

IDICLAS

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

Mendoza, Argentina
Abril de 2025
Número 11



14 Equidad e integración de herramientas digitales para la formación docente como un instrumento educativo esencial

17 Vendajes e inmovilización

20 Rcp y manejo del DEA, cuidados en emergencia

23 Salud mental, prevención de suicidio adolescente abordado en la asistencia de la comunidad

44 Ostomía para técnica de enfermería

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 11 / Abr 2025
- **Domicilio Legal:** Morón 265, Mendoza (5500), Argentina.
- **Nº Registro:** PV-2024-46915486-APN-DNDA

STAFF

PRODUCCIÓN GENERAL

Luis Alberto Jezowicz

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 11ª EDICIÓN

N. Iriarte, G. Fresno, F. Nievas, Y. Noguerol, F. Rosas, M. Dawidowich, M. Castro, M. Peralta, R. Velázquez, Y. Ríos, R. Fraca, S. Lara, A. Martín, B. Cáceres, Y. Nozar, R. Baigorria, L. Costa, D. Moreno, L. Perez, G. Sosa, V. Zarate y A. Terrazas.

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 Enfermería Comunitaria contra el Dengue
/ Pablo Chinellato
- 14 Equidad e integración de herramientas digitales para la formación docente como un instrumento educativo esencial
/ Pablo Chinellato
- 17 Vendajes e inmovilización
/ Nicolás Iriarte, Gladys Fresno y Fabricio Nievas
- 20 Rcp y manejo del DEA, cuidados en emergencia
/ Yésica Noguerol, Florencia Rosas y Mariela Dawidowich
- 23 Salud mental, prevención de suicidio adolescente abordado en la asistencia de la comunidad
/ María de los Ángeles Castro, Melina Peralta y Rosana Velázquez
- 26 Taquicardia supraventricular
/ Yasmín Ríos, Renzo Fraca, Sofía Lara, Ariana Martín, Brian Cáceres y Yanela Nozar
- 33 Fractura, farmacología y cuidados del adulto
/ Romina Baigorria, Lourdes Costa, Danisa Moreno, Lucas Perez, Gisela Sosa y Victoria Zarate
- 38 El limitado uso de terapias de presión negativa en tratamientos de las heridas crónicas por parte del personal de enfermería del hospital Gailhac en pacientes adultos mayores de 60 años
/ Ángel Terrazas
- 44 Ostomia para técnica de enfermería
/ Pablo Chinellato

Editorial

En este primer encuentro del presente año 2025, se ha considerado reflexionar sobre la necesidad de poner en relieve los retos a los que se enfrenta a diario el personal de enfermería

Resulta de suma importancia poder contar con personal de enfermería más saludable para garantizar que, además de brindar calidad en la atención, debería priorizarse el bienestar de los enfermeros.

Si bien, el poder económico de los cuidados de enfermería han demostrado ser una inversión estratégica que puede aportar beneficios económicos y sociales, el hecho de centrarse en la salud y bienestar del profesional enfermero, lo es mucho más para seguir fortaleciendo el sistema de salud y garantizar una mejora de la calidad continua.

Es importante destacar que el tema principal del **DIE (Día Internacional de Enfermería) 2025**, destaca la importancia de respaldar la salud y bienestar del personal de enfermería, como pilar fundamental para el funcionamiento de los sistemas de salud a nivel mundial, lo que lleva a los enfermeros a enfrentar desafíos múltiples, tanto físicos, mentales, emocionales y éticos.

Todo lo mencionado implica para los sectores involucrados en el sector, asumir desafíos y responsabilidades que puedan brindar soluciones prácticas que puedan aplicarse inmediatamente para ayudar al personal de enfermería en su trabajo diario. Como entidad formativa, **IDICSA** desde sus inicios ha dado prioridad a la formación y desarrollo profesional continuo, ya que considera al igual que las entidades que representan a la profesión, que... "Las oportunidades de capacitación y formación para enfermeras/os, les garantizan los conocimientos y habilidades más actualizados y pertinentes para brindar cuidados de calidad a los pacientes, además, de permitir transformar la atención de salud, el sistema de salud, pero principalmente mejorar los resultados para los pacientes.

Desde el staff de la **Revista IDICLAS**, les deseamos un excelente año 2025, y decirles que seguimos trabajando para acompañarlos en su desarrollo profesional.

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 idicla.
- 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.

Enfermería Comunitaria contra el Dengue



Imagen: Freepik.com

Autor

Lic. Prof. Esp. Mg. CHINELLATO PABLO ENZO
chinellatopenzo@gmail.com

DENGUE Y SUS ACCIONES DE ENFERMERÍA COMUNITARIA, HISTORIA, FISIOPATOLOGÍA, CLASIFICACIÓN Y ACCIONES DE ENFERMERÍA HOSPITALARIAS

EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y PREHOSPITALARIA:

Centrarse en el diagnóstico clínico temprano basado en la presentación clínica y la situación epidemiológica y el reconocimiento de signos de alarma y de gravedad.

- **Primer contacto de la población:** Incluso en situaciones de epidemia, hasta el 90% de las personas enfermas por dengue pueden ser tratadas en este nivel, en coordinación con otros actores de la red sanitaria. Es aquí donde se debe realizar el manejo de los casos que requieren tratamiento ambulatorio (dengue sin signos de alarma, grupo de tratamiento A). Es fundamental que en este nivel se garantice el seguimiento clínico de los casos de forma presencial,

telefónica o virtual de acuerdo a la valoración del estado del paciente y de los recursos disponibles.

Es importante destacar que, en todo este proceso, las acciones de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud que llevan adelante los equipos del primer nivel son fundamentales en el acompañamiento y seguimiento de las personas con dengue y de su entorno familiar y comunitario.

- **Función del primer nivel de atención:** Para reducir la letalidad por dengue se requiere garantizar el cumplimiento de acciones prioritarias en la atención de los pacientes. Para ello se requiere que este nivel cuente con la capacidad de:
 - a) Realizar un diagnóstico clínico de manera temprana.
 - b) Reconocer oportunamente los signos de alarma, con la finalidad de evitar la progresión a formas graves de enfermedad.
 - c) Clasificar la gravedad del caso y establecer el tratamiento correcto de los pacientes según la categoría de intervención.
 - d) Resaltar la importancia de los signos de alarma y los cuidados domiciliarios tanto al paciente como a su núcleo familiar.

- e) Derivar oportunamente a un mayor nivel de complejidad según se considere necesario.
- f) Notificar de forma inmediata al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).
- g) Seguimiento/acompañamiento programado y oportuno.

Ante la sospecha de dengue sin signos de alarma que se remite a domicilio, se deben proporcionar una guía clara de pautas a los pacientes y/ o familias para identificar los síntomas de alarma y buscar atención médica inmediata en caso de que se presenten.

NOTIFICACIÓN PERÍODO INTEREPIDÉMICO:

Durante el período interbrote se deben notificar todos los casos con ficha completa y se deben estudiar con algoritmo de laboratorio completo.

Ficha de Notificación de Caso Sospechoso de Dengue (SFAI: Síndrome Febril Agudo Inespecífico)
https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2018/10/fe_sfai-en-area-no-endemica-de-fha-29012024.pdf

Para la notificación en SNVS 2.0 es muy importante completar todas las solapas de la notificación y consignar los datos de ubicabilidad (domicilio real del paciente y teléfono), que sirven para realizar el control y bloqueo del caso.

Video instructivo para la notificación:

<https://drive.google.com/file/d/1yu4n9Kkut5uydZMotp-cesRvvEbf4JnJY/view?usp=drivesdk>

PERÍODO EPIDÉMICO: CONDUCTA SEGÚN ESCENARIO

ESCENARIO 1: Paciente que reside en un área declarada en brote:

- Pacientes con condiciones coexistentes, con signos de alarma, con criterios de gravedad y fallecidos: se deberá investigar por laboratorio específico de Dengue. Notificar con Ficha completa
- Los demás casos se podrán confirmar por nexo epidemiológico.
- En este contexto con cualquier prueba de laboratorio positiva se categoriza el caso como: “caso de dengue en brote con laboratorio positivo”.

Ficha de Notificación de Dengue con Datos Mínimos en Zonas de Brote para pacientes ambulatorios:
<https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2024/03/DENGUE-Notificacion-en-formato-listado-para-areas-en-brote-o-epidemia-Planilla-datos-minimos-1.pdf>

ESCENARIO 2: Paciente que reside en un barrio o área que haya comenzado con circulación viral, pero aún no se declare zona de brote:

- Investigar con laboratorio específico de dengue. Aquí los métodos diagnósticos a utilizar dependerán de la fecha de inicio de síntomas.
- Se podrá confirmar por nexo epidemiológico a los convivientes o personas que vivan en casas aledañas o en la misma manzana de un caso confirmado por laboratorio.

Ficha de Notificación de Caso Sospechoso de Dengue (SFAI: Síndrome Febril Agudo Inespecífico).
https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2018/10/fe_sfai-en-area-no-endemica-de-fha-29012024.pdf

PREVENCIÓN Y CONTROL

Se deben planificar las estrategias para la prevención y el control de la enfermedad en función de los distintos escenarios.

Los objetivos de toda buena planificación preventiva deben incluir:

- La supresión de los sitios de cría del mosquito (reales o potenciales).
- La protección de susceptibles.
- El control de las poblaciones adultas de mosquitos en situación de brote.
- Educación.
- Comunicación de riesgos.

De acuerdo a las características de la situación entomológica y epidemiológica local, las acciones que deben implementarse incluyen:

- Medidas de intervención permanentes y sostenidas en el tiempo que tiendan a la eliminación de los factores que permiten la instalación/continuidad de la enfermedad.
- Acciones que, en situaciones de emergencia, permitan limitar los brotes y minimizar las consecuencias sanitarias de la enfermedad.

¿CUÁLES SON LAS ACCIONES QUE SE DEBEN LLEVAR A CABO EN FORMA PERMANENTE Y SOSTENIDA, DURANTE TODO EL AÑO?

Las acciones que deben realizarse permanentemente, con el objeto de reducir la población del vector están divididas en cuatro grupos:

- Saneamiento ambiental.
- Control de recipientes, también llamado control focal.
- Evaluación entomológica.
- Educación y Comunicación de riesgos.

Saneamiento ambiental: Consiste en la gestión integral del agua, excretas, residuos sólidos urbanos, hábitat humano y la protección de la masa viva vege-

tal, en mantener la limpieza y el orden en los edificios públicos y en erradicación de las viviendas y espacios públicos de todos aquellos recipientes inútiles para los moradores, que podrían ser utilizados por el mosquito como criadero.

Control Focal: Este tipo de control está dirigido a la fase inmadura acuática del mosquito. Se considera “foco” a cualquier recipiente con agua que contiene larvas de *Aedes aegypti*. Se aplica en las viviendas y alrededores inmediatos. Los terrenos baldíos, las orillas de los canales, los parques y jardines públicos, se inspeccionan y tratan como viviendas. Para su ejecución es necesario personal debidamente capacitado, el que trabaja con la cooperación de los vecinos.

Monitoreo o evaluación Entomológica: La vigilancia de *Aedes aegypti* es un proceso orientado al registro sistemático de información entomológica para su análisis constante. Esta información permite predecir, prevenir y/o controlar a los mosquitos.

Educación, Participación Comunitaria y Comunicación de Riesgo: La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que una de las formas para fortalecer el programa de prevención y control de Dengue, debe estar basado en la participación activa de las familias y la comunidad, en la eliminación y control de criaderos de mosquitos.

<https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2024/07/Recomendaciones-para-el-Manejo-de-Dengue-en-la-Provincia-de-Mendoza-V2-Julio-2024.pdf>

HISTORIA DEL DENGUE Y SU FISIOPATOLOGÍA

El Dengue primitivamente fue una enfermedad enzootica, transmitida a primates por mosquitos del género *Aedes* en los bosques lluviosos de África y Asia. Cuando los seres humanos invadieron la selva y se pusieron en contacto con los mosquitos *Aedes* infectados se produjeron los primeros brotes en pequeñas poblaciones, y posteriormente la enfermedad se diseminó a las grandes ciudades.

Cuando una hembra de *Aedes aegypti* (de hábitos intra-ó peri-domiciliarios y diurnos) o de *A. albopictus* (de hábitos más bien selváticos) pica a un enfermo de Dengue durante su periodo febril (durante la viremia) ingiere sangre con virus, los cuales se van a replicar en el aparato digestivo de la mosquita. Al cabo de una semana los virus han migrado a sus glándulas salivales y se vuelve infecciosa para toda su vida (de unos dos meses). Cuando ella pica a una persona sana, inyecta su saliva infectada y los virus van a circular por la sangre y se van a alojar principalmente en los macrófagos.

Los machos del género *Aedes* se alimentan de savia de vegetales, al igual que las hembras. Cuando éstas son fertilizadas, buscan una fuente de proteínas más rica, como es la sangre de animales, principalmente del hombre. Usualmente se alimenta al principio del

mañana y del atardecer. Deposita sus huevos en los bordes de recipientes que contengan agua limpia, que contenga sustancias orgánicas. Estos huevos pueden permanecer viables durante un año. Cuando se ponen en contacto con el agua inician su ciclo de crecimiento.

Entre la inoculación del virus por la hembra del *Aedes* y la aparición de los síntomas hay un lapso de 3 a 14 días, en promedio 7 días. Es el período de incubación de la enfermedad.

Cuando el virus Dengue ingresa a la sangre del receptor, es captado sólo por el 0.01 al 1% de los macrófagos, mientras que en presencia de anticuerpos antiviral Dengue no neutralizantes el 100% de los macrófagos fagocitan al virus.

Este proceso es conocido como multiplicación o reforzamiento dependiente de anticuerpos, que se presenta en otras infecciones virales y da por resultado una enfermedad más grave.

Aunque el blanco favorito del virus Dengue son los monocitos, el virus se ha encontrado en células endoteliales, encéfalo, miocardio, hígado, intestino, bazo y piel, aunque otras células son potenciales hospederos del virus: los linfocitos T, las células dendríticas, las células epiteliales y los fibroblastos.

1. Halstead SB, O'Rourke EJ. Dengue viruses and mononuclear phagocyte. I. Infection enhancement by non-neutralizing antibody. *J Exp Med* 1977; 146:201-217.
2. Lum LCS, Lam SK, Choy YS, et al. Dengue encephalitis: a true entity?. *Am J Trop Med Hyg* 1996; 54: 256-259.
3. Wali JP, Biswas A, Chandra AS, et al. Cardiac involvement in Dengue Haemorrhagic Fever. *Int J Cardiol* 1998; 64:31- 36.

En la mayoría de los órganos se observan petequias difusas, y efusiones serosas en pericardio, cavidad pleural y peritoneo. En hígado hay necrosis medio-zonal similar a las lesiones producidas por el virus de la fiebre amarilla. En encéfalo hay edema y lesiones hemorrágicas, pero no lesiones de encefalitis.

Existen 4 grupos antigénicos o serotipos de virus del Dengue: DEN-1, DEN-2, DEN- 3 y DEN-4 20. El DEN-1 tiene sólo 7 biotipos, y el DEN-2, 34 biotipos. Algunos de ellos son los más virulentos. El cambio de un aminoácido en la posición 390 de la proteína E explica estos cambios. Otros son poco virulentos, aun perteneciendo al serotipo DEN-2, y no causan Dengue Hemorrágico aun durante una segunda infección.

Usualmente la primera infección por cualquiera de los virus Dengue causa un cuadro febril en el 25 al 10% de los casos infectados, mientras que en el resto de la población infectada no presenta síntomas clínicos. Esta primera infección deja inmunidad duradera para el serotipo infeccioso por medio de anticuerpos homólogos, mientras que durante 6 á 12 meses después de la infección deja inmunidad cruzada para los otros 3 serotipos

por medio de anticuerpos heterólogos. Pasado este período estos anticuerpos heterólogos tienen la capacidad de capturar al virus, pero no lo inactivan, y los macrófagos fagocitan a este complejo virus vivos-anticuerpos. Los virus se replican dentro de los macrófagos y liberan sustancias reactivas de la fase aguda de la infección (Interleucinas) y Factor de Necrosis Tumoral alfa (FNT- α) y gran cantidad de virus. Se considera entonces que un paciente que sufre por segunda vez una infección por Dengue hace un cuadro más grave que puede evolucionar a Dengue Hemorrágico. No se ha reportado en la literatura médica presentación de Dengue Hemorrágico en una tercera ó cuarta infección, más sí en una primera infección, especialmente en lactantes menores de un año cuya madre padeció Dengue antes ó durante el embarazo, y el lactante es infectado con un serotipo diferente del que infectó a la madre (1).

4. Simmons CP, Chau TNB, Tuy TT, et al. *Maternal antibody and viral factors in the pathogenesis of Dengue virus in infants. J Infect Dis* 2007;196: 416-424

La presentación de Dengue Hemorrágico durante una primera infección en niños mayores y adultos es más probable si el serotipo infeccioso es DEN-2 muy virulento. Las madres que han sufrido Dengue por DEN-2 al final del tercer trimestre del embarazo han dado a luz productos que sufren también Dengue, a veces mortal. Esto indica que hay transmisión transplacentaria del virus. No hay reportes sobre malformaciones congénitas atribuibles a la infección, pero sí una elevada proporción de partos prematuros.

Entre los factores personales que influyen para agravar la enfermedad están: asma, diabetes mellitus y talasemia.

