medicación y poder detectar los errores en la misma, ya sea en la prescripción, transcripción, dispensación, administración y seguimiento de la misma y así evitar que estos lleguen al paciente y provoque un daño.

La propuesta de la OMS de involucrar al paciente y la familia, tiene como objetivo mejorar la adherencia terapéutica o seguimiento de la toma del fármaco y evitar los errores en la medicación y por consiguiente el daño al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Consejo Nacional Coordinador para la notificación y prevención de Errores de medicamento 2024, <https://www.nccmerp.org/bypes-medication-error>
- Manual MSD, por Shalini S. Linch, Pharmd, university of California San Francisco School of pharmacy. Revisado /modificado sep. 2022. <https://www.msmanuals.com/es-ar/hogar/f%C3%A1rmacos-o-sustancias/introducci%C3%B3n-a-los-f%C3%A1rmacos/errores-de-medicaci%C3%B3n>
- Organización Mundial de la Salud, Medicación sin Daño. <https://www.who.int/es/initiatives/medication-without-harm>
- Buenas prácticas para el uso seguro de medicamentos. Gobierno de Mendoza. file:///C:/Users/Rodrigar-da/Downloads/1-Buenas-Practicas-para-el-Uso-Seguro-de-Medicamentos-Alto-Riesgo-2023%20(1).pdf
- Seguridad en el uso de los medicamentos de alto riesgo, Hospital Garrahan https://www.garrahan.gov.ar/images/intranet/guias_atencion/consenso_sap/mip/seguridad%20en%20uso%20de%20medicamentos.pdf

Enfoques en investigación ¿Cuál elegir?



Imagen: Freepik.com

Autora

Lic. Especialista MARÍA ROSA REYES

El investigador debe enfrentarse a decisiones respecto a la elección del enfoque que se dará a su trabajo. Según menciona Roberto Hernández-Sampieri, *“los enfoques cuantitativo, cualitativo y mixto constituyen posibles elecciones para enfrentar problemas de investigación y resultan igualmente valiosos. Son, hasta ahora, las mejores formas diseñadas por la humanidad para investigar y generar conocimientos”*.

Este autor, clasifica estos enfoques, con sus diferencias y similitudes de la siguiente forma:

A. CUANTITATIVO

- **Características:** Planteamientos acotados - Mide fenómenos - Utiliza estadística - Realiza prueba de hipótesis y teoría.
- **Proceso:** Deductivo y secuencial.

- **Probatorio:** Analiza la realidad objetiva.
- **Beneficios:** Se generalizan resultados - Existe control sobre fenómenos de estudio - Precisión - Réplica - Predicción.

B. MIXTO

Resulta de una combinación del enfoque cuantitativo y cualitativo

C. CUALITATIVO

- **Características:** Planteamientos más abiertos que van enfocándose - Se conduce básicamente en ambientes naturales - Los significados se extraen de los datos-No se fundamenta en la estadística.
- **Proceso:** Inductivo - Recurrente - Analiza múltiples realidades subjetivas - No tiene secuencia lineal.
- **Beneficios:** Profundidad de significados - Amplitud - Riqueza interpretativa - Contextualiza el fenómeno.

ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN QUE SE PRETENDE REALIZAR

El investigador, una vez definido el marco teórico que sustentará su trabajo investigativo, debe tomar la decisión de **definir el alcance** que tendrá el mismo y para ello tendrá en cuenta los diferentes tipos de investigación existentes y cuál es la que más se adapta al mismo.

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Para ello, se debe realizar una exhaustiva revisión de la literatura y principalmente de la perspectiva del estudio.

El alcance, depende de los objetivos del investigador para combinar los elementos en el estudio.

“Visualizar qué alcance tendrá nuestra investigación es importante para establecer sus límites conceptuales y metodológicos” Roberto Hernández-Sampieri.

Es importante especificar dentro del enfoque cuantitativo, si va a iniciarse como **exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa**.

ALCANCE DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Es importante mencionar que **no** se deben considerar los **alcances** como clasificación de **“tipos”** de investigación, porque más bien constituyen un continuo de **“causalidad”** que puede tener un estudio.

Esta reflexión es importante, pues **del alcance del estudio depende la estrategia de investigación y también el diseño, procedimientos y demás componentes del proceso**, que van a ser distintos según el tipo de estudio que se realice.

En realidad, en la práctica cualquier investigación puede incluir elementos de más de uno de estos cuatro alcances.

En el caso de los **estudios exploratorios** sirven para preparar el terreno y, por lo común, anteceden a investigaciones con alcances descriptivos, correlacionales o explicativos.

Los **estudios descriptivos** generalmente son la base de las investigaciones correlacionales, las cuales a su vez proporcionan información para llevar a cabo estudios explicativos que generan un sentido de entendimiento y están muy estructurados.

Las investigaciones que se realizan en un campo de conocimiento específico pueden incluir diferentes alcances en las distintas etapas de su desarrollo.

Es posible que una investigación se inicie como exploratoria, después puede ser descriptiva y correlacional, y terminar como explicativa.

¿De qué depende que nuestro estudio se inicie como exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo?

Se puede decir que depende fundamentalmente de dos factores:

- El estado del conocimiento sobre el problema de investigación, mostrado por la revisión de la literatura.
- La perspectiva que se pretenda dar al estudio.

Es importante analizar un poco más sobre los alcances de la investigación. Por ejemplo:

ESTUDIOS EXPLORATORIOS

- Investigan problemas poco estudiados.
- Indagan desde una perspectiva innovadora.
- Ayudan a identificar conceptos promisorios.
- Preparan el terreno para nuevos estudios.

ESTUDIOS DESCRIPTIVOS

- Consideran al fenómeno estudiado y sus componentes.
- Miden conceptos.
- Definen variables.

ESTUDIOS CORRELACIONALES

- Asocian conceptos o variables.
- Permiten predicciones.
- Cuantifican relaciones entre conceptos o variables.

ESTUDIOS EXPLICATIVOS

- Determinan las causas de los fenómenos.
- Generan un sentido de entendimiento.
- Son sumamente estructurados.

Una vez que hemos efectuado la revisión de la literatura y afinado el planteamiento del problema, consideramos qué alcances, inicial y final, tendrá nuestra investigación: *exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo*.

Es decir, ¿hasta dónde, en términos de conocimiento, es posible que llegue el estudio?

En ocasiones, al desarrollar nuestra investigación nos percatamos de que el alcance será diferente del que habíamos proyectado, considerando que ningún alcance de la investigación es superior a los demás, todos son significativos y valiosos.

La diferencia para elegir uno u otro estriba en el grado de desarrollo del conocimiento respecto al tema de estudio y a los objetivos y las preguntas planteadas.

Una misma investigación puede abarcar fines exploratorios, en su inicio, y terminar siendo descriptiva, correlacional y hasta explicativa.

Todo depende de los objetivos del investigador.

BIBLIOGRAFÍA

Hernandez Sampieri, R. - Fernandez Collado C.- Baptista Lucio, P. - “Metodología de la Investigación” 6° Edic. Books Médicos. Org.

Desmotivación y pérdida de masa muscular del adulto mayor internado en el Servicio de Traumatología del Hospital Central de Mendoza

Autor

LIC. DOMINGUEZ CLAUDIO

https://drive.google.com/file/d/1SSmAoSLImn6VK-jE39yb0WmhPIT3YHD9N/view?usp=drive_link

El presente estudio tuvo como objetivo mejorar el estado físico y emocional del paciente adulto mayor y reducir los días de estadía de internación en el hospital. Se realizó una charla informal e informativa sobre el plan a realizar en actividad física básica reducida, se consultó y realizó una encuesta para la realización del trabajo. Fue un estudio cuantitativo que tuvo como objetivo mejorar el estado de ánimo asociado a ejercicios básicos de movimientos reducidos, para lograr así su fortaleza mental física e independencia en pacientes internados en el hospital central servicio de traumatología en el mes de junio del 2023, la población estuvo formada por 40 pacientes internados. Los resultados obtenidos permitieron constatar que, durante el período de estudio, un porcentaje significativo eran dejados solos o abandonados, por lo cual se encontraban desmotivados con pérdida de su independencia y movilidad. Las edades se ubicaron en el rango de 65/85 años. Permanecieron internados entre 30 a 60 días, las causas más relevantes fueron falta de materiales para la intervención quirúrgica y recursos económicos asociados al desmejoramiento de su estado de salud por la desmotivación

y a su vez debilidad de su estado físico. La internación prolongada le provoca inestabilidad emocional a causa de las visitas esporádicas y abandono de sus familiares y/o acompañantes.

La población de adultos mayores aumenta cada vez más y esto incide en que cada vez hay más adultos mayores institucionalizados por temas de salud, economía, relaciones familiares, entre otros. Cómo se puede observar, existe una alta demanda en la institucionalización del adulto mayor, lo que se relaciona con un posible abandono por parte de su familia debido al cambio de lugar de residencia, generando afectaciones en las relaciones y vínculos familiares. Situación que altera la salud mental del adulto mayor, repercutiendo en el deterioro cognitivo y su salud física, debido a los cambios a los que es expuesto. La institucionalización del adulto mayor juega un papel importante en sus emociones ya que éstas influyen en su satisfacción bienestar y la calidad de vida es por esto que surge como pregunta ¿cuál es el estado emocional y físico de los adultos mayores institucionalizados en el servicio de traumatología del hospital Central durante el mes de junio del 2023? Saber esto permitirá conocer y analizar la experiencia emocional y física que viven en su estadía.

