



Universidad Pública de El Alto
CARRERA DE ENFERMERIA



RECTORADO - VICERRECTORADO
DIRECCION DE INVESTIGACION CIENCIA Y TECNOLOGIA

REVISTA CIENCIA Y TECNOLOGIA

No 3 / 2019

Enfoques de Enfermería

DICyT - UPEA
Dirección de Investigación Ciencia y Tecnología



Carrera de Enfermería



UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO
RECTORADO Y VICERRECTORADO
DIRECCION DE INVESTIGACION CIENCIA Y TECNOLOGIA

UNIVERSIDAD PUBLICA DE EL ALTO

M.Sc. Freddy Gualberto Medrano Alanoca
RECTOR - UPEA

Dr. Carlos Condori Titirico
VICERRECTOR - UPEA

Dr. Antonio Lopez Andrade Ph.D.
DIRECTOR DICYT

Lic. Nelly Marca Rivera
M.Sc. Lic. Jacqueline Muñoz Bravo
COMITÉ REVISOR

M.Sc. Lic. Erlinda A. Chuquimia Chuquimia
DECANA DEL AREA DE SALUD

Lic. Paddy Gyovanna Chalco Chalco
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERIA

M.Sc. Lic. Marisabel Calle Tinta
**COORDINADORA DEL INSTITUTO DE INVESTIGACION
CARRERA DE ENFERMERIA**

DEPOSITO LEGAL:
4 - 3 - 77 - 12 P. O.

DISEÑO Y DIAGRAMACION E IMPRESO
IMA GRAF - 2846347 - 77735220

La información presentada como ARTICULO CIENTIFICO en la presente edicion es de entera responsabilidad de cada uno de los autores.

PROHIBIDA LA REPRODUCCION TOTAL O PARCIAL POR CUALQUIER MEDIO SIN PREVIA AUTORIZACION DE LOS AUTORES

Carrera de Enfermería

ANTECEDENTES.

La carrera de enfermería nace en un ambiente hostil, inicio sus actividades académicas en la Universidad Pública y Autónoma de El Alto (UPEA) en septiembre del 2000 con 210 estudiantes aproximadamente, todos ellos distribuidos en cinco paralelos.

Las clases se desarrollan en ambientes precarios y sin materiales educativos, pese a estas falencias, el sector estudiantil no desmayo ni perdió las esperanzas de lograr su formación superior.

El compromiso y solidaridad para la consolidación de la carrera de Enfermería de la UPEA se manifestó con vigiliadas, resguardos diurnos y nocturnos, constantes movilizaciones con la participación de padres de familia, docentes y vecinos de la universidad y de la carrera.

El Lic. Víctor Hugo Taboada Sanjinés fue fundador de la UPEA y de la carrera de enfermería que cumplió un rol importante junto a la Lic. Gloria Humerez Sebacollo como directora de carrera y la universitaria Jeny J. Felipez Mita como ejecutiva del centro de estudiantes quienes conjuntamente a la Lic. Pinaforta Apaza Huanca, Erlinda A. Chuquimia entre otros docentes y los universitarios Juana Fernandez Sandra Yucra Carla Guzman, Paddy Chalco, Cristina Lupa, Reyna Laguna, Freddy Gutiérrez entre otros.

Se posesiona a la Lic. Elizabeth Condori Quispe, como directora de carrera de enfermería, el 16 de febrero al 21 de marzo del 2005, en la posesión del honorable Concejo Universitario presidido por el presidente Ing. Mario Virreira Iporre por primera vez se institucionaliza los cargos jerárquicos de carrera, la elección de la dirección fue elegido en claustro universitario y el Lic. Víctor Hugo Taboada Sanjinés elegido en asamblea docente estudiantil como sub-director de carrera.

El 2 de abril se posesionan en Honorable concejo de carrera a la Lic. Naldi Sanjinés Lanza y la Magister Erlinda Chuquimia, como Directora y Sub directora, cumpliendo por segunda vez el proceso de institucionalización de los cargos de Dirección en enfermería, dichas autoridades fueron las primeras en consolidar la titulación de los primeros profesionales en Enfermería de la U.P.E.A.

Por el periodo de dos años y elegida en claustro el 23 de junio del 2009 por el HCU.

Para las gestiones académicas noviembre del 2011 a noviembre 2013 el Lic. Víctor Hugo Taboada Sanjiné es elegido democráticamente y posesionado en el Honorable Concejo Universitario por las autoridades correspondientes como director de la carrera de Enfermería.

Para las gestiones Académicas del 2015 a 2017 la Magister Lic. Jeny Joany Felipez Mita

fue elegida democráticamente por dos años y posesionado en el Honorable Consejo Universitario, como directora de la Carrera de Enfermería.

En las gestiones Académicas 2017 a 2019. La Lic. Paddy Gyovanna Chalco Chalco fue elegida democráticamente y posesionada por el Honorable Consejo Universitario como directora de la Carrera de Enfermería.

JUSTIFICACIÓN.

Los indicadores de pobreza en la ciudad de El Alto son elevados, es por esta situación que la UPEA debe iniciar y realizar estrategias junto a la población docente estudiantil para el desarrollo y consolidación de la carrera de Enfermería. Definir y desarrollar la malla curricular según las necesidades de la población alteña y acorde al sistema académico, tomando en cuenta las bases y fundamentos de las instancias gestoras del sistema universitario.

Siguiendo los lineamientos de la última reunión multisectorial de carreras de Enfermería a nivel nacional; la carrera de enfermería de la UPEA. Realizo las III Jornadas Académicas en el mes de junio 2008 con la participación de docentes y estudiantes, con la finalidad de reformular el plan curricular, cambió que busca dar respuesta a las necesidades de la atención en Salud de la ciudad de El Alto y el país con, enfoque intercultural, académico, científico, tecnológico, investigativo y productivo, de modo que la formación sea pertinente competitiva y de calidad.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES DE ENFERMERIA Y SALUD

Antecedentes

El Instituto de Investigaciones de Enfermería y de Salud (IIES), dependiente de la carrera de Enfermería y de la Dirección de Investigación Ciencia y Tecnología (DICyT), en proceso de organizaciones en marzo del 2012 a través de la Resolución 044/2012 del Honorable Consejo de Carrera (HCC), como producto del interés de un grupo de Docentes y estudiantes de la Carrera, iniciando como responsable interina la Lic. MsC. Erlinda A. Chuquimia Chuquimia, conjuntamente con la Dirección de Carrera.

La misión, visión y objetivos del instituto serán elaborados y consolidados en las próximas jornadas académicas a realizarse en el mes de septiembre del presente, entre tanto se trabajará con la publicación de la primera revista científica.

Misión

El IIES es una unidad que realiza investigación sobre las problemáticas de las Ciencias de Enfermería y Ciencias de la Salud, donde confluyen investigaciones inter, multidisciplinares, generando conocimientos para la construcción de soluciones de problemas relacionados con la profesión como tal y las ciencias de la Salud.

Visión

Establecerse como una unidad académica líder en la investigación de las Ciencias de Enfermería y de Salud en el Estado Plurinacional de Bolivia, desde perspectivas multi, interdisciplinares, que articule, coordine y desarrolle las investigaciones y su incidencia e impacto reconocido a nivel nacional e internacional.

Objetivos

- Promover y formar profesionales que respondan al perfil de investigadores en Enfermería y sean portadores de instrumentos para el cumplimiento de las líneas de investigación y los propósitos de la UPEA.
- Fortalecer la capacidad investigativa de los docentes y estudiantes de la Carrera de Enfermería.

EDITORIAL

Tenemos la satisfacción de presentar la publicación del segundo número de la Revista Científica **"Enfoques de Enfermería. Revista de Investigación y Educación"** del Instituto de Investigación de Enfermería y Salud de la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto. Esta publicación tiene como objetivo difundir trabajos intelectuales y de investigación en el campo de la ciencia de Enfermería y Salud. Tenemos la esperanza de que el contenido sobre temáticas de enfermería y salud colme las expectativas y sea de utilidad a la comunidad universitaria, en especial a los estudiantes y docentes de la institución y a todas las personas que tengan interés y compromiso con la salud de la población boliviana.

La Revista Científica No. 3 contiene diferentes temáticas relativas al ámbito de Enfermería y Salud. Por una parte, tenemos investigaciones referidos a grado de conocimiento sobre los Juegos de asfixias de Paddy Giovanna Chalco Chalco, Lourdes Choque Tantani. Por otra parte tenemos investigaciones, causas de Infecciones intrahospitalarias de Carla Ximena Guzmán y Marisabel Calle Tinta, sobre la ingesta de Pilas botón de Maribel Tarquino Acapári y Jeny Joany Felipez Mita, Conocimiento sobre primeros auxilios del personal de tránsito de Lucy Achú Yahuita, María Elena Mamani Gamboa y Juan Ángel Coronel Sardón, Estrés académico en estudiantes de Enfermería de Sandra Elizabeth Callata Bautista, Verónica Alarcón Cabezas y Teresa Lastenia Poma Choque, conocimientos y aplicación del proceso enfermero de Mónica Sofía Flores Ticona, beneficios del catéter percutáneo en recién nacidos hospitalizados de Nelly Flores Acero, Jeny Joany Felipez Mita, Paddy Giovanna Chalco Chalco y Lourdes Choque Tantani, estilo de vida de los choferes entre edades de 20 a 50 años de Wendy Conde Choquí y Lizeth Yujra Quispe, cuidados de catéteres subcutáneos de Angélica Yolanda Espinal Charca, Wendy Micaela Paxi Condori y Beatriz Condori Cachaca, conociendo la enfermedad de Huntington de Andrés Víctor Laura Osco, Evar Oscar Quispe Mamani y Sonia Zeballos Callisaya, grado de conocimiento sobre cáncer cérvico uterino de Nieves Nina Calle, Rosario Mamani Apaza y Yhersinka Laguna Mamani, conocimiento de la lactancia materna exclusiva de

María Marisol Ríos Fuertes y Delma Ramos Fernández. Esperamos contar para las siguientes publicaciones con mas articulos científicos de docentes y estudiantes para la construcción y desarrollo en la formación de futuros cientistas en Enfermería.

M.Sc. Lic. Erlinda A. Chuquimia Chuquimia
DECANA DEL AREA DE SALUD

Lic. Paddy Giovanna Chalco Chalco
DIRECTORA DE LA CARRERA DE
ENFERMERIA

Lic. Nelly Marca Rivera
M.Sc. Lic. Jacqueline Muñoz Bravo
COMISION ACADEMICA
CARRERA DE ENFERMERIA

M.Sc. Lic. Marisabel Calle Tinta
COORDINACION DE INVESTIGACION
CARRERA DE ENFERMERIA

Contenido

GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS JUEGOS DE ASFIXIA EN LOS PADRES DE FAMILIA Y ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA “ HOLANDA ” DE LA CIUDAD DE EL ALTO	11
INFORMACION ADECUADA SOBRE LA INGESTA DE LAS PILAS BOTON A LOS PADRES DE FAMILIA DE LA ZONA 3 DE MAYO DE LA CIUDAD DE EL ALTO	22
ANÁLISIS SOBRE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE UTI EN LOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE EL ALTO	32
CONOCIMIENTOS SOBRE PRIMEROS AUXILIOS DEL PERSONAL OPERATIVO DE TRANSITO GESTION 2018.	38
ESTRES ACADEMICO EN LAS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO	45
CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO HOSPITAL LOS ANDES Y HOSPITAL VILLA DOLORES	50
“BENEFICIOS DEL CATÉTER PERCUTANEO EN EL RECIÉN NACIDO HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL, EN EL HOSPITAL DEL NORTE”	56
ESTILOS DE VIDA DE LOS CHOFERES ENTRE EDADES DE 20 A 50 AÑOS DE LA CIUDAD INDUSTRIAL DE VIACHA DEL DISTRITO 1 Y 2.	66
CUIDADOS DE CATETERES SUBCUTANEO EN PACIENTES SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA EN LA CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA”	72

CONOCIENDO LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON EN EL HOGAR "SAN MARTIN" DE LA CIUDAD DE EL ALTO 82

GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE CANCER CERVICO UTERINO EN MUJERES EN EDAD FERTIL ENTRE LAS EDADES DE 15 A 45 AÑOS EN LA ZONA VILLA INGAVI DE LA CIUDAD DE EL ALTO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DE LA GESTION 2018 89

CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES DE EDAD, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD LOTES Y SERVICIOS DE LA CIUDAD DE EL ALTO 97

GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS JUEGOS DE ASFIXIA EN LOS PADRES DE FAMILIA Y ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA "HOLANDA" DE LA CIUDAD DE EL ALTO

Chalco Chalco¹, P.G.; Choque Tantani L.²

¹ Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

² Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

RESUMEN:

Los juegos asfícticos son un comportamiento conocido entre los adolescentes, pero no descrito hasta el momento en la literatura científica española. Se trata de comportamientos que buscan una breve euforia debida a la disminución del flujo de oxígeno en el cerebro.

El juego de asfixia es una actividad peligrosa, potencialmente mortal, varios casos pueden ayudar a médicos en general a conocer tanto el fenómeno como la peligrosidad del mismo. Su conocimiento es importante para la prevención y detección de riesgo entre los adolescentes. En el último año ha tenido lugar una serie de muertes de adolescentes en el mundo que podrían estar relacionadas con un peligroso juego llamado "juego de la asfixia". Se lo practica desde hace muchos años en varios países del mundo y consiste en provocar hipoxia cerebral por algunos segundos, mediante diferentes técnicas, para obtener un instante de éxtasis y placer.

Consideramos relevante que los padres de familia conozcan esta práctica y pueda identificar, a través de signos y síntomas, cuando un adolescente pueda estar jugando al juego de la asfixia. El juego de asfixia normalmente se registra y se toma en cuenta como asfixia mecánica.

Palabras clave: choking game, juegos asfícticos.

ABSTRACT:

Choking games are a known behavior among adolescents, although they have not been reported in the Spanish scientific literature. They are games which seek a brief euphoria due to the restriction oxygen flow into the brain.

The choking game is a dangerous and potentially fatal activity, cases like this may be helpful for medicines in recognizing this phenomenon and its risks. Knowledge of this activity is important for the prevention and early detection of adolescents risk behaviors. In the last year there was happened a series of adolescent deaths in the world that might be related to a dangerous game known as "the choking game". It has been practiced over many years in different countries around the world and consists of provoking brain hypoxia for some seconds by different techniques to obtain an instant of ecstasy and pleasure.

We consider relevant that health providers know about this practice and so be able to recognize through signs and symptoms when an adolescent might be playing this game. This choking game is normally registered and known as mechanic asphyxia.

Key words: choking game, asphyxia games.

1. INTRODUCCIÓN

El juego de la asfixia es una actividad de riesgo principalmente entre adolescentes, que ha sido objeto de interés en los medios de comunicación y, recientemente, en la literatura científica. Se practica individualmente o en grupo y consiste en la auto estrangulación o estrangulación por otra persona con las manos o con un lazo para alcanzar un breve estado de euforia y otros efectos derivados de la hipoxia cerebral. Existen variantes de esta práctica que cursan con hiperventilación y posterior opresión torácica. Estas sensaciones son percibidas como placenteras, lo que propicia su repetición.

Los juegos de asfixia en niños y adolescentes se han producido durante generaciones, un estudio en 2008 del Center for Disease Control and Prevention (CDC) indicaba que, entre 1995 y 2007, se habían producido 82 muertes de niños y adolescentes probablemente debidas al juego de la asfixia. Los médicos están en una situación única para reconocer los signos de auto asfixia y proporcionar orientación sobre los riesgos de esta actividad tanto a los adolescentes como a los padres. Se constituyó un Comité de Emergencia designado por el Ministerio de Salud Pública integrado por psicólogos, psiquiatras, sociólogos y antropólogos, con el fin de analizar este fenómeno y dar contención a adolescentes y familiares.

El juego recibe numerosos nombres es muy conocido como: the choking game y en Francia se le conoce como: jeu du foulard, también conocido como "juego

del desmayo", "juego de la ruleta", "black hole", "space monkey", "7 minutes of heaven", y "the American dream game", entre muchas otras denominaciones, es practicado por los adolescentes como un rito de experimentación desde hace varios años, principalmente desde la última década tras la globalización de internet.

Algunos jóvenes lo consideran "la droga de los niños buenos", en alusión a los efectos "placenteros" y excitantes producidos por las drogas de abuso.

Consiste en cortar la circulación de la arteria carótida del cuello con cuerda, cinturón, manos o deteniendo la respiración, para después liberar la presión antes del desmayo, varios jóvenes han perdido la vida al desconocer los peligros que causa el reto ya que esta práctica provoca falta de oxigenación en el cerebro (hipoxia cerebral), ya sea mediante la estrangulación de la arteria carótida del cuello (que causa insuficiencia de la sangre para suministrar oxígeno), o a través de hiperventilación forzada seguida de presión del tórax, es decir, liberar el aire de pulmones para eliminar dióxido de carbono (CO₂) y causar respiraciones largas.

Como cualquier actividad que consta de privar al cerebro de oxígeno, el juego de asfixia tiene el potencial de causar daños a las células del cerebro que van desde moderados a graves. En cuanto a las muertes del juego de asfixia estas no siempre están relacionadas a daños neurológicos serios. Son comunes los casos de adolescentes que fallecieron asfixiados tras desmayarse antes del liberar

la presión en su cuello o presión del tórax. Cabe recordar que 3 minutos sin suministro de oxígeno al cerebro puede provocar daño cerebral notable, mientras que entre 4 y 5 minutos sin respirar usualmente lleva al fallecimiento.

2. MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo se realizó en la ciudad del alto a los padres de familia y adolescentes de la unidad educativa Holanda de la zona mururata.

El método de Investigación que se utilizó fue cualitativa se llevo a cabo en la web y YouTube donde nos menciona sobre casos de los juegos de asfixia en adolescentes como realizan estas prácticas y muchos explican el porqué, como también una Investigación Documental donde la información obtenida de los medios de comunicación donde se menciona sobre los casos que fueron registrados como juego de asfixia y no como suicidio ahorcamiento común.