La gravedad de la enfermedad depende de la carga de la viremia y de la magnitud de las sustancias reactivas de la fase aguda, dando una gama de cuadros clínicos que van desde infecciones inaparentes, cuadro febril inespecífico, Fiebre por Dengue o Dengue Clásico, Dengue Hemorrágico (DH), hasta el más grave, el Síndrome de choque por Dengue (SSD).

El día de la defervescencia, cuando desaparece la fiebre, o día cero (0), es el día crucial para el paciente: evoluciona hacia la curación o evoluciona hacia cualquiera de las cuatro formas de Dengue Hemorrágico.

Las sustancias reactivas de la fase aguda, la interleucina 8 (IL-8) y el FNT- α han sido las más estudiadas para explicar la fisiopatología del Dengue Hemorrágico, cuyo evento esencial es el aumento en la permeabilidad vascular, lo que causa escape de plasma del espacio intravascular hacia el espacio intersticial con los consiguientes derrames en las serosas y el edema. La IL-8 y el FNT- α lesionan a las proteínas de la Zonula Occludens y su Unión Estrecha (el espacio intercelular entre las células del organismo, incluyendo a las células endoteliales de los vasos sanguíneos, que regular el flujo de líquidos entre los espacios intra-vascular y el intersticial)

como son las claudinas, la ocludina y la e-caderina, así como al citoesqueleto al que están unidas.

5. Cerejeido M, Shoshani L, Contreras RG. *Molecular physiology and pathophysiology of tight junctions. I. Biogenesis of tight junctions and epithelial polarity. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2000;279: G477-82
6. Talavera D, Castillo AM, Domínguez MC, et al. *IL-8 release, tight junction and cytoskeleton dynamic reorganization conducive to permeability increase are induced by dengue virus infection of microvascular endothelial monolayer. J Gen Virol* 2004; 85:1801-13

Las hemorragias que se producen en el Dengue son el producto de las lesiones en el endotelio vascular, de la trombocitopenia, y de la disfunción de las plaquetas. Los factores de coagulación también están alterados debido en parte a la disfunción hepática por la invasión viral.

La hipovolemia desencadena una serie de respuestas homeostáticas que tienen como fin mantener una mejor perfusión de los órganos más nobles de la economía, como son el encéfalo, el corazón y el hígado, en detrimento de otros órganos como son la piel y los músculos³⁹. Estos cambios obedecen a la respuesta de los vasos sanguíneos de resistencia a la hipovolemia y a la hipoxia, resultante de la menor perfusión de los territorios corporales menos irrigados. En el sistema nervioso central se liberan catecolaminas, las cuales van a producir vasoconstricción de las venas y arterias tanto periféricas como pulmonares. También se secreta vasopresina (AVP) (hormona antidiurética, HAD). La AVP va a actuar sobre los receptores V2 de los túbulos renales y células epiteliales promoviendo una mayor absorción de agua. En los receptores V1 de los vasos sanguíneos la AVP estimula los canales de Calcio VOCC (Voltaje Operated Calcium Channels), NSCC (Non Selective Calcium Channels) y SOCC (Stored Operated Calcium Channels) con lo que ingresa el Calcio extracelular y se libera el Calcio intracelular del retículo endoplásmico y de la calmodulina, lo que produce vasoconstricción. Se activa el eje Renina-Angiotensina-Aldosterona. La Aldosterona va a actuar sobre los canales de Sodio epiteliales (ENaC) y se produce absorción de sodio (y agua) en glándulas lacrimales, salivales, sudoríparas, y en colon.

La hipoxia, producto de hipoperfusión de los tejidos menos nobles, va a producir vasoconstricción en vasos de resistencia pulmonares y vasodilatación en los vasos de resistencia periféricos. La hipoxia y la acidemia disminuyen la producción de sustancias reactivas de oxígeno (SRO) en vasos pulmonares. El aumento de la concentración de hidrogeniones más la disminución de SRO abren los canales de Potasio rectificadores (Kir), lo que permite el ingreso de K⁺ a los miocitos de los vasos pulmonares; a su vez se cierran los Kv (canales de K⁺ sensibles al voltaje) y se impide la salida del K⁺. Estos movimientos causan despolarización celular que



Imagen: Freepik.com

estimula la apertura de los canales de Ca^{2+} , ingreso del mismo y vasoconstricción, que se suma al efecto de catecolaminas y AVP. Mientras tanto en los vasos periféricos aumentan las SRO y los hidrogeniones. Esto provoca apertura de los canales de Potasio sensibles a ATP (KATP) y salida del K^{+} intracelular, cierre de los Kir con lo que no ingresa potasio, y se produce hiperpotasemia, lo que hiperpolariza a los miocitos de los vasos periféricos, se cierran los canales de Calcio tipo L, sensibles al voltaje. No penetra Calcio, y se produce vasodilatación, que contrarresta a la vasoconstricción producida por AVP y catecolaminas.

7. Snyder PM. Minireview: Regulation of epithelial Na^{+} channel trafficking. *Endocrinology* 2005; 146: 5079-85.
8. Michelakis ED, Hampl V, Nsair A, et al. Diversity in mitochondrial function explains differences in vascular Oxygen sensing. *Cir Res* 2002; 90:1307-15.

En el Dengue Hemorrágico predomina la vasodilatación sobre la vasoconstricción.

El período de shock por Dengue se presenta el día que desaparece la fiebre (día 0) y dura 72 horas o menos. El descenso de la presión arterial media (PAM) tiene un comportamiento variable: puede aparecer una vez, dos o más veces durante este período que usualmente es de 24 horas. La duración de esta caída de la PAM varía entre 15 minutos y 39 horas, más frecuentemente entre 2 y 12 horas.

GENERALMENTE SE EMPLEAN 2 PRUEBAS SEROLÓGICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL DENGUE

1. Inhibición de la hemaglutinación (IH). Los anticuerpos para la IH aparecen a los 5 o 6 días del inicio de la enfermedad y persisten por lo menos durante 48 años después de la infección. Durante la infección primaria los títulos de 640 son significativos duran-

te la convalecencia, y en una infección secundaria o terciaria se alcanzan títulos de más de 1.280. En ambos casos los títulos altos persisten por 2 a 3 meses y luego descienden.

2. EL MAC-ELISA ó captura de IgM por la técnica ELISA es uno de los métodos más recientes. Los anticuerpos anti-Dengue IgM aparecen al 5° día de la enfermedad, pero son mejor detectados entre los días 6° a 10°. Durante la infección primaria los títulos son más altos que los de la IgG, y persisten por más de 60 días. Por medio de la IgG-ELISA se determinan los niveles de IgG que durante la infección secundaria y terciaria son mucho más elevados que la IgM. Estas pruebas no son específicas, ya que se presenta reacción cruzada con otras infecciones por flavivirus. En el comercio han aparecido juegos o “kits” para la determinación rápida de IgM e IgG anti-Dengue (anti-flavivirus) pero sus resultados aún son controversiales por su variabilidad en la sensibilidad y en la especificidad.

SÍNTOMAS

El inicio de la fiebre alta usualmente es brusco y el paciente recuerda la hora del día en que dio inicio. Es continua si no se usan antipiréticos, y puede ser bimodal con un descenso en el intermedio del período febril. El período febril dura de 3 a 7 días, y el día de la defervescencia (día cero) el paciente evolucionará hacia la convalecencia o hacia el Dengue Hemorrágico. Generalmente no hay escalofríos. Hay ataque al estado general muy acentuado. El dolor muscular es generalizado y el de los músculos extra-oculares se acentúa al movilizar los ojos. La cefalea es intensa y generalizada. Los sentidos están afectados: fotofobia, hiperacusia, distorsión en la percepción de sabores y olores; la percepción táctil está acentuada.

Otros síntomas menos frecuentes son: tos, náuseas, vómitos, diarrea.

Puede haber manifestaciones de sangrado leve a grave en mucosa nasal, encías, piel, aparato genital femenino, encéfalo, pulmones, aparato digestivo, hematuria.

El Dengue Hemorrágico puede iniciarse únicamente con edemas (Grado I), especialmente en los niños, o bien con derrame pleural y/o ascitis. Si hay hemorragias espontáneas se denomina Grado II. Puede comenzar con dolor intenso en hipocondrio derecho o en epigastrio, sudoración fría, mayor ataque al estado general, y en los casos graves el paciente tiene sensación de muerte inminente. La duración de la evolución del Dengue Hemorrágico usualmente es de 24 horas, menos frecuentemente 48 horas, y rara vez dura 72 horas. Durante este tiempo puede haber descenso de la presión arterial (Grado III) este descenso puede ser de 10 mm de Hg por debajo de la Presión Arterial Media (PAM) mínima para el paciente, lo que se considera estado de choque. En algunos casos la PAM baja hasta

25 mm de Hg por debajo de la mínima para el paciente, y en estos casos sufre una sensación de muerte inminente. Una vez superado el período de hipotensión el paciente se siente bien. La persistencia de este estado de hipotensión por más de 3 horas debido a un manejo inadecuado por el uso de soluciones no recomendadas, o por la administración de volúmenes muy inferiores a los requeridos lleva al paciente al denominado Grado IV, estado de choque generalmente irreversible.

Durante la convalecencia el paciente experimenta astenia que puede durar varios meses.

En los primeros días suele aparecer exantema generalizado, con palidez de la piel al hacer presión sobre ella. Las manos y pies se tornan hiperhémicos y en la convalecencia hay descamación de la piel de las extremidades, como sucede en la enfermedad de Kawasaki. Puede haber zonas de piel pálida (islas en un mar rojo). Las Petequias pueden aparecer espontáneamente o bien ser provocadas (signo del lazo o del torniquete, que en el 50% de los casos de Dengue Hemorrágico puede ser negativo). A pesar de la fiebre elevada la frecuencia cardíaca se eleva muy poco (taquicardia relativa). Si la presión arterial desciende, entonces sí se presenta taquicardia, especialmente en los niños.

El edema palpebral o generalizado es una prueba del aumento en la permeabilidad vascular que caracteriza al Dengue Hemorrágico.

La radiografía de tórax con el paciente de pie o sentado puede mostrar derrame pleural derecho.

9. Wali JP, Biswas A, Aggarwal P, et al. Validity of tourniquet test in dengue haemorrhagic fever. *J Assoc Physicians India* 1999;47: 203-4.

EL TRATAMIENTO DEL DENGUE CLÁSICO O FIEBRE POR DENGUE

Es sintomático, y el principal objetivo es mantener bien hidratado al paciente por vía oral, como se recomienda en el Plan A del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El acetaminofén ó paracetamol se prescribirá sólo para atenuar la cefalea y el dolor muscular. No se prescribe Ac. Acetilsalicílico ni anti-inflamatorios no esteroideos por su acción deletérea contra las plaquetas. Los corticoesteroides no han mostrado ninguna acción benéfica en el Dengue.

10. World Health Organization. *The treatment of diarrhea: A manual for physicians and other senior health workers, 4th Rev. Geneva 1995. (WHO/CDR/95.3, 1995).*

TRATAMIENTO DEL DENGUE HEMORRÁGICO

El DH Grado I requiere únicamente vigilancia de preferencia con el paciente hospitalizado; mantener hidratación adecuada por vía oral, toma de signos vitales

cada hora si es posible, e instalación de una vía endovenosa periférica; lo más cómodo es colocar el dispositivo conocido como “catéter con sello”, que es un catéter de plástico con un receptáculo (Tapón clave). Cuando se necesita aplicar líquidos por vía endovenosa se realiza por ese tapón y ahí se coloca la línea o vía por donde pasan los líquidos. La vigilancia se mantiene por 72 horas después de que descendió la fiebre.

El DH Grado II: se trata igual que el Grado I. Si la manifestación hemorrágica es leve se tratará con medios locales de compresión. Si es muy importante (queda a criterio del personal de salud tratante su valoración) se administrará concentrado de plaquetas a razón de 1 unidad de plaquetas por cada 10 kg de peso corporal una sola vez. La OMS duda de la efectividad de esta medida, pues faltan estudios comparativos. Si la hemorragia pone en peligro la vida del paciente (algunos opinan que cuando el hematocrito sea inferior a 20%) se administrará sangre o concentrado de eritrocitos.

El DH grado III: se presenta cuando la Presión Arterial Media (PAM) desciende por debajo del valor inferior para la edad y sexo del paciente. Se puede considerar un descenso de hasta 10mm Hg por debajo del límite inferior y que se mantenga por más de 15 minutos. Un descenso menor de 10mm Hg puede no requerir medidas compensatorias si se mantiene una vigilancia estrecha y la PAM no sigue descendiendo. El descenso igual o mayor a 10mm Hg por más de 15 minutos requiere la administración de líquidos a la mayor velocidad posible. No se recomiendan los volúmenes fijos de 10-20-30 ó 50 mL/kg/hora, si no que se prefiere el volumen necesario para elevar la PAM a un valor entre el mínimo y el medio para el paciente. Una vez alcanzado este valor, se regula la velocidad de infusión del líquido de modo que se mantenga la PAM entre estos valores. Una vez que la PAM se mantiene estable, el paciente comienza a orinar, y usualmente el volumen urinario es muy ligeramente inferior al volumen de líquido infundido (la diuresis puede llegar a ser de 22 mL/ kg/hora cuando se administran 25 mL/ kg/hora). Cuando la PAM tiende a elevarse se disminuye la velocidad de infusión de líquidos, hasta suspenderlo completamente cuando la PAM se mantiene estable. Si la descompensación hemodinámica se vuelve a presentar, se repite el mismo tratamiento las veces que sea necesario. Usualmente la descompensación hemodinámica se presenta una sola vez durante pocas horas; algunas veces hasta dos veces en 24 a 48 h. Muy rara vez dentro de las 72 horas siguientes a la caída de la fiebre.

La solución recomendada es el Lactato de Ringer o Solución de CNa 0,9%.

El DH grado IV: se presenta usualmente cuando el paciente ha permanecido en su domicilio esperando a que se presenten los “signos de alarma”, que son los signos de descompensación hemodinámica. El tratamiento del estado de choque va a ser igual que en el caso del DH grado III, pero usualmente se requiere del recurso de una Unidad de Cuidados Intensivos para manejar el cuadro de falla orgánica multi-sistémica y coa-

gulación intra-vascular diseminada que suele acompañar a estos casos gravísimos.

PREVENCIÓN:

La mejor prevención es la destrucción de los criaderos de larvas de Aedes (eliminar cualquier reserva de agua estancada). La fumigación es una medida de emergencia que no soluciona el problema.

El uso de repelentes de mosquitos según la recomendaciones de la OMS. Los pacientes enfermos con Dengue se mantendrán aislados durante el período febril. En su domicilio puede ser efectivo el uso de mosquiteros que cubran su cama. La sala hospitalaria para el tratamiento del Dengue debe estar protegida contra el ingreso de mosquitos: doble puerta de acceso, y ventanas y rejillas de ventilación protegidas con malla metálica fina.

11. Rigau-Pérez JG. Severe Dengue: need of a new case definition. *Lancet Infect Dis* 2006;6: 297-302.

EN SÍNTESIS

El Dengue o Fiebre por Dengue, es una enfermedad febril producida por uno de los cuatro serotipos del virus Dengue, que pertenecen al grupo de virus transmitidos por artrópodos (Arthropod-Borne-Virus ó Arbovirus). La transmisión se hace por medio de la hembra del mosquito Aedes aegypti, que pertenece al género Flavivirus de la familia Flaviridae.

El Dengue es la enfermedad transmitida por vectores más frecuente en todo el mundo.

Entre la inoculación del virus por la mosquita Aedes y la aparición de los síntomas hay un lapso de 3 a 14 días, en promedio 7 días. Es el período de incubación de la enfermedad.

Existen 4 grupos antigénicos o serotipos de virus del Dengue: DEN-1, DEN-2, DEN- 3 y DEN-4. El DEN-1 tiene sólo 7 biotipos, y el DEN-2, 34 biotipos.

Las hemorragias que se producen en el Dengue son el producto de las lesiones en el endotelio vascular, de la trombocitopenia, de la disfunción de las plaquetas y de la alteración de los factores de coagulación.

La lesión de las “esclusas” de la Zonula Occludens provoca un escape de líquidos del espacio intra-vascular al espacio extra-vascular. La hipovolemia desencadena una serie de respuestas homeostáticas que tienen como fin mantener una mejor perfusión de los órganos más nobles de la economía en detrimento de otros órganos como son la piel y los músculos.

El periodo febril dura de 3 á 7 días, y el día de la defervescencia (día cero) el paciente evolucionará hacia la convalecencia ó hacia el Dengue Hemorrágico. En los primeros días suele aparecer exantema generalizado, con palidez de la piel al hacer presión sobre ella. Las manos y pies se tornan hiper hémicos y en la convalecencia hay descamación de la piel de las extremidades.

La mejor prevención es la destrucción de los criaderos de larvas de Aedes.

El vocablo Dengue se creyó que derivaba del lenguaje africano Swahili, Ki-denga pepo, pero Rigau-Pérez encontró documentos que demuestran que su origen es español.

12. Rigau-Pérez JG. *The use of Break-bone fever (Quebranta huesos, 1771) and Dengue (1801) in Spanish. Am J Trop Med Hyg 1998; 59:272-274.*

Las primeras descripciones del Dengue están en una enciclopedia china publicada durante la dinastía Chin (265 a 420 D.C.), fundadora del imperio de China, publicada también durante la dinastía Tan (610 D.C) y la dinastía Sun (992 D.C). Los chinos llamaron a la enfermedad "Intoxicación por agua", haciendo referencia a los mosquitos que se criaban en el agua. En 1635 se describieron brotes de una enfermedad similar al Dengue en las Indias Occidentales Francesas, así como en Panamá en 1699. Fue en Filadelfia en 1780 cuando se tuvo certeza de una epidemia de Dengue.