En el servicio de traumatología del hospital Central los pacientes permanecen largos periodos internados para tratamientos y/o posterior cirugía. La hospitalización varía por distintos tipos de razones, se destacan

entre ellas, la falta de insumos para cirugías específicas, diagnósticos no confirmados que se encuentran en estudio, pacientes en espera de turnos quirúrgicos, y consecuencias de tratamientos invasivos entre otros. Muchos pacientes no son visitados por sus familiares o allegados por distintas razones, por falta de recursos económicos, por la distancia del domicilio al hospital, porque deben cuidar a los niños pequeños, o por obligaciones que deben cumplir los otros miembros de la familia. En el qué hacer cotidiano del enfermero, en la acción de enfermería se observa que su estado de ánimo se ve alterado, silencios sin querer hablar, que, ante la consulta del enfermero, manifiesta que extrañan a su familia, sus nietos, sus espacios propios, etc. Es en este momento en donde el profesional asume un rol de contención y escucha hacia los pacientes. La acción del profesional de enfermería se dirige al cuidado y bienestar tal como la persona lo define. El enfermero con un cúmulo de conocimientos, se adelanta a la manera de ver de esta persona y lo acompaña en su experiencia de salud siguiendo su ritmo y su camino. En este tipo de situaciones la relación enfermero paciente va más allá de la técnica, sino que se crea un clima de confianza, en donde el paciente lo ve como un sujeto que escucha, comprende, acompaña, cuida, asiste y asesora. Es fundamental su rol porque en todas las ocasiones y se transforma en el apoyo del paciente y alcanza también al familiar a cargo. Esta situación lleva al autor a conocer, cómo motivar al paciente adulto mayor para seguir una rutina adecuada que le ayudará a evitar que se le debiliten los músculos, que tenga problemas respiratorios, que pierda su salud mental, que aparezca la rigidez en las articulaciones, sufra de estreñimiento y/o tenga problemas de salud crónicos.

OBJETIVO GENERAL

Comprobar que el adulto mayor con actividad física básica de movimientos reducidos, logre recuperar su estado de ánimo y pérdida de masa corporal.

CONCLUSIONES

El reposo prolongado en cama, incrementa los riesgos cardiovasculares, los problemas respiratorios y neuropsicológicos, lo que lleva a un aumento de la dependencia, días de hospitalización y eventos adversos, lo cual es de gran impacto, puesto que impulsa a la conservación en la realización de actividad física de forma

clara y coherente en este tipo de población, siendo notable resaltar que dentro de la literatura consultada ningún autor pone de manifiesto o se encuentra de acuerdo con estancias prolongadas en cama, sin que se promueva el condicionamiento de ellos. Pese a que existen excelentes trabajos respecto al tema en mención, es importante incentivar al equipo de profesionales a realizar estudios que soporten aún más este tipo de conceptos y permitan a sí mismo aplicar la fundamentación científica. Con la importancia de la actividad física en la salud de los adultos mayores. Son muchos los beneficios sobre la calidad de vida en la vejez. Se preserva la fuerza muscular y la función cognitiva, se reducen los niveles de ansiedad y depresión, se mejora notablemente el estado de ánimo. Independientemente de su salud y de sus capacidades físicas, la persona mayor hospitalizada puede beneficiarse haciendo actividad física regularmente ya que la inactividad física tiene sus riesgos, como la pérdida de hacer las cosas por sí mismos, más hospitalizaciones y más uso de medicamentos para muchas enfermedades.

SUGERENCIAS

Teniendo en cuenta que la desmotivación y la inactividad en los pacientes adultos mayores hospitalizados, en cama, y con movilidad reducida, se hace de vital importancia el hecho de poder realizar ejercicios básicos de rutina. Es de gran importancia promover la realización de la actividad física en esta clase de personas para garantizar un mejor nivel de funcionalidad de sus actividades cotidianas. La presente investigación puede servir para posteriores estudios acerca del tema en adultos mayores institucionalizados, ya que ha sido hasta el día de la fecha un verdadero inconveniente para la citada población, por lo tanto, se sugiere profundizar sobre el tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. M.^a. J. Rojas Ocaña; A. Toronjo Gómez; C. Rodríguez Ponce; J.B. Rodríguez. "Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados". Departamento de Enfermería, Universidad de Huelva. Gerokomos vol.17 no.1 Barcelona. marzo. 2006.
2. OMS. Organización Mundial De La Salud. "Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud". Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf.
3. Alvarado García A. M. Y Salazar Maya A. M. "Descubriendo los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno". Universidad de la Sabana. Chía-Cundinamarca. Colombia. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. Gerokomos vol.27 no.4 Barcelona. diciembre. 2016
4. ONU. Naciones Unidas. "Revisión del año 2022 de las perspectivas de la población mundial". Departamento de asuntos económicos y sociales división de población. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>

Es de gran importancia promover la realización de la actividad física en esta clase de personas para garantizar un mejor nivel de funcionalidad de sus actividades cotidianas.

El impacto de la música en los adultos mayores en las prácticas invasivas



Imagen: Freepik.com

LIC. PEREDO MARÍA ISABEL

<https://drive.google.com/file/d/1kcEBA9Afei6K4dEw-Ty8W1JUvIbMUDdxh/view?usp=sharing>

La presente investigación surge de la observación activa de una práctica invasiva en personas de la tercera edad: la colocación de Sondas Vesicales (SV). Esta lleva a los pacientes a experimentar no solo dolor físico, sino también, pudor y nerviosismo al momento de la intervención.

Frente a esta situación, nos invadió la inquietud de cómo colaborar para mitigar el dolor y pudor; si existe forma de poder mejorar estas situaciones y cuál es la mejor práctica para estos casos.

Así, en el mes de setiembre de 2023 se realizó un cuestionario a 10 adultos mayores alojados en el Hogar Santa Marta de la ciudad de Mendoza, con el fin de recolectar datos que pudieran contribuir a mejorar la calidad de la atención, mitigar el sufrimiento físico y psicológico de los pacientes que necesitaban una SV.

La medición, de carácter cuantitativo y descriptivo, se centró en el valor de la música como herramienta para ayudar a relajar al paciente durante el procedimiento de colocación de SV.

Los resultados mostraron que el 80% de los pacientes prefiere escuchar música durante la intervención. El 80% manifestó tener un mejor estado de ánimo y un 50%, mayor sensación de tranquilidad. Además, el 70% reportó una disminución del dolor físico al colocársele la sonda vesical. El 60% prefiere escuchar música romántica. De acuerdo con los resultados obtenidos, se sugiere capacitar al personal de enfermería y cuidados del Hogar Santa Marta para que incorporen la musicoterapia durante sus prácticas con SV, a fin de mejorar la calidad de la atención en salud y así, contribuir con el bienestar físico y psíquico de los pacientes.

En el siguiente trabajo analizamos las prácticas de colocación de Sondas Vesicales en un grupo de residentes del Hogar Santa Marta, ubicado en la ciudad de Mendoza.

Durante este procedimiento médico, los pacientes manifiestan situaciones de dolor y vergüenza, lo que afecta no solo su físico, sino también su psiquis. Al momento del abordaje, la población objeto de esta práctica manifiesta nerviosismo cuando se debe realizar el cambio de sonda. En el intento de establecer una relación humanitaria, el personal de enfermería pregunta al paciente cómo se encuentra y le avisa que se va a realizar la colocación de la sonda, le explica su procedimiento y anticipa las molestias que puede sentir; además, le advierte que debe encontrarse relajado, para realizar la colocación de la mejor manera y con el menor dolor posible.

En este marco, pretendemos investigar la posible influencia beneficiosa de la música en dichas prácticas, y su potencial para mitigar el dolor y pudor que experimentan los pacientes.

A través de un cuestionario, buscamos conocer la experiencia emocional y física de los pacientes, y su relación con un ambiente acorde a determinados patrones. Las variables que abordamos fueron el profesionalismo del personal de enfermería a cargo de la práctica; la posibilidad de contar con un entorno de intimidad para realizar la misma; la suficiente preparación psicológica del paciente para este proceso; y, finalmente, la promoción de la relajación del paciente por medio de la musicoterapia.

Así, buscamos abordar esta práctica de manera integral, manteniendo una visión de 360 grados que considere la incidencia que tiene cada una de las medidas explicitadas. De esta forma, se busca que la colocación de una SV resulte lo más amigable posible o, al menos, que su naturaleza invasiva sea más llevadera para el paciente, en un marco de una mayor humanización de la salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pregunta-problema que suscita esta investigación es: ¿Cuál es el impacto físico y psicológico de la Musicoterapia en pacientes adultos mayores durante la colocación de un sondaje vesical de la Residencia Santa Marta de la ciudad de Mendoza durante el periodo de agosto a setiembre del año 2023?

La Residencia Hogar Santa Marta para adultos mayores tiene el objetivo de alojar personas que atraviesan situaciones de vulnerabilidad socioeconómica y/o la falta de redes familiares o sociales.

En este contexto, la figura del profesional de enfermería es fundamental, ya que proporciona a los adultos un espacio de escucha y contención afectiva. Asimismo, utiliza diversas estrategias para cada paciente en particular, dirigidas a mejorar su calidad de vida. Es por ello que el vínculo que se establece con el paciente no es únicamente profesional, sino también, afectivo; el profesional le trasmite confianza, seguridad y empatía. De esta manera, la residencia proporciona un ambiente familiar y de contención emocional.

Esto resulta clave teniendo en cuenta que existen prácticas médicas que producen efectos negativos a nivel físico y psicológico en los pacientes. En particular, se ha observado que la aplicación de la sonda vesical les provoca dolor, agitación psicomotriz, ansiedad y tristeza.