Otro método de investigación fue cuantitativa donde las encuestas nos permiten saber si los adolescentes tiene conocimiento o ha practicado alguna vez estos juegos de asfixia, también encuestas a padres de familia y autoridades relacionadas con la posible atención de casos de juegos de asfixia.

Las técnicas de investigación fueron realizadas a través de encuestas, páginas web, periódicos, YouTube, con personas que utilizan este medio de asfixia para autodefensa que son los militares.

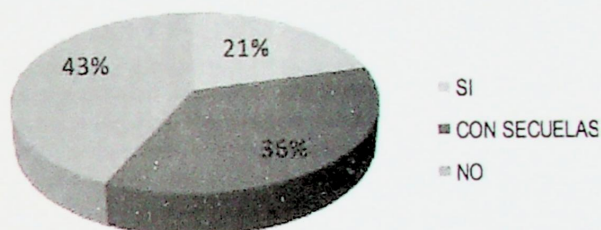
El presente trabajo se desarrolló mediante las siguientes etapas:

3. RESULTADOS

ENCUESTAS REALIZADAS A PADRES DE FAMILIA Y AUTORIDADES.

1.- SABE USTED QUE LOS ADOLESCENTES CORREN PELIGRO DE MUERTE:

GRAFICO N° 1



Fuente: Elaboración propia

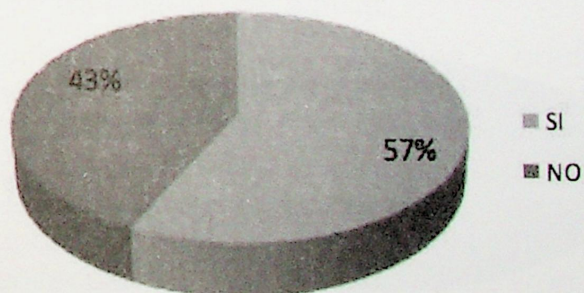
INTERPRETACIÓN

Un 36 % de las personas mayores de edad encuestadas indicaron conocer sobre los juegos de asfixia por algunos conocimientos sobre secuelas y muchos de ellos tuvieron consecuencias incluso los expulsaron de colegios y otros.

ENCUESTA PARA PADRES DE FAMILIA DE LA UNIDAD EDUCATIVA XXXXXXXX

2.- SABE USTED QUE SON LOS JUEGOS DE ASFIXIA.

GRAFICA N° 2



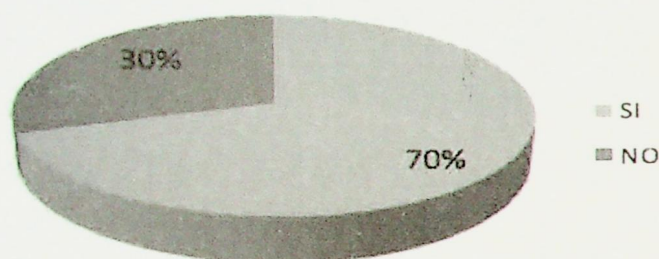
Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN.

Un 57 % de los padres de familia llegaron a escuchar sobre estos juegos de asfixia, y un 43% no escucho sobre estos juegos de asfixia.

3.- SABE USTED COMO DETECTAR LOS SIGNOS EN UN ADOLESCENTE QUE PUEDE ESTAR JUGANDO ESTOS JUEGOS DE ASFIXIA.

GRAFICO N° 3



Fuente: Elaboración propia

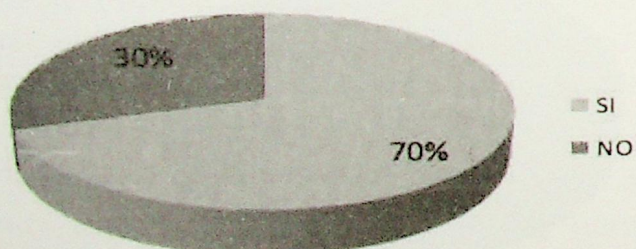
INTERPRETACIÓN.

Un 70 % de los padres de familia no conoce sobre los signos que puede presentar un adolescente para poder prevenir los juegos de asfixia y un 30 % no conoce.

ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADOLESCENTES

1.- CONOCES CUALES SON LOS JUEGOS DE ASFIXIAS.

GRAFICO N° 1



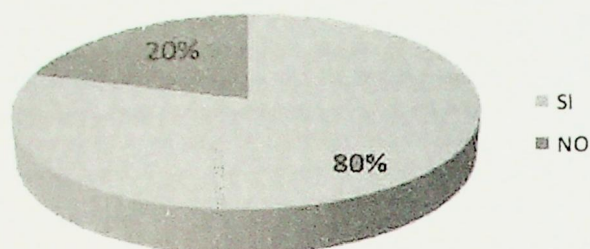
Fuente : Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

Un 70 % de los adolescentes conoce que son los juegos de asfixia 30% de jóvenes no conocen los juegos de asfixias.

2.- ALGUNA VEZ JUGASTE ALGÚN JUEGO DE ASFIXIA.

GRAFICO N° 2



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN.

Un 80 % de los adolescentes han intentado o probado un juego de asfixia, y el 20% refiere que no haber jugado juegos de asfixia..

3.- CONOCES LAS CONSECUENCIAS QUE PUEDE LLEGAR A OCASIONAL ESTOS JUEGOS.

GRAFICO N° 3



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN.

Un 60 % de los adolescentes no sabe las consecuencias de estos juegos de asfixia pero un 40% si conoce las consecuencias de los juegos de asfixia..

4.- ALGUNA VEZ ALGUNO AMIGO SUYO O USTED LLEGO A UN DESMAYO CAUSADO POR EL JUEGO DE ASFIXIA.

GRAFICO N° 4



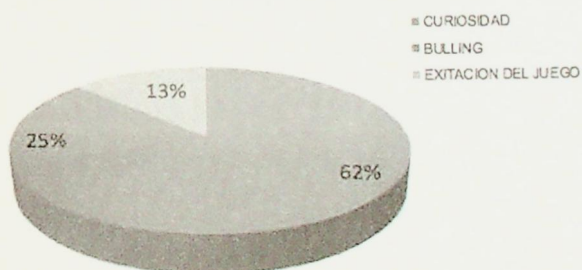
Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN.

Un 80 % no ha llegado a un desmayo por este juego de asfixia pero los adolescentes refieren que si haber sufrido desmayos por los juegos de asfixia en un 20%.

5.- PORQUE ACCEDEN AL JUEGO DE ASFIXIAS.

GRAFICO N° 5



Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN.

La mayor parte de los adolescentes un 62% accede a jugar los juegos de asfixia por curiosidad, pero el 25% de adolescentes refiere que sufren de bullying con juegos de asfixia y el 13% de los adolescentes juega este juego de asfixia por excitación del juego.

4. DISCUSIÓN

Determinar la prevalencia y mortalidad derivada del juego resulta difícil de la escasa notificación, ya sea por el bajo índice de sospecha del personal médico o por las condiciones de privacidad en las que suele realizarse.

Frecuentemente, los padres se enteran de la participación de sus hijos en el choking game tras investigaciones policiales por sospecha de suicidio o en las guardias, donde los chicos consultan por convulsiones, síncope, traumatismos craneales, fracturas o pérdida aguda de la visión. Y así es como muchas o varias de las veces se llegó a presentar estos casos como ahorcamiento o suicidio ya que no hay manera de demostrar que muchos puede que hayan sido fallecidos a causa de estos juegos y la adicción a la que somete a la adolescencia debido a l nivel de excitación que sienten que llegan.

Nuestra Propuesta o razón es demostrar como muchos jóvenes conocen y muchos, aunque por curiosidad han llegado a jugar este juego de asfixia sin tener la menor idea de sus consecuencias pero que también los padres y personas mayores, autoridades no tienen ni siquiera conocimiento de los signos de se pueden ver en los adolescentes que demuestran que puede que este adolescente este jugando el juego de asfixia.

Muchas de las personas adultas encuestadas, padres de familia, indicaron conocer sobre los juegos de asfixia por algunas secuelas que vieron o escucharon que sucedieron en familiares o personas conocidas muchos de ellos tuvieron consecuencias incluso los expulsaron de colegios y otros. También algunos solo mencionaron que solamente escucharon

mentar sobre estos juegos o los vieron en su adolescencia ya que este juego lleva muchos años de práctica. Lastimosamente casi nadie tiene conocimiento de los signos que puede presentar un adolescente para poder prevenir los juegos de asfixia.

Según las encuestas realizadas en los adolescentes la mayor cantidad de estos tiene conocimiento de los juegos de asfixia la mayoría por otros nombres y debido a que esto es popular en las redes sociales. Pudimos verificar que ellos han intentado y visto también en las escuelas militares estas como prácticas de autodefensa como también muchos de ellos por simple curiosidad.

5. CONCLUSIONES

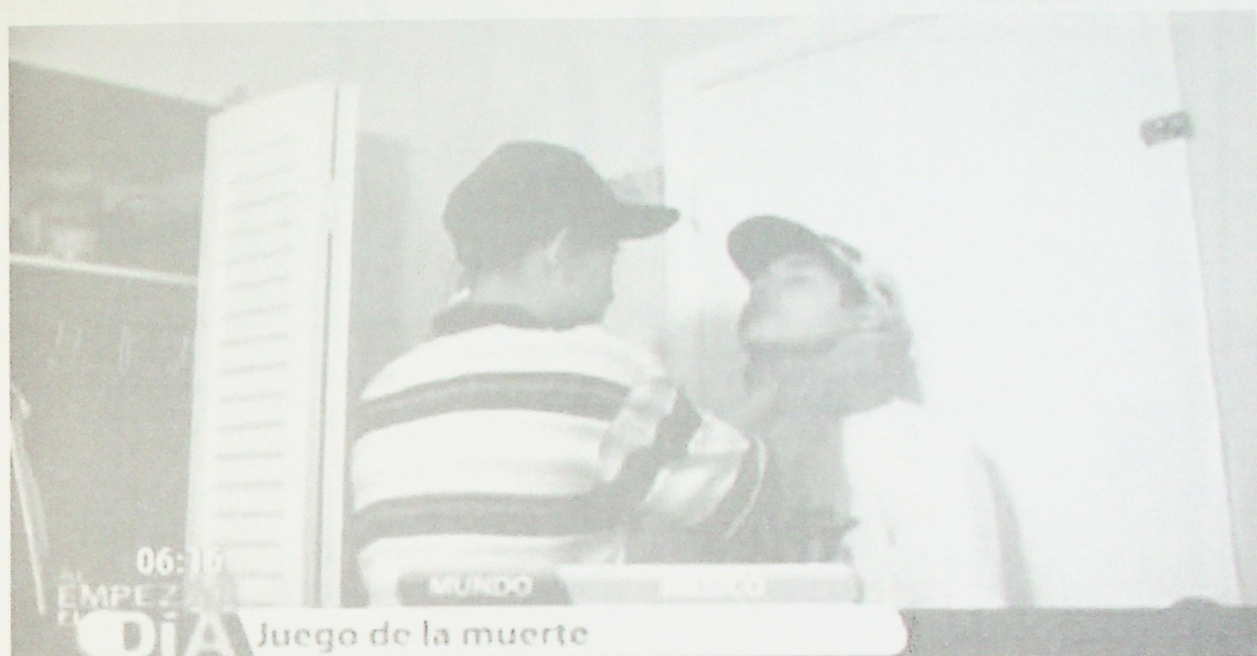
Llegando a la conclusión del presente trabajo y debido al poco conocimiento de los padres de familia y la curiosidad de los adolescentes y al aumento de víctimas detectables del choking game y el mayor número de sobrevivientes con secuelas y complicaciones secundarias consideramos importante que el equipo de salud que interactúe con adolescentes se instruya sobre el tema para realizar medidas de prevención primaria más oportunas y enseñar a padres, colegas, maestros y adolescentes cómo identificar los signos de alarma que sugieran que un chico puede estar participando en este juego.

La mayor parte de nuestra adolescencia conoce o ha practicado, aunque una vez este juego de asfixia se cree necesario que exista mayor información a los padres de familia médicos y autoridades para poder orientar e identificar estos casos a tiempo. Lo cual se logró informar mediante la charla a los padres y adolescentes sobre el peligro de este de juego de asfixia

6. BIBLIOGRAFÍA

- Alex Mires (Junio de 2013) ASFIXIAS
- Asfixia (2014) juegos de asfixia.
- Jóvenes en peligro (2013) juegos de asfixia
- Asfixia-(2012) primeros auxilios
- Asphyxia: (2015) MedllinePlus
- Medicina LEGAL: (2016) Asfixiologia
- Primeros Auxilios asfixia (2016), Ahogo. Tipos
- Wikipedia (2014) asfixia palahniuk chuck (23 de febrero de 2012) asfixia.

APÉNDICE



PARADISE POST

Tuesday, May 19, 2009

Serving Paradise, California, since 1963
www.paradisepost.com

Fifty Cents (Home delivery 20¢ per copy)

Blacking out: 'It's like a dream world'



Local mother confronts a dangerous practice through her son's death

By Nick H. Gilbert
Staff Writer

Introduction

The first lesson most children are taught is to stay off the street. It's a simple enough concept, but it's one that can be deadly if not followed.

Paradise is no exception. In fact, it's a place where the danger is often hidden in plain sight.

When Jacob Parker's father died, the father's death was a shock. But the father's death was also a warning.

the family was spread out across the country. When the father died, the family was left with a young son and a young daughter.

After the father's death, the family was left with a young son and a young daughter.

It was the first time the family had been split apart. The father had been a man who was always there for his family.

Paradise is a place where the danger is often hidden in plain sight. It's a place where the danger is often hidden in plain sight.

It was the first time the family had been split apart.

When I found out what the father was doing, I was shocked. I was shocked because I had never heard of anything like this before.

Paradise is a place where the danger is often hidden in plain sight. It's a place where the danger is often hidden in plain sight.

When I found out what the father was doing, I was shocked. I was shocked because I had never heard of anything like this before.

It was the first time the family had been split apart.

Ridge girl sings at Carnegie

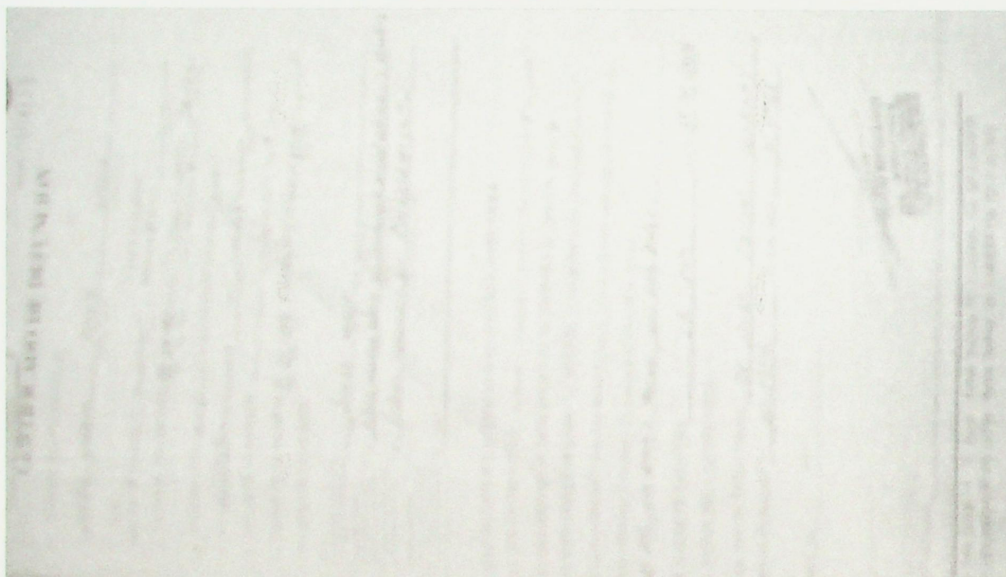
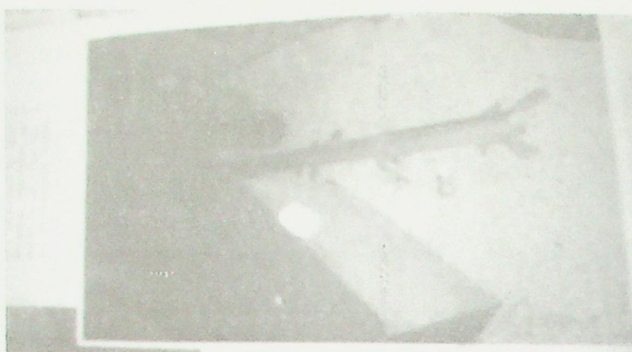
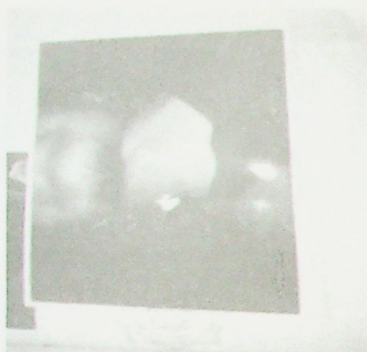
By Tasha Wright
Staff Writer

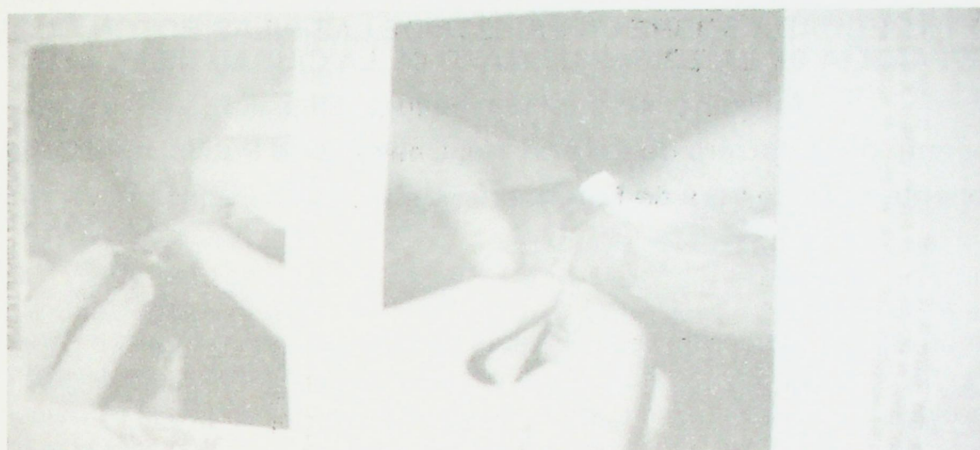
The old saying goes, "It takes a village to raise a child." In Paradise, it's true.