13. Gubler DJ. *Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever. Clin Microbiol Rev 1998; 11: 480-496.*

En el año 1897 en Australia se reportaron las primeras muertes por la enfermedad. En Texas y Louisiana el año 1922 se describieron casos de Dengue con manifestaciones hemorrágicas durante una epidemia.

La epidemia en Grecia en el año 1928 dejó mil muertes. Entre 1953 y 1954 ocurrió la primera gran epidemia de Dengue Hemorrágico en las Filipinas. No se conocía la fisiopatología de la enfermedad y menos aún el tratamiento. Los pacientes fallecieron en shock hipovolémico, y muchos de ellos presentaron signos de coagulación intra-vascular diseminada, lo que dio motivo a que la enfermedad se llamara Dengue Hemorrágico.

14. Hayes EB, Gubler DJ. *Dengue and Dengue hemorrhagic fever. Pediatr Infect Dis J 1992;11:311-317*

15. Halstead SB. *The pathogenesis of Dengue. Molecular epidemiology in infectious disease. Am J Epidemiol 1981; 114: 632-648.*

16. *Memoranda. Bull WHO 1966;35: 17-30*

Los mosquitos del género Aedes se desarrollan mejor en climas cálidos, a una altura inferior a 700 m sobre el nivel del mar. Pero con el calentamiento global, su hábitat ha ascendido, de modo que se han reportado epidemias en poblaciones que están a 1700 m sobre el nivel del mar.

¿CÓMO SE CLASIFICA EL CASO SOSPECHOSO DE DENGUE?

Según la gravedad, se clasifica en:

- Dengue Sin Signos de alarma

- Dengue Con Signos de alarma
- Dengue Grave

SIGNOS DE ALARMA:

- Dolor abdominal intenso y sostenido.
- Vómitos persistentes.
- Derrame seroso (en peritoneo, pleura o pericardio) detectado por clínica, por laboratorio (hipoalbuminemia) o por imágenes (ecografía de abdomen o Rx de tórax).
- Sangrado de mucosas.
- Cambio en el estado mental del paciente: somnolencia o irritabilidad.
- Hepatomegalia (> 2 cm): la hepatomegalia brusca se observa sobre todo en niños
- Si está disponible: incremento brusco del hematocrito concomitante con rápida disminución del recuento de plaquetas.

INSUMOS NECESARIOS EN ESTE SECTOR HOSPITALARIO

- Tensiómetro.
- Venoclisis y accesos de venopunción- Soluciones de rehidratación oral y parenteral (solución de Ringer lactato o sol de ClNa 0,9%).
- Paracetamol.
- Antihistamínicos.
- Acceso a laboratorio mínimo (hemograma, rcto. plaquetario, función renal, otros).
- Mosquiteros.
- Repelentes.
- Material para brindar información a los pacientes y familiares para la detección de signos de alarma.

AISLAMIENTO ENTOMOLÓGICO:

En todo caso sospechoso de Dengue, debe garantizarse el aislamiento entomológico del paciente durante el periodo de viremia, es decir, evitar que sea picado por el mosquito.

Para lograr esto:

- Utilizar repelentes (N-N dietil toluamida- DEET- en concentraciones de 25% al 35%) adecuados según edad y recomendaciones de etiqueta del producto.
- Utilizar ropa clara que cubra los brazos y las piernas, especialmente durante las actividades al aire libre.
- Utilizar adecuadamente ahuyentadores domiciliarios de mosquitos como tabletas, espirales o aerosoles.
- Colocar mosquiteros en puertas y ventanas.
- Proteger cunas y cochecitos de bebés con telas mosquiteras o tules.

Por todo lo mencionado en este artículo y la situación actual es que debemos recordar que la Educación en la comunidad desde la prevención es el pilar fundamental para el cuidado de la salud y su conservación.

Equidad e integración de herramientas digitales para la formación docente como un instrumento educativo esencial



Imagen: Freepik.com

Autor

Lic. Prof. Esp. Mg. CHINELLATO PABLO ENZO
chinellatopenzo@gmail.com

GESTIÓN DE LA EDUCACIÓN DIGITAL

Palabras Claves: TICs (Tecnologías de la Información y la Comunicación) – Dimensiones (aspecto de valoración) – Articulación educativa (es un modelo de organización y gestión educativa).

Desde una visión general se permite reflexionar en las siguientes dimensiones

1. Función y conocimiento de las TICs. Esta dimensión se refiere al desempeño activo de diversas herramientas tecnológicas con la integración de saberes docente en la resolución de problemas y aplicación de técnicas.

2. Planeación, integración y desarrollo de ambientes efectivos de aprendizaje y experiencias basados en

la tecnología. Hace referencia a la planeación, diseño, operación y evaluación de situaciones de aprendizaje con uso de TICs.

3. Aplicación de tecnología para mediar las estrategias de evaluación. Se refiere al uso de TICs para la evaluación (inicial, formativa, sumativa entre otras) y seguimiento de estudiantes mediante el acompañamiento a la trayectoria.

4. Uso de la tecnología para mejorar la eficacia y eficiencia docente desde una práctica profesional. Se refiere a procesos de formación continua en uso de TICs para mejorar las prácticas de enseñanza y aprendizaje. También se refiere a la evaluación de nuevas tecnologías para mejorar el proceso de aprendizaje de los alumnos.

5. Curación de contenidos centrados en aspectos sociales, éticos, legales y humanísticos involucrados en el uso de la tecnología. Se relaciona directamente a la comprensión, utilización y promoción entre los estudiantes del uso racional y argumentado de las herramientas digitales basado en el razonamiento crítico de los aspectos sociales, éticos, legales y humanísticos desde la tecnología.

Para lo anteriormente establecido el docente deberá articular su espacio curricular con el empleo de herramientas tecnológicas sin dejar los principios de educación desde la didáctica y estrategia en la mediación de contenidos de enseñanza-aprendizaje:

Didáctica educativa: La didáctica como ciencia humana forma parte de un sistema de ciencias cuyo objeto formal de estudio es la educación. Hecho que por su complejidad ofrece la posibilidad de diversas vías de análisis. La didáctica es un campo de estudio que se centra en los procesos formales de enseñanza-aprendizaje institucional, que se apoya en otras Ciencias Humanas: Psicología y Sociología y Antropología Cultural, fundamentalmente, y que tiene en cuenta las aportaciones de las otras ciencias cuyo objeto es la educación. Sabemos que una ciencia se define por su objeto, pero cuando éste es compartido por varias ciencias, conviene distinguirlas a unas y a otras por el tipo de problemas que ayuda a resolver. En este sentido se considera que la Didáctica debe definirse por el campo propio de los problemas que aborda y por la forma de estudiarlos, es decir, como campo de conocimiento y como campo de acción social comunicativa, para resolver estos problemas.

Una aproximación al concepto de didáctica mediante el análisis de definiciones de la misma.

En estas definiciones busca el objeto o ámbito de problemas que estudia, el carácter de ese conocimiento y la forma de elaborar sus saberes.

a) En cuanto al objeto; nos encontramos con diversas concepciones:

- Los procesos de enseñanza-aprendizaje.
 - La enseñanza.
 - El proceso instructivo.
 - La formación de la personalidad.
- b) Según su carácter y sus funciones:
- Para algunos autores es ciencia teórico-normativa o ciencia teórico-práctica.
 - Ciencia y tecnología (aplicación sistemática de conocimientos científicos para resolver problemas prácticos).
 - Disciplina explicativa y reflexivo-práctica.
- c) Según la finalidad del conocimiento que ofrece la Didáctica:
- Para la optimización de la formación intelectual.
 - Para elaborar modelos de curriculum y de enseñanza o hacer propuestas para resolver los problemas y generar estrategias de acción para mejorar cualitativamente estos procesos.
- d) En cuanto a la forma de elaborar sus saberes:
- En las definiciones que optan por el carácter de ciencia y/o de tecnología; se sobreentiende que sus métodos son los científicos y tecnológicos.
 - Otras señalan que la didáctica debe elaborar su conocimiento desde la teoría y la práctica.
 - Otras concepciones señalan el carácter de arte de la Didáctica.

En síntesis, la didáctica como campo de estudio, su función es genuinamente práctica, dado que se trata de conocer para mejorar la práctica de la enseñanza. Por esto podemos distinguir tres dimensiones fundamentales como constituyentes de la disciplina:

- a. Es un campo conceptual.
- b. Es un campo de investigación.
- c. Es un campo de intervención, o de acción social reflexiva, comunicativa, planificada y evaluada.

Estrategia: La expresión “estrategia” da cuenta de una de las múltiples metáforas que entran al campo de lo educativo. “La metáfora permite establecer un puente entre lo que cada individuo ya conoce por su experiencia cotidiana, y el nuevo contenido que se le propone. Es una herramienta privilegiada para establecer la conexión entre la cultura experiencial de un sujeto y la cultura de la comunidad, puesto que su mecanismo es, precisamente, establecer similitudes entre dos contextos diferentes.” (Libedinsky 2001)

Procedente del ámbito militar, la acción estratégica es aquella que se proyecta en función de determinadas metas, y se organiza y ordena en aproximaciones sucesivas a dichas metas. Las estrategias de enseñanza son siempre conscientes e intencionales, organizadas en función de ciertos propósitos relacionados con el aprendizaje de los alumnos.

Un requisito central para organizar cualquier estrategia de enseñanza en Educación Superior consiste en

analizar y comprender la situación singular y multideterminada en la que tiene lugar la formación (la diversidad de puntos de partida de los alumnos, las condiciones materiales de la enseñanza y el aprendizaje, el desarrollo conceptual y práctico del campo profesional, la multiplicidad de sectores que producen demandas sobre el rol del futuro profesional, el grado de definición y / o explicitación de los contenidos de tales demandas, etc.).

Asimismo, toda estrategia de formación aborda los problemas propios del quehacer profesional, seleccionando los conocimientos vinculados con dichos problemas (información, conceptos específicos, definiciones, enfoques, polémicas y procedimientos) organizándolos en unidades significativas que permitan a los estudiantes avanzar en el dominio de las lógicas con que se piensan las cuestiones en el futuro ámbito de trabajo - en el caso de la formación inicial- o para resolver nuevas situaciones - en el caso de las acciones de capacitación o perfeccionamiento-. Esta concepción estratégica de la enseñanza tiene efectos sobre los procesos de evaluación ya que el aprendizaje de los alumnos del Nivel Superior puede ser interpretado en términos de transformación de las capacidades que se ponen en juego en la profesión para la cual se forman (Barbier 1993).

Las estrategias de enseñanza que aquí se exponen constituyen, en sí mismas, una opción en los procesos de formación. Se trata de estrategias orientadas a formar para la acción reflexiva, para que cada alumno pueda desarrollar una auto imagen de su proceso de aprendizaje y del grupo en donde este aprendizaje tiene lugar (auto imagen del estado de sus propios conocimientos, de sus avances y de sus obstáculos). El abordaje de los problemas y dilemas del campo profesional para el cual se forma (problemas prácticos, éticos, sociales y políticos), junto al desarrollo de competencias complejas para analizar situaciones y operar sobre ellas, constituyen necesidades formativas que también se contemplan en las estrategias seleccionadas.

A continuación, se caracterizan las siguientes estrategias de enseñanza para la Educación Superior:

a. Estudio de casos y de incidentes críticos.

Los casos son instrumentos educativos complejos que revisten la forma de narrativas" (...). Los casos presentan situaciones en las que se ponen en juego las tensiones y dilemas más característicos de un campo profesional o de un área o disciplina del currículum". (Wassermann 1994).

b. Reconstrucción autobiográfica.

Las reconstrucciones autobiográficas deben responder a un intento de producir un inter juego entre objetividad y subjetividad. Objetivarse y, a la vez, objetivar la propia experiencia sin perder la visión personal que sobre ella y sobre uno mismo se tiene: "Mirarse a sí mismo como a otro, establecer una distancia con uno mismo". (Ferry 1997)1

c. Diseño de situaciones de lectura y de escritura.

Se trata de concebir las situaciones en las que el estudiante lee y escribe en un sentido de trabajo intelectual sobre los contenidos, trabajo que requiere leer y producir diversidad de textos en el marco de una situación didáctica especialmente prevista. Esto es: vinculada con unos determinados contenidos, orientada por determinadas expectativas de logro, organizada en una secuencia de actividades de aprendizaje y de evaluación.

A través de la lectura y de la escritura, los estudiantes pueden detenerse en sus concepciones intuitivas y en sus descubrimientos. Se trata de recuperar los saberes previos, construidos en otras materias, o en otros recorridos formativos.

d. Talleres.

Son muchos los contenidos a trabajar para llevar a cabo la tarea de un taller, como así también son muchas las actividades que se llevan a cabo. Un grupo de esos contenidos los propone el profesor coordinador en la etapa inicial. Cuando el grupo se apropia de la tarea va incluyendo otros contenidos. Del mismo modo el coordinador va incluyendo, a modo de actividades, algunas de las estrategias ya presentadas. En el seno del taller se analizan casos o incidentes críticos, se arman grupos de estudio, o se elaboran proyectos.

El espacio/tiempo del taller es una dimensión que el coordinador hace jugar constantemente. Propone consignas, pero también propone o alienta un modo de estar o habitar el espacio, que resulte alternativo al de las rutinas escolarizadas que suelen atravesar la formación docente.

e. Grupos de elaboración de proyectos.

"Tiende a que los sujetos se comprometan con la acción y la experimenten, controlando resultados y corrigiendo sobre la marcha. Permite que los sujetos identifiquen propósitos, seleccionen medios, recursos y elaboren sistemas de control propios para evaluar."

Para finalizar con elaboración de reflexión debemos comprender la amplitud, importancia y riqueza de una didáctica aplicada con estrategia dentro de cada espacio curricular con la incorporación de la tecnología dentro de una era educativa digital.

BIBLIOGRAFÍA

Arnoux, E; Di Stefano, M; Pereira, C (2002): La lectura y la escritura en la universidad. Buenos Aires. EUDEBA.
Zicato, A (2017): Didáctica General. INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE Y TÉCNICA 9-030 "DEL BICENTENARIO". Mendoza
https://institutodelbicentenario-inf.d.mendoza.edu.ar/aula/archivos/repositorio/750/932/Cuadernillo_Didactica_2017_AMZ.pdf

Vendajes e inmovilización



Imagen: Freepik.com

Autores

NICOLÁS IRIARTE, Lic. GLADYS FRESNO y
Lic. FABRICIO NIEVAS

INTRODUCCIÓN

En el campo de la enfermería, el uso de vendajes es una práctica cotidiana y esencial para el manejo efectivo de diversas condiciones clínicas. Los vendajes no solo ayudan a proteger y tratar heridas, sino que también juegan un papel crucial en la inmovilización de áreas lesionadas, la prevención de infecciones y la reducción del dolor. Con una amplia variedad de técnicas y materiales disponibles, los profesionales de enfermería deben estar capacitados para seleccionar y aplicar el vendaje adecuado para cada situación.

Esta habilidad no solo es crucial para la recuperación del paciente, sino que también refleja el compromiso del profesional de la salud con la calidad y seguridad en el cuidado. Además de los profesionales de la salud es importante que la comunidad adquiera los conocimientos del uso de vendajes en caso de accidentes domésticos y poder implementarlos en la cotidianidad.

Estos conocimientos se pueden adquirir de manera asincrónica a través de presentaciones digitales, flash card o tutoriales en las distintas plataformas virtuales.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Este proyecto nace con el objetivo de capacitar a los participantes del encuentro **“XX CAMPEONATO ARGENTINO DE MAXIBASQUET”** realizado en el departamento de General Alvear desde el 14 al 21 de Julio del vigente año.

Cuando hablamos de capacitar a la comunidad hacemos referencia a los diferentes objetivos específicos:

- Proteger las heridas y lesiones.
- Inmovilizar áreas con lesión.
- Controlar hemorragias.
- Asegurar el correcto alineamiento de estructuras corporales.

JUSTIFICACIÓN

Esto radica en la capacidad de los vendajes para inmovilizar y estabilizar áreas lesionadas, como fracturas, esguinces o articulaciones comprometidas.

Esto es esencial no solo para evitar daños adicionales sino también para asegurar que el proceso de curación se lleve a cabo en las mejores condiciones posibles, minimizando el riesgo o complicaciones a largo plazo.



Imagen: Freepik.com

Desde una perspectiva psicosocial los vendajes juegan un papel de la comodidad y el alivio del dolor del paciente, aplicar un vendaje de forma adecuada ofrece un soporte psicológico para que el paciente pueda sentirse más seguro y protegido.

El uso de vendajes en enfermería proporciona un cuidado integral que abarca la protección, curación, inmovilización y confort del paciente, esta herramienta se convierte en una práctica indispensable en la enfermería diaria.

MARCO TEÓRICO

Definición de vendaje:

Procedimiento o técnica consistente en envolver mediante vendas, gasas, lienzos o materiales similares un miembro o región del cuerpo cubriendo lesiones cutáneas e inmovilizando lesiones osteoarticulares con el objetivo de aliviar el dolor y proporcionar el reposo necesario para favorecer la cicatrización de los tejidos.