Por tal motivo, se considera importante buscar recursos que puedan mitigar el sufrimiento de los pacientes y mejorar su experiencia. Una de dichas herramientas es la musicoterapia, que surge como una alternativa de bajo costo e inocua, que puede mejorar la calidad de vida de los pacientes. Este trabajo pretende investigar el impacto de la musicoterapia al momento de la colocación de la sonda y su incidencia física y psicológica en el paciente durante el acto profesional.

CONCLUSIÓN

El objetivo general de este trabajo fue describir el impacto físico y psicológico de la música en los adultos mayores durante una práctica invasiva: la colocación de una sonda vesical. Según lo investigado y los resultados obtenidos, la musicoterapia produce bienestar psicológico y, por ende, físico, en los adultos mayores durante el procedimiento de colocación de la sonda vesical.

De acuerdo a la información recogida por medio de la encuesta, la percepción de los adultos mayores en relación a la musicoterapia como acompañamiento durante la colocación de la sonda vesical, es muy positiva. El 70% de las personas a las que se les aplicó la técnica invasiva mientras escuchaban música, reportó una disminución del dolor; el 50% manifestó que la música le producía tranquilidad, y el 30% manifestó emoción y alegría. Estos resultados atienden, a su vez, a uno de los objetivos específicos, que buscaba identificar los efectos emocionales de la musicoterapia en el adulto mayor.

Con respecto a otro de los objetivos específicos, pudo confirmarse que la musicoterapia incide positivamente en el adulto mayor al momento de la colocación de una sonda vesical: el 80% reportó mejoras en su estado de ánimo y, por ende, prefiere escuchar música durante la intervención invasiva. La música parece reducir el malestar físico y psicológico de los pacientes, otorgándoles diversos beneficios como la preservación de su integridad y un menor sufrimiento.

Con respecto al género musical más elegido para abordar la problemática, los adultos mayores manifestaron las siguientes preferencias: el 60% prefiere música de género romántico, el 20% eligió tango, y el 20% restante prefiere cumbia.

Teniendo en cuenta todos los resultados de la encuesta, se concluye que la Musicoterapia es una estrategia de intervención eficaz que alivia el malestar que generan las prácticas invasivas y, así, logra una mejor calidad de vida en los pacientes.



Imagen: Freepik.com

SUGERENCIA

Se sugiere informar al Hogar Santa Marta los resultados obtenidos en este estudio y contemplar la posibilidad de capacitar al personal (especialmente, a quienes realizan la práctica) sobre esta técnica de acompañamiento en una instancia tan invasiva para el paciente. Esto permitirá no solo mejorar la calidad de atención al paciente, sino también, su estado psicorgánico.

BIBLIOGRAFÍA

- Abaunza Forero, C.I. y otros. (2014). Concepción del adulto mayor. Adultos mayores privados de la libertad en Colombia. Bogotá: Universidad del Rosario, Instituto Rosarista de Acción Social – SERES, pp. 60-98. <https://doi.org/10.7476/9789587385328.0007>
- Castilla Domínguez, S. (2018). Cuidado de mayores: la sonda vesical y su cuidado. <https://www.innovasistencial.com/blog/cuidadodemayoressondas-2sondavesical/#:~:text=Sondaje%20vesical%20permanente&text=Se%20suele%20utilizar%20en%20casos,le%20conoce%20como%20sonda%20Foley>
- Bejarano Rodríguez, G. y Rojas Cabrera, J.D. (2020). La música y su aplicación terapéutica en el adulto mayor: Revisión de la literatura. Revista Navarra Médica, 6(1), junio, pp. 6-13. <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/163>
- Enciclopedia Humanidades. (2023). Vejez. <https://humanidades.com/vejez/#:~:text=Las%20principales%20caracter%C3%ADsticas%20de%20la,regeneran%20de%20manera%20m%C3%A1s%20lenta>
- García-Viniegras, C. R. y otros. (1997). Musicoterapia: Una modalidad terapéutica para el estrés laboral. Revista Cubana de Medicina General Integral, 13(6), nov-dic. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0864-21251997000600003&lng=es>
- Márquez, I. V. (2009). Reseña de "Musicofilia. Relatos de la música y el cerebro" de Oliver Sacks. Trans, Revista Transcultural de Música, 13, pp. 1-3. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=82220946031>
- Miranda, M., Hazard, S. y Miranda, P. (2017). La música como una herramienta terapéutica en medicina. Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 55(4). <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272017000400266>
- Ministerio de Justicia. (s.f.). Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Argentina.

Incurrencia de infecciones en la boca, causadas por el uso de prótesis dentales y su falta de higiene en el adulto mayor



Imagen: Freepik.com

LIC. AGÜERO ROMINA BEATRIZ

https://drive.google.com/file/d/11XbOHaTYFkcoMufO-3CJUyQYqb37hSL89/view?usp=drive_link

El uso de prótesis dentales en adultos mayores y la falta de higiene y conservación de las mismas, conlleva muchas veces a la formación de bacterias que propician infecciones en la boca. El papel o rol del enfermero es muy importante para poder ser el nexo de comunicación entre el protesista y los pacientes, de esta forma se puede tener una mirada holística y certera sobre las necesidades de los individuos afectados, siendo de vital importancia la promoción de la salud y la inclusión de los adultos mayores en actividades de promoción para evitar este tipo de complicaciones, y fomentar un buen uso de las prótesis dentales. El tratamiento y post cuidados en el uso de prótesis, es fundamental para cumplir los objetivos por los que necesitaron colocarse la misma. La presente inves-

tigación descriptiva, intentó establecer una estrecha relación entre las infecciones causadas por la falta de higiene y el uso de prótesis dentales en los adultos mayores. Como referente en mi lugar de trabajo y como nexo entre el profesional protesista y los adultos mayores para poder disminuir las complicaciones ocasionadas por el mal uso y cuidado de sus prótesis dentales.

Planteo del Problema ¿Cuáles son los factores que determinan la Incurrencia de infecciones en la boca causadas por el uso de prótesis dentales y su falta de higiene en el adulto mayor sobre la salud de la población atendida en la Delegación de OSEP Lavalle, de Tulumaya, Lavalle, Mendoza, en los meses de Julio 2022 hasta Mayo 2023?

El deterioro progresivo e irreversible de los adultos mayores, hace que en su gran mayoría tengan que acudir a un especialista de prótesis, para poder recuperar de una forma artificial las piezas dentales que se han perdido en el transcurso de los años. Tras la falta de seguimiento luego de colocada la prótesis, muchos de los

adultos mayores no utilizan de forma correcta su prótesis dental ni la cuidan adecuadamente, ocasionando infecciones en la boca y complicaciones en la continuidad de los tratamientos. La labor de enfermería es de vital importancia para implementar el autocuidado, correcto mantenimiento y uso de las prótesis dentales, la falta de espacios y talleres de educación, llevó a que se produzcan infecciones y complicaciones en el uso de prótesis.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir las infecciones de la boca causadas por el uso de prótesis dentales y la falta de higiene, de la población atendida en OSEP delegación Lavalle, en los meses de Julio 2022 hasta Mayo 2023.

CONCLUSIÓN

Con el fin de conocer la incidencia de infecciones en la boca, causadas por el uso de prótesis dentales y su falta de higiene en el adulto mayor de los pacientes que fueron atendidos en OSEP Delegación Lavalle, Mendoza en los meses de Julio 2022 hasta Mayo 2023, los datos obtenidos de las variables en estudio arrojaron: En cuanto a las características personales de los pacientes: Tienen entre 76 a 80 años, son en su gran mayoría de sexo femenino, con una antigüedad en la prótesis colocada de 1 a 5 años, y la higiene que le realizan a la prótesis es de 1 vez por día. Consideran que su situación económica no es buena. Los pacientes manifestaron desempeñar su higiene personal de forma independiente. Al analizar los datos con más profundidad, se pudo verificar que los pacientes adultos mayores que utilizan prótesis, no cuentan con la accesibilidad económica para adquirir los distintos buches o preparaciones recomendados por los odontólogos para higienizar sus prótesis, además según indican esas recomendaciones lo adecuado y asertivo es hacerlo por lo menos dos veces al día o luego de consumir alimentos, lo que nos indica que lo están haciendo de forma deficiente, y que es una actividad de autocuidado que pueden hacerlo por sí mismos. Podemos concluir que la falta de higiene es la principal causa de la incidencia en infecciones en la boca, causada por el uso de prótesis dentales en los adultos mayores.

SUGERENCIAS

Los pacientes atendidos que utilizan prótesis dentales llevan poco tiempo de uso, y es indispensable que en las consultas con el odontólogo protesista logren sacar todas sus dudas respecto al uso y cuidado, aprovechando la consulta; se coordinó que aquellos pacientes pasen por el servicio de enfermería para educar sobre el correcto uso y cuidado.

Deben higienizar su prótesis por lo menos 2 veces al día, o más si tuvieron otra ingesta alimenticia, y para abaratar los costos de los líquidos utilizados para tal fin, se les sugiere la siguiente preparación casera:

• Para la limpieza normal diaria:

Luego de cada comida o bebida, siempre enjuagar la prótesis con abundante agua para evitar los residuos de alimentos para que así no se mancha. El uso de jabón neutro es el más recomendado por no contener colorantes ni saborizantes, cepillarla con un cepillo de cerdas suaves para no deteriorarlas.

• Para la desinfección:

Bicarbonato de sodio y limón:

1. En un vaso poner 2 cucharadas pequeñas de bicarbonato.
2. Introducir la prótesis dental.
3. Agregar jugo de limón recién exprimido (la cantidad necesaria para cubrir la prótesis).
4. Dejar la prótesis en esta mezcla entre 3 a 5 minutos.
5. Luego retirar y lavar con abundante agua.