When a child is born, the village is there to help.

Paradise is a place where the danger is often hidden in plain sight. It's a place where the danger is often hidden in plain sight.

As a girl, Carnegie is a place where the danger is often hidden in plain sight. It's a place where the danger is often hidden in plain sight.





INFORMACION ADECUADA SOBRE LA INGESTA DE LAS PILAS BOTON A LOS PADRES DE FAMILIA DE LA ZONA 3 DE MAYO DE LA CIUDAD DE EL ALTO

Tarquino, Acarapi M.¹; Felipez Mita, J.J.²

¹ Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

² Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

RESUMEN.

La ingestión de un cuerpo extraño generalmente es un hecho accidental, que, en edad pediátrica, generalmente corresponde a objetos inorgánicos romos y pequeños, que el paciente se introduce en la boca. Dependiendo de las características físicas (filosas, puntiagudas), químicas, eléctricas, data de la ingesta del Cuerpo extraño y eventual compromiso de la vía aérea, puede constituirse en una situación de emergencia, ante la cual el médico debe actuar con rapidez. La gran mayoría de las complicaciones se producen cuando el cuerpo extraño se queda atascado en esófago. Si éste ya está localizado a distal, en la mayoría de los pacientes será eliminado sin complicaciones. El cuerpo extraño debe ser retirado rápidamente vía endoscópica si está en esófago. Una vez en intestino se adopta una conducta de vigilancia, con controles radiológicos seriados. En caso de complicación sea perforación u obstrucción intestinal, la indicación es la cirugía. La ingestión de cuerpo extraño es frecuente observarla en la consulta pediátrica; aunque el mayor porcentaje son monedas, la ingestión de pilas de disco o botón son un problema serio. Conocer las principales lesiones esofágicas ocasionadas por la ingesta de pilas de disco (IPD), así como la respuesta al manejo y su evolución muy importante.

Palabras clave: Cuerpo extraño esofágico, ingestión batería, Ingestión de cuerpo extraño; pila de disco; endoscopia; estenosis; fístula traqueo esofágica.

ABSTRACT:

Ingestion of a foreign body usually happens accidentally. In children, are frequently inorganic blunt and small objects, which the child put in mouth. This situation, depending on the physical characteristics of the foreign body (sharp, pointed), chemical, electrical, data of the intake or airway compromise may constitute an emergency situation, in which the physician must act quickly. The vast majority of complications occur when the FB is stuck in the esophagus. If it is already located in a distal, most patients will have a benign course without complications. The foreign body should be withdrawn rapidly if localized in the esophagus. Once in the intestine a surveillance conduct with serial radiological controls is chosen. If complication is presented, like perforation or intestinal obstruction, the indication is surgery. Foreign body ingestion is a common cause of consultation in the pediatric practice. Even though the most frequent ingested objects are coins, the button disk batteries are becoming a serious problem. To describe the main esophageal lesions

Caused by the ingestion of button disk batteries, their response to treatment and clinical evolution is very important.

Keywords: Esophageal foreign body, button batteries ingestion, Foreign body ingestion; button disk battery; endoscopy; stenosis; traqueoesophageal fistula.

1. INTRODUCCIÓN

El incremento de los accidentes ocasionados por las pilas botón en los niños es algo que nos conlleva llevar a cabo este trabajo de investigación. El mismo es interdisciplinario y fue generado por los servicios de Otorrinolaringología, Toxicología y Pediatría.

Es sabida la tendencia de los niños a investigar el mundo que los rodea a través del contacto físico. En las etapas tempranas del desarrollo es bastante frecuente que dicho contacto incluya la introducción de los elementos que explora en orificios tales como la nariz, oído y boca, constituyéndose en una causa muy común de consulta en la guardia de cualquier hospital.

La ingesta de cuerpos extraños de un 70 a 80% de los casos se presenta en la edad pediátrica concentrándose la mayor cantidad de pacientes entre los 6 meses y 3 años de edad. La distribución por sexo es similar en niños, pero en adultos es más frecuente en los hombres. La mayoría obedece a ingesta accidental, lo que explica el tipo de cuerpo extraño en cada grupo etario, siendo en niños más frecuentes los cuerpos extraños inorgánicos y de estos los redondos o romos (monedas, botones, pilas, objetos de plástico, piezas de juguetes, magnetos), más que los puntiagudos.

Afortunadamente el 80-90% de los cuerpos extraños que llegan a estómago transitará por el tracto gastrointestinal sin dificultad. Una vez traspasado el esófago, la mayoría de los cuerpos extraños serán eliminados sin complicaciones. Es caso de producirse éstas, considerar la retención del cuerpo extraño a nivel del píloro o válvula ileocecal. Las potenciales complicaciones son obstrucción intestinal, perforación y

erosión de mucosa u órganos adyacentes. Sólo el 10-20% requerirán de extracción endoscópica, y menos del 1% cirugía. La mayoría de los niños viene con algún familiar que fue testigo de la ingesta. La mitad de ellos no presenta ningún tipo de síntomas. Cuando éstos se presentan, dependerán de la localización del cuerpo extraño. El mercurio es un metal pesado y su presencia en el cuerpo humano resulta tóxica a partir de ciertos niveles críticos que dependen fundamentalmente, de un conocimiento de las relaciones dosis-efecto y dosis-respuesta. Asimismo, depende del conocimiento de la variación en la exposición, absorción, metabolización y excreción en cualquier situación dada.

La toxicidad del mercurio es conocida desde antiguo (Hipócrates, Plinio, Galeno). El mercurio posee una gran variedad de estados físicos y químicos (elemental / inorgánico / orgánico). Con propiedades tóxicas intrínsecas a cada uno de ellos. Toxicológicamente hablando, el mercurio orgánico y fundamentalmente el metilmercurio poseen una toxicidad muchísimo más elevada que el mercurio elemental y los compuestos inorgánicos. Considerar una serie de factores que influyen decisivamente en la toxicidad del mercurio: estado fisicoquímico, vías de penetración en el organismo, metabolismo individual, tasas de excreción y efectos sinérgicos y/o antagónicos de otros agentes.

2. MATERIAL Y MÉTODOS.

El presente trabajo de investigación se realizó en la ciudad de El Alto, a los padres de familia de la zona 3 de mayo durante los meses de agosto y septiembre.

El tipo de investigación es de diseño cualitativo debido al método de recolección

de datos que utilizamos para la obtención de información.

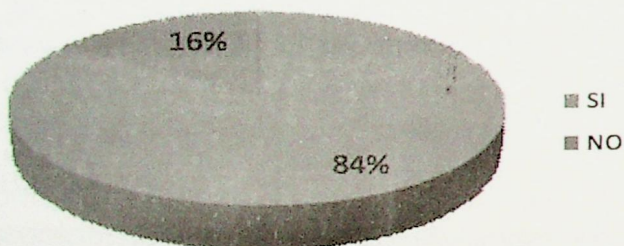
Nuestra técnica de recolección de datos fue a través de encuestas y prevención por medio de métodos de información como ser los trípticos.

3. RESULTADOS.

Entre los resultados se puede demostrar que la gran mayoría de las personas tienen muy poco o nulo conocimiento sobre los daños y atenciones de emergencia que se debe realizar en cuanto a la ingestión de una pila botón.

1.- ¿USTED A ADQUIRIDO JUGUETES O ALGÚN TIPO DE OBJETO PARA SUS NIÑOS QUE UTILICEN LAS PILAS BOTÓN?

GRAFICA N° 1



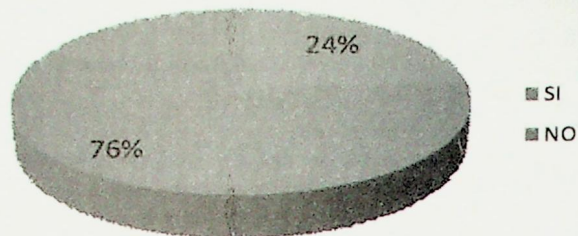
Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN.

Se puede demostrar que 84% de las personas encuestadas SI adquieren juguetes con pilas botón y el 16% de personas encuestadas NO adquieren juegos con este tipo de pilas botón.

2.- ¿CONOCE USTED SOBRE EL RIESGO QUE CONLLEVA SI SU NIÑO(A) LOGRASE INGERIR POR ALGÚN MOTIVO ESTA PILA BOTÓN?

GRAFICO N° 2



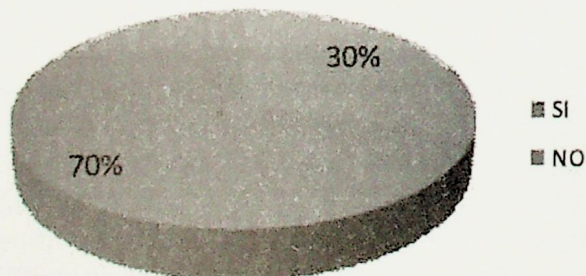
Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN.

Un gran porcentaje de las personas encuestadas que son el 76% indican que conoce el riesgo que conlleva si su niño(a) ingiere una pila botón y un 24% de personas encuestadas refiere que no conocen sobre los riesgos que conlleva si su niño(a) ingiere una pila botón.

3.- ¿USTED SABIA QUE ESTAS PILAS PUEDEN PRODUCIR PERFORACIONESXXXX?

GRAFICA N° 3



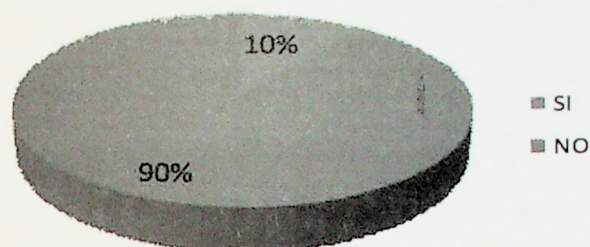
Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN.

Un 70 % de las personas encuestadas no conocían sobre las perforaciones que puede causar una pila botón., pero un 30% de personas encuestadas si conocían sobre las personas que ocasionan las pilas botón

4.- ¿SABE USTED QUE DESPUÉS DE CUATRO HORAS DE LA INGESTA DE UNA PILA BOTÓN PUEDE PRODUCIR UNA PERFORACIÓN ESOFÁGICA?

GRAFICA N° 4



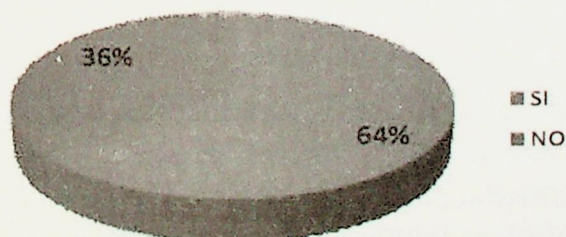
Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN.

Un 90% de las personas encuestadas no tenía idea del tiempo que tarda en causar un daño la pila botón, y un 10% de personas encuestadas SI tiene conocimiento del tiempo que tarda en causar daño la ingesta de una pila botón.

5.- ¿CREE USTED QUE UNA PILA DE BOTÓN MIENTRAS MAS CARGA TENGA PUEDA LLEGAR A CAUSAR UN MAYOR DAÑO.?

GRAFICA N° 5



Fuente: Elaboración propia

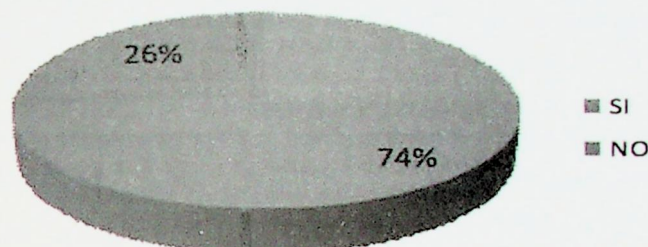
INTERPRETACIÓN.

Un 64% de las personas encuestadas pensaba que una pila botón con mayor carga podía causar un mayor daño, pero el

36% de las personas encuestadas no tenía conocimiento sobre el tema.

6.- ¿SI SU NIÑA(O) INGIERE UNA PILA BOTÓN DEBERÍA PROVOCAR O INDUCIRLA A UN VOMITO?

GRAFICO N° 6



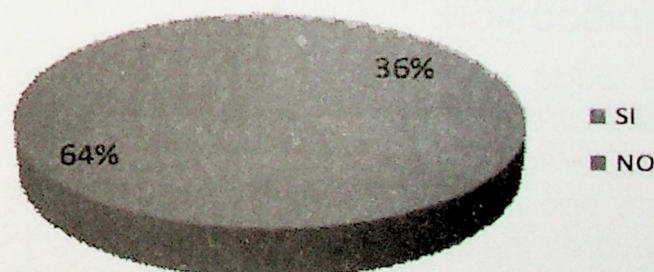
Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN.

Un 74% de las personas encuestadas piensan que SI deberían provocar vomito en su niño o niña al ver que ingiere una pila botón, sin embargo, EL 26% de las personas encuestadas NO sabe si debe provocar o inducir al vomito cuando su niño ingiera una pila botón.

7.- ¿UNA VEZ INGERIDO O INHALADA UNA PILA BOTÓN SE DEBERÍA DAR ALGÚN ALIMENTO O ALGO DE BEBER AL NIÑO(A)?

GRAFICO N° 7



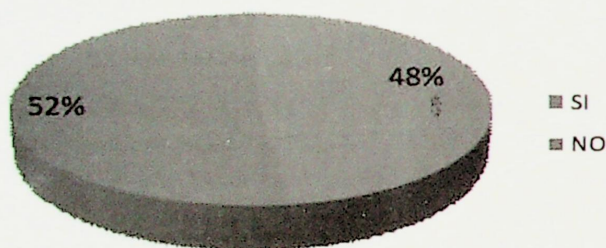
Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN.

Un 64 % de las personas encuestadas opinan que NO le darían un alimento o líquido a su niño después de que ha ingerido una pila botón, pero el 36% de personas indican que SI deberían de darle algún alimento o líquido a su niño después de haber ingerido una pila botón.

8.- ¿USTED CREE QUE PUEDE QUE NO HAYA TOMADO MUCHA ATENCIÓN EN CUANTO A ESTOS PELIGROS QUE PRESENTAN LAS PILAS BOTÓN EN NIÑOS(AS)?

GRAFICA N° 8



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN.

Un 52% de las personas encuestadas cree no haber tomado importancia a las pilas botón y un 48% si sabía sobre lo importante de cuidar el tener a mano de los menores este tipo de juguetes con pilas botón.

4. DISCUSION.

Se pudo evidenciar que la mayoría de los padres de familia de zona 3 de Mayo adquieren juguetes que funcionan con este tipo de pilas botón y es uno de los mayores riesgos para que los niños lo traguen accidentalmente la pilas botón ya que estas están elaboradas de mercurio y sobre todo por su tamaño quedan alojadas

en el esófago cuando son deglutidas por el niño, y en menos de dos horas producen quemaduras graves por las reacciones químicas que desencadenan.

Con un porcentaje de 70 % de las personas no tenían conocimiento sobre los riesgos de este material por lo cual se dio las charlas. La pila de botón es una pila eléctrica en un recipiente de metal en forma de disco con una caja de metal, y su nombre le viene de la similitud, por tamaño y forma, con un botón. Las pilas contienen mercurio, cinc, óxido de plata, litio, y a veces hidróxido sódico o potásico.

Y un porcentaje de 90% de las personas encuestadas no tenían idea del tiempo que tarda en causar el daño de las pilas botón y se dio las recomendaciones oportunas en cuanto a la toxicidad de este material como ser : Si la pila se abre puede liberarse material tóxico o muy corrosivo, que podría ocasionar necrosis de la mucosa donde se aloje al ser ingerida, en la tráquea, en el estómago. Además, pueden producir lesiones por decúbito (la presión contra la piel reduce el riego sanguíneo hacia el área y el tejido afectado muere) o quemaduras eléctricas de bajo voltaje.

Si el bebé o niño se ha tragado una pila de botón en el hospital se suele realizar una extracción endoscópica (se consigue hasta en el 99% de las ocasiones). Los cuerpos extraños pueden localizarse en el tracto digestivo superior cuando son ingeridos accidental o deliberadamente. De los cuerpos extraños ingeridos, 90% pasan al tracto digestivo y 10% al árbol traqueo bronquial.

Si la batería se encuentra en el estómago o en el intestino, se suelen tomar radiografías para evaluar su progresión. Si permanece en el estómago por más de 36 a 48 horas, se extrae endoscópicamente. Existen otros procedimientos alternativos a la endoscopia para extraer el cuerpo extraño, como las sondas de Foley y la utilización de imanes, pero en la actualidad han pasado a un segundo plano ante la mayor eficacia y seguridad de la endoscopia.

La falta de conocimiento de los riesgos que conlleva esta ingesta es la que a veces produce incluso que pase demasiado tiempo y pueda causar un mayor daño a el organismo. Por esta razón se quiso demostrar el poco conocimiento de los padres en cuanto esta pila botón que ahora son muy comunes en los juguetes y también informar un poco más por medio de trípticos de los cuidados que deben tener.

5. CONCLUSIONES

Llama la atención la reiteración de la ingesta de cuerpos extraños, lo que amerita su evolución psicológica. Finalmente, existen algunas "recomendaciones" que los padres (o responsables) debieran conocer referidas a protección y educación, como ser: nunca dejar solo al niño, no confiar en que el niño es incapaz de, saber a ciencia cierta, que los niños entienden las cosas que se les explica. Ante el hecho consumado, hay controversia respecto al intento de retirar el cuerpo extraño introduciendo el dedo, pues a veces se logra extraerlo y otras producir obstrucción de la vía aérea lesión de estructuras oro

faríngeas; el mismo enfoque tiene el poner al niño cabeza abajo y sacudirlo. Lo más acertado es acudir a un centro médico.