Principios generales de un vendaje:

- La parte que se va a vendar debe colocarse en una posición cómoda.
- Elegir un tipo seguro y sencillo de vendaje.
- El operador, salvo en muy pocas excepciones, se colocará frente a la región del cuerpo que se va a vendar.

- El cabo inicial debe fijarse con unas vueltas (dos o tres) circulares, con lo que se dará comienzo al vendaje.
- La dirección seguida por la venda debe ser siempre de izquierda a derecha, salvo contraindicaciones.
- El vendaje debe iniciarse en la parte distal de los miembros para dirigirse a la porción proximal.
- Las vueltas y entrecruzamientos de la venda deben quedar perfectamente adaptados a la forma de la región.
- Revise los dedos de manos o pies para ver si cambian de color, temperatura, o si el paciente tiene hormigueo o pérdida de la sensibilidad.
- Pregunte al paciente, si el vendaje no lo comprime mucho.
- Es conveniente cubrir las eminencias óseas con algodón, antes de aplicar el vendaje.

Indicaciones de los vendajes:

- Fijar apósitos y medicamentos tópicos.
- Limitar el movimiento de la parte afectada, minimizando el dolor.
- Fijar férulas, impidiendo que se desplacen.
- Ejercer presión o comprimir adecuadamente una zona corporal para controlar la inflamación y el edema.
- Facilitar sostén a alguna parte del cuerpo.
- Fijar en su sitio los aparatos de tracción.
- Favorecer el retorno venoso.

- Moldear zonas del cuerpo (muñones de amputación).
- Para efectuar tracciones continuas en ciertos tipos de fracturas
- Proteger la piel como prevención de lesiones.
- Aislar heridas.
- Contener una hemorragia.

Complicaciones de los vendajes:

- Síndrome de compresión.
- Escara por decúbito.
- Maceramiento cutáneo.
- Alineamiento erróneo.
- Rigidez articular

Contraindicaciones de los vendajes:

- Como tratamiento definitivo de una lesión sin diagnosticar.
- Fracturas, esguinces grado III o roturas cápsuloligamentosas completas y roturas músculo-tendinosas completas como tratamiento definitivo de la lesión.
- Reumatismo agudo en fase inflamatoria.
- Insuficiencia venosa periférica o trastornos de la circulación importantes (la técnica de elección es la elástica).
- Alergia a los componentes del vendaje.
- Heridas complicadas de la zona a vendar.
- Quemaduras importantes del segmento a vendar.

Tipos de vendas:

- Venda de gasa orillada.
- Venda algodónada.
- Venda elástica.
- Venda elástica adhesiva.
- Vendajes tubulares.
- Venda impregnada en materiales.
- Venda de papel.
- Venda de espuma.
- Venda cohesiva.
- Tape.

Tipos de vendajes:

1. Según la funcionalidad que se requiere:
 - Vendajes protectores.
 - Vendajes contentivos.
 - Vendajes compresivos.
 - Vendajes inmovilizadores.
 - Vendajes.
 - Vendajes Complejos.
 - Vendajes Mecánicos.
2. Según el método utilizado:
 - Circular.
 - Espiral.
 - Espiral invertida.

- Vendaje en ocho o tortuga.
- Espiga.
- Recurrente o Capelina.
- Vendajes triangulares.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el proyecto se utilizaron las siguientes herramientas tecnológicas:

- Flash Card.
- Power Point.
- Sistema de escaneo QR.
- Participación docente y alumnos de primer año del instituto IDICSA. Los cuales realizaron actividades de simulación de vendajes .



DESTINATARIOS

El proyecto está dirigido no solo al campeonato de maxibásquet como mencionamos anteriormente si no a la comunidad de General Alvear interesa en las técnicas de vendaje.

Al completar el proyecto, los destinatarios adquirirán las habilidades necesarias para aplicar correctamente vendajes e inmovilizaciones en diversas situaciones.

Esto no solo aumentará su competencia en el manejo de emergencias, sino que también mejorará los resultados para los pacientes, al asegurar un vendaje adecuado y oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cruz Roja. (2024). Guía Práctica de Primeros Auxilios. Disponible en: www.cruzroja.org/primerosauxilios

García, L. (2021). Vendajes e Inmovilizaciones en Urgencias. Ediciones Médicas.

Santos Diaz, Amelia (2013). Manual de enfermería primeros auxilios. Edición BarcelBaires América.

Smith, J., & Doe, A. (2022). Manual de Primeros Auxilios. Editorial Médica.

Videos tutoriales sobre vendajes en: www.youtube.com/primerosauxilios

Rcp y manejo del dea, cuidados en emergencia



Imagen: Freepik.com

Autoras
YÉSICA NOGUEROL, FLORENCIA ROSAS
y **MARIELA DAWIDOWICH**
Sede de General Alvear

Profesora
LIC. LAURA SABIO

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La RCP (Reanimación cardio pulmonar) es un procedimiento de emergencia que busca restablecer la circulación y ventilación adecuada en personas con paro

cardiorrespiratorio, la compresión torácica es un componente clave de la RCP, ya que ayuda a mantener la circulación de sangre a los órganos vitales y la ventilación adecuada es esencial para proporcionar oxígeno a los tejidos y componentes corporales. La desfibrilación consta de una descarga eléctrica con el fin de restablecer el ritmo cardíaco normal en personas con fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso.

La cadena de supervivencia en un RCP destaca la importancia de una llamada a emergencias y el reconocimiento, una reanimación de alta calidad, un uso efectivo del DEA, coordinación entre equipos de emergencia y la atención médica avanzada junto con la rehabilitación.

OBJETIVO GENERAL

Promover y capacitar a la comunidad sobre la importancia vital del correcto procedimiento del RCP y de el uso adecuado de un DEA.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Concientizar a la población sobre la importancia de aprender RCP.
2. Capacitar a las personas para que puedan detectar signos de emergencia cardiorrespiratoria que requieran de RCP.
3. Enseñar el correcto uso del DEA y en qué casos se debe utilizar.
4. Fomentar la colocación del DEA en lugares públicos.

¿QUÉ ES EL RCP Y CUÁL ES SU FUNCIÓN?

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una técnica de emergencia que se realiza cuando una persona ha dejado de respirar o su corazón ha parado de latir. Se trata de una maniobra que consiste en combinar compresiones torácicas y respiración boca a boca para que el oxígeno llegue a los órganos vitales de la persona. Se puede presentar daño permanente al cerebro o la muerte en cuestión de minutos si el flujo sanguíneo se detiene. Por lo tanto, es muy importante que se mantenga la circulación y la respiración hasta que llegue la ayuda médica capacitada.

La RCP se puede aplicar en situaciones como un ataque cardíaco, ahogamiento o una descarga eléctrica. Es importante saber practicarla porque en solo dos pasos se puede triplicar la posibilidad de salvar vidas, la persona que se encuentra en PCR (parada cardiorrespiratoria) y recibe una RCP temprana, tiene el 40% de sobrevivir.

PROCEDIMIENTO DEL RCP:

Si tiene miedo de hacer RCP o no está seguro de cómo hacer RCP correctamente, sepa que siempre es mejor intentar que no hacer nada. La diferencia entre hacer algo y no hacer nada podría ser la vida de alguien.

Antes de comenzar la RCP, verifique:

- ¿Es el medio ambiente seguro para la persona?
- ¿Es la persona consciente o no consciente?
- Si la persona parece no estar consciente, toque o agite (suavemente) los hombros y pregunte en voz alta, "¿Estás bien? O ¿me escuchas?".
- Evaluar si la persona se mueve o no, si responde o no, y si respira o no.
- Palpar pulso carotideo y verificar movimientos respiratorios.
- Si la persona no responde o no se constata pulsaciones o respiración y usted está con otra persona que

puede ayudar, haga que una persona llame al 911 o al número de emergencia local y obtenga un DEA si hay uno disponible. Haga que la otra persona comience la RCP.

- Si está solo y tiene acceso inmediato a un teléfono, llame al 911 o a su número de emergencia local antes de comenzar la RCP.
- Si no ha sido entrenado en RCP, al llamar al número de emergencia lo pueden instruir en cómo realizar la reanimación cardio pulmonar. Le pedirán que continúe con las compresiones torácicas hasta que haya signos de movimiento o hasta que la ayuda médica de emergencia se haga cargo.

Para una eficaz RCP, se deben cumplir los siguientes pasos:

- Poner a la persona boca arriba sobre una superficie firme.
- Colocar la palma inferior de la mano dominante sobre el centro del pecho de la persona (borde inferior del esternón).
- Colocar la otra mano encima de la primera mano. Mantener los codos rectos y colocar los hombros directamente sobre tus manos.
- Comprimir el pecho al menos 5 centímetros (pero no más de 6 centímetros). Usar todo su peso corporal, no solo los brazos, al hacer compresiones.
- Comprimir fuerte y rápido en el centro del pecho.
- Comenzar la RCP con 30 compresiones torácicas seguidas de 2 respiraciones de rescate.
- Dejar que el cofre (tórax o pecho) retroceda después de cada compresión.
- Hacer de 100 a 120 compresiones torácicas por minuto.
- Continuar este patrón de compresiones torácicas y respiraciones de rescate hasta que llegue la ayuda médica. (esto se debe realizar ininterrumpidamente durante 2 minutos o 5 ciclos de 30 compresiones y 2 ventilaciones).
- En caso de que no se recuperó el ritmo cardíaco continuar con RCP.
- **IMPORTANTE: NO DETENER NUNCA LAS COMPRESIONES.**

¿Hasta cuándo mantener RCP?

- Hasta la llegada del equipo de emergencia.
- Hasta que el paciente recupere el ritmo cardíaco y ventilación.

DATOS IMPORTANTES:

Encuestas muestran que muchas personas carecen de confianza en su capacidad para realizar RCP. Por ejemplo, alrededor del 70% de las personas indicaron que no se sentirían seguras realizando RCP cuando fuera necesario. Esta falta de confianza se puede abordar mediante un mayor entrenamiento y concientización pública.

La evidencia respalda firmemente la idea de que aumentar el entrenamiento y la concientización sobre la RCP en la población general podría mejorar significativamente las tasas de supervivencia durante emergencias cardíacas.

¿QUÉ ES UN DEA?

El desfibrilador externo automático, es un aparato que diagnostica y trata ciertas arritmias y paradas cardíacas, pudiendo así evitar la muerte del paciente. Puede ser totalmente automático (DEA), o semiautomático (DESA) si realiza su función con algún botón, pero suele ser considerado automático en ambos casos.

Es un aparato electrónico pequeño y ligero, normalmente portátil, que guía fácilmente al usuario utilizando instrucciones de voz. Una vez conectados sus electrodos al tórax del paciente, analiza el ritmo plúmbico y detecta si requiere tratamiento eléctrico o no, y lo aplica si es necesario. Se recomienda que esos dispositivos estén colocados de forma estratégica para que puedan ser utilizados por las personas que presencien una parada cardíaca e inicien de forma inmediata la reanimación de la víctima.

PROCEDIMIENTO CORRECTO DEL DEA:

1. Analizar el ritmo cardíaco.
2. Verificar que el área alrededor de la víctima sea segura, libre de peligros como agua o superficies metálicas.
3. Llamar al número de emergencia o pedir que alguien lo haga (en caso de estar acompañado) mientras procedes con el DEA.
4. Encender el DEA: Abrir el estuche del DEA o presiona el botón de encendido para activarlo. Proporcionará instrucciones de voz para guiar a través del proceso.
5. Retirar la ropa del pecho de la víctima. Si es necesario, no dudar en cortar la ropa, especialmente si es obstructiva.
6. Colocar las almohadillas (electrodos) en el pecho limpio y seco de la víctima. Las almohadillas generalmente tienen ayudas visuales para mostrar la colocación adecuada, que varía según si la víctima es un adulto o un niño.
7. Asegurarse de que nadie esté tocando a la víctima mientras el DEA analiza su ritmo cardíaco. **Si se aconseja una descarga, el dispositivo lo indicará.**
8. Si el DEA indica que se necesita una descarga, asegúrate de que nadie esté tocando a la víctima y luego presiona el botón de descarga (para DEA semiautomáticos) o deja que el dispositivo lo entregue automáticamente (para DEA completamente automáticos).
9. Realiza RCP: Después de la descarga, o si no se aconseja una descarga, comienza de inmediato la

RCP. Sigue las instrucciones del DEA sobre cuándo pausar para un nuevo análisis del ritmo.

10. Seguir las instrucciones de voz del DEA y realiza RCP hasta que los servicios médicos de emergencia lleguen para hacerse cargo.

CONCLUSIÓN:

La RCP y el DEA son herramientas esenciales para enfrentar situaciones de emergencia cardiorrespiratoria. La RCP permite mantener la circulación y ventilación adecuadas, mientras que el DEA puede salvar vidas al restaurar el ritmo cardíaco normal. La capacitación y educación en RCP y DEA son fundamentales para incrementar la confianza y efectividad de la respuesta comunitaria en emergencias. Promover el acceso a estos recursos y fomentar la capacitación puede aumentar significativamente las posibilidades de supervivencia y mejorar la calidad de vida de las personas que sufren un paro cardiorrespiratorio.

BIBLIOGRAFÍA

- <https://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v%3Aproject=medlineplus&v%3Asources=-medlineplus-bundle&query=CPR>
- <https://cpr.heart.org/en/cpr-courses-and-kits/hands-only-cpr>
- <https://www.mayoclinic.org/first-aid/first-aid-cpr/basics/ART-20056600?p=1>
- <https://medlineplus.gov/cpr.html>
- <https://www.mayoclinic.org/first-aid/first-aid-cpr/basics/ART-20056600>
- <https://www.ama-assn.org/delivering-care/public-health/why-everyone-should-be-trained-give-cpr>
- <https://newsroom.heart.org/local-news/world-res-tart-a-heart-day-shines-light-on-importance-of-cpr>
- <https://www.worldpoint.com/blog/how-cpr-training-has-changed-heading-into-new-year/d-restart-a-heart-day-shines-light-on-importance-of-cpr>
- <https://www.ama-assn.org/delivering-care/public-health/why-everyone-should-be-trained-give-cpr>
- <https://newsroom.heart.org/local-news/world-res-tart-a-heart-day-shines-light-on-importance-of-cpr>

Links de instrucciones para el DEA:

- <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/automated-external-defibrillators-how-to-use-an-aed/>
- <https://avive.life/guides/how-to-use-aed/>
- https://www.aed.com/media/AED_CPR_AEDAwarenessWeek_Infographic.pdf
- <https://www.zoll.com/es/productos-m%C3%A9dicos/desfibriladores-externos-autom%C3%A1ticos/preguntas-frecuentes#:~:text=El%20DEA%20solo%20aplica%20descargas, tratar%20con%20descargas%20de%20desfibrilaci%C3%B3n.>

Link de acceso al video:

- https://drive.google.com/drive/folders/1GBCxcZJ-86QbgRIXVaaQJ2CvATIsMw_U3o

Salud mental, prevención de suicidio adolescente abordado en la asistencia de la comunidad



Imagen: Freepik.com

Autoras

CASTRO MARÍA DE LOS ÁNGELES, PERALTA MELINA
y VELÁZQUEZ ROSANA

MARCO TEÓRICO:

La salud mental se refiere al bienestar emocional, cognitivo, conductual y social. Las afecciones de salud mental comprenden trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados a un alto grado de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva.

Algunos de los factores que influyen son biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Los signos de la buena salud mental incluyen autoestima positiva, resiliencia ante el estrés, relaciones saludables y emociones equilibradas.

Es fundamental reconocer que el suicidio, como problema de salud pública, requiere la intervención de profesionales de la salud mental, la comunidad, la familia y todo el personal de salud, el suicidio como fenómeno complejo puede afectar a cualquier individuo, sin distinción de edad, género o condición socioeconómica. La OMS también considera el suicidio y la tentativa de suicidio como un problema de salud pública y es uno de los factores más importantes de morbilidad en jóvenes: ocupa la segunda causa de muerte en el mundo entre jóvenes adolescentes. Se cree que las dificultades de afrontamiento y resolución de problemas son algunos de los factores más relevantes

El suicidio en jóvenes es, una realidad cada vez más latente en nuestro país, durante la adolescencia, esta etapa fundamental de cambios y descubrimientos, se presentan en los jóvenes diversas situaciones que



Imagen: Freepik.com

les producen ansiedad y depresión ya sea por la presión social, problemas familiares, bullying en la escuela y los cambios hormonales en la adolescencia que pueden culminar, en muchas ocasiones, en una tentativa de suicidio.

La enfermera tiene un papel fundamental en la detección precoz de la ideación suicida debido a su presencia transversal en los servicios sanitarios. Cualquier comentario referente, directa o indirectamente, a la muerte debe ser tomado en serio, llevar a cabo una valoración del riesgo de suicidio, documentar la valoración, comentar la valoración con otros miembros del equipo de salud que atienden al paciente y crear un plan para la seguridad y el cuidado según lo determinado en el resultado de la valoración.

Algunas señales de alerta pueden ser, sentimientos de desesperanza, aislamiento de grupos de pares e institución y redes sociales, sentimiento de soledad y desamparo, bajo rendimiento escolar y laboral, cambios de humor extremos como ira, angustia y sentimientos de venganza, llanto inconsolable, despedida y agradecimientos.