- **Para quitar las manchas:** Bicarbonato de sodio y vinagre. Se recomienda 1 vez al mes, sólo para las manchas. Mezclar 1 taza de vinagre con una cucharada de bicarbonato. Luego dejar la prótesis en remojo 5 minutos, retirar y enjuagar con abundante agua. El vinagre puede dejar un sabor y un olor fuerte en la prótesis, por esto se recomienda cepillarse luego con jabón neutro.

- Estas piezas requieren un proceso de adaptación, y para que su durabilidad se mantenga en el tiempo, se deben tener en cuenta los siguientes consejos para que los apliques en tu día a día. Tampoco hay que olvidar que la duración que también está profundamente relacionada a ti como paciente, a la calidad de la prótesis y a la técnica del especialista, por esto es fundamental que recurras a profesionales experimentados y avalados. Es importante utilizar un cepillo de cerdas suaves para que laves y des un masaje en la encía que es recubierta por la prótesis. Esto ayuda a activar la circulación de la sangre y a mantener una higiene óptima.

En tu alimentación diaria incluye el consumo de vitamina C, ya que esta favorece la recuperación del tejido, ayuda a prevenir y sanar lesiones en las encías y fortalece la dentadura natural. Por ende, lograrás una salud bucal general. Ya quedó implementado el sistema de asesoría para nuevos pacientes adultos mayores que comenzaron a utilizar prótesis, de esta forma se intenta disminuir las infecciones en la boca de los adultos mayores por el uso de prótesis dentales.

BIBLIOGRAFÍA

1. VAQUER, R. Información recopilada en el departamento de Catastro de la Municipalidad de Lavalle.
2. SÁNCHEZ S, JUÁREZ T, REYES H, DE LA FUENTE J, SOLÓRZANO F, GARCÍA C. El estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. Salud Pública de México, 2007.
3. IBÁÑEZ MNG y cols. Candidiasis oral asociada a prótesis dentales.

La importancia de la comunicación del personal de salud con el paciente a través de la lengua Quechua



Imagen: Freepik.com

LIC. CASTRO SALINAS INES

https://drive.google.com/file/d/1nFd7FSSBumPJclK5k-jxKG2_9vTXlIKGD/view?usp=drive_link

El presente trabajo describe una problemática que se da en la Residencia Santa Marta, ubicada en la ciudad de Mendoza: la comunicación del personal de salud con aquellos residentes que tienen el quechua como lengua materna y prácticamente no hablan español. Esta situación dificulta la atención integral y las intervenciones en salud necesarias para los pacientes. Ante dicho escenario, entre setiembre y octubre de 2023 se encuestó a un grupo de XX cuidadores auxiliares para

conocer sus percepciones sobre la comunicación con pacientes quechua-hablantes y su grado de predisposición para aprender esta lengua. De acuerdo con los datos recolectados, el 90% de los enfermeros participantes manifiesta tratar o haber tratado con residentes que hablaban en quechua, aunque solo 1 de ellos conocía la lengua. Sin embargo, la mayoría de los encuestados expresó interés en aprenderla como vehículo de comunicación para una mejor atención a los pacientes. El 50% de los encuestados considera que podría aprender los fundamentos del quechua en solo 2 meses, y el 30%, en 1 mes. Los datos recolectados indican que existe una actitud positiva hacia la diversidad cultural en la Residencia Santa Marta, que lleva al staff a querer

aprender quechua para comunicarse efectivamente con los residentes quechuahablantes. Así, se sugiere llevar adelante una iniciativa específica de educación para la salud: una capacitación básica en lengua quechua para el personal, que ayude a mejorar la calidad de los cuidados en un marco intercultural.

La comunicación oral es el vehículo más común y directo para hacer posibles la mayoría de las actividades humanas. En el área de la salud, cobra especial importancia al ser el medio por el cual los profesionales conocen el estado del paciente, sus síntomas y sensaciones, necesidades y deseos. Así, pueden decidir el tratamiento y atención adecuados para garantizarle una buena calidad de vida. En ocasiones, este abordaje no puede realizarse en forma óptima al presentarse una barrera idiomática que dificulta la comunicación cuidadorpaciente. Es el caso de la Residencia Santa Marta, ubicada en la ciudad de Mendoza, donde, si bien la mayoría del personal y de los residentes comparte una lengua común -el español-, existe una importante proporción de internos que tienen el quechua como lengua materna. Así, las tareas de atención al residente en el Hogar Santa Marta transcurren en un marco de interculturalidad, que debe ser comprendido, aceptado e incorporado para promover una mayor humanización de la Salud. En este sentido, el presente trabajo releva la situación del personal de la Residencia Santa Marta que desconoce el quechua, sus actitudes hacia esta lengua y cómo una capacitación específica podría ayudar a establecer puentes comunicativos con los residentes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Muchos de los adultos mayores que se alojan en la Residencia Santa Marta son de origen quechua y se comunican casi exclusivamente en su lengua originaria. A partir de esta situación, se plantea la pregunta problema: ¿Qué nivel de predisposición para el aprendizaje demostraron los cuidadores de los adultos mayores que utilizan comunicación con la lengua quechua en el Hogar Santa Marta de la ciudad de Mendoza, entre el periodo de octubre a noviembre del año 2023?

La Residencia Santa Marta es el mayor hogar de ancianos de gestión pública de la provincia de Mendoza. Recibe cada año una importante cantidad de adultos mayores, que permanecen institucionalizados durante largos periodos por diferentes motivos; entre ellos, por la falta de contención familiar y de suficientes recursos económicos. Muchos de los residentes son de origen quechua y utilizan habitualmente su lengua nativa, sin conseguir comunicarse con fluidez en español. Así, tienen dificultades para manifestar sus necesidades físicas, psicológicas y sociales al personal de la institución. Al mismo tiempo, al no poder comprender la lengua de los residentes, el staff ve dificultada la posibilidad de brindarles una atención personalizada y de calidad. De hecho, la comunicación cuidador-paciente es un parámetro crucial de la calidad de la atención. Asimismo,

de acuerdo con Carvajal González (2018), ser lingüísticamente competente se ha convertido en una imperiosa necesidad para los profesionales en Enfermería. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones que hablan sobre el tema hacen hincapié en la enseñanza del inglés, sin tener en cuenta la injerencia de las lenguas indígenas en algunas comunidades. Por otra parte, resulta clave poder establecer una comunicación eficiente sin que los residentes pierdan su lengua originaria. En este sentido y en línea con la Organización de las Naciones Unidas (s.f.) “preservar las lenguas indígenas es preservar la herencia común de la humanidad”. Esta situación supone, a los trabajadores que mantienen contacto directo con los adultos mayores en la institución, el desafío de incorporar el quechua para comunicarse con los residentes que lo utilizan como lengua materna o nativa.

OBJETIVO GENERAL

Conocer las actitudes del personal del Hogar Santa Marta con respecto a la lengua quechua como vehículo de comunicación con pacientes quechua-hablantes.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con los datos recolectados en este estudio, el 90% de los enfermeros participantes manifiesta tratar o haber tratado con residentes que hablaban en quechua; sin embargo, una misma proporción manifiesta desconocer esta lengua. El 70% del personal consultado ha atendido pacientes quechua-hablantes, de allí que el aprendizaje de la lengua es una demanda real y una necesidad importante en la institución. Por otra parte, la mayoría de los encuestados (90%) expresó interés en aprenderla para poder mejorar su atención; en este sentido, es un aprendizaje que se considera relevante como parte de la Educación en Salud y en el marco de la institución en particular. De hecho, los encuestados manifestaron una actitud de respeto hacia la diversidad cultural presente en su ambiente de trabajo. En este sentido, el 90% de los participantes mantiene una actitud de apertura a la interculturalidad en el Hogar Santa Marta. Además, es importante destacar que el 50% de los encuestados considera que podría aprender los fundamentos del quechua en solo 2 meses, y el 30%, en 1 mes. En este sentido, haría falta un entrenamiento relativamente corto para que los enfermeros adquiriesen dicha habilidad. En conclusión, de acuerdo con lo planteado en este estudio, se confirma que existe una fuerte necesidad, para el personal de la Residencia Santa Marta, de poder comunicarse con pacientes de culturas originarias que poseen como lengua el quechua. Por todo lo analizado, se detecta predisposición y una actitud positiva por parte de los encuestados hacia la posibilidad de tener una capacitación en lengua quechua y, de hecho, el personal parece comprender el impacto sociocultural de esta iniciativa para ambas partes. SUGERENCIAS En virtud del estudio realizado,



Imagen: Pixabay

se sugiere diseñar un plan sistemático de capacitación en lengua quechua específico para las necesidades del personal de Enfermería de la Residencia Santa Marta. Se espera que esta investigación ayude a promover el conocimiento y dominio del quechua por parte del staff de la Residencia Santa Marta, con el fin de mejorar la calidad de los cuidados en un contexto institucional intercultural.