Por medio de trípticos logramos advertir a los padres de familia de la zona periurbana sobre los riesgos de comprar juguetes con estas pilas y complicaciones en la salud de sus niños por medio de trípticos. Y sobre lo siguiente:

Cuando una pila libera su contenido puede causar intoxicación cáustica, que obliga a establecer cuánto daño se ha producido y sus complicaciones. La endoscopia es la mejor herramienta para observar la intensidad del daño, pudiendo tomarse en cuenta aparte de los riesgos también que se requiere bastantes exámenes y esto también es un problema económico que se puede evitar solamente con tener un poco de precaución

En el manejo se recomienda: no inducir vómitos, no pasar SNG a ciegas, ni intentar neutralizar el cáustico; dejar en ayunas con líquidos parenterales de mantenimiento.

Mediante se realizaba las encuestas se logró sugerir a los padres de familia entre medio de la recolección de datos llevar inmediatamente un niño haya ingerido una pila botón asistir a un centro hospitalario y advertir sobre los efectos clínicos:

Mercurio: Altas exposiciones, dañan el cerebro, los riñones y pueden provocar retraso mental (afectación en lenguaje y marcha), ceguera y convulsiones; posible efecto cancerígeno. Litio: Neurotóxico, nefrotóxico, depresión de miocardio, edema pulmonar, daño del Sistema

Nervioso Central, pudiendo provocar coma e incluso muerte.

Cadmio: Produce lesiones graves en pulmones y riñones; en dosis alta produce la muerte. Níquel; tiene efectos sobre piel. Por inhalación bronquitis crónica, lesión de senos nasales; efecto cancerígeno en pulmón

Se logró demostrar que la gran mayoría de los padres de familia compra esta clase de juguetes chinos especialmente que utilizan las pilas botón sin ninguna seguridad y son fáciles de tener expuestas estas pilas botón ya que un 84% de los padres encuestados en la primera pregunta dicen comprar esta clase de juguetes a sus niños sin precaución.

Tomando en cuenta que, según la composición, Los mecanismos de acción por el que causan daño tisular, están en estudio, pero se han propuesto tres teorías:

Las soluciones electrolíticas contenidas en las baterías son muy alcalinas; cuando son nuevas su pH es superior a 12 y las usadas tienen un pH de 8. Al ponerse en contacto con las mucosas pueden producirse fugas en el sitio de sellado y dar salida al hidróxido de sodio o de potasio causando quemaduras químicas, incluso necrosis, dependiendo de la concentración del álcali y del tiempo de contacto, pudiendo abarcar todas las capas del segmento anatómico y en casos extremos causar perforación.

6. REFERENCIAS CONSULTADAS

- Rovira Gil Elías 2012 Serie de Cuidados Avanzados Urgencia de enfermería, volumen ° 978-8495-62-656-1.

- Elías Rovira Gil, 2012, Serie de Cuidados avanzados, Urgencia de Enfermera. Cuidados Avanzados. Volumen Urgencia de enfermería 978-8495-62-656-1, 881.

- Guidera AK, Stegehuis HR. Button batteries: the worst case scenario in nasal foreign bodies. N Z Med J 2010;123:68-73.

- Litovitz T, Whitaker N, Clark L. Preventing battery ingestions: an analysis of 8648 cases. Pediatrics 2010;125: 1178-1183.

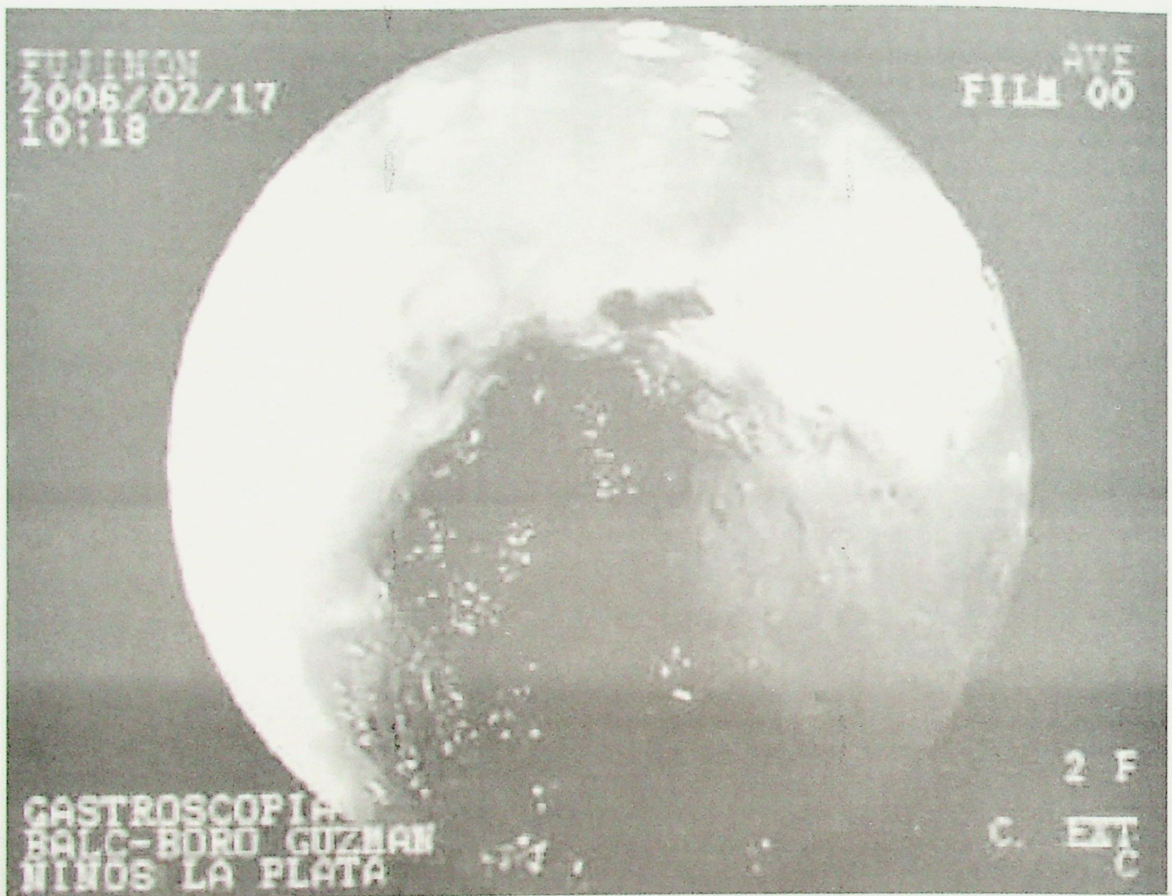
- Litovitz T, Whitaker N, Clark L, White NC, Marsolek M. Emerging battery-ingestion hazard: clinical implications. Pediatrics 2010;125:1168-1177.



Figura 3. Perforación con fistula traqueoesofágica.



Figura 1. Radiografía que muestra pilas en región cricofaríngea y recto.

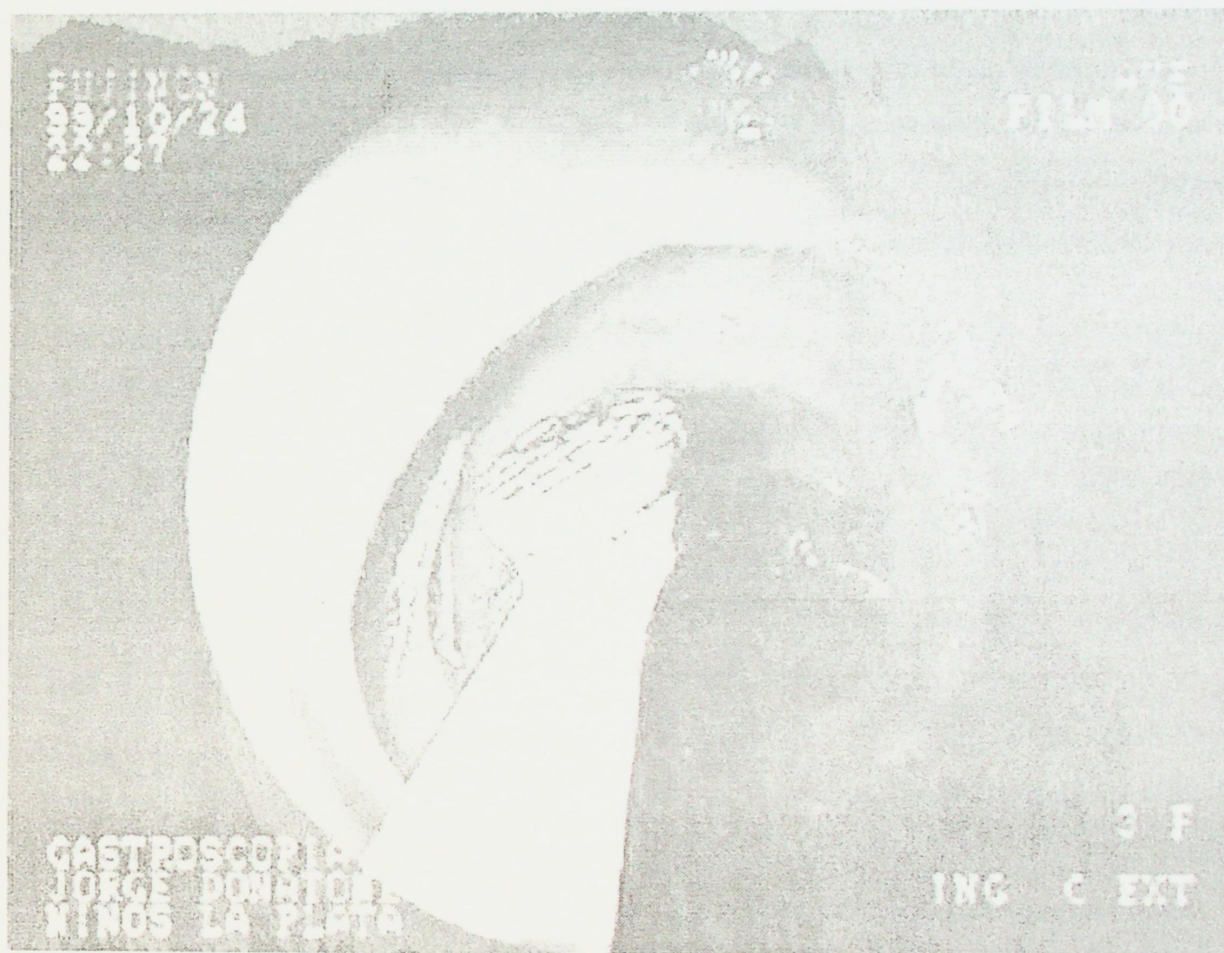


FULLINON
2006/02/17
10:18

AVE
FILM 00

GASTROSCOPIA
BALC-BORO GUZMAN
NIÑOS LA PLATA

2 F
C. EXT
C



EDITION
99/10/24
22:27

FILM 00

GASTROSCOPIC
JORGE DONATO
NINOS LA PLATA

3 F
ING C EXT

ANÁLISIS SOBRE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE UTI EN LOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE EL ALTO

Guzmán Cardozo, C.X.¹; Calle Tinta M.²

¹Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

²Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

RESUMEN

Las infecciones intrahospitalarias se desarrollan en relación directa a la estancia hospitalaria. Considerando que la frecuencia de estas situaciones va entre un 5 a 10% de pacientes hospitalizados es necesario conocer los agentes involucrados, las actuales medidas preventivas y los tratamientos hoy vigentes para el control de estas infecciones. De los agentes, quienes tienen mayor relevancia epidemiológica para estas infecciones son las bacterias, otros patógenos como virus y hongos son menos frecuentes, pero igual de importantes en lo que a su atención se refiere. La prevención parte exclusivamente por el equipo médico considerando siempre que todas estas medidas giran en torno a las medidas practicadas sobre el paciente y al ambiente que rodea al mismo.

El tratamiento de las diferentes infecciones se basa en el empleo de antibióticos a los cuales sea susceptible la bacteria identificada como causante de la infección.

Palabras claves: infecciones Intrahospitalarias, prevención, tratamiento.

ABSTRACT:

Nosocomial infections develop in direct relation to hospital stay. Considering the frequency of these situations goes from 5 to 10% of hospitalized patients is necessary to know the involved agents, the currently preventive measures and treatment to control these infections. Agents, who have greater epidemiological significance to these infections are bacteria, other pathogens such as viruses and fungus are less common but just as important as your care is concerned. The prevention is by the medical team exclusively considering that all these measures goes around the actions performed on the patient and the environment that surrounds it.

The treatment of different infections is based on the use of antibiotics to which is susceptible the identified bacteria as the cause of infection.

Keywords: nosocomial infections, prevention, treatment

1. INTRODUCCIÓN

Las infecciones intrahospitalarias, son aquellas que ocurren durante el ingreso e internación hospitalaria, y también las que se relacionen con cuidados en el servicio. Las infecciones históricamente han acompañado a los hospitales con mayor o menor incidencia, según la formación económico-social de que se trate, y constituyen un importante problema de salud y un motivo de preocupación para las instituciones y organizaciones de la salud a escala, ya sea nacional o internacional, por los aspectos económicos, sociales y humanos que estas tienen.

Las infecciones intrahospitalarias se da mayormente en la internación del paciente en el hospital, el desarrollo de las misma está en función a: la edad, siendo más frecuentes en la edad adulta, el estado inmunitario, ya que los inmunodeprimidos de diferente etiología son los más susceptibles y patología de base, la cual determina el destino de internación del paciente, de donde parte que, servicios de UTI, quemados y salas quirúrgicas son las dependencias hospitalarias donde más frecuentemente se presentan las infecciones intrahospitalarias [1].

Las infecciones intrahospitalarias están condicionada por tres factores:

1. El agente etiológico, la transmisión y el huésped. Por parte del individuo, la evolución del proceso infeccioso está determinada por la resistencia, el estado nutricional, el estrés, la edad, el sexo, días de internación y la patología de base a la cual se debe su internación. Mientras que por parte del agente influyen características como la inefectividad, y la virulencia.

Además el personal encargado de los

pacientes han sido identificado como reservorio y vector de brotes de infecciones intrahospitalarias, es así que, acciones rutinarias de los mismos como: la técnica y la vigilancia sobre los procedimientos que se lleva a cabo sobre el paciente (p. ejem: cateterismo venoso, sondaje vesical junto a manipulación de vías urinarias, entubación endotraqueal, etc.), vigilancia sobre terapia farmacológica, y en general técnicas de asepsia y antisepsia en todo procedimiento son factores clave para el desarrollo o no de las infecciones.

2. Agentes Etiológicos: Los patógenos asociados a infecciones intrahospitalarias pueden proceder de fuentes externas o internas. Los asociados a fuentes internas se presentan en la flora normal del paciente, como en el caso del tracto intestinal. La contaminación externa es causada por el movimiento de microorganismos desde fuentes externas, como la flora normal residente en las manos y la piel del personal de la salud, el instrumental biomédico contaminado y el medio ambiente hospitalario.

La etiología de las infecciones intrahospitalarias ha presentado muchas variaciones a través del tiempo. En el inicio, los patógenos predominantes fueron Gram positivos, pero con la introducción de los antibióticos se llevó a cabo una disminución de las infecciones causadas por estos microorganismos y pasaron a ser producidas fundamentalmente por bacterias Gram-negativas. A finales del milenio pasado, los gérmenes Gram positivos reaparecieron como patógenos predominantes en algunas partes del mundo. Y se le suma el incremento de casos causados por hongos. A pesar de ello, las bacterias Gram negativas todavía

se encuentran entre los principales agentes nosocomiales al nivel mundial.

Los principales agentes implicados son: de los bacilos gram negativos, la Pseudomona, aeruginosa, Enterobacterías (Shígella, Salmonella, Klebsiella, Enterobacter, Escherichía colí). De los bacilos Gram positivos tenemos a los clostridios (Clostrídium perfringens, Clostridium botulinum, Clostrídium tetaní). En el grupo de cocos gram positivos mencionamos a Streptococcus B hemolítico, Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus y los Enterococos. También es relevante mencionar a los hongos (Candida albicans y Turoloopsis glabrata) y algunos virus, si bien quienes adquieren mayor importancia clínica son las bacterias. Es importante aclarar que un mismo agente puede ocasionar múltiples infecciones, y que una determinada infección puede ser ocasionada por más de un microorganismo patógeno [2].

2. MATERIAL Y MÉTODO

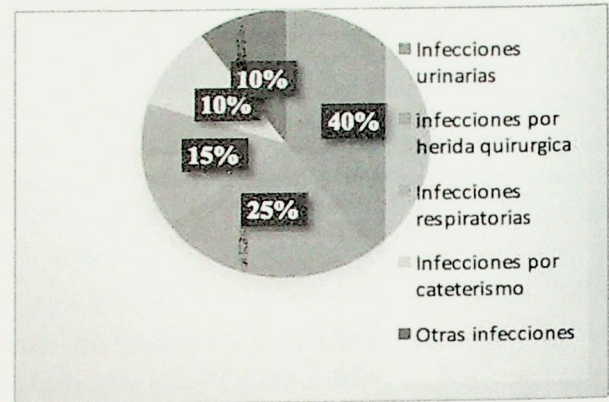
El presente trabajo se realizó en hospitales de tercer nivel a personal de salud del área de UTI en la ciudad de El Alto. El diseño del estudio es de carácter descriptivo, mismo que se realizó con base a una encuesta, entrevistas a profesionales de salud.

Los instrumentos utilizados para registrar la información de datos fue la siguiente:

- Planilla para la tabulación
- Lista de hospitales que se visitara.
- Encuestas

3. RESULTADOS

GRAFICO 1 PRINCIPALES CAUSAS DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS – UTI HOSPITAL 3ER NIVEL



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN.

Como resultado del análisis se establece que:

El 40% de las infecciones intrahospitalarias se da por infecciones urinarias.

El 25% de las infecciones intrahospitalarias se da por infecciones de herida quirúrgica.

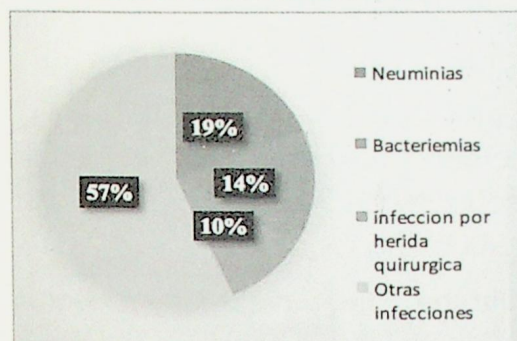
El 15% de las infecciones intrahospitalarias se da por infecciones respiratorias.