Otros indicios a vigilar, que afortunadamente nos puede advertir de que una persona está pensando en el suicidio e intentar evitarlo, hay que poner especial atención cuando se dan estas señales:

Manifestaciones verbales, en este caso el individuo expresa sus deseos de quitarse la vida, independientemente de si tiene planeado o no la forma de hacerlo.

Manifestaciones no verbales, cuando el individuo no verbaliza sus ideas suicidas, se puede llegar a sospechar, con comportamientos de aislamiento, expresiones faciales y corporales, señales en el entorno como notas o mensajes, señales en las redes sociales como publicaciones relacionadas a la muerte o suicidio.

Estas manifestaciones no siempre indican suicidio, pero pueden ser señales de alerta.

Algunas de las estrategias para prevenir el suicidio es, establecer protocolos para detectar pacientes con riesgo de suicidio, capacitar al personal en la detección y manejo de pacientes, fomentar la comunicación entre el equipo de salud y los pacientes, proporcionar apoyo emocional a pacientes y familiares, realizar evaluaciones de riesgo de suicidio en pacientes con historial de intentos de suicidios o trastornos mentales, monitoreo constante, proporcionar intervenciones terapéuticas efectivas, derivación a especialistas en caso de ser necesario, eliminar objetos peligrosos del entorno hospitalario.

FUNDAMENTO:

Aumento creciente en casos de intentos de autoeliminación y depresión en adolescentes.

Según el Ministerio de la Salud de la Nación, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los adolescentes de 14 a 19 años.

En 2022 se registraron 1.436 defunciones por suicidio en Argentina, lo que representa una tasa de 3,5 por cada 100.000 habitantes.

El ministerio de Salud de Mendoza en 2022 registro 145 defunciones por suicidio en la provincia.

Basado en estadísticas, en el Gran Mendoza durante 2021 hubo 1263 tentativas de suicidio y 89 suicidios consumados.

En el año 2022 tuvo un aumento donde hubo 1345 tentativas de suicidio y 124 suicidios consumados.

En el año 2021 en la zona sur de Mendoza (San Rafael, General Alvear y Malargüe) hubo 333 tentativas de suicidio y 20 suicidios consumados.

Mientras que en el año 2022 hubo un aumento donde se registraron 317 tentativas de suicidio y 27 suicidios consumados.

En el año 2022 en General Alvear, Mendoza. Se registraron 65 tentativas y 2 suicidios consumados.

OBJETIVO GENERAL:

- Reducir la incidencia de intentos de autoeliminación por suicidio en este grupo etario, promoviendo la salud mental y el bienestar emocional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Crear programas, folleterías educativas de depresión y suicidio en las escuelas.
- Brindarle a la familia y amigos herramientas para lograr una comunicación efectiva.

- Ayudarle al adolescente a desarrollar habilidades de manejo de autodomínio sobre sus sentimientos, emociones y pensamientos negativos.
- Capacitar a la comunidad para que puedan identificar signos de trastornos de salud mental como la depresión o la ansiedad y actuar de forma temprana.

CONCLUSIÓN

En este informe, se ha analizado la importancia de la prevención del suicidio en la comunidad, principalmente en el grupo etario de adolescentes, destacando los factores de riesgo. También se han presentado estrategias para abordar esta problemática.

Recomendaciones:

- Implementar programas de educación y concientización sobre salud mental.
- Establecer redes de apoyo y recursos para personas en riesgo.
- Capacitar a profesionales de la salud para identificar y tratar personas de riesgo.
- Detección temprana: identificar señales de alerta y factores de riesgo.

Acciones:

- Acciones que promuevan la prevención del suicidio en el área de enfermería.
- Campañas de prevención en escuelas secundarias.
- Trabajos comunitarios del personal de salud y estudiantes de la carrera de enfermería.
- Trabajos en conjunto con el Área departamental de salud.
- Trabajos en conjunto con el área de niñez, adolescencia y familia de la municipalidad de General Alvear, Mendoza.
- Trabajo en conjunto con la ONG "Conta conmigo" de General Alvear.

BIBLIOGRAFÍA

- UNICEF, Argentina.gob.ar
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Guía de prevención del suicidio, Francisca Rueda López.
- Barroso Torres, S. Manejo enfermero del paciente con ideas suicidas en el ámbito extrahospitalario. Revista Enfermería CyL Vol 11 - Nº 2
- Instituto Nacional de Estadística y censos INDEC (2022) Centro estratégico de Operaciones. CEO

Ver videos de presentación:

<https://www.canva.com/design/DAGWjcyef0k/aSUik-FEMIP1QKksurK6fGg/watch>

Taquicardia supraventricular

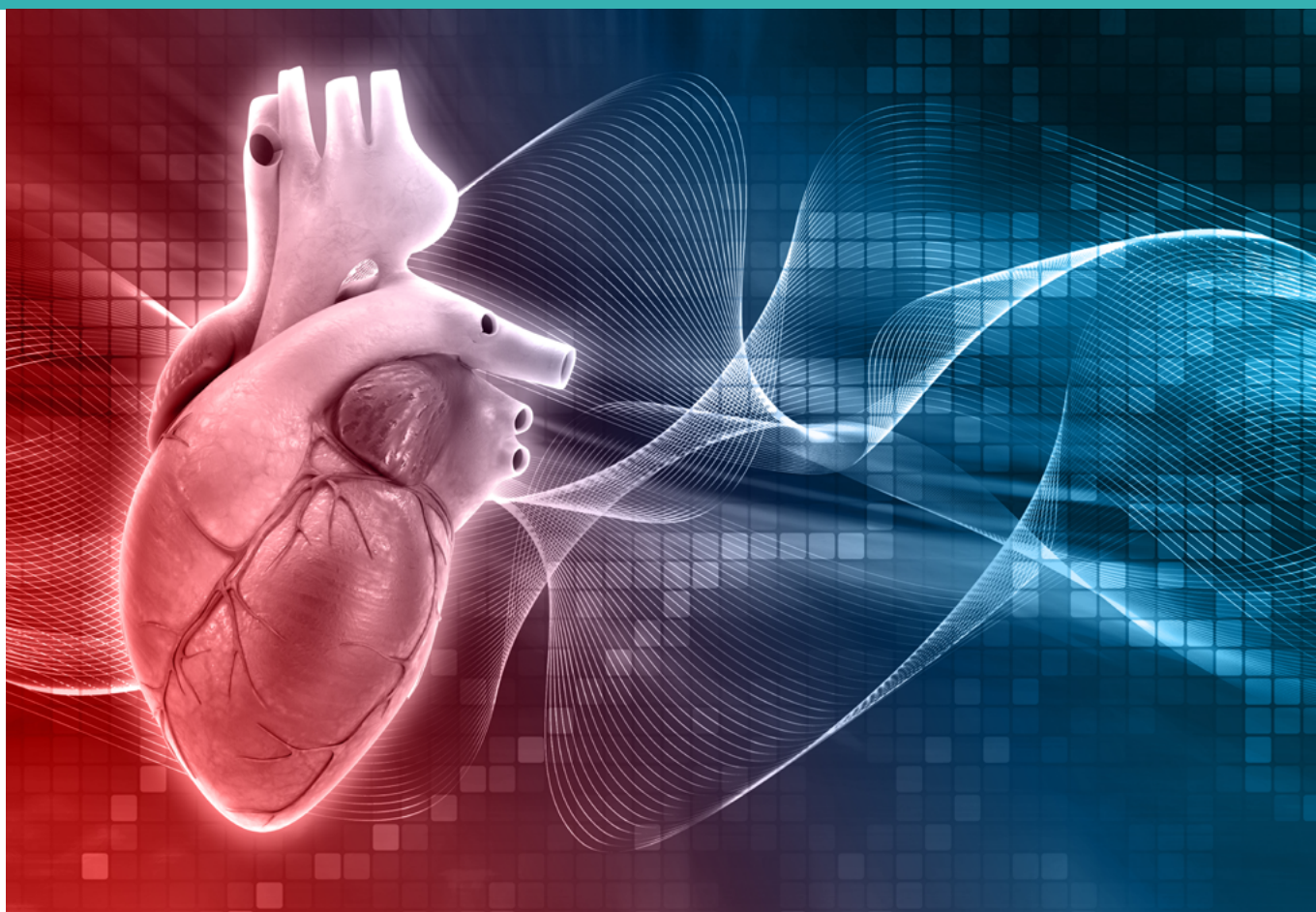


Imagen: Freepik.com

Autores

RÍOS, YASMÍN; FRACA, RENZO; LARA, SOFÍA
MARTÍN, ARIANA; CÁCERES, BRIAN; NOZAR, YANELA

Profesor

FLORES JONATHAN

INTRODUCCIÓN

Las taquiarritmias supraventriculares son alteraciones del ritmo cardíaco que se originan por encima de los ventrículos y pueden afectar significativamente la salud y el bienestar del paciente. Estas condiciones, que incluyen fibrilación auricular, flutter auricular y taquicardia paroxística supraventricular, requieren una atención clínica rápida y adecuada para prevenir complicaciones graves, como el accidente cerebrovascular o la insuficiencia cardíaca.

La enfermería juega un papel crucial en la identificación, monitoreo y manejo de estas arritmias. Los profesionales de enfermería no solo están a cargo de la administración de medicamentos antiarrítmicos y la implementación de intervenciones terapéuticas, sino que también son responsables de educar a los pacientes sobre su condición y fomentar hábitos saludables que puedan prevenir episodios futuros.

Este trabajo se enfocará en las estrategias de manejo que los enfermeros pueden emplear para abordar las taquiarritmias supraventriculares, destacando la importancia de una evaluación cuidadosa, la intervención oportuna y el trabajo colaborativo con otros profesionales de la salud. A través de una comprensión profunda de estas arritmias y su tratamiento, los enfermeros pueden mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de sus pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Identificar el abordaje del personal de enfermería en el manejo de taquicardia supraventricular.

Objetivos Específicos

- Elaborar el diagnóstico de enfermería de acuerdo a la valoración y cuadro clínico del paciente.
- Realizar un plan de cuidado de enfermería en base al problema identificado.
- Identificar el tipo de taquiarritmia
- Determinar la eficacia de la maniobra de Valsalva.

MARCO TEÓRICO

¿Que son las arritmias y cuáles son sus principales tipos?

Las arritmias son alteraciones en el ritmo o la frecuencia del latido cardíaco. Pueden manifestarse como latidos demasiado rápidos (taquicardia), demasiado lentos (bradicardia) o de forma irregular. Estas condiciones pueden afectar la capacidad del corazón para bombear sangre eficazmente, lo que puede llevar a complicaciones serias.

Principales tipos de arritmias

1. Taquicardias:

- Taquicardia Supraventricular: Se origina en las cavidades superiores del corazón (aurículas). Incluye:
- Fibrilación auricular: Un ritmo irregular y a menudo rápido.
- Flutter auricular: Un ritmo rápido, pero más organizado que la fibrilación.
- Taquicardia paroxística supraventricular (TPSV): Episodios repentinos de ritmo rápido.
- Taquicardia Ventricular: Se origina en los ventrículos. Puede ser sostenida (dura más de 30 segundos) o no sostenida. Es potencialmente peligrosa y puede llevar a fibrilación ventricular.

2. Bradicardias:

- Bradicardia Sinusal: Un ritmo cardíaco lento que puede ser normal en atletas, pero puede ser problemático si causa síntomas.
- Bloqueo A-V (auriculoventricular): Interrupción en la conducción eléctrica entre las aurículas y los ventrículos, que puede ser de primer, segundo o tercer grado.

3. Arritmias Ventriculares:

- Fibrilación Ventricular: Un ritmo muy irregular y rápido que impide que el corazón bombee sangre de manera efectiva. Es una emergencia médica.

- Extrasístoles Ventriculares: Latidos adicionales que se originan en los ventrículos, generalmente benignos, pero pueden ser preocupantes si son frecuentes.

4. Arritmias por Reentrada:

- Ocurren cuando un impulso eléctrico sigue un camino anómalo en el corazón, causando un ciclo de excitación continua.

5. Arritmias Inducidas por Medicamentos o Sustancias:

- Algunas drogas o sustancias pueden provocar arritmias como efecto secundario.
- Cada tipo de arritmia tiene diferentes causas, tratamientos y pronósticos, por lo que es importante una evaluación adecuada para determinar el manejo más adecuado.

¿Cuáles son las causas más comunes de las arritmias cardíacas?

1. Enfermedades Cardíacas

- Enfermedad Coronaria: La acumulación de placas en las arterias puede afectar el flujo sanguíneo al corazón.
- Infarto de Miocardio: Puede dañar el tejido cardíaco y alterar la conducción eléctrica.
- Cardiomiopatías: Enfermedades del músculo cardíaco que afectan su estructura y función.

2. Alteraciones Electrolíticas

- Desequilibrios en electrolitos como potasio, sodio, calcio y magnesio pueden afectar la conducción eléctrica del corazón.

3. Alteraciones en el Sistema de Conducción

- Problemas con el nódulo sinoauricular (SA) o el nódulo auriculoventricular (AV) que regulan el ritmo cardíaco.

4. Factores Genéticos

- Algunas arritmias pueden ser hereditarias, como el síndrome de QT largo o la fibrilación auricular familiar.

5. Condiciones Médicas

- Hipertensión Arterial: Puede causar cambios estructurales en el corazón.
- Hipertiroidismo o Hipotiroidismo: Las alteraciones en la función tiroidea pueden influir en el ritmo cardíaco.
- Apnea del Sueño: Puede provocar episodios de bradicardia o arritmias durante la noche.

6. Estilo de Vida y Factores Ambientales

- Consumo de Alcohol: El consumo excesivo puede provocar arritmias, como la "fibrilación auricular por alcohol."
- Cafeína y Estimulantes: El consumo excesivo puede desencadenar palpitaciones.
- Estrés: Situaciones estresantes pueden afectar el sistema nervioso autónomo, alterando el ritmo cardíaco.

7. Medicamentos y Sustancias

- Algunos medicamentos, como los antiarrítmicos, antihipertensivos o estimulantes, pueden inducir arritmias.
- Uso de drogas recreativas como la cocaína o las anfetaminas también puede ser un factor desencadenante.

8. Infecciones o Inflamaciones

- Infecciones que afectan el corazón (como miocarditis) pueden alterar la función eléctrica del mismo.

¿CÓMO SE DIFERENCIAN LAS TAQUIARRITMIAS SUPRAVENTRICULARES DE OTRAS ARRITMIAS CARDÍACAS?

Las taquiarritmias supraventriculares se diferencian de otras arritmias cardíacas principalmente por su origen y sus características en el electrocardiograma (ECG). Aquí te explico las diferencias clave:

ORIGEN:

Taquiarritmias Supraventriculares: Se originan en las aurículas o en la unión auriculoventricular. Esto incluye condiciones como la fibrilación auricular, el flutter auricular y la taquicardia paroxística supraventricular (TPSV).

Taquiarritmias Ventriculares: Se originan en los ventrículos. Incluyen la taquicardia y la fibrilación ventriculares.

CARACTERÍSTICAS DEL ECG

- **Fibrilación Auricular:** Presenta ondas fibrilatorias en lugar de ondas P regulares, y el ritmo es irregularmente irregular.
- **Flutter Auricular:** Se caracteriza por ondas "en sierra" (ondas F) en lugar de ondas P, con un ritmo regular o semi-regular.
- **Taquicardia Paroxística Supraventricular:** Presenta un ritmo rápido (a menudo entre 150-250 latidos por minuto) con ondas P que pueden ser difíciles de identificar o ausentes.
- **Taquiarritmias Ventriculares:**
- **Taquicardia Ventricular:** Muestra complejos QRS anchos y puede tener un ritmo regular o irregular, dependiendo del tipo.
- **Fibrilación Ventricular:** Presenta un trazado caótico y desorganizado sin complejos QRS identificables, lo que indica una falta de contracción efectiva.

FRECUENCIA CARDÍACA

- Las taquiarritmias supraventriculares suelen tener una frecuencia cardíaca más baja que las ventricu-

lares. Las supraventriculares suelen estar entre 150-250 latidos por minuto, mientras que las ventriculares pueden superar los 200 latidos por minuto.

SÍNTOMAS ASOCIADOS

- Ambas pueden causar palpitaciones, mareos o falta de aliento, pero las taquiarritmias ventriculares tienden a ser más peligrosas y pueden llevar a colapso cardiovascular o muerte súbita si no se tratan rápidamente.

TRATAMIENTO

- Las taquiarritmias supraventriculares a menudo se pueden manejar con maniobras vagales, medicamentos antiarrítmicos o cardioversión eléctrica. En cambio, las taquiarritmias ventriculares suelen requerir tratamiento más urgente, como desfibrilación o medicamentos específicos.

¿Cuáles son los signos y síntomas más comunes con las taquiarritmias supraventriculares?

- **Palpitaciones:** Sensación de latidos cardíacos rápidos, irregulares o fuertes. Muchas personas describen esto como un "golpeteo" en el pecho.
- **Mareos o Vértigo:** Sensación de inestabilidad o desmayo, especialmente si la frecuencia cardíaca es muy alta.
- **Falta de Aliento:** Dificultad para respirar, que puede ser más pronunciada durante el ejercicio o en reposo.
- **Fatiga:** Sensación de cansancio inusual, que puede ocurrir debido a un flujo sanguíneo inadecuado durante la arritmia.
- **Dolor en el Pecho:** Puede manifestarse como una presión o molestia en el pecho, aunque no siempre está presente.
- **Ansiedad o Sensación de Pánico:** Algunas personas pueden experimentar ansiedad debido a la sensación de palpitaciones o al miedo a un episodio arrítmico.
- **Sudoración:** Sudoración excesiva, que puede ocurrir sin razón aparente.
- **Desmayos (Síncope):** En casos severos, la disminución del flujo sanguíneo al cerebro puede provocar desmayos.