BIBLIOGRAFÍA

- Azua Menéndez, M.; San Lucas Marcillo, M. y Tigua Anzules, J. (2020). El Idioma Inglés como segunda lengua en los profesionales de la carrera de enfermería, Sinapsis: La revista científica del ITSUP, ISSN-e 1390-9770, Vol. 1, N°. 6. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8280830>
- Bajornas, R. (2019). Preservar las lenguas indígenas es preservar la herencia común de la humanidad. Naciones Unidas. <https://news.un.org/es/story/2019/12/1466781BDPI>
- Base de Datos de Pueblos Indígenas y Originarios. (2018). Quechua. <https://bdpi.cultura.gob.pe/lenguas/quechua>
- Carvajal González, A. (2018). Ser lingüísticamente competente: una necesidad para la enfermería del futuro. Trabajo de fin de grado. Universidad de Alicante.
- Fossion, G. y Faulx, D. Análisis de las prácticas lingüísticas de los enfermeros durante las consultas con pacientes con diabetes gestacional, Recherche en soins infirmiers, Vol. 142, N° 3, pp.96-110. <https://www.cairninfo.com/revista-recherche-en-soins-infirmiers-2020-3-page-96.htm>
- Diario Uno. (2016). Enseñan quechua en Tupungato para preservar el idioma. https://www.diariouno.com.ar/mendoza/ensenan-quechua-en-tupungato-para-preservar-el-idioma--23052016_B1ZwTZVGrX
- Organización de las Naciones Unidas. (s.f.). Preservar las lenguas indígenas es preservar la herencia común de la humanidad. <https://www.un.org/es/desa/indigenous-languages>

Generalidades de patologías respiratorias frecuentes



Imagen: Freepik.com

Autor

LIC. PROF. PABLO CHINELLATO

Mg. en Enfermería / Esp. en Docencia

chinellatopenzo@gmail.com

Para mantenerse con vida, el cuerpo necesita producir energía suficiente. Dicha energía se produce por la combustión de las moléculas de los nutrientes, que se oxidan cuando se combinan con oxígeno. La oxidación supone la combinación del carbono y el hidrógeno con el oxígeno para formar dióxido de carbono y agua. El consumo de oxígeno y la producción de dióxido de carbono es un proceso indispensable para la vida. En consecuencia, el cuerpo humano necesita un sistema orgánico especializado en la eliminación del dióxido de carbono de la sangre circulante y la absorción de oxígeno de la atmósfera, a una velocidad adecuada a las necesidades del organismo e incluso en el momento de máximo esfuerzo. El aparato respiratorio permite la entrada de oxígeno al organismo, así como la salida del dióxido de carbono.

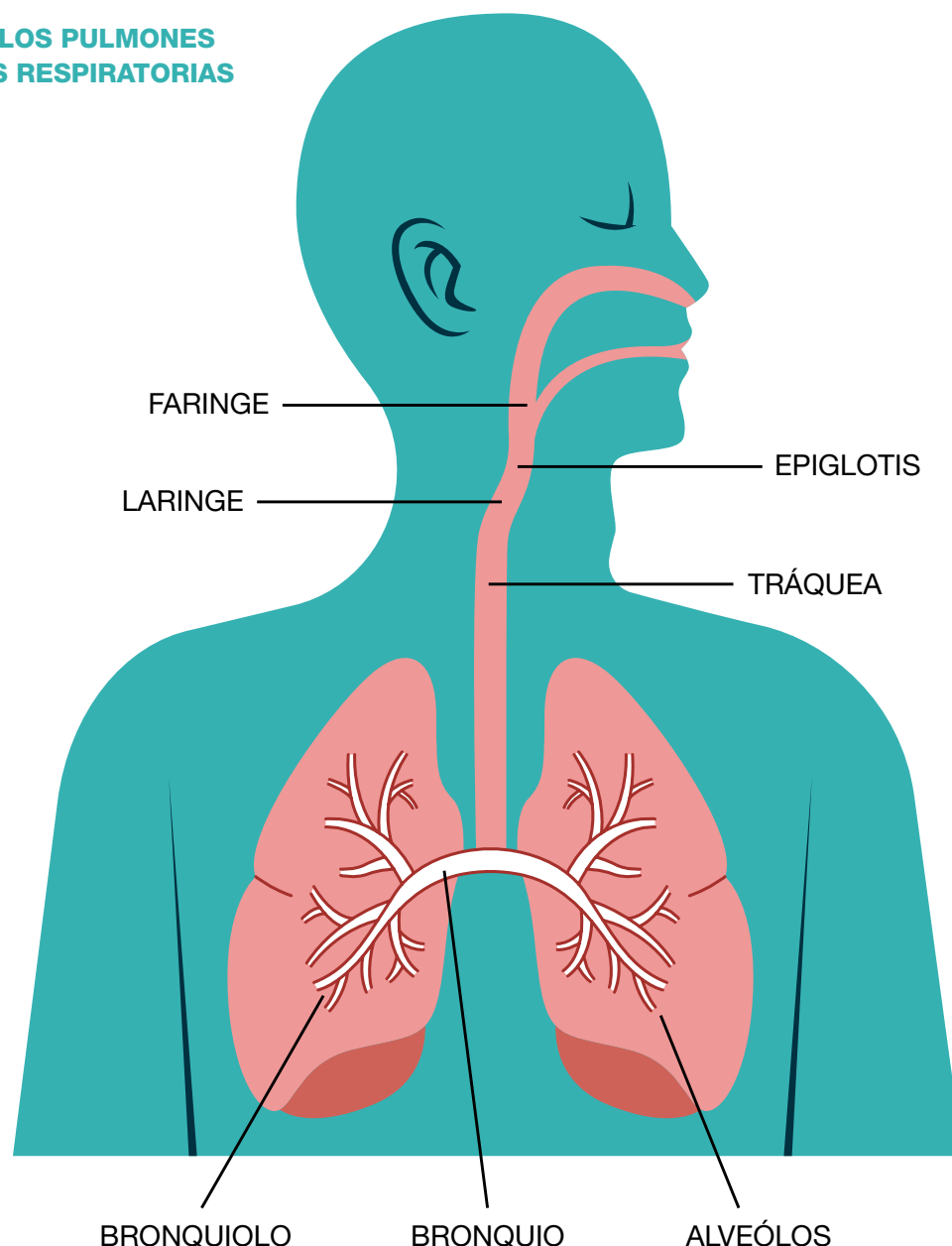
El aparato respiratorio comienza en la nariz y la boca y continúa a través de las vías respiratorias y los pulmones. El aire entra en el aparato respiratorio por la nariz y la boca y desciende a través de la garganta (faringe) para alcanzar el órgano de fonación (laringe). La entrada de la laringe está cubierta por un pequeño fragmento de tejido, la epiglotis que se cierra de forma automática durante la deglución, impidiendo así que el alimento alcance las vías respiratorias.

La tráquea es la vía respiratoria más grande. La tráquea se ramifica en dos vías respiratorias más pequeñas: los bronquios principales izquierdo y derecho.

Cada pulmón está dividido en secciones (lóbulos): tres en el pulmón derecho y dos en el izquierdo. El pulmón izquierdo es ligeramente más pequeño que el derecho porque comparte espacio con el corazón, también en el lado izquierdo del tórax.

Los bronquios, a su vez, se ramifican múltiples veces en vías respiratorias más finas, hasta acabar en las más finas de todas (bronquiolos), que tienen un diáme-

INTERIOR DE LOS PULMONES Y DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS



tro inferior a medio milímetro. Las vías respiratorias se asemejan a un árbol invertido, por lo que esta parte del aparato respiratorio a menudo se denomina árbol bronquial. Las vías respiratorias de gran calibre se mantienen abiertas gracias a un tejido conjuntivo, semiflexible y fibroso, llamado cartílago. Las vías respiratorias de pequeño calibre se sostienen mediante el tejido pulmonar que las rodea y que está adherido a ellas. Las paredes de las vías respiratorias más pequeñas tienen una delgada capa circular de músculo liso. El músculo de las vías respiratorias puede relajarse o contraerse, cambiando de este modo el calibre de las vías respiratorias. Al final de cada bronquiolo se encuentran miles de alvéolos (pequeños sacos de aire). Conjuntamente, los millones de alvéolos de los pulmones forman una superficie de más de 100 metros cuadrados. En el interior de las paredes alveolares se encuentra una densa red de diminutos vasos sanguíneos denominados capilares. La barrera entre el aire y los capilares, extremadamente fina, permite que el oxígeno pase desde los alvéolos

hacia la sangre y que el dióxido de carbono pase desde la sangre en el interior de los capilares hacia el aire en el interior de los alvéolos.

La pleura es una fina membrana transparente que recubre los pulmones y que, además, reviste el interior de la pared torácica. Permite que los pulmones se muevan suavemente durante la respiración, incluso cuando la persona está en movimiento. Normalmente, entre las dos capas de la pleura solo hay una pequeña cantidad de líquido lubricante. Las dos capas se deslizan suavemente, una sobre otra, cuando los pulmones cambian de tamaño y de forma.

MECANISMOS DE DEFENSA DEL SISTEMA RESPIRATORIO

Como promedio, una persona que realiza una actividad moderada durante el día respira alrededor de 20.000 L de aire cada 24 horas. Inevitablemente, este aire (que pesaría más de 20 kg) contiene partículas y

gases potencialmente nocivos. Las partículas, como el polvo, el hollín, el moho, los hongos, las bacterias y los virus se depositan en las vías respiratorias y en las superficies alveolares. Afortunadamente, el aparato respiratorio tiene mecanismos de defensa para limpiarse y protegerse por sí mismo. Solo las partículas extremadamente pequeñas, con un diámetro inferior a 3-5 micras, penetran profundamente en el pulmón.

Los cilios, unas minúsculas proyecciones musculares parecidas a los cabellos que sobresalen de las células que recubren las vías respiratorias, son uno de los mecanismos de defensa del aparato respiratorio. Los cilios impulsan una capa líquida de mucosidad que recubre las vías respiratorias.

La capa de mucosidad atrapa microorganismos patógenos (microorganismos potencialmente infecciosos) y otras partículas, impidiendo que lleguen a los pulmones.