El 10% de las infecciones intrahospitalarias se da por infecciones asociadas al cateterismo.

El 10% de las infecciones intrahospitalarias se da por otras infecciones.

GRAFICO 2

INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS OCURRIDAS EN UTI



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN.

Como resultado del análisis se establece:

EL 19% de las infecciones intrahospitalarias ocurridas en UTI se da por neumonías.

El 14% de las infecciones intrahospitalarias ocurridas en UTI se da por bacteriemias.

El 10% de las infecciones intrahospitalarias ocurridas en UTI se da por infección de herida quirúrgica.

El 57% de las infecciones intrahospitalarias ocurridas en UTI se da por otras infecciones.

4. DISCUSIÓN.

Según a los datos obtenidos las principales causas de infecciones intrahospitalarias es la infección urinaria hasta en un 40% de pacientes que adquieren las infecciones intrahospitalarias, a esta le sigue la infección de heridas quirúrgicas que representan hasta un 25%, las infecciones respiratorias se alcanzan con un 15 a 20%, y las infecciones asociadas al cateterismo representan un 10% del total, otras infecciones (en piel, infecciones gastrointestinales, etc.) constituyen solo el 10% de infecciones adquiridas en el hospital.

La distribución de las distintas infecciones intrahospitalarias cambian en frecuencia cuando nos referimos a la UTI, esto bajo el criterio que al estar internado en una UTI se eleva el riesgo de adquirir una infección intrahospitalaria hasta en 7,4 veces, de esta manera la distribución de las infecciones dentro de la UTI es: neumonías representan hasta un 40% del total de infecciones, las bacteriemias una 25 a 30%, las infecciones urinarias, infecciones de heridas quirúrgicas y otro tipo de infecciones representan juntos un 30% de las infecciones desarrolladas al interior de la UTI.

En el presente estudio se observó que las infecciones intrahospitalarias ocurren por infecciones urinarias, infecciones de herida quirúrgica, infecciones respiratorias, infecciones asociadas al cateterismo, y por un porcentaje mínimo por otras infecciones.

Las malas condiciones hospitalarias, aumenta el riesgo a desarrollar una infección nosocomial.

Las infecciones en piel y partes blandas son las más frecuentes y los microorganismos más frecuentes fueron Gram negativos, sensibles a antibióticos de nueva generación y resistentes a beta-lactámicos y sulfonamidas. En consecuencia, se puede decir que el factor más importante en los índices de infecciones intrahospitalarias documentados en La Paz y El Alto, es la falta de capacitación del personal de salud en medidas de prevención y control de IN. Por lo tanto, para reducir la incidencia de estas infecciones se recomienda la elaboración de programas de educación constante en medidas de prevención y control de IIH, la aplicación de protocolos de actuación e implementación de programas de vigilancia, con el fin de responder a un

problema que afecta en mayor o menor medida a todas las instituciones de salud, y de ese modo, mejorar la calidad de la atención hospitalaria en las ciudades de La Paz.

5. CONCLUSIONES.

Las infecciones intrahospitalarias son sucesos que: alarga la estancia hospitalaria de pacientes internados, elevan la morbimortalidad de los mismos y causan mayores gastos económico-humanos que repercute en todos los niveles de la población. Por lo tanto, se debería evitar la ocurrencia de tales infecciones al interior de nuestros centros de salud, para tal efecto contamos con diferentes medidas que reducen satisfactoriamente la frecuencia de las mismas, estas deberían ser cumplidas con estricto control. La primera y más importante de las medidas es la prevención, la segunda cuando ya está instaurada la infección, es el tratamiento con el empleo de antibióticos, el tratamiento debe ser constantemente "actualizado, consultado y vigilado, pues, así como surgen nuevos fármacos, de la misma forma surgen patógenos más resistentes a los tratamientos convencionales.

6. REFERENCIAS CONSULTADAS

1. Nodarse R. Visión actualizada de las infecciones intrahospitalarias. *Rev Cubana Med Mil* 2008; 31 (3): 201-8
2. Morales C. Prevalencia puntual de infección nosocomial. *Rev cubana de enfermería* 2010;17:84-9. Disponible en scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192001000200003&script=sci-pdf Links

3. Cordero D, García A, Barreal R, Armada J, Rojas N. Comportamiento de la infección nosocomial en las unidades de terapia en un período de 5 años. *Revista cubana higiepidemio* 2002; 40: 79-88.

4. Lebeque M, Morris H, Calas N. Infecciones nosocomiales: incidencia de la *Pseudomona Aeruginosa*. *Rev Cubana Med* 2006; 45(1)

5. Urbina H. Infección nosocomial. *Medicina intensiva* 2009; 33 (7). Disponible en www.cepis.ops-oms.org/forohispano/BVS/bvsacd/cd49/urbina.pdf.

6. Capítulos 12-17 de: Geo F; Janet S. Stephen A. *Microbiología medica de Jawetz, Melnick y Adelberg*. 18va Ed. México. Editorial Manuel Moderno; 2005. 209-64



CONOCIMIENTOS SOBRE PRIMEROS AUXILIOS DEL PERSONAL OPERATIVO DE TRANSITO GESTION 2018.

Achu Yahuita, L.¹; Mamani Gamboa ², M.E.; Coronel Sardon, J.A.³

¹ Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

² Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

³ Docente de la carrera de Enfermería. Universidad Pública de El Alto.

RESUMEN

El presente trabajo está realizado con el fin de poder brindar una prevención y agravamiento del lesionado o accidentado, mismo que es por la falta del personal de salud o también paramédicos, el cual sería muy importante ver esta realidad en se pueda incorporar personal de salud al comando nacional de tránsito para brindar apoyos de emergencia en cualquier situación que se presente, con el objetivo de incorporar al personal de salud al organismo operativo de tránsito para que participen activamente en los hechos de tránsito que ocurren en la ciudad de El Alto, y el describir los hechos de tránsito donde la participación del personal de salud ha sido directa, y así promover la participación activa del personal de salud a hechos de tránsito para validar y certificar los mismos.

La presente investigación corresponde a un tipo de investigación que se realizara de tipo descriptiva y transversal, es decir solo se escribirá hechos y fenómenos ocurridos en un momento dado y que será de tipo no experimental, es decir no se manipulara ninguna variable o experimental con ninguna de ella, Se utilizara la técnica de la entrevista dirigida es decir se tendrá un instrumento ya estructurado para su recolección de datos, para esta investigación será el cuestionario que está constituido con preguntas abiertas y cerradas. El estudio nos señala la importancia de adquirir conocimientos sobre los primeros auxilios con un 80% y un mínimo de 20% y así también, muestra que hay un 76.7% con el SI que desea recibir capacitación continua sobre los primeros auxilios y el otro porcentaje de 23.3% que NO.

Así concluimos y podemos predominar que es importante que se pueda brindar capacitación continua al personal del órgano operativo de tránsito es así donde se debe de tomar acciones continuas de poder aproximarse a la institución verde olivo, mas con el fin de poder brindar todos del personal una atención a los accidentados cualquiera que se haya suscitado.

PALABRAS CLAVES

Emergencias, Incorporar, Prevención, Personal de Salud, Primeros auxilios.

ABSTRACT

The present work is carried out in order to provide a prevention and aggravation of the injured or injured, which is due to the lack of health personnel or paramedics, which would be very important to see this reality in which health personnel can be incorporated into the national transit command to provide emergency support in any situation that arises, with the objective of incorporating health personnel to the transit operating agency to participate actively in the transit events that occur in the city of El Alto, and the describe the facts of transit where the participation of health personnel has been direct, and thus promote the active participation of health personnel to transit events to validate and certify them.

This research corresponds to a type of research that will be carried out in a descriptive and transversal manner, that is, only facts and phenomena that occurred at a given moment will be written and that will

be non-experimental, that is, no variable or experimental will be manipulated with any of it, the technique of the directed interview will be used, that is to say, there will be an already structured instrument for data collection, for this investigation the questionnaire will be constituted with open and closed questions. The study points out the importance of acquiring knowledge about first aid with 80% and a minimum of 20% and also shows that there is 76.7% with the SI that wants to receive continuous training on first aid and the other percentage of 23.3% NO.

Thus we conclude and we can predominate that it is important that continuous training can be provided to the personnel of the transit operating body. This is where we must take continuous actions to be able to approach the green olive institution, but in order to be able to provide all of the staff with a care for the injured, whatever has been aroused

KEYWORDS

Emergencies, Incorporate, Prevention, Health Personnel, First Aid.

1. INTRODUCCIÓN

En la introducción del artículo también se utiliza letra tipo Times New Roman de 10 puntos.

Uno de los problemas más latentes es la falta de preparación del personal de la policía en la atención inmediata y socorro a las personas accidentadas salvar sus vidas lo cual ayuda a evitar la muerte y algunas veces disminuir la gravedad de accidentados.

Siendo una de las falencias que tiene la policía en el manejo de los primeros auxilios que se llegan a brindar y la asistencia médica, estos profesionales al tener falencia, espera la pronta llegada de los especialistas, pues en ese momento ocurre la muerte de los accidentados.

Es por eso la importancia de incorporación del personal de salud al organismo operativo de tránsito no solo para atender a los accidentados sino también para apoyar como conocimientos y capacitación a todo el personal de la policía quienes en algún momento acuden a la brevedad posible a los lugares donde sucedió el hecho.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, cada día, hasta 140.000 personas se lesionan en las carreteras y calles del mundo. Más de 3.000 mueren y unas 15.000 quedan discapacitadas de por vida. Las cifras resultan alarmantes y aún lo son más las tendencias observadas. Si persisten, para el 2020 se estima un crecimiento en un 60%, con lo que los traumatismos por accidentes de tránsito se habrán convertido en un factor principal de la carga mundial de morbilidad y lesiones (ocuparían el tercer lugar en una lista de las 10 enfermedades o traumas más frecuentes).

En Bolivia, cambios significativos en los últimos 20 años relacionados con la mayor esperanza de vida, la declinación de algunas enfermedades infecciosas y la persistencia de otras, la urbanización acelerada, la migración interdepartamental, la emergencia de enfermedades no transmisibles, entre otras; están determinando una transición epidemiológica particular con la coexistencia de problemas infecciosos y de otros como los traumatismos y muertes por accidentes de tránsito que necesariamente impacta en el perfil de

salud de la población boliviana.

Es con esta preocupación, y con el propósito de impulsar respuestas integrales al problema, que se ha decidido llevar adelante la presente investigación a fin de conocer la magnitud y principales características del comportamiento de los accidentes de tránsito ocurridos en los últimos años.

El estudio descriptivo se realizó a nivel nacional, departamental y local, partir de información estadística disponible de la Policía Nacional y otra obtenida a través de metodología cualitativa aplicada en escenarios institucionales y de la comunidad organizada.

Los hallazgos encontrados en la investigación se han dispuesto en 4 puntos: "Legislación existente", "Magnitud del problema" -que comprende la situación de los accidentes de tránsito en el país en los últimos 5 años y la situación de los accidentes de tránsito en departamentos más concentrados y con mayor frecuencia de hechos de tránsito-, "Lo cualitativo del problema desde la percepción de los diferentes actores involucrados" y; "Vías y puntos de conflicto nacional y locales".

Aparentemente las "fallas mecánicas" la "imprevisión del conductor", la "embriaguez al conducir" y el "exceso de velocidad", son las razones más frecuentes para la producción de hechos de tránsito. Solo en un 2.5% existen razones mecánicas y otras causas mal definidas que podrían considerarse como hechos fortuitos; por lo que en más del 90% de los casos existe alguna responsabilidad y comportamiento humano (factores de riesgo) sobre el cual podrían dirigirse acciones de prevención.

En más de la mitad de los hechos

denunciados y atendidos por la Policía Nacional de Bolivia, los accidentes ocurren en "subidas o bajadas de las calles o avenidas", "cruce de calles" y "cruce de avenidas", lo cual estaría indicando la naturaleza predominantemente urbana de este problema.

El departamento de La Paz, tiene una tasa de mortalidad muy por encima de la tasa nacional, la misma que alcanza a 12 x 100.000 habitantes para el 2015, con un número de muertos y heridos que superan por mucho a los otros departamentos del país. Sin embargo, el departamento de Pando, llama la atención con tasas muy elevadas que se mantuvieron así en los últimos 5 años entre 28 y 55 x 100.000 habitantes. Esto seguramente atribuible al predominio de vehículos motocicletas, usadas como transporte público, en los cuales no se observa la aplicación del Código de tránsito sobre uso de cascos de seguridad, cinturón de seguridad, pese que la actual alcaldía paceña, conjuntamente con los de tránsito van dando una educación vial continua a los choferes y tanto peatones del cuidado que deben de tener en la transitabilidad.

Temas también identificados en la investigación están referidos a la normativa legal en vigencia y su aplicación, la educación vial de peatones y pasajeros, la falta de sistemas de información y vigilancia en el sector salud, la carencia de un mecanismo de respuesta organizada para la emergencia de los servicios de salud, particularmente los de atención primaria; y la falta de estrategias locales que unan esfuerzos institucionales para responder integralmente al problema, entre otros aspectos.

No obstante el esfuerzo desplegado y

debido a limitaciones en las fuentes de información, quedan varios temas por investigar como el costo de bolsillo de las víctimas, la discapacidad por accidentes de tránsito, la identificación de segmentos poblacionales de víctimas y grupos etarios, características de conductores, entre otros.

Los Primeros Auxilios son muy útiles para saber qué medidas tomar en un momento de urgencia. Estas pueden variar según las necesidades de la víctima o los conocimientos del socorrista, es importante saber qué hacer y qué no hacer en el momento, especialmente porque la adrenalina puede jugar una mala pasada y una medida mal aplicada puede causar graves lesiones.

El propósito de conocer de los Primeros Auxilios es tener conocimiento básico que permita, en la medida de lo posible, estabilizar al paciente, aliviar el dolor y ansiedad hasta el momento en que puede ser atendido por personal más capacitado.

Los Primeros Auxilios aplicados correctamente pueden ser, incluso, la diferencia entre la vida y la muerte de la persona involucrada, que bien podría ser un ser querido muy cercano a nosotros. Un accidente, que en principio no es fatal, puede transformarse en un grave riesgo para la vida, si no es atendido correctamente y a tiempo.

Recuerde, los Primeros Auxilios mal implementados pueden ser muy peligrosos tanto para la víctima como para quien los aplica.

2. MATERIAL Y METODO

a. Tipo De Investigación

La presente investigación solo será de tipo descriptiva, y transversal es decir se

escribirá hechos y fenómenos ocurridos más experiencias vertidas por los policías de tránsito en un momento dado, tomando una muestra universal de 60 personas y se toma una muestra de 30 personales del personal operativo de tránsito.

b. Diseño De Investigación

La presente propuesta de investigación será de tipo de muestreo no probabilístico porque se va a tomar al 100 por ciento, quiere decir que no se manipulara ninguna variable o experimentara con ninguna de ellas.

c. Procedimiento

i. Instrumento

El instrumento utilizado para la investigación será el cuestionario que está constituido con preguntas cerradas.

3. RESULTADOS

Cuadro 1.1.

Estudio del Sexo de los encuestados

¿Cuál es su Sexo?

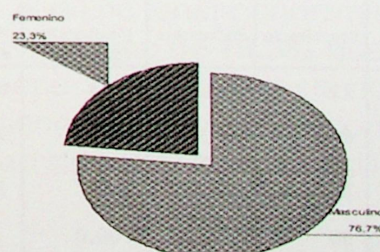
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	23	76,7	76,7	76,7
	Femenino	7	23,3	23,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente propia

Grafico 1.1.

Estudio del sexo encuestado al personal de tránsito

¿Cual es su Sexo?



Análisis: En este estudio se encuestaron más varones que mujeres

Cuadro 1.2.

Estudio de la edad de los encuestados del personal de tránsito

¿Cuál es su edad?

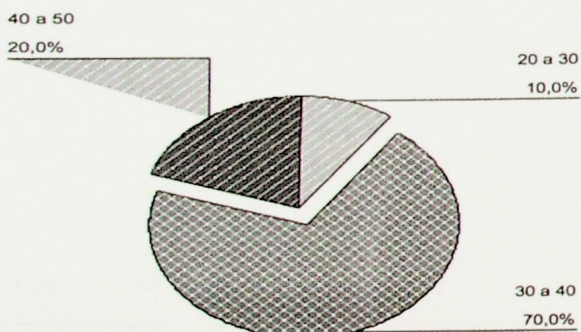
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 20 a 30	3	10,0	10,0	10,0
30 a 40	21	70,0	70,0	80,0
40 a 50	6	20,0	20,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fuente Propia

Grafico 1.2.

Estudio de la edad de los encuestados del personal de tránsito

¿Cuál es su edad?



Análisis: En este estudio nos indica que existe un porcentaje de **70%** que tienen entre **30 a 40** años de edad, un porcentaje de **10%** con **20 a 30 años** de edad

Cuadro 1.3.

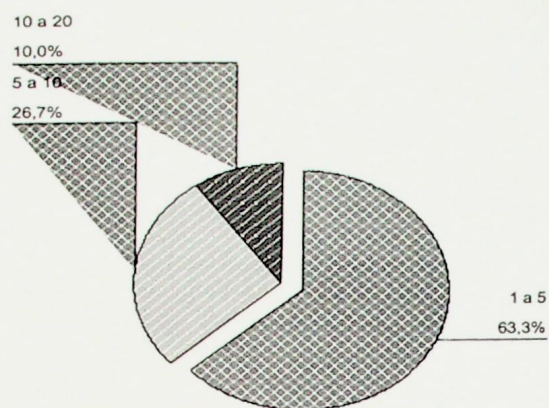
Estudio del tiempo de servicio de los encuestados
¿Cuál es su tiempo de servicio?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1 a 5	19	63,3	63,3	63,3
5 a 10	8	26,7	26,7	90,0
10 a 20	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fuente propia

Grafico 1.3.