Es importante tener en cuenta que algunas personas pueden experimentar taquiarritmias supraventriculares sin síntomas evidentes, lo que se conoce como "arritmias asintomáticas." Si alguien presenta estos síntomas, especialmente si son nuevos o inusuales, es recomendable buscar atención médica para una evaluación adecuada.

¿Qué intervenciones de enfermería son efectivas en el manejo de pacientes con taquiarritmias supraventriculares?



-

Fibrilación Auricular.



-

Flutter Auricular.



-

Taquicardia Paroxística Supraventricular.



-

Taquicardia Ventricular.



-

Fibrilación Ventricular.

El manejo de pacientes con taquiarritmias supra-ventriculares implica diversas intervenciones de enfermería que son esenciales para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente.

1. Monitoreo Continuo

- Ritmo Cardíaco: Monitorear el ritmo cardíaco de forma continua para detectar cambios o episodios de taquiarritmia.
- Signos Vitales: Controlar frecuentemente la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno.

2. Evaluación de Síntomas

- Preguntar al paciente sobre síntomas como palpitaciones, mareos, falta de aliento o dolor en el pecho. Esto ayuda a evaluar la gravedad de la taquiarritmia.

3. Educación del Paciente

- Proporcionar información sobre la naturaleza de la taquiarritmia, sus síntomas y cuándo buscar atención médica. También se puede educar sobre cambios en el estilo de vida que pueden ayudar a prevenir episodios.

4. Intervenciones No Farmacológicas

- Maniobras Vagal: Instruir al paciente en técnicas como el masaje del seno carotídeo (si es indicado) o maniobras de Valsalva, que pueden ayudar a disminuir la frecuencia cardíaca.
- Relajación y Manejo del Estrés: Promover técnicas de relajación que pueden ayudar a reducir episodios relacionados con el estrés.

5. Administración de Medicamentos

- Administrar medicamentos antiarrítmicos según las órdenes médicas y observar su efectividad y posibles efectos secundarios.
- Asegurarse de que se sigan las pautas adecuadas para la administración y monitorización de estos fármacos.

6. Preparación para Procedimientos

- Si se planea una cardioversión eléctrica, preparar al paciente explicando el procedimiento y asegurándose de que se sigan todos los protocolos necesarios, incluyendo el consentimiento informado.

7. Documentación Detallada

- Registrar todos los hallazgos relevantes, incluyendo cambios en el ritmo cardíaco, intervenciones realizadas, respuesta del paciente y cualquier educación proporcionada.

8. Colaboración Interdisciplinaria

- Trabajar con médicos y otros profesionales de salud para coordinar un plan de tratamiento integral y ase-

gurarse de que se aborden todas las necesidades del paciente.

9. Seguimiento Post-Intervención

- Después de cualquier tratamiento o procedimiento, monitorear al paciente para detectar complicaciones y garantizar una recuperación adecuada

¿QUÉ MEDICAMENTOS SON COMÚNMENTE UTILIZADOS PARA TRATAR LAS TAQUIARRITMIAS SUPRAVENTRICULARES?

1. Betabloqueantes: Ejemplos: Bisoprolol, Atenolol, Propanolol, etc.

- Función: Disminuyen la frecuencia cardíaca y la conducción a través del nodo AV.

2. Calcioantagonistas: Ejemplos: Diltiazem, Verapamilo.

- Función: Relajan el músculo cardíaco y disminuyen la frecuencia cardíaca al afectar la conducción nodal.

3. Adenosina

- Función: Utilizada en situaciones de emergencia para interrumpir taquicardias supraventriculares paroxísticas.

4. Antiarrítmicos: Ejemplos: Flecainida, Propafenona.

- Función: Utilizados para mantener el ritmo normal y prevenir recurrencias.
- Amiodarona: es el medicamento más utilizado para el tratamiento de las arritmias, especialmente para la fibrilación auricular. También se utiliza para tratar las arritmias supraventriculares y ventriculares.
- Flecainida: se utiliza para tratar arritmias supraventriculares y ventriculares. Puede causar náuseas y mareos al principio del tratamiento.

¿CÓMO SE PUEDE EDUCAR A LOS PACIENTES SOBRE EL MANEJO Y RECONOCIMIENTO DE SUS ARRITMIAS?

Sesiones Informativas:

- Organizar charlas o talleres en hospitales o centros de salud donde se explique qué son las arritmias, sus síntomas y cómo se manejan.

Material Educativo:

- Proporcionar folletos, guías o videos que expliquen de manera clara y visual qué son las arritmias, los tipos más comunes y cómo reconocer los síntomas.

Entrenamiento en Autocontrol:

- Enseñar a los pacientes cómo tomar su pulso y reconocer cambios en su ritmo cardíaco. Esto incluye saber cuándo es normal y cuándo debería buscar atención médica.

Simulaciones Prácticas:

- Realizar simulaciones donde los pacientes puedan practicar el reconocimiento de síntomas y la respuesta adecuada, como el uso de un desfibrilador externo automático (DEA) si se presenta un caso grave.

Plan de Acción Personalizado:

- Ayudar a cada paciente a desarrollar un plan de acción que incluya qué hacer en caso de experimentar síntomas, cuándo llamar al médico y cuándo acudir a emergencias.

Educación sobre Estilo de Vida:

- Instruir sobre la importancia de llevar un estilo de vida saludable que incluya una dieta balanceada, ejercicio regular (según lo permitido), y la reducción del estrés.

Involucrar a la Familia:

- Incluir a familiares en las sesiones educativas para que entiendan la condición del paciente y cómo pueden ayudar en caso de emergencia.

Seguimiento Regular:

- Establecer un sistema de seguimiento con citas regulares para revisar el estado del paciente, ajustar tratamientos si es necesario y reforzar la educación.

Educación sobre dispositivos:

- Si el paciente tiene un marcapasos o desfibrilador, enséñale a utilizar y mantener el dispositivo.

¿CÓMO PUEDEN LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS MEJORAR LOS RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON ARRITMIAS CARDÍACAS?

1. Evaluación Completa:

- Al reunir diferentes especialistas, como cardiólogos, enfermeras, farmacéuticos y otros, se puede realizar una evaluación más exhaustiva del paciente. Esto incluye no solo el estado físico sino también factores emocionales y sociales que pueden afectar su salud.

2. Planificación Personalizada del Tratamiento:

- Cada miembro del equipo aporta su experiencia para diseñar un plan de tratamiento adaptado a las necesidades específicas del paciente. Esto puede incluir ajustes en la medicación, recomendaciones dietéticas y estrategias para el manejo del estrés.

3. Monitoreo Continuo:

- Un enfoque colaborativo permite un seguimiento

más riguroso de los pacientes. Las enfermeras pueden monitorear signos vitales y síntomas, mientras que otros profesionales pueden evaluar la efectividad del tratamiento y ajustar las intervenciones según sea necesario.

4. Educación y Capacitación:

- La educación del paciente es clave para el manejo de arritmias. Los equipos multidisciplinarios pueden ofrecer información coherente y completa sobre la enfermedad, el tratamiento y el autocuidado, lo que empodera al paciente para tomar decisiones informadas.

5. Intervenciones Rápidas:

- En situaciones de emergencia, la comunicación efectiva entre los miembros del equipo permite una respuesta rápida y coordinada, lo que puede ser crucial para prevenir complicaciones graves o incluso la muerte.

6. Investigación e Innovación:

- La colaboración entre diferentes disciplinas fomenta la investigación y la implementación de prácticas basadas en evidencia. Esto puede llevar a la adopción de nuevas tecnologías o tratamientos que mejoren los resultados clínicos.

7. Manejo de Comorbilidades:

- Muchos pacientes con arritmias también tienen otras condiciones médicas. Un equipo multidisciplinario puede abordar estas comorbilidades de manera conjunta, optimizando el tratamiento y mejorando la calidad de vida del paciente.

8. Apoyo Psicosocial:

- El bienestar emocional es fundamental en el manejo de enfermedades crónicas. Profesionales como psicólogos o trabajadores sociales pueden integrarse al equipo para ofrecer apoyo psicológico y recursos, ayudando a los pacientes a manejar la ansiedad o depresión asociada con su condición.

9. Mejora en la Adherencia al Tratamiento:

- La colaboración entre profesionales facilita una comunicación clara sobre los regímenes de tratamiento, lo que puede aumentar la adherencia del paciente a las recomendaciones médicas y mejorar su salud general.

10. Resultados a Largo Plazo:

- Con un enfoque colaborativo, se logra no solo una mejor atención inmediata sino también un seguimiento efectivo a largo plazo, lo que contribuye a una reducción en las hospitalizaciones y mejora en la calidad de vida general.

¿QUÉ ES UN DESFIBRILADOR Y CUANDO ES NECESARIO UTILIZARLO?

Un desfibrilador es un dispositivo médico diseñado para restablecer el ritmo cardíaco normal en situaciones de arritmias potencialmente mortales, como la fibrilación o la taquicardia ventriculares sin pulso. Funciona administrando una descarga eléctrica al corazón, lo que permite que el miocardio (el músculo del corazón) se reconfigura y retome un ritmo adecuado.

¿CUÁNDO ES NECESARIO USAR UN DESFIBRILADOR?

1. Fibrilación Ventricular:

Esta es una condición en la que los ventrículos del corazón laten de manera caótica y no bombea sangre de manera efectiva. Es una emergencia médica que requiere desfibrilación inmediata.

2. Taquicardia Ventricular Sin Pulso:

En esta arritmia, el corazón late muy rápido, pero no hay un pulso detectable. Al igual que la fibrilación ventricular, requiere tratamiento inmediato con desfibrilación.

3. Paro Cardíaco:

Si una persona colapsa y no responde, no respira o tiene respiraciones anormales, es posible que esté experimentando un paro cardíaco. En este caso, se debe iniciar RCP (reanimación cardiopulmonar) y usar un desfibrilador lo antes posible.

TIPOS DE DESFIBRILADORES:

Desfibriladores Externos Automáticos (DEA):

- Son dispositivos portátiles que pueden ser utilizados por personas sin formación médica. Proporcionan instrucciones auditivas y visuales sobre cómo utilizarlos y son capaces de analizar el ritmo cardíaco del paciente para determinar si se necesita una descarga.

Desfibriladores Manuales:

- Utilizados por personal médico capacitado, permiten ajustar la energía de la descarga y requieren más conocimiento técnico para su uso.

PROCESO DE USO

1. Activar Emergencias:

- Llama a los servicios de emergencia inmediatamente.

2. Iniciar RCP:

- Comienza con compresiones torácicas si no hay respuesta.

3. Usar el DEA:

- Enciende el desfibrilador y sigue las instrucciones del dispositivo.

- Coloca los electrodos en el pecho del paciente según las indicaciones.
- Deja que el DEA analice el ritmo cardíaco; si indica que es necesario, permite que administre la descarga.

4. Continuar con RCP:

- Después de la descarga, continúa con RCP hasta que lleguen los servicios de emergencia o el paciente muestre signos de recuperación.

CONCLUSIÓN

A lo largo de este trabajo, hemos desarrollado los diferentes tipos de taquiarritmias, sus causas, intervenciones no farmacológicas y tratamiento farmacológico. Es crucial que los profesionales de enfermería estén capacitados para identificar y manejar estas condiciones de manera eficaz, ya que una intervención temprana puede mejorar significativamente el pronóstico del paciente. Es esencial que el equipo de enfermería tenga formación en la lectura de electrocardiogramas. Asimismo, es vital que se brinde educación al paciente y a su familia acerca de la taquiarritmia.

La investigación continua en este campo es esencial para desarrollar nuevas estrategias de tratamiento y mejorar la calidad de vida de quienes padecen taquiarritmias.

RECOMENDACIONES

- Se debe administrar las intervenciones de enfermería dependiendo de la necesidad de la paciente y a su vez garantizando la mejoría en el estado de salud de la paciente.
- Realizar todas y cada una de las intervenciones de enfermería acorde al estado de salud del paciente en la actualidad.
- Asistir a los controles médicos para seguimiento del paciente.
- Recibir tratamiento para mejorar y evitar más complicaciones en la enfermedad cardíaca.
- Realizar actividad física de forma leve.

BIBLIOGRAFÍA

- <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/heart-arrhythmia/symptomscauses/syc-20350668>
- <https://www.modernheartandvascular.com/es/sintomas-y-causas-de-una-arritmiacardiaca/>
- <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/supraventriculartachycardia/symptoms-causes/syc-20355243#:~:text=El%20coraz%C3%B3n%20normalmente%20late%20entre,y%20220%20veces%20por%20minuto.>

Link del video

https://drive.google.com/file/d/1AuxNtZOZ7vgWQFy-gz45leOjG_-Q4jmJC/view?usp=drivesdk

Fractura, farmacología y cuidados del adulto



Imagen: Freepik.com

Autoras

BAIGORRIA ROMINA; COSTA LOURDES;
MORENO DANISA; PEREZ LUCAS;
SOSA GISELA y ZARATE VICTORIA
Docentes
JONATHAN FLORES y FLAVIA FLORES

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo se realizó de manera interdisciplinar entre las materias Farmacología y Cuidados de enfermería del adulto, correspondientes a segundo año de enfermería profesional. Este se desarrolló de manera grupal mediante la elaboración de un trabajo en la jornada institucional estudiantil 2024 que consistió en una investigación de un caso real, el mismo se basó en un siniestro vial ocurrido en San Martín, el cual se demostró a través de una dramatización en formato video (temática documental) y un informe abordando a profundidad el tema elegido.

La finalidad del trabajo es poder llevar a la práctica de terreno los aprendizajes adquiridos en ambos espacios curriculares.

OBJETIVO GENERAL

Integrar el caso real de fractura de fémur ocurrido en un siniestro vial en San Martín, para la elaboración y fundamentación del trabajo abordado, interiorizando y justificando la utilización de los fármacos mencionados, correspondiente a cada uno de los casos. Además, explicando y demostrando los cuidados de enfermería en el adulto necesarios para cada paciente en los casos expuestos, fomentando ante todo su independencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explicar mediante el video elaborado e informe la secuencia de los hechos en el siniestro vial.
- Identificar y explicar las acciones de enfermería y la administración pertinente de los fármacos que se aplican en la práctica de enfermería en el caso de un politraumatismo.
- Enseñar y demostrar a todos los participantes de esta jornada institucional de forma didáctica lo aprendido durante el ciclo lectivo 2024 de la carrera de enfermería profesional de segundo año, desarrollando las destrezas que obtuvimos en las materias de Farmacología aplicada y Cuidados del adulto.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN DE FRACTURA

Es una interrupción de la continuidad ósea, es decir, que el hueso es el que se encuentra afectado directamente, eso no quita que pueda existir otras estructuras lesionadas, como por ejemplo la piel.

CAUSAS

- Caída desde altura.
- Accidente vial.
- Golpe directo.

FACTORES DE RIESGO

Todas las personas son propensas a sufrir fracturas, pero las personas mayores y personas que tienen enfermedades como osteoporosis están más expuestas.

FRACTURAS MÁS HABITUALES EN ADULTOS

Las fracturas en adultos pueden ser causadas por diversos factores, como siniestros viales, caídas de alturas, caídas por un objeto que obstruye el paso, movimientos repetitivos, afecciones como la osteoporosis o la baja densidad ósea, siendo las más habituales las siguientes:

- Craneal.
- Clavicular.
- Humeral.
- Radial.
- Femoral.
- Cadera.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- **Dolor:** Molestia sorda y profunda, que puede pasar a dolor agudo y luego se va intensificando.
- **Perdida funcional:** Esto se debe a que las lesiones pueden empeorar, volverse más dolorosas y aumentar la probabilidad de pérdida de función.
- **Movimiento reducido:** En el caso de una fractura de mano, es importante restringir el movimiento del hueso quebrado para que se suelde de manera adecuada.
- **Hinchazón local:** Se valora a través de la presencia de edemas.
- **Cambios en el color de la piel:** Cianosis, palidez y presencia de hematomas.

CLASIFICACIÓN DE LAS FRACTURAS

- **Mecanismo de acción:**
 - **Tx directo:** La fractura se produce en el punto en el cual actúa el agente traumático, por ejemplo, un golpe directo en el dedo produce fractura de falanges.

- **Tx indirecto:** La fractura se produce en una distancia del punto donde actúa el agente causante, por ejemplo, en una caída sobre la palma de la mano se produce una fractura radial o cubital.

- **Estado de la piel o exposición:**

- **Cerradas-simples:** La fractura no tiene contacto directo con el exterior, es decir, que no ha dañado la piel.
- **Abierta-expuesta:** Fractura donde el hueso es visible, produce una herida y los fragmentos óseos son visualizados. Se clasifican en grados:
 - **Grado I:** Es una herida abierta de menos de un centímetro de longitud.
 - **Grado II:** Es de mayor diámetro.
 - **Grado III:** Es más grave con lesión amplia de tejido blando.

- **Según el trazo:**

- **Trasversal:** Tiene lugar en un ángulo recto al eje longitudinal del hueso.
- **Oblicua:** La rotura del hueso es diagonal, formando un ángulo mayor o menor a 90° en relación al eje longitudinal del hueso.
- **Conminutas:** Son pequeños fragmentos o pequeñas fracturas en relación al total del hueso.