Los cilios se agitan más de mil veces por minuto y desplazan hacia arriba la mucosidad que recubre la tráquea a una velocidad aproximada de 0,5 a 1 cm por minuto. Los microorganismos patógenos y las partículas que quedan atrapados en esta capa de mucosidad son expulsados al toser o arrastrados hasta la boca y deglutidos.

Los macrófagos alveolares, un tipo de leucocitos (glóbulos blancos) situados en la superficie de los alvéolos, constituyen otro mecanismo de defensa pulmonar. Para realizar el intercambio gaseoso, los alvéolos no están protegidos por moco ni cilios, ya que su grosor haría más lento el trasiego de oxígeno y dióxido de carbono. En lugar de ello, los macrófagos alveolares buscan las partículas depositadas, se adhieren a ellas, las ingieren, las matan si están vivas y las digieren. Cuando los pulmones están expuestos a graves amenazas, pueden incorporarse desde la circulación glóbulos blancos adicionales, especialmente neutrófilos, para contribuir a ingerir y eliminar los agentes patógenos. Por ejemplo, cuando una persona inhala una gran cantidad de polvo o se está defendiendo de una infección respiratoria, se producen más macrófagos y se reclutan más neutrófilos.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS COMUNES

El sistema respiratorio, como su propio nombre indica, está compuesto por los órganos y estructuras que permiten el intercambio de aire entre el entorno y nuestro cuerpo. Entre otras muchas cosas, está compuesto por la nariz, la garganta, la laringe, la tráquea, los bronquios, los bronquiolos y los pulmones. Un mal funcionamiento del aparato respiratorio puede tener efectos muy graves sobre la salud, pues favorece cuadros potencialmente letales como hipoxia (falta de oxígeno a los tejidos), arritmias y pérdida de conocimiento.

Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, **distintas condiciones respiratorias figuran entre las causas más frecuentes de muerte en todo el mundo**. Como mínimo, esto subraya la importancia de los sistemas de intercambio de gases en el cuerpo humano y que, sin ellos, la vida es imposible.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, abreviada como EPOC, **es la tercera causa de muerte en todo el mundo**. En 2019, esta condición causó más de 3 millones de defunciones, el 80 % de ellas registradas en países de ingreso medio-bajo. El desencadenante principal de esta condición suele ser la exposición continuada a irritantes capaces de dañar los pulmones y las vías respiratorias, sobre todo el tabaco. Se estima que hasta el 15 % de las personas fumadoras terminarán desarrollando EPOC a lo largo de su vida.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es progresiva y los signos clínicos no suelen hacerse evidentes hasta que el daño en los pulmones es considerable. Entre ellos, se incluyen sibilancias, falta de aire, opresión en el pecho, tos permanente con esputos, falta de energía y disminución de peso involuntaria. El daño producido en los pulmones no se puede revertir, pero dejar de fumar y evitar la exposición a químicos irritantes sí que permite experimentar una clara mejoría a nivel de síntomas. Los medicamentos broncodilatadores, esteroides inhalables también pueden paliar los signos más molestos de la enfermedad.

ASMA

El asma es una enfermedad respiratoria crónica que provoca la inflamación y el estrechamiento de las vías respiratorias pulmonares. Sus signos y síntomas principales, como los de otras muchas condiciones que involucran al aparato respiratorio, comprenden falta de aire, dolor de pecho, sibilancias y problemas para dormir, entre otros. **Este cuadro afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo** y, curiosamente, parece presentar una mayor incidencia en países de alto ingreso.

No está claro por qué algunas personas desarrollan asma y otras no, aunque se sospecha que su aparición depende de factores tanto ambientales como genéticos. De todas formas, sí que hay diversos compuestos que pueden desencadenar los conocidos ataques de asma, entre los que destacan el polen, el aire frío, los contaminantes, la actividad física y las infecciones respiratorias. El asma no tiene cura, pero se puede controlar a nivel sintomático con corticoides inhalados y modificadores de leucotrienos y otros medicamentos.

INFECCIONES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES

Las infecciones agudas de las vías respiratorias o aéreas superiores son muy comunes en la población general, sobre todo en picos estacionales como otoño e invierno, en los que las personas tendemos a aglomerarnos más en espacios cerrados. Aquí se engloban algunos de los cuadros más conocidos y capaces de

contagiarse a través de tos y estornudos, la gripe, la sinusitis, la faringitis o la epiglotitis.

La mayoría de los agentes causales de estas infecciones son de tipo vírico, especialmente los géneros *Rhinovirus*, *Coronavirus*, *Influenzavirus*, *Parainfluenzavirus*, *Pneumovirus* y *Adenovirus*, entre otros. Algunas de estas infecciones también pueden ser causadas por bacterias, como es el caso de la faringitis estreptocócica y su desencadenante *Streptococcus*, si bien en adultos esto no es tan común. El tratamiento de estos cuadros depende de los microorganismos causales, aunque en muchos casos basta con reposo, medicación de soporte y una buena hidratación.

CÁNCER DE PULMÓN

El término cáncer engloba a un grupo heterogéneo de enfermedades que tienen una característica en común: el crecimiento y división descontrolado de células mutadas, capaces de viajar a otras partes del cuerpo y generar una metástasis. El cáncer es la primera causa de muerte en todo el mundo y el de pulmón es el segundo más prevalente en la sociedad, solo superado por el de mama. La **OMS** estima que cada año se producen más de 2 millones de casos de cáncer de pulmón, el pronóstico no suele ser favorable. **La tasa general de supervivencia a 5 años del diagnóstico en todas las fases combinadas es del 21 %**.

El fumar es el principal factor del riesgo para el desarrollo de cáncer de pulmón. Hasta el 90 % de las muertes por esta neoplasia maligna están vinculadas al consumo de tabaco y la probabilidad de desarrollar cáncer de pulmón es hasta 25 veces mayor en las personas fumadoras. El consumo de tabaco está vinculado a una infinidad de condiciones más, así que la conclusión en este apartado es clara: no fumar nunca, o dejar de hacerlo, es una de las decisiones más saludables que puede tomar un ser humano en toda su vida.

BRONQUITIS

La bronquitis es una de las enfermedades respiratorias más comunes. Esta condición se produce cuando los bronquios, conductos en que se bifurca la tráquea, se inflaman. En su variante aguda y limitada en el tiempo, mientras que el cuadro progresivo y crónico casi siempre está desencadenado por el consumo de tabaco.

Se estima que, cada año, **el 5 % de la población mundial reporta al menos un episodio de bronquitis aguda**. Por suerte, la mayoría de los casos son autolimitados y mejoran por sí solos sin necesidad de tratamiento, ya que el propio sistema inmunitario suele ser capaz de combatir la infección por sí solo. En caso de que el paciente presente una bronquitis crónica y no aguda, se puede optar por rehabilitación pulmonar y un enfoque multidisciplinar (además de dejar de fumar, por supuesto).

BRONQUIOLITIS

Aunque esta palabra se parezca mucho a la anterior, en este caso hablamos de una inflamación de los bronquiolos, las vías aéreas pequeñas en las que se subdividen los bronquios dentro de los pulmones. Se trata de una afección pulmonar bastante común en bebés y niños pequeños, siendo en muchos casos desencadenada por el virus sincitial respiratorio.

La bronquiolitis en su variante más común representa la infección más habitual en lactantes, **pues afecta al 11-12 % de ellos de manera anual**. Suele ser una enfermedad autolimitada y que no requiere tratamiento, pero en un porcentaje reducido de los casos se puede necesitar hospitalización por dificultades para respirar.

NEUMONÍA

La neumonía es un diagnóstico general que hace referencia a una infección que inflama los sacos aéreos de uno o ambos pulmones con acumulación de líquido y secreciones. La diferencia entre este cuadro y los anteriores es clara: en los 2 apartados previos las áreas afectadas eran los bronquios o los bronquiolos. Causa unos 2,5 millones de muertes anuales en todo el mundo, de las cuales más de 1/3 correspondían a niños menores de 5 años. Por este motivo, se considera una de las condiciones más letales en edad pediátrica.

La neumonía suele estar causada por bacterias, sobre todo la especie *Streptococcus pneumoniae*. También puede desencadenarse por la infección de ciertos virus, como el COVID-19, o algunos hongos capaces de instaurarse en los pulmones (aunque esto se limita de forma casi exclusiva a pacientes inmunosuprimidos). Sea como fuere, esta enfermedad se mueve en un espectro de leve a grave y se asocia a complicaciones como bacteriemia, derrame pleural, absceso pulmonar y más. El tratamiento depende del agente causal, aunque a veces se requiere hospitalización.

TUBERCULOSIS

La tuberculosis o TB es una de las enfermedades respiratorias más conocidas por su representación en la cultura general. Está causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, un microorganismo intracelular patógeno obligado que por lo usual ataca a los pulmones, aunque también puede afectar a otras partes del cuerpo (como riñones, columna vertebral, cerebro y más). La tuberculosis puede llegar a ser mortal y ha supuesto una causa de muerte global muy importante en el pasado, pero se puede tratar de forma efectiva con los antibióticos adecuados.

Los síntomas principales de esta infección son los siguientes: tos intensa que dura 3 semanas o más, dolor en el pecho, esputos sanguinolentos, fatiga, falta de apetito, pérdida de peso, escalofríos, sudores nocturnos y más. La pauta más habitual de tratamiento de la tuber-

culosis es la combinación de los antibióticos isoniazida, rifampicina y pirazinamida. El abordaje se mantiene por varios meses (al menos 6), pues el agente patógeno es bastante difícil de combatir.