Estudio del tiempo de servicio de los encuestados
¿Cuál es su tiempo de servicio?



Análisis: El estudio muestra que se tiene de **1 a 5** años como tiempo de servicio en el tránsito con un porcentaje de **63.3%**, y el otro mínimo que es de 10 a 20 años nos da un **10%** como años de antigüedad.

Cuadro 1.4.

Estudio de la capacitación continua de los encuestados

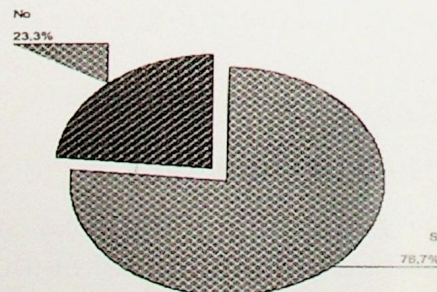
¿Le parece positivo al tener personal de salud en su organismo operativo de tránsito para brindar capacitación continua sobre los primeros auxilios?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	23	76,7	76,7	76,7
No	7	23,3	23,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fuente propia

Grafico 1.4.

Estudio de la capacitación continua de los encuestados



Análisis: En este estudio nos muestra que hay un **76.7%** con el SI que desea recibir capacitación continua sobre los primeros auxilios y el otro porcentaje de **23.3%** que **NO**

Cuadro 1.5.

Estudio de la importancia y su capacitación en los encuestados

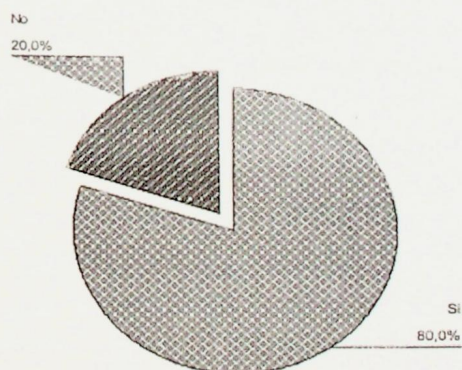
¿Cree usted que es muy importante el adquirir conocimiento sobre los primeros?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	24	80,0	80,0	80,0
No	6	20,0	20,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fuente propia

Grafico 1.5.

Estudio de la importancia y su capacitación en los encuestados



Análisis: El estudio nos señala la importancia de adquirir conocimientos sobre los primeros auxilios con un 80% con el SI, y un mínimo de 20% que NO

Cuadro 1.6.

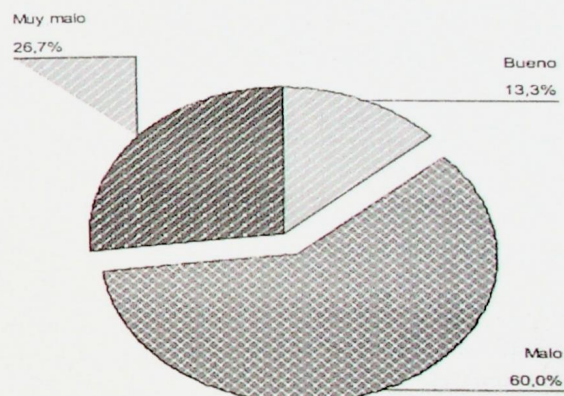
Estudio de grado de conocimiento en los encuestados

¿El no tener conocimientos sobre los primeros auxilios como lo consideraría?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Bueno	4	13,3	13,3	13,3
Malo	18	60,0	60,0	73,3
Muy malo	8	26,7	26,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fuente propia

Estudio de Grado de conocimiento en los encuestados



Análisis: Este estudio nos señala con un **60%** lo Malo que es el de **NO** tener conocimientos sobre los primeros auxilios, y Muy malo con un **26.7%** considerando también que ingresa como una parte negativa el de no tener conocimientos, y un porcentaje mínimo de **13.3%** que lo califica como Bueno, puesto que esto nos muestra que no tienen en claro la importancia y la necesidad de los primeros auxilios.

4. DISCUSION

El departamento de La Paz, tiene una tasa de mortalidad muy por encima de la tasa nacional, la misma que alcanza a 12 x 100.000 habitantes para el 2015, con un número de muertos y heridos que superan por mucho a los otros departamentos del país. Sin embargo, el departamento de Pando, llama la atención con tasas muy elevadas que se mantuvieron así en los últimos 5 años entre 28 y 55 x 100.000 habitantes. Esto seguramente atribuible al predominio de vehículos motocicletas, usadas como transporte público, en los cuales no se observa la aplicación del Código de tránsito sobre uso de cascos de seguridad, cinturón de seguridad, pese que la actual alcaldía paceña, conjuntamente con los de tránsito van dando una educación vial continua a los choferes y tanto peatones del cuidado que deben de tener en la transitabilidad. Si realizamos una comparación con los estados unidos son casi semejantes.

La crisis de las autopistas en EEUU: alta mortalidad y escasa seguridad

El índice de mortalidad por accidentes de tránsito en Estados Unidos supera, ampliamente, al de sus contrapartes en el resto del mundo. ¿Cómo pueden intervenir los legisladores estatales?

Más de 37,000 personas murieron por accidentes ocurridos en las carreteras de Estados Unidos en 2016. Esta cifra representa un incremento del 5.6% respecto al año anterior, y es el segundo año consecutivo en el cual aumenta, tras temporadas de sostenido declive.

Las muertes en –o por– automóviles son una imperiosa preocupación de salud pública. Se trata de la segunda causa de

muerte accidental en el país, después de las sobredosis por drogas. Sin embargo, las legislaturas estatales están rezagadas de cara a esta realidad y no toman las medidas necesarias para desacelerar el ritmo de muertes y accidentes, según informa un grupo defensor de la seguridad vial.

Entre todo este proceso se puede percibir que es uno de los factores de mayor muerte por los accidentes ocurridos no solo en nuestro país sino también en otros países es así que es muy importante el de tener conocimientos sobre los primeros auxilios con el principal fin de evitar muertes de los accidentados

5. CONCLUSIONES

Dentro de este trabajo podemos predominar que es importante que se pueda brindar capacitación continua al personal del órgano operativo de tránsito es así donde se debe de tomar acciones continuas de poder aproximarse a la institución verde olivo, mas con el fin de poder brindar todos del personal una atención a los accidentados cualquiera que se haya suscitado.

6. REFERENCIAS CONSULTADAS

- [1] Ley 1883/98 y su Reglamento Único (Decreto Supremo 27295/03).
- [2] Código Nacional de Tránsito sancionado en 1973 (Ley N° 10135)
- [3] <http://hospital-mujer.com/importancia-de-los-primeros-auxilios>
- [4] <https://www.univision.com/noticias/citylab-transporte/la-crisis-de-las-autopistas-en-eeuu-alta-mortalidad-y-escasa-seguridad>

ESTRES ACADEMICO EN LAS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO

Callata Bautista, S.E.¹; Alarcón Cabezas, V.²; Poma Choque T.L.³

¹ Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

² Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

³ Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

RESUMEN

En el presente trabajo se pretende determinar el estado de estrés académico en el que se encuentran los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Pública de El Alto.

El estrés académico es la reacción normal que se tiene frente a las diversas exigencias y demandas a las que nos enfrentamos en la Universidad, las pruebas, exámenes, trabajos, presentaciones, etc. Esta reacción llama la atención para conseguir nuestras metas y objetivos. Sin embargo, en ocasiones, se puede tener demasiadas exigencias al mismo tiempo, lo que puede agudizar la respuesta y disminuir nuestro rendimiento.

El estudio se apoyó tomando tres dimensiones, perspectiva del futuro, obligaciones académicas y dificultades interpersonales que interfieren en el buen desenvolvimiento académico, se cuenta con una muestra significativa que corresponde a 80 estudiantes de enfermería de primer año en curso, de ambos sexos en edades entre 18 - 25 años de edad.

PALABRAS CLAVES:

Estrés académico, reacción y perspectiva

ABSTRACT

This study aims to determine the status of academic stress in which are the students of nursing at the public University of the high. Academic stress is normal reaction that we have against the various requirements and demands that we face at the University, to be tests, exams, work, presentations, etc. This reaction us active and mobilizes us to achieve our goals and objectives. However, occasionally, we can have too many demands at the same time, which can sharpen the response and decrease our performance. The study was based taking three-dimensional perspective of the future, academic obligations and interpersonal difficulties that interfere in the good academic development, there is a significant sign that corresponds to 80 students from nursing of first year, of both sexes in ages between 18 - 25 years of age.

KEYWORDS

Academic stress, reaction and perspective

1. INTRODUCCION

La palabra estrés se ha convertido en nuestro medio en un vocablo vigente e interesante que se lo emplea para hacer referencias a una gama muy amplia de experiencias como ser: nerviosismo, tensión cansancio, inquietud y otras sensaciones similares.

El estrés académico es aquel que se produce a partir de las demandas que exige el ámbito educativo y académico. Podemos señalar que las exigencias se las tomara en dos factores principales que desencadenarían en el estrés académico: los aspectos netamente académicos y los no académicos.

Dentro de los aspectos académicos las exigencias Internas: es decir, las que se realizan cuando somos muy autoexigentes, se tienen altas expectativas de logro, se necesita mantener el control y no se esfuerzan en ello y las exigencias Externas: es decir, las que nos va presentando nuestro entorno, dentro de las cuales destacan tener que entregar trabajos y rendir pruebas y exámenes en un tiempo determinado; realizar trabajos en grupo; exponer frente al curso (disertaciones); no entender contenidos abordados en la clase; tiempo limitado para las obligaciones académicas, estos tipos de situaciones hacen que el universitario necesariamente manifieste un estrés académico. Por otra parte, dentro de los aspectos no académicos repercuten también en nuestro estado emocional y físico. las

situaciones estresantes más comunes son: la separación, enfermedad personal o familiar, motivos laborales, alcoholismo, embarazo, problemas legales entre otros.

En cualquier caso, el estrés académico parece afectar a la práctica totalitaria de los estudiantes. Así mismo los niveles elevados de estrés cuando se sienten sobrecargados de tareas y ante la gestión del tiempo, constatando que la intervención en este ámbito facilita la reducción del estrés y la autoeficacia para gestionar. Este dato resulta especialmente importante si consideramos sus potenciales efectos perjudiciales sobre la salud y el deterioro sobre el nivel de ejecución académica si no se sabe mantener en niveles adecuados.

2. MATERIALES Y METODOS.

Es un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, que se desarrolló en la carrera de Enfermería de la Universidad Pública de el Alto, trabajando con un grupo poblacional de 80 universitarios estudiantes de primer año, de ambos sexos, con edades comprendidas del grupo etario 18 y los 25 años.

La recolección de la información se recabo de manera individual e inmediata, mediante una encuesta elaborada a base de preguntas relacionadas con el tema de estrés académico según su clasificación y determinar el nivel de conocimiento del estrés.

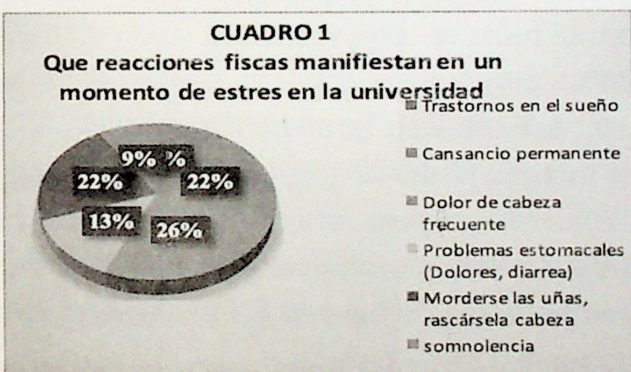
Para la tabulación de los resultados recolectados se la realizo a través de

cuadros que se reflejaron en porcentajes.

3. RESULTADOS

1. ¿Que reacciones físicas manifiesta en un momento de estrés en la universidad?

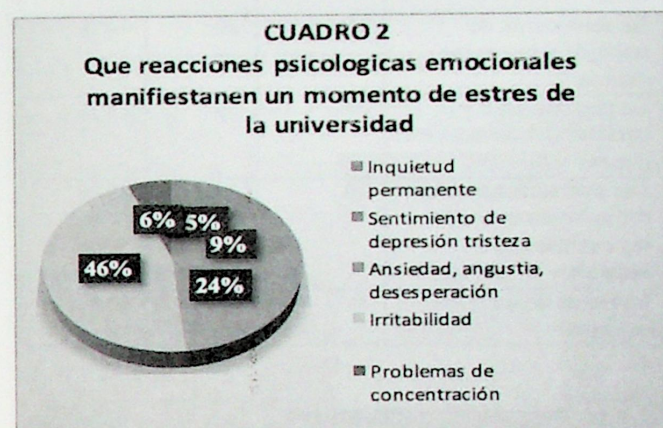
	nunca	a veces	siempre
Trastornos en el sueño	2	35	43 %
Cansancio permanente	5	41	34 %
Dolor de cabeza frecuente	6	48	26 %
Problemas estomacales (Dolores, diarrea)	3	57	20 %
Morderse las uñas, rascársela cabeza	5	16	59 %
somnolencia	2	22	56 %



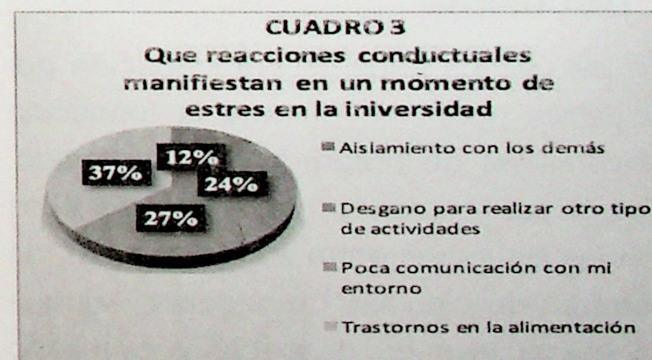
2. ¿Que reacciones psicológicas o emocionales manifiesta en un momento de estrés en la universidad?

	nunca	a veces	siempre
Inquietud permanente	5	48	27 %
Sentimiento de depresión tristeza	3	47	30 %
Ansiedad, angustia, desesperación	8	50	22 %
Irritabilidad	15	35	30 %
Problemas de concentración	2	52	26 %

3. ¿Que reacciones conductuales manifiesta en un momento de estrés en la universidad?

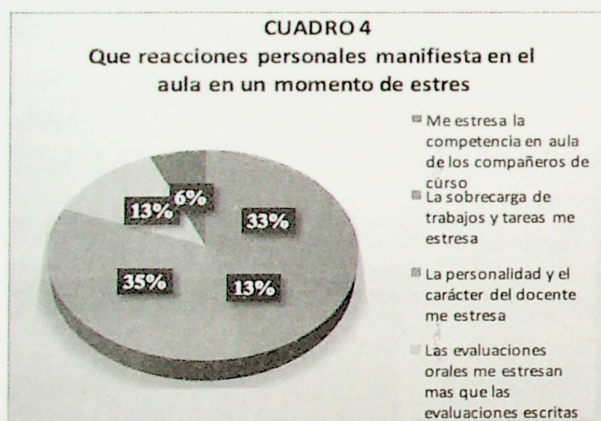


	nunca	a veces	siempre
Aislamiento con los demás	8	47	25 %
Desgano para realizar otro tipo de actividades	16	38	26 %
Poca comunicación con mi entorno	18	25	37 %
Trastornos en la alimentación	24	33	23 %



4. ¿Que reacciones personales manifiesta en el aula en un momento de estrés?

	nunca	a veces	siempre
Me estresa la competencia en aula de los compañeros de curso	26	38	16%
La sobrecarga de trabajos y tareas me estresa	10	26	44 %
La personalidad y el carácter del docente me estresa	28	39	13 %
Las evaluaciones orales me estresan mas que las evaluaciones escritas	10	24	46 %
Las exposiciones me estresan	5	28	47 %



4. DISCUSIÓN:

En los últimos años, la preocupación por el estrés percibido durante la formación universitaria de pregrado ha aumentado. Varias publicaciones han señalado altos niveles de estrés entre los estudiantes de carreras de ciencias de la salud. Aunque un estrés leve es deseable y necesario para estimular el deseo de superación y un espíritu de sana competencia, un estrés excesivo puede tener un impacto no deseado en la salud física y mental

de los estudiantes, lo cual puede afectar negativamente su rendimiento académico. Nuestros resultados muestran: cuadro N 1, morderse las uñas 59%, somnolencia un 56%, trastornos del sueño un 43%, cansancio permanente 34%, dolor de cabeza frecuente 26% y dolor estomacal 20%.

En el cuadro N 2, el sentimiento de depresión e irritabilidad con un 30%, inquietud permanente 27%, problemas de concentración 26% y la ansiedad

angustia 22%. En el cuadro N 3, poca comunicación con el entorno 37%, desgano para realizar otro tipo de actividades 26%, aislamiento con los demás 25% y un trastorno con la alimentación 23%. En el cuadro N 4, las exposiciones estresan 47%, las exposiciones orales estresan 46%, la sobre carga de trabajos 44%, la competencia de aula 16% y el carácter del docente 13%.

En comparación a estudios señalan que los alumnos de la carrera de Medicina tienen un mayor nivel de estrés en comparación con los estudiantes de Psicología y Derecho. Estos resultados concuerdan con la investigación elaborada por Ko, Kua y Fones en la Universidad de Mississipi, en 1998, y el estudio realizado por Marty, et al. en la Universidad de Los Andes de Chile en el año 2000.

5.CONCLUSIONES:

Según los resultados obtenidos podemos evidenciar que la mayor parte de nuestros universitarios sufren de algún grado de estrés en todos los aspectos que se llegaron a considerar en la encuesta en las tres esferas de cambio físicos, psicológicos y conductuales además que el realizar ciertas actividades hacen que el estudiante universitario se estrese aún más.

Los cuatro elementos muestran características psicométricas adecuadas, permiten identificar situaciones relevantes en la evaluación del estrés académico y plantean nuevas vías a considerar en la intervención. Sin duda lo que a ellos les falta es el conocimiento del tema en si para poder asumir ellos mismos que están pasando por un momento de estrés y que actividades deben realizar para poder manejarlo.

6.REFERENCIAS CONSULTADAS.