TRATAMIENTO DE URGENCIA

- **Inmovilizar:** Se inmoviliza la extremidad o la parte del cuerpo que se sospecha que está fracturada, esto hay que hacerlo después de la lesión y antes que el paciente se mueva.
- **Prevenir rotación y movimientos:** Se previenen movimientos inapropiados que puedan producir mayores daños, por ejemplo, si la persona que se fractura está en su casa y lo tenemos que asistir, podemos buscar una caja de cartón, la cortamos en los extremos a modo tal que encaje el miembro afectado y lo envolvemos con cinta.
- **Colocación de catéter IV:** Sirve para la reposición de líquidos si hay presencia de hemorragias y para la administración de medicamentos.
- **Valorar presencia de pulsos periféricos:** Se valora la presencia de pulsos periféricos para saber si hay una buena circulación sanguínea, que este no haya sido afectado y sea suficiente.
 - En caso de herida cubrir con apósitos.
 - En caso de hemorragia, realizar compresión.
 - Dependiendo de la gravedad:
 - Tracción.
 - Cirugía.
 - Yeso.

TRATAMIENTO DE LA FRACTURA

El objetivo principal es conseguir la máxima recuperación funcional, mediante condiciones que faciliten los procesos biológicos normales de consolidación.



Imagen: Freepik.com

- **Objetivos:**

- Que el hueso pueda sanar apropiada y rápidamente.
- Reducir el dolor y prevenir deformación.
- Recuperar el uso del hueso y de la extremidad.

- **Inmovilización:** Yeso.

La inmovilización con yeso es un método para mantener una zona del cuerpo inmóvil y alineada durante un tiempo determinado, con el objetivo de corregir lesiones traumáticas y favorecer la consolidación ósea

- **Objetivos:**

- Inmovilizar.
- Mantener la reducción.
- Evitar el dolor.

- **Cuidados de enfermería:**

- Controlar pulsos periféricos.
- Observar color de la piel/ dolor/ temperatura.
- Educación sobre la elevación de extremidad.
- Observar indicadores de necrosis por compresión en el interior del yeso.

- **Inmovilización:** Tracción.

- **Tipos:**

- **Cutánea:** Técnica médica que consiste en aplicar una fuerza de tracción en la piel y los tejidos subyacentes para inmovilizar, reducir fracturas y corregir deformidades. Se realiza con vendajes, tiras adhesivas o botas de tracción unidas a pesos. Se utiliza cuando se requiere una tracción ligera y se aplica de forma indirecta

- **Esquelética:** Técnica médica que se utiliza para tratar afecciones musculoesqueléticas, principalmente en las extremidades y la columna vertebral. Consiste en

aplicar una fuerza sobre los huesos largos a través de clavos o agujas que se introducen transversalmente en el hueso y salen por la piel atados a pesas, poleas y cuerdas.

- **Cuidados de enfermería:**

- Verificar las cuerdas.
- Vigilar las pesas.
- Vigilar las zonas de apoyo.
- Vigilar los movimientos y sensibilidad de la extremidad afectada.
- Realizar curación plana.
- Observar características de la herida.
- Vigilar la posición de paciente.

FRACTURA: CONSOLIDACIÓN

Es el proceso gradual y continuo por el cual la solidez y resistencia de un tejido óseo es restaurado.

Factores que afectan:

- Edad.
- Movilidad.
- Infección.

Factores que favorecen:

- Inmovilidad.
- Nutrición apropiada.
- Riego sanguíneo insuficiente.

ESGUINCES

Un esguince es una lesión de los ligamentos que se encuentran alrededor de una articulación.

Cuidados de enfermería:

- **Fase aguda:** Se hace la elevación de la parte afectada, aplicar hielo (crioterapia) y usar vendaje de compresión.
- **Fase de recuperación:** Calor intermitente (termoterapia), ejercicios pasivos y activos.

	NECESIDAD ALTERADA	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
FRACTURA DE FÉMUR	Eliminación normal de los desechos corporales.	<ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento r/c agente farmacológico (tramadol) m/p distensión abdominal. • Riesgo de obstrucción intestinal r/c agente farmacológico (tramadol). 	<ul style="list-style-type: none"> • Largo plazo: lograr que la paciente revierta el estreñimiento. • Corto plazo: reducir el estreñimiento en un periodo mínimo de tiempo a través de la administración de fármacos como laxantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir o cambiar la medicación tramadol por otro aine. • Según indicación médica administrar laxante al paciente. • Realizarle masajes abdominales. • Realizar interconsulta con nutricionista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Porque obtuvo un efecto adverso del tramadol. • Para ayudar a aliviar los síntomas del paciente y mejorar la función intestinal. • Para relajar el musculo intestinal. • Para cambiar la dieta y así mejorar la función intestinal.
	Movilidad y postura adecuada.	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la movilidad física r/c restricción de movimiento m/p dolor de fase postoperatoria de fractura de fémur. • Riesgo de pérdida de masa muscular r/c restricción del movimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Largo plazo: lograr que el paciente recupere su movilidad en un periodo corto tiempo. • Corto plazo: reducir dolor en el paciente durante el posoperatorio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de dolor, administración de diclofenac y aines como tramadol y diclofenac según indicación médica. • Cuidados en la herida, se le administra vancomicina y heparina. • Iniciar movimientos pasivos en el paciente. • Control de signos vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar el dolor, para poder reducir la inflamación y para prevenir complicaciones como úlceras, infecciones, etc. • Cuidados en la herida para prevenir infecciones, la vancomicina y heparina son anticoagulantes que servirán para prevenir trombosis ya que la paciente salió de cirugía y permanecerá en reposo por unos días. • Iniciar con movimientos para mejorar la circulación sanguínea y reducir el riesgo de trombosis. • Control de signos vitales para evaluar la respuesta al tratamiento y también poder detectar complicaciones tempranas como hemorragia, infecciones, etc.
	Dormir y descansar.	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio r/c trauma provocado por siniestro vial m/p temor. • Riesgo de depresión r/c trauma producido por siniestro vial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corto plazo: reducir la ansiedad y estrés al paciente en un tiempo de corto plazo. • Largo plazo: superar el trauma emocional por el siniestro vial que sufrió el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicamentos para dormir según prescripción médica. • Enseñar técnicas de relajación y reducción del estrés. • Crear un ambiente relajante para dormir (temperatura, iluminación y ruido). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el trastorno del sueño. • Mejorar la capacidad para canalizar el sueño. • Disminuir el insomnio.
	Participar en actividades recreativas o juegos y aprender a descubrir o satisfacer la curiosidad personal.	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social r/c internación prolongada m/p sentirse diferente a los demás. • Riesgo de soledad r/c aislamiento social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corto plazo: Lograr que los familiares y amigos de la paciente la visiten. • Largo plazo: reducir el sentimiento de diferencia o soledad frente a su situación actual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la estimulación positiva a través de actividades recreativas y lúdicas. • Concretar y convencer a sus allegados que frecuenten y visiten a la paciente. • Enseñar cuidados emocionales en relación a los estados de ánimo bajos y como frenarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se necesita que la paciente tenga una rutina recreativa ya que la paciente se va a entretener y obtendrá un cambio positivo en relación a su salud mental. • Concretar a sus allegados para que la paciente se sienta querida e importante, y que no se aisle en su ambiente. • Enseñar los cuidados emocionales es importante porque ayudará y disminuirá su sentimiento de diferencia ante la sociedad, ya que estos cuidados ejercitan la salud emocional.

Cuadro 1.

PAE

Cuadro 1.

• Valoración:

Ingresa paciente femenina de 19 años, sin antecedentes patológicos, ingresa por guardia por presentar el día de la fecha politraumatismo por siniestro vial (auto vs auto), refiere dolor e impotencia funcional de miembro inferior derecho. Tras estudios complementarios se evidencia fractura cerrada diafisaria de fémur derecho, por lo que pasa a quirófano donde se realiza tracción TAT y se decide internación para posterior cirugía programada.

• Control de CSV:

- T.A: 120/80 hg/mm

- F.R: 18 rpm
- F.C: 70 lpm
- SatO2: 98 %
- T°: 35,7°C

Cuadro 2.

• Valoración:

Paciente femenina de 20 años ingresa a la guardia al día de la fecha con policontusiones, heridas cortantes ocasionados por un accidente vial (auto vs auto), refiere dolor agudo en miembros inferiores y disnea. Tras pedido de radiografía de Miembros inferiores no se presenta ninguna alteración traumatológica, por lo que se le da de alta con sus respectivas pautas para cuidado ambulatorio.

CONTUSIONES	NECESIDAD ALTERADA	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
	Respirar con normalidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Patrón ineficaz r/c síndrome postraumático m/p disnea. • Riesgo de alteración de patrón respiratorio r/c estrés postraumático. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corto plazo: estabilizar la constante de la frecuencia respiratoria. • Largo plazo: mantener un patrón de respiración efectivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de Signos Vitales. • Colocación de posición adecuada para mejorar la frecuencia respiratoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se le realiza monitoreo continuo de CSV que nos permite evaluar en todo momento de forma completa las condiciones fisiológicas del paciente, permitiendo así realizar mejores valoraciones y tomar decisiones pertinentes en su tratamiento ambulatorio. • Se le pide al paciente que se coloque en una posición favorable para realizar una óptima mecánica respiratoria como por ejemplo, posición de fowler o de sedestación y se le ayuda a realizar de manera correcta los ciclos de respiración.
	Mantener una buena higiene corporal y la integridad de la piel.	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la integridad r/c lesión tisular accidental m/p dolor agudo en miembros inferiores. • Riesgo de infección r/c déficit de asepsia en heridas cortantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corto Plazo: Reducir el dolor en miembros afectados • Largo Plazo: Reestablecer la integridad cutánea en su totalidad de la zona afectada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación integral • Administración de fármacos AINES como amoxiclavulánico (antibiótico) según prescripción médica. • Curaciones de heridas cortantes. • Educación para su posterior tratamiento tanto como farmacológico, como de la curación en las heridas cortantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nos permite identificar necesidades físicas y emocionales del paciente. • Por indicación médica se le administra al paciente fármacos como amoxiclavulánico para tratar el dolor y para prevenir riesgo de infección en las heridas cortantes. • Se le realiza curaciones planas en las superficies tegumentarias afectadas, con técnica de arrastre realizando una asepsia adecuada a través de un jabón antibacteriano para evitar cualquier tipo de infección, posterior a esto se le realiza un vendaje limpio para evitar que se abra una puerta para el ingreso de microorganismos. • Para beneficencia del paciente se lo educa para mantener en estado óptimo y constante su estado de salud.
	Comunicar emociones, necesidades, temores y opiniones.	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome postraumático r/c accidente vial m/p palpitaciones cardíacas. • Riesgo de ansiedad ante la muerte r/c experiencia cercana a la muerte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corto Plazo: Disminuir los niveles de ansiedad y estrés • Largo Plazo: Lograr el mejoramiento de los síntomas emocionales asociados al síndrome postraumático o. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sobre técnicas de relajación y reducción de estrés. • Derivación a servicio psicológico. • Educación sobre el síndrome postraumático y sus síntomas. • Fomentar la adherencia al tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas para reducir el estrés y la ansiedad. • Para la mejora de la salud mental del paciente. • Esto mejora el manejo de los síntomas postraumáticos que se puedan presentar. • Ayuda a la constante autonomía y adherencia del paciente.

Cuadro 2.

Control de CSV:

- T.A: 130/80 hg/mm
- F.C: 90 lpm
- F.R: 15 rpm
- SatO2: 96 %
- T°: 37.5°C

CONCLUSIÓN

Concluyendo con el trabajo elaborado, logramos fundamentar a nuestros compañeros y profesores el conocimiento aplicado de ambas materias, tales como la finalidad de los fármacos vistos y expuestos en este trabajo, como así también, las acciones de enfermería posibles para los casos demostrados.

RECOMENDACIONES

- Llevar un estilo de vida activo para mantener músculos y huesos sanos y fuertes.
- Seguir una alimentación variada y equilibrada que aporte nutrientes importantes para la salud ósea.

- Realizar los chequeos médicos recomendados.
- Tomar fármacos siguiendo pautas de facultativo.
- Adecuar el ambiente doméstico para favorecer una buena iluminación y eliminar barreras y obstáculos que puedan provocar caídas.

LINK DEL VIDEO

<https://drive.google.com/file/d/1rloVCVK39vzY4Dv7Bu-jYC94ilhOm7Rog/view?usp=drivesdk>

BIBLIOGRAFIA

Información: Material áulico del instituto.

- [file:///C:/Users/GISELA/Downloads/CAPITULO%2047%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/GISELA/Downloads/CAPITULO%2047%20(1).pdf)
- <https://www.fiatcresidencias.com/fracturas-en-ancianos-tipos/>

Fotos:

- <https://drive.google.com/drive/folders/1q14xQkr-4Qs25sIFU2KLaOaU95tbU5EOv>

El limitado uso de terapias de presión negativa en tratamientos de las heridas crónicas por parte del personal de enfermería del hospital Gailhac en pacientes adultos mayores de 60 años

Autor

LICENCIADO ÁNGEL TERRAZAS

RESUMEN

La terapia de presión Negativa es una técnica terapéutica efectiva en el tratamiento de heridas, que ha demostrado beneficios significativos en la cicatrización de tejidos, reducción de infecciones y mejora de resultados clínicos. Sin embargo, su utilización en el Hospital, especialmente en pacientes adultos mayores parece ser limitada, lo que plantea interrogantes sobre las barreras y motivos detrás de este escaso uso.

Para abordar esta cuestión, se propone una investigación que se centraran en identificar las causas del bajo uso de la terapia de presión negativa en servicios de guardia con un enfoque particular en la población de pacientes adultos mayores

Se emplearan un enfoque metodológico descriptivo y exploratorio, combinando métodos cualitativos y cuantitativos para recopilar y analizar datos de personal de salud y pacientes.

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Héctor Elías Gailhac, en donde se atienden a una proporción significativa de pacientes adultos mayores, y se utilizarán entrevistas semi-estructuradas y cuestionarios para recopilar información relevante. El análisis de los datos se centrará en identificar patrones y temas emergentes, así como en examinar la relación entre variables significativas.

Al comprender las razones detrás del poco uso de la terapia de presión negativa en el Hospital, particularmente en pacientes adultos mayores, se espera contribuir a mejorar la implementación de esta técnica terapéutica, promoviendo una atención más eficaz y personalizada para esta población vulnerable. Los hallazgos de esta investigación podrían informar estrate-



gias para fomentar un uso más amplio y adecuado de la terapia en entornos de los servicios, beneficiando así a los pacientes adultos mayores.

OBJETIVO GENERAL

Conocer las causas y factores que contribuyen al restringido uso de la terapia con presión negativa, e identificar las barreras que limitan su implementación en lesiones cutáneas en el adulto mayor desde el profesional de enfermería del Hospital Gailhac.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Analizar la percepción y conocimiento del personal profesional de enfermería respecto a la terapia de presión negativa en el Hospital.
2. Identificar las limitaciones logísticas, financieras o de recursos que podrían estar obstaculizando la im-

plementación de terapia de presión negativa en los servicios.

3. Evaluar la efectividad y beneficios potenciales de la terapia de presión negativa en el contexto de atención de los servicios.

HISTORIA DE LA TPN

Su aplicación clínica apareció en 1940, pero no es hasta la década de los 90 cuando se aplica a heridas, y lo hicieron de forma casi simultánea Fleischmann et al en 1993 en Alemania, y Argenta y Morykwas en Estados Unidos en 1997.

Estos últimos fueron quienes patentaron el primer dispositivo de aplicación clínica. Dicha terapia consiste en la aplicación en el lecho de la herida de una presión inferior a la atmosférica.

Varios fueron los investigadores que realizaron diferentes estudios entre ellos:

Loreto et al, en 2017, realizó una investigación titulada “Tratamiento de heridas

Quirúrgicas obstétricas infectadas mediante el uso del sistema de cierre asistido al vacío artesanal en pacientes del Servicio de Hospitalización Obstetricia” demostrándose que se disminuye el promedio de estancia hospitalaria mediante el uso de sistema de cierre asistido al vacío con respecto a tiempo de cicatrización y se determinó la eficiencia del mismo en el tratamiento para heridas quirúrgicas obstétricas infectadas en un 100%, recomendándose así su implementación.

Velazquez et al, en 2018 en su trabajo titulado “Uso de terapia de presión negativa para manejo de heridas complejas” concluyó que la terapia de presión negativa acelera la cicatrización, facilita el tratamiento intrahospitalario, controla el dolor y la presencia de infección y ayudó al cierre de las heridas en la totalidad de los casos.

Rodríguez et al en 2018 en su trabajo titulado “Terapia de presión negativa en paciente gestante: una carrera contra el tiempo” demostró que la terapia de presión negativa es una opción de tratamiento adecuada y segura en el manejo de heridas abdominales dehiscen-tes durante la gestación.

Sogorski et al, en el 2018 en su trabajo de investigación titulado “Improvement of local microcirculation through intermittent negative pressure wound therapy (NPWT)” concluyó que la NPWT intermitente mejora la microcirculación local con una mejora consecutiva del suministro de oxígeno en la herida.