FIBROSIS QUÍSTICA

La fibrosis quística (FQ) es una de las excepciones en esta lista de enfermedades respiratorias, pues se trata de una condición de origen genético. La FQ está causada por diversas mutaciones en el gen CFTR y se hereda de forma autosómica recesiva, es decir, que se requieren ambas copias del gen defectuosas (una del padre y otra de la madre) para que se manifieste. Los síntomas son muy variables y pueden presentarse desde el nacimiento o, en su defecto, aparecen en la adolescencia o la edad adulta.

Hace unas décadas la esperanza de vida de esta condición no superaba los 20-25 años, pero en la actualidad se ha duplicado o más. Cada vez se diagnostica antes, lo que permite realizar un abordaje proactivo y comenzar el tratamiento antes de que la condición se agrave. No existe una cura para la fibrosis quística, pero la combinación de antibióticos, medicamentos que diluyen la mucosidad pulmonar, broncodilatadores y más pueden ayudar mucho a sobrellevarla.

OTROS TIPOS DE CÁNCER DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

El cáncer de pulmón no es el único tipo de cáncer que afecta a las vías respiratorias. También hay que destacar los siguientes:

- **Cáncer de tráquea:** la incidencia global del cáncer de tráquea es de 2,6 pacientes por cada 1 000 000 de habitantes al año, lo que supone un 0,4 % de los cánceres totales.
- **Cáncer de garganta:** este término engloba a diversos tipos de cáncer, como el nasofaríngeo, el orofaríngeo, el glótico, el supraglótico y el subglótico. Las cifras epidemiológicas, el tratamiento y el pronóstico varían según la variante consultada.
- **Cáncer del seno paranasal y la cavidad nasal:** en este caso, las células cancerosas aparecen en el entorno nasal. El tipo más común de cáncer de seno paranasal y de cavidad nasal es el carcinoma de células escamosas.

VACUNACION DE VCN-20 EN EL CALENDARIO NACIONAL

VACUNA CONJUGADA NEUMOCOCCICA SEROTIPO 20 VCN-20 VACUNA: Incorporación de la vacuna conjugada de 20 serotipos en reemplazo del esquema secuencial de VCN 13-VPN 23 en la población de mayores de 5 años con factores de riesgo y las personas mayores de 65 años. Neumococo “*Streptococcus pneumoniae*”.

INFECCIONES LOCALIZADAS

- Neumonía, empiema, abscesos pulmonares.
- Otitis, sinusitis.
- Conjuntivitis.

MAYORES DE 65 AÑOS

Pacientes con enfermedades crónicas con riesgo aumentado de ENI:

- Cardiopatía crónica.
- Enfermedad pulmonar crónica.
- Enfermedad hepática crónica.
- Enfermedad renal crónica.
- Diabetes mellitus.
- Tabaquismo.
- Alcoholismo.

ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA (ENI)

- Meningitis.
- Bacteriemias, sepsis.
- Pericarditis, etc.
- Pacientes inmunocomprometidos.

PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS

- Infección por VIH.
- Personas en diálisis.
- Síndrome nefrótico.
- Enfermedades neoplásicas.
- Leucemia, Linfoma y enfermedad de Hodgkin.
- Inmunodepresión farmacológica o radioterapia.
- Trasplante de órgano sólido.
- Trasplante de médula ósea.
- Asplenia funcional o anatómica.
- Anemia de células falciformes u otras hemoglobinopatías.
- Inmunodeficiencias congénitas.

PACIENTES CON FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO O IMPLANTE COCLEAR

La VCN – 20: Contiene 20 polisacáridos capsulares neumocócicos todos conjugados con una proteína transportadora CRM197. Al ser conjugada se modifica la respuesta inmune al polisacárido, pasando de una respuesta independiente a una respuesta dependiente de linfocitos T. Este tipo de respuesta conduce a una producción de anticuerpos mayor y a la generación de linfocitos B de memoria, lo que permite una respuesta de refuerzo en la reexposición a la bacteria. Cada vacuna contiene los siguientes serotipos 1, 3, 4, 5, 6A, 7F, 8, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 18C, 19A, 19F, 22F, 23F, 33F y 6B, conjugados con la proteína CRM197.

Actividad Área Sanitaria Rivadavia



Alumnos de **IDICSA** en forma voluntaria y con un gran compromiso con la sociedad, se ofrecieron para colaborar con el área sanitaria de Rivadavia en las intervenciones que realizan enfermeros y agentes sanitarios de la institución, realizando bloqueos de pacientes con casos confirmado o sospechoso de *Dengue*.

La tarea consiste en realizar bloqueos de la persona afectada educando a los familiares como proceder para evitar la propagación de la enfermedad.

El llenado de un formulario con los datos de los pacientes que se le realiza la visita, quienes reciben consejería por los visitantes y entrega de folletos con todas las medidas preventiva.

Los bloqueos se realizan tanto en zonas rurales y urbanas en donde las brigadas participantes son lleva-

das sin costo alguno y en el caso de los alumnos del instituto se les paga un seguro por riesgo potencial de accidentes.

Es muy importante esta participación de los estudiantes para adquirir experiencia en trabajos comunitarios, en abordajes territoriales, comunicación con la comunidad y enriquecer sus conocimientos sobre la importancia de la salud pública en cuanto a la promoción y prevención de enfermedades.

Alumnos participantes:

Daiana Bengolea, Estefanía Arias, Laura Bressan y Jeremías Barroso.

Profesor de Salud Pública y Política Sanitaria:
Lic. Marcelo Cárdenas.

Ostomía



Autor

LIC. PROF. PABLO CHINELLATO

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

Una Ostomía es una solución quirúrgica en la que se practica un orificio o estoma para dar salida artificial a un órgano en un punto diferente al de su lugar de salida natural. Existen varias clases y reciben diferentes nombres según el órgano implicado, pero las tres más comunes son:

- **COLOSTOMIA:** abertura artificial practicada en el abdomen para hacer asomar el intestino grueso permitiendo la eliminación de heces y gases.
- **ILEOSTOMIA:** practicada también en el abdomen para hacer asomar el intestino delgado.
- **UROSTOMIA:** da salida a la orina producida por los riñones a través de un trayecto diferente al recorrido normal a través de la vejiga y la uretra.

BOLSAS O DISPOSITIVOS DE OSTOMÍA

La cuestión de la recogida de las heces o la orina, se soluciona con los dispositivos colectores de ostomía, más comúnmente llamados bolsas. Son objetos de una continua investigación a fin de ofrecer el máximo nivel de seguridad, discreción y comodidad al paciente. Según su forma de sujeción a la piel, los dispositivos de ostomía son de dos tipos:

¿CÓMO ELEGIR EL DISPOSITIVO ADECUADO?

En la selección del dispositivo de ostomía entran en juego factores tan variados como: el tipo de ostomía, la forma y la localización del estoma; la consistencia de las heces, la frecuencia del cambio, la sensibilidad de la piel, la forma del abdomen o la capacidad de manipulación del usuario. Se aconseja siempre buscar la opción más cómoda y eficaz, labor para la que conviene contar con el asesoramiento de profesionales expertos en el cuidado de los estomas.

LA HIGIENE

¿NECESITARÍA SIEMPRE AYUDA PARA SU HIGIENE HABITUAL?

Una vez que aprenda una serie de consejos, podrá ocuparse fácilmente de cambiar su bolsa y cuidar su estoma incorporando esa tarea a la rutina diaria de higiene personal sin ayuda de otras personas. Se podrá bañar o duchar con toda normalidad, tanto si lleva la puesta como si la ha retirado antes, ya que el agua no afecta al estoma y tampoco puede introducirse en su interior.

¿CÓMO SE APLICA LA BOLSA?

Antes de aplicar una bolsa conviene tener a mano todos los materiales que han de ser utilizados y realizar la labor en el cuarto de baño en posición de pie o sentado, observando el estoma a través del espejo.

La bolsa ha de pegarse sobre una piel perfectamente limpia, seca. El orificio de la bolsa utilizada debe estar perfectamente ajustado a la medida de su estoma, rebasándolo tan solo en un par de milímetros, por lo que hay que comprobar de vez en cuando el diámetro del estoma, comprobando su medida con la plantilla que acompaña a la bolsa. Tanto si usted utiliza las bolsas con medida de orificio concreto o las que han de ser recortadas con tijeras a la medida deseada, recuerde que antes de aplicarla es preciso que ésta tenga la medida correcta.

Si la bolsa es de una pieza, se retira la película que protege el adhesivo y se aplica sobre el estoma presionando suavemente de abajo hacia arriba. Si es de dos o más piezas, se aplica primero la parte adhesiva, tras retirar la película y después, se conecta la bolsa.

¿CÓMO SE RETIRA?

La bolsa se sustituye cada vez que es necesario, en función del volumen eliminado. Las cerradas, habituales para colostomía, se eliminan y sustituyen por una nueva; las abiertas de colostomía o ileostomía se vacían sin necesidad de renovarlas. Las de urostomía se vacían también por el grifo inferior. No hay que dejar que una bolsa se llene por completo ya que el peso podría facilitar que se despegase.

La bolsa se retira despegando suavemente la parte adhesiva hacia abajo mientras se sujeta la piel del abdomen con la mano libre. Después se limpia el estoma y la piel, únicamente con agua y jabón neutro, utilizando una esponja suave y secando sin frotar, con una toalla o una gasa. Las bolsas usadas no deben eliminarse tirándolas al inodoro.

¿Y EL CAMBIO DE LA BOLSA FUERA DE CASA?