Barra-Almagia, E. (2009). Influencia del estrés y el ánimo depresivo sobre la salud adolescente: análisis concurrente y prospectivo.

García-Ros, R. & Pérez-González, F. (2011). Validez predictiva e incremental de las habilidades de autorregulación sobre el éxito académico en la universidad. Revista de Psico didáctica.

Micin, S. & Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil.

Muñoz, F.J. (2003). El estrés académico. Problemas y soluciones desde una perspectiva psicosocial.

Pellicer, O., Salvador, A. y Benet, I. (2002). Efectos de un estresor académico sobre las respuestas psicológica e inmune en jóvenes.

Artículo 6

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

HOSPITAL LOS ANDES Y HOSPITAL VILLA DOLORES

AUTORA

Flores Ticona, M.S.

**Docente de la carrera de Enfermería – Máster en Enfermería Médico Quirúrgica.- Docente
Carrera de Enfermería – Universidad Pública de El Alto.**

RESUMEN

Objetivo: Averiguar el nivel de conocimientos y aplicación del proceso de atención de enfermería en el personal profesional que trabaja en el servicio de Neonatología de Hospital Los Andes en comparación con el personal del Hospital Villa Dolores el mes de agosto del 2016. **Material y Métodos:** Estudio transversal, descriptivo, siendo la población de estudio el personal profesional de enfermería de neonatología, evaluándose el nivel de conocimientos y aplicación del PAE mediante encuesta. **Resultados:** Los encuestados del Hospital Los Andes tienen edades entre 33 a 51 años, egresaron hace 5 a 21 años de diferentes Universidades de Bolivia, las encuestadas del Hospital Villa Dolores son 10 de edades entre 25 a 35 años egresaron de diferentes Universidades de La Paz los últimos 10 años. El personal del Hospital Los Andes aplica en su trabajo diario el SOAPIE y tiene mayor conocimiento del PAE. Pero en comparación al Hospital Villa Dolores no aplican el PAE, no tienen registro del mismo y conocimientos deficientes. **Conclusiones:** En personal de Enfermería que aplica el PAE y registra el SOAPIE tiene mayores conocimientos y aplica el método científico brindando una atención de calidad y personalizada al paciente.

PALABRAS CLAVE

Para efectos del estudio se estableció las siguientes definiciones operacionales:

PAE: Proceso de atención de enfermería. Es el método científico del profesional en enfermería, es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico.

SOAPIE: Es un sistema de documentación orientada al problema paralelo al proceso de enfermería incluye la recolección de datos, la identificación de respuestas del paciente, el diagnóstico de enfermería, el desarrollo del plan de cuidados y la evaluación de la consecución de los objetivos.

ENFERMERA PROFESIONAL: Enfermera con 5 años de formación universitaria, es un profesional de salud altamente calificado, capaz de desarrollar la atención de enfermería al paciente, familia y comunidad con máxima calidad y calidez.

PACIENTE: Persona (receptor de los cuidados), (también puede ser familia, grupo, comunidad): se concibe como un ser global, de componente filosófico humanístico (ser activo con recursos), con una visión holística (los aspectos que lo componen interactúan), con necesidades y características individuales y comunes que experimenta cambios y se relaciona consigo mismo, con otras personas y con su entorno.

HOSPITAL MUNICIPAL LOS ANDES: Hospital de segundo nivel de atención de la ciudad de El Alto ubicado en la zona Los Andes con funcionamiento desde 1993, cuenta con 12 unidades de internación en el servicio de Neonatología, para pacientes de cuidados mínimos e intermedios y a veces se atiende

pacientes que requieren cuidados intensivos al no haber unidades en establecimientos de tercer nivel.

HOSPITAL VILLA DOLORES: Hospital que funciona desde el año 2014 en la zona Villa Dolores de la ciudad de El Alto, es privado pero también atiende a beneficiarios del Seguro integral de Salud (SIS) con convenio con el Municipio de El Alto. Tienen más de 20 unidades para atención de Neonatos, con cuidados mínimos, intermedios e intensivos.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge and application of the nursing care process in the professional staff that works in the Neonatology service of Hospital Los Andes in comparison with the personnel of the Villa Dolores Hospital in August 2016. Material and Methods: Transversal, descriptive study, with the study population being the professional staff of neonatal nursing, evaluating the level of knowledge and application of the PAE through a survey. Results: The respondents of the Los Andes Hospital are between 33 and 51 years old, graduated 5 to 21 years ago from different universities in Bolivia, the respondents from Villa Dolores Hospital are 10 between 25 and 35 years old, graduated from different Universities of La Paz the last 10 years. The staff of the Los Andes Hospital applies SOAPIE in their daily work and has greater knowledge of the PAE. But in comparison to the Villa Dolores Hospital they do not apply the PAE, they do not have registry of the same and deficient knowledge. Conclusions: Nursing personnel who apply the PAE and register the SOAPIE have greater knowledge and apply the scientific method providing quality and personalized care to the patient.

KEYWORDS

For the purposes of the study, the following operational definitions were established:

PAE: Nursing care process. It is the scientific method of the nursing professional, it is a systematic method of providing efficient humanistic care focused on the achievement of expected results, relying on a scientific model.

SOAPIE: A problem-oriented documentation system parallel to the nursing process includes data collection, identification of patient responses, nursing diagnosis, development of the care plan, and evaluation of the achievement of objectives.

PROFESSIONAL NURSE: Nurse with 5 years of university education, is a highly qualified health professional, able to develop nursing care to the patient, family and community with maximum quality and warmth.

PATIENT: Person (recipient of care), (can also be family, group, community): is conceived as a global being, humanistic philosophical component (be active with resources), with a holistic view (the aspects that compose it interact), with individual and common needs and characteristics that undergo changes and relate to himself, other people and his environment.

LOS ANDES MUNICIPAL HOSPITAL: Hospital of second level of care of the city of El Alto located in the zone Los Andes with functioning since 1993, has 12 units of hospitalization in the service of Neonatology, for patients of minimum and intermediate care and sometimes serves patients requiring intensive care as there are no units in third-level facilities.

VILLA DOLORES HOSPITAL: Hospital that has been operating since 2014 in the Villa Dolores area of the city of El Alto, is private but also serves beneficiaries of Comprehensive Health Insurance (SIS) with an agreement with the Municipality of El Alto. They have more than 20 units for Neonatal care, with minimal, intermediate and intensive care.

1. INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de Enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud. [1]

Con la aparición del proceso de enfermería, en los años sesenta, las enfermeras comenzaron a tener un lenguaje común que facilitó compartir aspectos de la práctica, así como evidenciar sus experiencias al dar cuidado; el enfoque procedimental cambió hacia el de una práctica basada en el conocimiento científico. [2]

Aplicando el PAE se puede realizar una atención que asegura calidad en los cuidados de enfermería, promueve la Investigación en enfermería, asegura atención individualizada y permite evaluar el impacto de la intervención.

El modelo SOAPIE es una forma muy práctica y resumida de la aplicación del PAE en un servicio hospitalario, es un SISTEMA DE DOCUMENTACIÓN (un modelo de anotación de enfermería), orientada al manejo paralelo al proceso de atención de enfermería en la que están registradas las respuestas humanas, lo que refiere el paciente, los datos obtenidos objetivamente por el personal de enfermería, el juicio clínico posterior a

un análisis, el progreso y aplicación de las intervenciones y por último la evaluación, se sigue constantemente el mismo formato tratando de integrar todas las disciplinas que se encargan de la atención del paciente. [3]

La implementación de los diagnósticos de enfermería y las intervenciones correlacionadas mejoran la calidad de la documentación, así como la obtención de resultados favorables en los procesos de salud – enfermedad. [4]

En Bolivia. Los resultados de un estudio muestran que, como en todo el mundo, el uso de proceso de enfermería es mayor en los centros públicos que en los privados. Este trabajo pone de manifiesto que los diagnósticos enfermeros, la terminología NOC – NIC y los planes de cuidados estandarizados son una realidad mayoritaria. [5]

En La Paz, El registro de enfermería basado en el S.O.A.P.I.E. ha llegado a alcanzar gran importancia en la función asistencial de la enfermera profesional, los cuidados brindados al paciente hospitalizado tienen que estar apuntados en la hoja de enfermería que forma parte del expediente clínico, más aún si se trata de neonatos los cuales no pueden comunicar sus dolencias. También es importante debido al incremento de las situaciones médico legales, frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo documentado que cumplan con las normas de registro de enfermería internacional, claro legible y con calidad. [6]

Los docentes de la carrera de enfermería no debemos descuidar la aplicación del

proceso enfermer@ y la recomendación de fortalecer la enseñanza del PAE en la formación académica de los estudiantes de enfermería de la Universidad Pública de El Alto porque al realizar este proceso se demuestra que la enfermería es una profesión independiente, con bases científicas que brinda cuidados de enfermería acordes a cada páciente según su estado y sus necesidades.

En esta investigación queremos averiguar conocimiento y aplicación del PAE por los profesionales de enfermería en un servicio que realiza el registro de enfermería con el SOAPIE versus otro servicio que brinda atención similar pero que no utiliza como registro el SOAPIE.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación realizada es un estudio descriptivo de tipo transversal, siendo la población objeto de estudio el personal profesional de enfermería que labora en el servicio de Neonatología del Hospital Municipal Los Andes que aplica el SOAPIE comparado con el Hospital Villa Dolores servicio similar que no utiliza el SOAPIE.

Para esta investigación el universo y muestra son similares porque se encuesta a todo el personal profesional de enfermería del Hospital Los Andes 10 profesionales que trabajan en el servicio de Neonatología y 10 profesionales que trabajan también en el servicio de Neonatología pero en el Hospital Villa Dolores ambos de la ciudad de El Alto.

Tal procedimiento es de forma voluntaria, los elementos de la muestra son escogidos por una cuestión de conveniencia. En

relación a los procedimientos éticos se solicita permiso a Dirección del Hospital villa Dolores y a jefatura de servicio del Hospital Los Andes.

3. RESULTADOS

- Se realizó encuesta a 20 Licenciada/os en enfermería, 10 profesionales que trabajan en el Hospital Municipal Los Andes y 10 profesionales del Hospital Villa Dolores, ambos trabajan en el servicio de Neonatología.

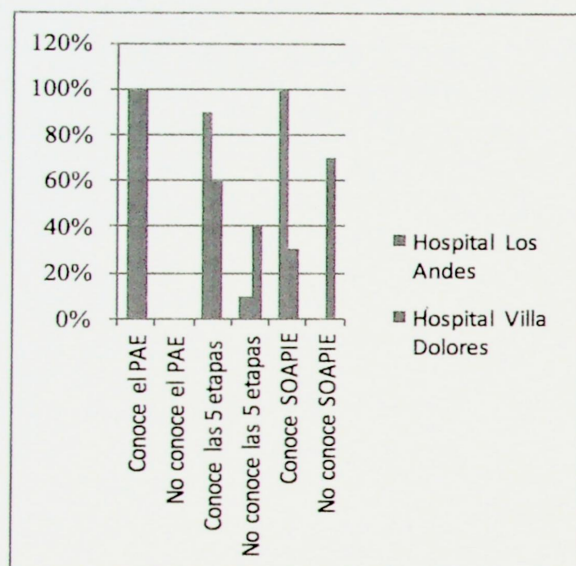
- Los encuestados del Hospital Los Andes son de edades entre 33 a 51 años, 1 es de sexo masculino y 9 de sexo femenino, egresaron hace 5 a 21 años de diferentes Universidades de Bolivia, las encuestadas del Hospital Villā Dolores tienen edades de 25 a 35 años, todas son del sexo femenino y egresaron de diferentes Universidades de La Paz los últimos 10 años.

- En el servicio de Neonatología del Hospital Los Andes se aplica el PAE utilizando como modelo de anotación el SOAPIE, se encuentra registrado en la hoja de enfermería llenado por el personal profesional en enfermería en todos los turnos, en el Hospital Villa Dolores refieren 2 personas que aplican el PAE pero no tienen un registro de la misma, en esa institución utilizan reporte de enfermería narrativo sin un formato determinado, en ambos hospitales tienen estudiantes de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto.

- Para comprender mejor la interpretación de datos, se tomara a los 10 encuestados de cada hospital como el 100%.

GRAFICO 1.

CONOCIMIENTO DEL PAE Y SOAPIE POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA. HMLA Vs. HVD. 2016.



Fuente. Flores. 2018.

· El 100% del personal encuestado tanto de villa dolores como de Los Andes conocen el PAE.

· El 90% del personal de Los Andes conoce las 5 etapas del PAE y el 10% no lo conoce. El 60% del personal de Villa Dolores conoce las 5 etapas y el 40% no los conoce.

· El 100% del personal de Los Andes y el 30 % de Villa Dolores conoce el SOAPIE. El 70% de Villa dolores no conoce el SOAPIE.

Grafico 2.

CONOCIMIENTO ADECUADO DE BENEFICIOS DEL PAE PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y PARA EL PACIENTE. HMLA Vs. HVD. GESTIÓN 2016.



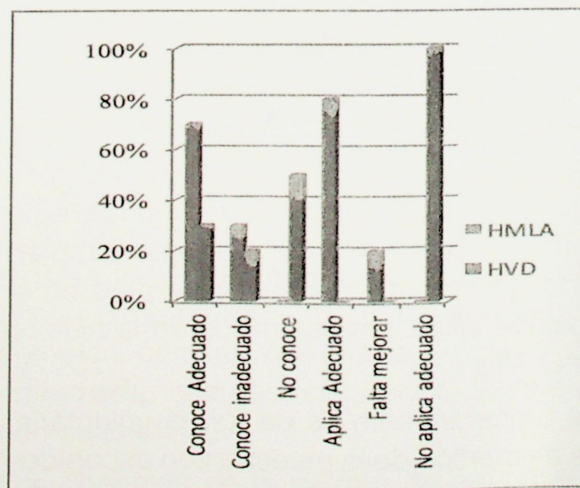
Fuente. Flores. 2018.

· El 80% del personal de Los Andes y el 50% de Villa dolores conocen adecuadamente los beneficios para el profesional de enfermería. El 20% de Los Andes y el 40% de Villa Dolores conocen los beneficios de manera regular. El 10 % del personal de Villa Dolores no conoce adecuadamente los beneficios.

· El 100% del personal de Los Andes y el 80% conoce adecuadamente los beneficios del PAE para los pacientes. El 20 % de Villa dolores conoce estos beneficios de manera regular.

Tabla 3.

CONOCIMIENTO DE UTILIDAD ADECUADO Y APLICACIÓN DEL SOAPIE. HMLA Vs. HVD. GESTIÓN 2016.



Fuente. Flores. 2018.

· El 70% del personal de enfermería de Los Andes y el 30 % de Villa dolores conoce adecuadamente la utilidad del SOAPIE. El 30% del Hospital Los Andes y El 20% de Villa Dolores conoce de manera inadecuada. El 50% del personal de Villa dolores No conoce adecuadamente la utilidad del SOAPIE.

· El 80% del personal de Los Andes aplica adecuadamente el SOAPIE y al 20% le falta mejorar. El 100% del personal de Villa Dolores no Aplica el SOAPIE en su trabajo diario.

4. DISCUSIÓN

Los estudiantes que realizan sus prácticas en el Hospital Los Andes al concluir sus prácticas tendrán mayor conocimiento del PAE y su aplicabilidad?

Los estudiantes que realizan su práctica en el Hospital Villa Dolores estarán en desventaja porque si sus docentes asistenciales no lo conocen adecuadamente o lo olvidaron porque no lo aplican en su trabajo actual?. Por este motivo los estudiantes no estarían formándose en forma permanente y solo realizan actividades rutinarias sin aplicar conocimientos científicos. Será que los docentes de la Universidad Pública de El Alto les brindarán conocimientos actualizados sobre el PAE, SOAPIE y la aplicación en pacientes con diferentes patologías para que ellos lo apliquen en su desempeño profesional?

5. CONCLUSIONES

Según la revisión bibliográfica el PAE es un instrumento científico, del profesional en enfermería para atención integral del paciente y brindar una atención personalizada, individualizada que mejora la calidad de atención y una manera de aplicarlo es utilizar como registro de enfermería el SOAPIE.

El personal de Enfermería que aplica el PAE y utiliza como registro el SOAPIE tiene mayores conocimientos y aplica el método científico brindando una mejor atención y de calidad al paciente.

El personal de enfermería debe estar

actualizado en el manejo del PAE porque mediante este proceso se demuestra conocimientos científicos propios de la carrera.

Se debe fortalecer la enseñanza del PAE y SOAPIE en todas las materias del área clínica realizando prácticas en el aula, de su aplicabilidad para personas con diferentes patologías.

AGRADECIMIENTO

A las autoridades de la carrera de enfermería que promovieron la publicación de artículos de investigación en la revista Científica y Tecnológica porque es una oportunidad para poder realizar investigación y sugerir algunas soluciones a problemas reales para mejorar la calidad educativa en la Universidad Pública de El Alto.

6. REFERENCIAS CONSULTADAS

[1] M. d. S. P. -. Paraguay, «Proceso de Atención de Enfermería,» Salud Publica Parag. 2013, vol. 3, n° 1, pp. 41 - 48, 2013.

[2] N. O. NY., «Proceso de atencion de enfermería: una herramienta para la garantía del cuidado,» Revista de Enfermería, vol. 11, n° 4, pp. 31 - 35, 2008.

[3] R. Alfaro - Lefevre, «Aplicación del Proceso Enfermero fomentar el cuidado en colaboración,» de Aplicación del Proceso Enfermero, Barcelona, Masson, 2007.

[4] A. M., «Evolución de enfermería en el Perú En las ultimas cinco decadas del siglo XX,» [En línea]. Available: www.enfermeriaperu.com/eduenf. [Último acceso: 25 mayo 2017].

[5] E. M. U. J. L. J. G. X. Huitzi H, «Uso del proceso de Enfermería en los centros publicos y privados de un área de salud,» Latino - Am. Enfermagen , vol. 5, n° 06, p. 20, 2012.

[6] P. V. Meneces Quisberth, «CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERIA S.O.A.P.I.E. EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES HOSPITAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ GESTION 2012,» repositorio institucional UMSA, 2014.