DEFINICIÓN DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA

La Terapia de presión Negativa provee un ambiente que promueve la cicatrización de heridas. Sus mecanismos de acción incluyen unir los bordes de la herida, remover los materiales infecciosos y fluidos, promover la perfusión, mantener un ambiente cerrado y húmedo para la cicatrización y estimular la formación de tejido de granulación.

Su técnica está basada en la colocación de unos apósitos especiales que actúan como material de relleno, y que hay que ajustar a la superficie de la lesión en tamaño y forma.

Este método provoca la aceleración de una serie de procesos fisiológicos, como una vasodilatación capilar que conlleva a un aumento de la perfusión por el efecto de ósmosis. Esto se traduce en una hiper-granulación (consiste en un crecimiento exuberante y desmesurado del tejido de granulación durante la fase proliferativa del proceso de cicatrización) del lecho de la herida y una angiogénesis (es el proceso fisiológico que consiste en la formación de vasos sanguíneos nuevos a partir de los vasos preexistentes formados en la etapa) mientras se promueve la epitelización (es la fase final en la que la piel consigue finalizar el relleno completo de la herida. Es un proceso mediado por los queratinocitos. Los queratinocitos se sitúan en los márgenes de la lesión produciendo

una aproximación progresiva para formar la última capa cutánea, epidermis.) de la lesión.

En otras palabras, estas fuerzas son conocidas como macro estiramiento (Macro estiramiento es el alargamiento visible que ocurre cuando la presión negativa contrae la espuma), y micro estiramiento. (Micro estiramiento es la micro deformación en el nivel celular, que lleva al estiramiento celular), que promueve el estrechamiento de la herida.

BENEFICIOS Y APLICACIONES DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA

Diversos estudios han demostrado que la aplicación de la terapia de vacío disminuye el tiempo de resolución de las heridas complejas de forma más rápida que las curas húmedas. Esto se consigue porque es capaz de crear un lecho húmedo, acelerando el crecimiento del tejido de granulación a la par que reduce el edema.

El propio efecto físico de la presión negativa conlleva un acercamiento de los bordes de la herida disminuyendo el tamaño de la misma. Por otra parte, el exceso de exudado es retirado por el efecto de succión y aspiración, pero siempre manteniendo el lecho húmedo ya que, como ya se ha demostrado, la cura en este ambiente es un principio básico en la cicatrización de las heridas crónicas.

La producción de matriz extracelular se refleja en la formación de tejido de granulación durante la fase proliferativa de la cicatrización. La aplicación de esta terapia no solo reduce el tamaño de la herida, sino también el tiempo de curación de la misma y por consiguiente, la duración total del ingreso hospitalario, lo que puede repercutir positivamente en el costo de la hospitalización. La estimulación mecánica provoca proliferación celular. El stress inducido por la presión negativa afecta tridimensionalmente a la superficie celular por la distribución de los poros de la esponja. Al reducir el tiempo de estancia hospitalaria, disminuye también el riesgo de padecer infecciones nosocomiales, directamente relacionadas con una mayor morbi-mortalidad y aumento del costo por estancia. Está por tanto indicada para su uso en cualquier planta de hospitalización y en multitud de heridas distintas.

IMPORTANCIA DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN EL HOSPITAL GAILHAC Y SU APLICACIÓN EN PACIENTE ADULTOS MAYORES

La importancia de la terapia de presión negativa en el Hospital especialmente en adultos mayores, radica en su capacidad para promover la cicatrización de heridas, prevenir infecciones y acelerar el proceso de recuperación.

A medida que la población envejece, las enfermedades crónicas, la fragilidad y la susceptibilidad a lesiones cutáneas son más frecuentes en adultos mayores, lo que hace más vulnerables a complicaciones en la cicatrización de heridas.

En el contexto de los servicios, donde la atención es crucial y el tiempo es un factor determinante, la terapia de presión negativa ofrece beneficios significativos para los pacientes adultos mayores.

Esta técnica no invasiva puede ayudar a mantener el entorno de las heridas limpio, favorecer la eliminación de exudados, mejorar la perfusión sanguínea y reducir el riesgo de infecciones, todo lo cual contribuye a una recuperación más rápida y exitosa.

Además, la terapia de presión negativa puede ser especialmente beneficiosa en pacientes adultos mayores con condiciones médicas preexistentes, como diabetes, enfermedades vasculares o inmunosupresión, ya que ayuda a abordar los desafíos específicos relacionados con la cicatrización de heridas en este grupo de población vulnerable.

Por lo tanto, la utilización de presión negativa en pacientes adultos mayores en el Hospital cobra como relevancia especial, ya que puede mejorar la calidad de atención, reducir las complicaciones post-operatorias, acelerar la recuperación y, en última instancia mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Al considerar la importancia de esta terapia en pacientes adultos mayores en los servicios es fundamental explorar y abordar los posibles obstáculos que pueden limitar su implementación en este grupo de población, con el objetivo de garantizar un cuidado óptimo y personalizado para aquellos que más lo necesitan.

CLASIFICACIÓN DE HERIDAS Y DEFINICIONES

Existen guías y manuales propuestos por diversos autores, quienes manejan diferentes tipologías para clasificarlas, tal como se presenta en la *Tabla 1*.

TIPOS DE HERIDAS CRÓNICAS

- Las úlceras por presión son definidas como aquellas localizadas en la piel y/o el tejido subyacente a ellas, generalmente ubicadas sobre una prominencia ósea a consecuencia de la combinación de la presión, la isquemia y las fuerzas tangenciales o de cizallamiento. El mecanismo de producción de las úlceras por

presión se basa en la alteración de la irrigación sanguínea de la zona por una causa externa: la presión.

- Las úlceras vasculares son aquellas lesiones producidas por alteraciones en la circulación sanguínea de las extremidades inferiores; su evolución suele ser crónica y su manejo terapéutico difícil. La lesión resultante puede afectar únicamente a las capas más superficiales de la piel o llegar a alterar planos más profundos, incluso los tejidos muscular y óseo.
- Atendiendo a su etiología, las úlceras vasculares se pueden clasificar en arteriales, venosas o mixtas (arteriovenosas), linfáticas o neuropáticas -éstas últimas mencionadas en este apartado debido a que son un tipo especial de heridas presentes en las lesiones de pie diabético, pero que se profundizaran en el apartado de úlceras por pie diabético.
- Las úlceras de tipo venoso se definen como una pérdida de continuidad de la piel que afecta la epidermis y la dermis de la pierna (por debajo de la rodilla) que persiste durante cuatro semanas o más y, por lo general, se curan en un tiempo medio de 24 semanas. Suelen ser producidas por alteraciones del correcto retorno venoso debido a una incompetencia del sistema valvular venoso de las extremidades inferiores, con o sin obstrucción del flujo venoso sanguíneo. Su etiología incluye procesos inflamatorios que producen una activación leucocitaria, daño endotelial, agregación plaquetaria y edema intracelular.
- Las úlceras vasculares de origen arterial son lesiones y heridas producidas por disminución de riego sanguíneo y como consecuencia de un déficit crítico de la presión parcial de oxígeno en los tejidos distales. La patología arterioesclerótica es la causa fundamental de las obstrucciones en las arterias de los miembros inferiores.
Para la realización de esta técnica se necesitan insumos como lo son: un aspirador, tubos de aspiración, planchas de tergaderm, gasas, sulfadiazina de plata, aguja 40/8, jeringas de 10ml y 60ml, solución fisiológica. Con un costo aproximado de 10 mil pesos

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE HERIDAS CRÓNICAS

Autor	Manual de prevención de cuidados locales y heridas crónicas.	Guía para la atención integral del paciente con heridas crónicas y úlceras por presión.	Guía práctica de enfermería para la prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas.
Clasificación	Úlceras por presión. Úlceras neoplásicas.	Úlceras por presión	Úlceras por presión. Úlceras isquémicas.
	Úlceras en extremidad inferior <ul style="list-style-type: none"> Úlceras por pie diabético. Úlceras vasculares (venosas o arteriales). 	Heridas crónicas <ul style="list-style-type: none"> Heridas por pie diabético. Heridas vasculares (venosas o arteriales). 	Úlceras por pie diabético. Úlceras vasculares.

El personal de enfermería requiere tener conocimientos y fundamentos de cómo se realiza la técnica y beneficios de la terapia de presión negativa en curaciones de las heridas.

ANÁLISIS DE GRÁFICOS

Los gráficos presentados en el trabajo ofrecen una visión general de las características de los profesionales de los enfermeros que participaron en el estudio, así como de sus prácticas y percepciones en relación al uso de terapia de presión negativa. A continuación, se desglosa un análisis de cada gráfico:

Con respecto al Gráfico N°1 sobre la pregunta de conocimientos del tema de Presión Negativa del total encuestado solo el 13% tiene un alto conocimiento sobre el tema tratado; el 37% tiene conocimientos medios y el 50% refiere no tener conocimientos sobre presión negativa.

En el Gráfico N° 2 se puede observar que solo el 17% ha utilizado el tratamiento con presión negativa; el 43% casi nunca ha utilizado el tratamiento y el 40% nunca han utilizado el tratamiento.

El Gráfico N° 3 representa que los encuestados refieren que uno de los obstáculos es el factor económico en un 63% y el 17% de los demás creen que no es un obstáculo.

En el Gráfico N°4 el mayor porcentaje con un 43% no sabe sobre la efectividad del tratamiento, el 34% percibe que tiene media efectividad, el 10 % percibe que tiene una baja cicatrización, y solo el 13% percibe que tiene una alta efectividad en la cicatrización de heridas.

En el Gráfico N° 5 se representa un porcentaje de 60% de a veces y siempre en un 7% esto es algo muy representativo de impacto notable, en comparación con el porcentaje de 33% de nunca.

El Gráfico N° 6 el alto porcentaje está dado por el 70% que desconoce la buena adición al tratamiento, seguido por el 17% que refiere que tiene una buena adición al tratamiento y solo el 13% del total refiere no tener una buena adición al tratamiento con TPN.

Mientras que en el Gráfico N° 7 representa que el 70% de los encuestados se considera quizás estar preparado para aplicar la TPN, y que el 23% refiere no estar preparado para aplicar la TPN, y tan solo el 17% considera estar preparado para aplicar el tratamiento.

En el Gráfico N° 8 se observa que el 60% de los encuestados contesta que si existen barreras económicas para realizar la TPN; el 33% contesta que quizás, y solo el 7% considera que existen barreras económicas.

Gráfico N° 9 el 53% del total desconoce los beneficios; así mismo que el 33% no conoce beneficios de la TPN, y solo el 17% cree que tiene beneficios significativos en la TPN.

En el Gráfico N° 10 con respecto a la capacitación el 73% un alto porcentaje refiere que el sí le parece de utilidad y el 27% refiere que no considera de utilidad el tratamiento.

CONCLUSIÓN

A partir de la información presentada en los gráficos, se pueden extraer varias conclusiones sobre el conocimiento, uso y percepción del tratamiento con presión negativa (TPN) entre los encuestados:

- 1. Conocimiento limitado:** Solo un 13% de los encuestados tiene un alto conocimiento sobre la presión negativa, lo que indica una necesidad significativa de educación y capacitación en este tema. Más de la mitad de los encuestados (50%) afirmaron no tener conocimientos al respecto, lo que destaca una brecha importante en la comprensión del tratamiento.
- 2. Uso escaso del TPN:** La baja proporción (17%) de personas que han utilizado el TPN sugiere que, a pesar de un interés potencial, el tratamiento no se está implementando con frecuencia en la práctica clínica. Un 43% casi nunca lo ha utilizado, y un 40% nunca lo ha hecho, lo cual podría estar relacionado con el bajo nivel de conocimiento.
- 3. Obstáculos económicos:** La percepción de que el factor económico es un obstáculo significativo para el uso del TPN, mencionado por el 63% de los encuestados, indica que los costos asociados al tratamiento podrían estar limitando su adopción. Esta es una preocupación válida que debe abordarse para facilitar el acceso al tratamiento.
- 4. Incertidumbre sobre efectividad:** Un alto porcentaje (43%) de los encuestados no sabe sobre la efectividad del tratamiento, lo cual resalta aún más la necesidad de información clara y accesible sobre los beneficios del TPN. Solo una pequeña proporción percibe que el tratamiento tiene alta efectividad en la cicatrización.
- 5. Percepción de preparación:** Una mayoría (70%) de los encuestados se considera "quizás" preparada para aplicar el TPN, lo que refleja una falta de confianza en sus habilidades o un conocimiento insuficiente, mientras que solo un 17% se siente realmente preparado. Esto sugiere que la capacitación y forma-

Existen obstáculos económicos y una notable falta de información sobre la efectividad y beneficios del TPN. Para mejorar la situación, es fundamental desarrollar estrategias educativas y de capacitación.

ción en el uso del TPN son cruciales para mejorar la confianza y competencia profesional.

6. Barreras y beneficios desconocidos: La existencia de barreras económicas es reconocida por un 60%, lo que refuerza el concepto de que, sin apoyo económico, la implementación del TPN puede ser difícil. También, más de la mitad (53%) de los encuestados desconoce los beneficios del tratamiento, lo que subraya la necesidad de campañas informativas para resaltar los impactos positivos del TPN.

7. Interés en capacitación: A pesar del bajo conocimiento y uso del TPN, un alto porcentaje (73%) considera que la capacitación sería útil, lo que sugiere una apertura y necesidad real de formación en este tratamiento.

En conclusión, los resultados reflejan una situación donde el conocimiento y uso del tratamiento con presión negativa son limitados, afectando su implementación práctica. Existen preocupaciones sobre obstáculos económicos y una notable falta de información sobre la efectividad y beneficios del TPN. Para mejorar la situación, es fundamental desarrollar estrategias educativas y de capacitación dirigidas a profesionales de la salud, así como abordar las barreras económicas que limitan el acceso a este tratamiento.

SUGERENCIAS

Algunas sugerencias para fortalecer el trabajo de investigación sobre el uso limitado de la Terapia de Presión Negativa (TPN) en el tratamiento de heridas crónicas:

1. Ampliación de la Muestra

Considera expandir la muestra a otros servicios del hospital o incluir personal de otros hospitales. Esto permitiría un análisis comparativo que podría arrojar una visión más amplia de los factores limitantes y facilitadores de la implementación de la TPN.

2. Capacitación y Formación del Personal

Dados los resultados de la encuesta, donde la mayoría del personal indica un conocimiento limitado sobre la TPN, sería beneficioso diseñar un programa de capacitación que aborde tanto los aspectos técnicos de la TPN como sus beneficios específicos para la cicatrización de heridas. Esta formación debería incluir casos prácticos y resultados de estudios clínicos sobre la efectividad de la TPN.

3. Evaluación Económica Detallada

Dado que muchos participantes perciben el factor económico como una barrera, sugiere realizar un análisis de costo-beneficio para entender mejor los costos asociados con la TPN frente a los beneficios para la recuperación y reducción de tiempos de hos-

pitalización. Esto ayudaría a fundamentar la toma de decisiones sobre la asignación de recursos para este tipo de tratamiento.

4. Seguimiento y Evaluación de Impacto

Implementa un sistema de seguimiento para evaluar el impacto de la TPN en los pacientes tratados en comparación con aquellos que recibieron otras formas de tratamiento. Esto podría incluir métricas como el tiempo de cicatrización, la reducción de infecciones, y el tiempo de hospitalización, proporcionando datos que respalden el uso de TPN de manera más frecuente.

5. Mejora en la Comunicación de los Beneficios de la TPN

La encuesta sugiere que muchos profesionales desconocen los beneficios específicos de la TPN. Una campaña informativa dentro del hospital, a través de boletines o presentaciones periódicas, podría ayudar a resaltar sus ventajas en términos de reducción de complicaciones y tiempos de recuperación.

6. Desarrollo de Protocolos Clínicos Estandarizados

Si bien la TPN es efectiva, su aplicación podría beneficiarse de protocolos específicos que orienten a los profesionales en la selección de casos y el seguimiento adecuado de la terapia. Esto también contribuiría a una mejor organización y optimización de recursos para asegurar su implementación en el hospital.

7. Investigación Cualitativa para Explorar Percepciones del Personal

Considera realizar entrevistas en profundidad o grupos focales para captar mejor las percepciones, dudas y recomendaciones del personal sobre el uso de la TPN. Esto permitiría entender no solo las barreras sino también las posibles soluciones desde la perspectiva de los profesionales.

8. Acceso a Recursos y Financiamiento

Con base en la limitación económica identificada, sería ideal gestionar el acceso a fuentes de financiamiento, ya sea a través de instituciones de salud públicas o privadas. Además, explorar programas de cooperación para adquirir equipos o insumos necesarios para la implementación de la TPN podría reducir la carga económica que enfrenta el hospital.

Estas sugerencias podrían ayudar a mejorar la implementación de la TPN y aportar a una atención más eficaz y personalizada, en especial para los pacientes adultos mayores, aumentando así la aceptación de esta terapia dentro del hospital.

https://drive.google.com/file/d/1b7t8gyShKhMvY-92QAW6hECy2_bqj5Hup/view?usp=sharing

Ostomia para técnica de enfermería

Autor

Lic. Prof. Esp. Mg. CHINELLATO PABLO ENZO
chinellatopenzo@gmail.com

OSTOMIA

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:

Una ostomía requiere de un tiempo de adaptación para que el paciente y su familia asimilen la experiencia. Pueden aparecer en este período síntomas emocionales como ansiedad, alteración del sueño o incluso cierto estado depresivo.

¿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 posible 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, pimienta roja 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 RETIRO SÓLO 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.		

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