Los cambios de bolsa fuera de casa se realizan de la misma forma, salvo que para esas ocasiones es po-

sible limpiar la piel con una toallita húmeda desechable y secarla con un pañuelo de papel. Pronto se acostumbrará a llevar siempre a mano un pequeño neceser con los materiales necesarios para un cambio de bolsa imprevisto fuera de casa.

Para garantizar el buen funcionamiento del dispositivo utilizado es fundamental mimar y proteger al máximo la piel del abdomen. En realidad, la irritación de la piel que rodea el estoma es uno de los problemas más frecuentes y puede evitarse teniendo en cuenta unas pocas pautas para su cuidado.

¿POR QUÉ ES TAN IMPORTANTE USAR EL DIÁMETRO CORRECTO DE LA BOLSA?

Si en su salida por el estoma las heces o la orina contactan habitualmente con la piel que lo rodea, es fácil que ocasionen una irritación importante que comprometa seriamente la adherencia del adhesivo generando molestias al paciente. Esto explica por qué es tan importante que el orificio de la bolsa ajuste perfectamente alrededor del estoma dejando tan solo un par de milímetros de holgura. Esta pequeña holgura evita dañar al estoma por un ajuste excesivo.

¿CÓMO PREVENIR LA IRRITACIÓN DE LA PIEL?

Para evitar las agresiones físicas y químicas de la piel debe extremar el cuidado en **LA LIMPIEZA**:

- Lávela solo con agua y jabón neutro, sin usar detergente, antisépticos, desinfectantes o alcohol que dañen su acidez natural.
- No utilice tampoco gel ni jabón perfumado y si su piel es muy sensible, lávese solo con agua.
- Use siempre una esponja suave.
- No aplique nunca colonia, perfume o desodorante sobre la piel cercana al estoma. Si desea usarlos puede usarlos en la ropa.
- Seque la piel con una toalla suave haciendo pequeños toques, sin frotar.
- No use nunca fuentes directas de calor para secar la piel, como puede ser una estufa o un secador eléctrico.
- Permita que la piel permanezca al aire libre durante unos momentos mientras cambia la bolsa.
- Si queda algún residuo de adhesivo sobre la piel al retirar la bolsa, no intente despegarlo rascando, se desprenderá con el efecto del adhesivo de la nueva bolsa que aplique.
- Para el vello, cortar con tijera.

LA VIDA COTIDIANA

- La presencia de una ostomía no impide a una persona el regreso a su trabajo, una vez recuperado. No obstante, si en la actividad se realizan grandes esfuerzos o se adoptan posturas que requieren el

uso excesivo de los músculos abdominales, es posible que se vea condicionado a un cambio de trabajo o incluso en su momento le sea concedido algún tipo de Incapacidad laboral.

- Una vez que supere la falta de fuerzas ocasionadas por la intervención, no hay inconveniente en que siga con su deporte habitual. Si el deporte que desea practicar tiene especial riesgo o es violento, deberá proteger su estoma para evitar dañarlo. Tampoco son recomendables los deportes que requieren levantar mucho peso o hacer grandes esfuerzos, ya que hay que prevenir siempre la aparición de una hernia en la zona del estoma.
- Las bolsas ofrecen un nivel de discreción que permite usar casi todo tipo de ropa. Únicamente debe tenerse la precaución que las prendas no opriman directamente sobre el estoma y la bolsa.
- Los viajes no suponen ningún problema, siempre que adquiera el hábito de llevar un pequeño neceser con lo necesario para cambiar su bolsa si fuera preciso. Si viaja al extranjero al planificar el viaje debe asegurarse que podrá encontrar todo los productos necesarios para su ostomía. Si la dieta del país se diferencia mucho de su dieta habitual, es mejor que evite alimentos exóticos para prevenir la aparición de diarreas. También a de tener precaución con la calidad del agua.
- Puede ir a la playa o piscina llevando su bolsa bajo el bañador. Además, para estas ocasiones, se puede utilizar modelos de bolsa más pequeños y discretos con un obturador. Puede bañarse con toda seguridad ya que ni el agua salada del mar ni la clorada de la piscina, comprometan la adherencia de la bolsa a la piel. En colostomías e ileostomías debe tener la precaución de tapar el filtro de la bolsa para evitar que salga el contenido.

LA ALIMENTACIÓN

- La tendencia general es que usted reanude su alimentación normal introduciendo los alimentos de forma progresiva para comprobar como los acepta su organismo. Una dieta variada y saludable es el mejor apoyo para su recuperación física por eso son ahora especialmente recomendables las habituales pautas de buena nutrición que aconsejan:
- Comer una dieta sana y variada que incluyan todos los alimentos para ofrecer un soporte energético adecuado.
- Beber una importante cantidad de agua o líquidos, aproximadamente 1,5 y 2 litros cada día, si no existe ninguna contraindicación por parte de tu médico.
- Evitar aumento de peso que modificaría la forma de la pared del abdomen dificultando la adaptación y adherencia de la bolsa. Las personas con urostomía deben tener especial cuidado en reponer los líquidos perdidos por el organismo, aportando en la dieta gran cantidad de líquidos (agua, zumos, caldos...). Deben

tomar además frutas y verduras ricas en vitamina C, que reduce la alcalinidad de la orina, disminuyendo el riesgo de infección. Algunos alimentos ricos en Vitamina C son: perejil, verdura de hoja fresca (espinacas), pimientos, tomates, pepino, cítricos, kiwi, fresas, piña, cerezas o papaya.

¿CÓMO CONTROLAR LA DIARREA O EL ESTREÑIMIENTO?

Una diarrea de poca importancia puede controlarse realizando una dieta astringente.

A veces, puede ser molesto que las heces expulsadas sean demasiado consistentes, por lo que conviene tomar alimentos que tengan acción laxante natural como: verduras y ensaladas, zumos de fruta sin colar, frutos secos, líquidos abundantes, carnes y pescados, pimiento rojo y verde, cereales integrales o frutas enteras.

¿PUEDEN SER UN PROBLEMA LOS GASES EN UNA COLOSTOMÍA?

Las bolsas no son totalmente herméticas ya que permiten que el gas salga sin olor a través de filtros especiales. Ya que no le será posible controlar voluntariamente la expulsión de gases, conviene que conozca qué alimentos los producen en exceso para poder evitarlos si así lo desea. Estos son: col, coliflor, coles de Bruselas, brócoli, repollo, cebolla, alcachofas, ajos, espárragos, frutos secos, quesos fermentados, legumbres enteras, bebidas gaseosas, cerveza, especias o chicle.

LOS ASPECTOS EMOCIONALES

¿ES NORMAL ESTAR NERVIOSO O INCLUSO TRISTE?

El cambio que supone una ostomía requiere de un tiempo de adaptación para que usted y su familia asimilen la experiencia. Aunque la reacción de cada persona es diferente, pueden aparecer en este periodo se manifiestan síntomas emocionales como ansiedad, alteración del sueño o incluso cierto estado depresivo, que son parte del proceso normal de adaptación, siempre que no se prolonguen demasiado o sean intensos. Debe convencerse que es posible continuar con la vida normal y afrontar su situación con ánimo positivo, expresando sus emociones y buscando toda la información posible sobre su situación.

¿CAMBIARÁN SUS RELACIONES?

Si su familia y amigos están informados sobre su proceso, le ayudará compartir con ellos sus sentimientos ya que el apoyo que necesita está en el entorno más cercano.

**CHECK LIST CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS
(COLOCACIÓN Y RETIROSOLO DE BOLSA EN SISTEMA DE DOS PIEZA)**

ACCIONES	SI	NO
1. Saluda y se identifica ante el paciente con nombre y cargo.		
2. Verifica la identidad del paciente.		
3. Explica al paciente el procedimiento a realizar.		
4. Realiza lavado de manos, se coloca guantes de procedimiento.		
5. Sujetar la lámina transparente de fijación del disco, mientras se retira la bolsa de arriba hacia abajo.		
6. Colocar otra bolsa sobre el mismo disco.		
7. Se retira los guantes, desecha residuos y bolsa en residuos biológicos.		
8. Deja ordenado y cómodo al paciente.		
9. Menciona registro de procedimiento y lavado de manos.		



SKILLER
INDUMENTARIA OFICIAL

AMBOS DE ENFERMERIA



INSTITUTO DE DOCENCIA,
INVESTIGACIÓN Y
CAPACITACIÓN LABORAL
DE LA SANIDAD



 **2616244557 / 2613053314**

 **SKILLER INDUMENTARIA**

 **EDGARDOCHACOFF@YAHOO.COM.AR**

 **SOBREMONTTE 501-ESQ. MAERTINEZ DE ROSAS**

Actividades de Instituto IDICSA para la Comunidad





Encontrá toda la info en nuestros canales

ESTAMOS EN CONTACTO

Instituto de la Sanidad



www.institutosanidadmza.com.ar



instisanidadmza@gmail.com



[Facebook](#)



[Instagram](#)



[YouTube](#)



[TikTok](#)



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



[261 714 3690](tel:2617143690)





INSTITUTO DE DOCENCIA,
INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN
LABORAL DE LA SANIDAD

Formate en Profesiones Esenciales

INSTITUTO DE LA SANIDAD

« Una puerta al desarrollo de la Salud »

Postítulos en:

- **Enfermería Geriátrica**
- **Enfermería Clínica Quirúrgica**
- **Enfermería Pediátrica**
- **Gestión de Enfermería**
- **Enfermería Neonatal**
- Emergentología en Enfermería**

Avalados por resolución de la DGE.



✉ instisanidadmza@gmail.com

☎ 261 714 3690

📍 Morón 265, Mendoza