“BENEFICIOS DEL CATÉTER PERCUTÁNEO EN EL RECIÉN NACIDO HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL, EN EL HOSPITAL DEL NORTE”

Flores Acero, N.¹; Felipez Mita, J.J.²; Chalco Chalco, P.G.³;
Choque Tantani, L.⁴

¹ Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

² Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

³ Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

⁴ Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

RESUMEN

Con el objetivo de demostrar los beneficios del uso del catéter epicutáneo en la terapia intensiva del servicio Neonatología del Hospital Del Norte, se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal y retrospectivo, que estuvo dirigido a expresar las características más importantes del procedimiento y la técnica del catéter epicutáneo en una muestra de 37 neonatos. Se estimó como universo a todos los recién nacidos ingresados en el servicio. Los métodos utilizados fueron la observación documental y dirigida basada en una recopilación de datos que se registraron en las historias clínicas. Se recogieron para el estudio los siguientes datos: edad gestacional, permanencia del catéter, estadía del recién nacido en el servicio, motivo de indicación, lugar de inserción, complicaciones asociadas al catéter y motivo de retirada. Se observó que las indicaciones del catéter percutáneo más frecuentes fueron a los recién nacidos que presentaron sepsis neonatal, bronconeumonía congénita y con asfisia perinatal severa. El sitio que más se puncionó para la cateterización fue el miembro superior derecho. De todos los recién nacidos estudiados el 83,7 % no presentó complicaciones, la más detectada fue la flebitis sólo en 2 casos para el 8,1%. El principal motivo de retirada del catéter fue el modo electivo en el 59,5 %. El promedio de durabilidad del catéter fue de 12 días y la estadía promedio de los neonatos en el servicio fue de 18 días. Con este estudio se pretende contribuir a la mayor difusión de este proceder y mostrar a los demás servicios de neonatología del país, las experiencias alcanzadas en cuanto a los beneficios del catéter percutáneo en los recién nacidos.

Palabras clave: Catéter percutáneo, recién nacido.

ABSTRACT

In order to show the benefits of the use of the epicutaneous catheter in intensive therapy unit of the neonatology service of Norte Hospital, a descriptive, cross-sectional

study was conducted aimed at expressing the most important characteristics of the procedure and the epicutaneous catheter technique in a sample of 37 neonates. All the newborn infants that were admitted in the service were included in the study. The methods used were the document and directed observation based on a collection of data recorded in the medical histories. The following data were taken into consideration: gestational age, permanence of the catheter, length stay of the newborn at the service, reason for indication, place of insertion, complications associated with the

catheter and reason for removal. It was observed that the epicutaneous catheter was more frequently indicated to neonates with acquired sepsis, congenital bronchopneumonia and with perinatal severe asphyxia. The most punctured place for the catheterization was the upper right limb. Of all the

studied newborn infants, 83.7 % did not have complications. The most detected was phlebitis in 3 cases, accounting for 8.1 %. The main reason for removing the catheter was the elective mode in 59.5 %. The average durability of the catheter was 12 days and the average stay of the neonates in the service was 18 days. This study is aimed at contributing to the wider spreading of this procedure and at showing the other neonatology services of the country the experiences attained in relation to the benefits of the epicutaneous catheter in the newborn infants.

Key words: Epicutaneous catheter, newborn infant.

1.- INTRODUCCION

En los últimos años la cifra de recién nacidos gravemente enfermos y prematuros de muy bajo peso con una edad gestacional cada vez menor ha ido en aumento. Estos neonatos requieren cuidados intensivos para resolver problemas cada vez más complejos y su supervivencia depende, en muchas ocasiones, de los cuidados relacionados con el acceso venoso que permita mantener los tratamientos durante tiempo prolongado.

De hecho, cuanto mayor es la gravedad, mayor va a ser su dependencia del funcionamiento de las vías venosas centrales y periféricas. A esta situación hay que añadir el pequeño calibre de las venas de los recién nacidos, hecho que incluso ha sensibilizado a la industria médica y ha llevado a diseñar dispositivos específicos, como el catéter percutáneo de silicona.

En España en el año 1989 fue publicada una investigación con el título "Catéter percutáneo: la solución", donde se explica de forma clara y precisa los beneficios, procedimientos y aplicación del catéter epicutáneo. Este trabajo impactó a las unidades de neonatología del país y fue apoyado por otros trabajos, como los realizados por la unidad de cuidados

intensivos pediátricos del hospital del Sistema Andaluz de Salud en Cádiz y por materiales didácticos, como videos, los cuales contribuyeron a la visualización de la técnica a realizar.

En Cuba fue introducida esta técnica en el año 1995 en los hospitales pediátricos. Se demostró indiscutiblemente el beneficio de este procedimiento y se le incorporaron además normas utilizadas en estos hospitales que contribuyeron al mejor funcionamiento del catéter venoso.

En el año 2017 esta técnica comenzó a practicarse en el Hospital Del Norte y se ha realizado a partir de entonces como una alternativa más para la administración parenteral de nutrientes, fármacos, sustancias vaso activas prolongada en los neonatos.

Existen distintas formas de acceso venoso central en el neonato para el tratamiento por vía parenteral: a través de la vena umbilical (la vía más utilizada hace unos años), por acceso directo a las venas femoral, yugular o subclavia (técnica de Seldinger) y mediante disección venosa. En la actualidad la cateterización por el catéter percutáneo de silicona es otro método de acceso vascular central a partir de una vena periférica.

Desde su introducción la técnica de cateterización venosa central percutánea con catéter de silicona se ha mostrado como un procedimiento eficaz y seguro que evita sufrimientos innecesarios, ya que suprime las múltiples punciones e inmovilizaciones y es un procedimiento de enfermería útil, eficaz y de fácil aprendizaje.

No obstante, el empleo de estos catéteres percutáneos no está exento de riesgos: por un lado, problemas mecánicos (obstrucción, rotura del catéter, perforación del vaso, extravasaciones, trombosis de grandes vasos incluso aurícula derecha, hidrotórax) y por otro lado, con especial relevancia, los problemas infecciosos, sobre todo sistémicos (relacionados con el catéter).

Para profundizar en el uso de catéteres epicutáneos en el neonato, se planteó la realización de un estudio con los siguientes objetivos: demostrar los beneficios del uso del catéter epicutáneo en la terapia intensiva neonatal, así como precisar las indicaciones más frecuentes que conllevan a su uso, establecer el sitio de punción más efectivo, cuáles son las complicaciones que conlleva, determinar cuáles son las causas más frecuentes que provocan la retirada del catéter epicutáneo y la durabilidad del mismo.

2.- MÉTODO Y MATERIAL

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal y retrospectivo, que estuvo dirigido a expresar las características más importante del procedimiento y técnica del catéter epicutáneo, con el objetivo de estudiar los beneficios del mismo. Los datos fueron recolectados en el período comprendido entre el tercer bimestre del 2018. Los métodos utilizados fueron la observación documental y dirigida,

los datos se registraron en las historias clínicas del servicio de neonatología del Hospital del Norte. Los datos tomados y su definición se presentan a continuación:

- Edad. Se tomó en días de nacido, comprendida las primeras horas inmediatas de vida, hasta los 28 días.
- Durabilidad del catéter. Se tomó en días, desde que se realizó la técnica de cateterización hasta la retirada del mismo, cualquiera que fuera la causa.
- Estadía del recién nacido en el servicio. Se tomó en días, desde las primeras horas que ingresó hasta que se fue de alta del servicio.
- Indicaciones del catéter percutáneo. Se tomó aquellos niños que tenían criterios de cateterización por epicutáneo por diversas enfermedades.
- Sitio de punción. Se tomó el miembro en que fueron puncionados, el miembro superior e inferior, derecho o izquierdo.
- Complicaciones. Se tomaron aquellos neonatos que presentaron complicaciones debido al catéter percutáneo, tales como: flebitis, extravasación, sepsis y trombosis venosa.
- Motivo de retirada. Se tomaron las causas que motivó el retiro del catéter tales como: suspensión del tratamiento, por obstrucción, fuera de lugar, por rotura u otras complicaciones.

Se estimó como universo a todos los recién nacidos que ingresaron en el servicio, en el período en que se enmarca la investigación. Se utilizó un muestreo de tipo probalístico y se tomó como muestra a los 37 neonatos a los que se les realizó la técnica de abordaje venoso mediante el uso del catéter epicutáneo.

Se excluyeron aquellos que presentaron otro tipo de cateterización como el catéter umbilical, por acceso directo a las venas femoral, yugular o subclavia (técnica de Seldinger) y mediante disección venosa.

Los resultados se expresaron en porcentajes.

MATERIAL

En la técnica de cateterización mediante el catéter epicutáneo, es muy importante la preparación correcta de las mesas auxiliares, extremando las medidas de higiene, definiendo la mesa de material limpio y la del material estéril. La mesa de material limpio consta de la cinta métrica, el envase de agua y jabón, ligadura, esparadrapo hipoalérgico, bulbo de heparina, los frascos de yodo povidona, de alcohol al 76 % y el de suero fisiológico. Preparar solución heparinizada (0,1 cc de heparina en 10 cc de solución salina).

La mesa auxiliar de material estéril está compuesta, por los guantes quirúrgicos, rollo de gasa, torundas de algodón y de gasa, llave de tres pasos, jeringuillas de 2cc, los paños hendidos, el catéter de silicona del grosor y longitud adecuado para el paciente y el set de instrumental de cateterización

que consta de 2 frascos de monodosis, pinzas Adson sin diente y pinzas Herina.

Una vez preparadas las mesas auxiliares con el material a utilizar, bien definidos el material estéril y limpio, se analizan las características que presenta el recién nacido, el peso, la vitalidad y las condiciones en que se encuentra. Para comenzar el proceder el neonato debe encontrarse en un ambiente térmico con

temperatura regulada, sin hipovolemia y sin alteraciones metabólicas.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

1. Realizar un lavado de manos higiénico y vigoroso, con el fin de evitar las infecciones.
2. Medir e interpretar los signos vitales con énfasis en la temperatura y la frecuencia cardíaca. La hipotermia dificulta la canalización y el paso del catéter debido a la vasoconstricción.
3. Seleccionar el miembro que se va a puncionar y localizar la vena más adecuada. Las venas más empleadas son las de extremidad superior pero se pueden utilizar también venas de extremidades inferiores y las epicraneales.
4. Medir con la cinta métrica desde el sitio de punción hasta la zona precordial. La colocación correcta y final del catéter percutáneo debe ser en vena cava superior antes de su desembocadura en aurícula derecha no más de 2 cm por debajo de la línea de unión de los bordes de clavículas y la vena cava inferior, porque puede provocar una perforación miocárdica o un taponamiento cardíaco.
5. Desinfectar de forma mecánica la región seleccionada con agua y jabón, para arrastrar suciedades.
6. Inmovilizar al paciente con la asistencia de otro ayudante si fuera necesario.
7. Colocarse gorros y tapabocas.
8. Realizar un lavado de manos higiénico y vigoroso y ponerse una sobrebata estéril.
9. Colocarse los guantes estériles.
10. Preparar las jeringuillas con solución salina y otra con solución heparinizada.
11. Se recomienda heparinizar el catéter

epicutáneo para evitar su obstrucción durante la maniobra y a la vez se comprueba el correcto funcionamiento del mismo. Algunos autores no recomiendan usar heparina en los RN menores de 1 500g para evitar el sangramiento por la inmadurez de su sistema de coagulación.

12. Verter las soluciones antisépticas como alcohol al 76% y yodo povidona en sus correspondientes envases de monodosis.

13. Desinfectar la zona elegida con povidona yodada y su posterior aclaramiento con alcohol al 76 %. El modo más frecuente de contaminación del catéter es desde la piel que rodea la entrada del sitio de punción. La piel del recién nacido es colonizada inicialmente por los microorganismos presentes en el canal vaginal y después por los que llegan del ambiente externo, es por tal motivo que se insiste en la realización de una buena descontaminación.

14. Colocar ligadura en el miembro seleccionado para llenar la vena de sangre. Observar coloración de los miembros de la parte distal, si hay una cianosis marcada, se retira y se espera que recupere el color.

15. Puncionar con la mariposa G19, luego de canalizar correctamente la vena retirar la ligadura con mucha precaución, evitando movimientos bruscos para que no se extravase.

16. Introducir el catéter de silicona a través de la mariposa con ayuda de una pinza de Adson sin dientes y mediante pequeños recorridos de 3 a 4 mm hasta la medida seleccionada.

17. Administrar si fuese necesario por

el catéter percutáneo, solución salina lentamente para observar el recorrido y posibles extravasaciones de la vena, si las hubiese, retirar la mariposa y comenzar otra canalización.

18. Una vez llegada la marca del catéter al sitio de punción, se desplaza la mariposa hasta el final del catéter y se desecha.

19. Limpiar la zona de inserción con alcohol al 76 %, para retirar las manchas de sangre.

20. Se fija el catéter con esparadrapo hipoalérgico, para evitar su salida fuera de lugar.

21. Proteger la zona de inserción con gasa estéril para evitar la contaminación con el medio externo.

22. Realizar la conexión con el equipo perfusor mediante el uso de la llave de tres pasos con la agarradera corta, con un flujo continuo.

23. Control radiológico para determinar recorrido del catéter y posición final del mismo.

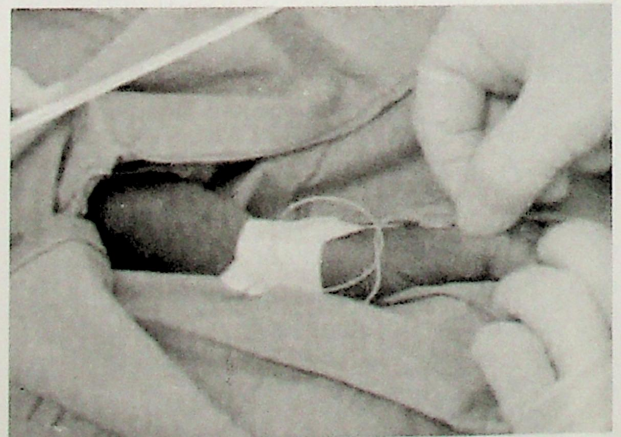


Fig.1. Material estéril.

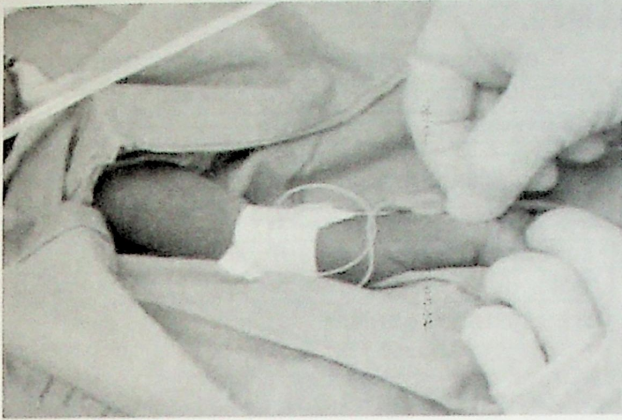


Fig. 2. Medición de la distancia entre el punto de punción y la zona precordial.

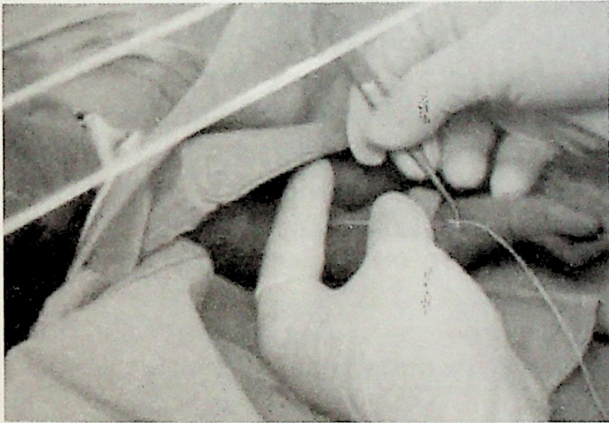


Fig. 3. Introducción del catéter de silicona a través de la mariposa con ayuda de una pinza de Adson sin dientes.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO CON CATÉTER EPICUTÁNEO

1. Controlar diariamente el estado del catéter para tomar medidas por si presenta obstrucción, rotura o salida accidental.
2. Cambiar el sistema difusor cada 24 h y la llave de tres pasos cada 48 h, para evitar residuos de los líquidos que pueden provocar tromboembolismo y para evitar las infecciones desde las conexiones.

3. Realizar curas del sitio de punción con alcohol al 76 % en días alternos, cambiar diariamente los apósitos de gasa estéril.

4. Verificar periódicamente la adecuada inmovilización del miembro y su coloración.

5. Vigilar que no se detenga la perfusión continua de los líquidos, para evitar la obstrucción.

6. Lavar el catéter antes y después de la administración de fármacos, para evitar los residuos.

7. Realizar la administración de los medicamentos de forma lenta para evitar los bolos de infusión, la presión no debe exceder de 1,0 Bar (760 mmHg) y las inyecciones deben ser lentas no excediendo la presión máxima de 1,2 Bar (912 mmHg), para evitar la rotura del catéter epicutáneo.

8. Evitar tracciones del catéter para que no se salga de la medida.

9. En los casos de sospecha de sepsis solicitar hemocultivo y proceder al retiro del catéter.

10. Comprobar permeabilidad del catéter.

11. Evitar reflujo de sangre por el catéter para eliminar la posibilidad de obstrucción.

12. No utilizar la vía del catéter percutáneo en la administración de sangre total, concentrado de hematíes, extracciones de sangre, medición de presión venosa central y macromoléculas en general, debido al grosor del catéter que favorecería la obstrucción del mismo y su retirada.

13. Examinar diariamente el sitio de inserción en busca de:

- Signos de infección (retirar el catéter)
- Desplazamiento (realizar nueva fijación)

del catéter)

- Sangramiento (comprimir la región o administrar vitamina K, 3 mg si fuese necesario)

- Filtración (retirar el catéter).

3.- RESULTADOS

Tabla 1

Indicaciones del catéter epicutáneo

Diagnósticos	No. de casos	%
Sepsis adquirida	12	32,5
Bronconeumonía congénita	7	18,9
Asfixia perinatal severa	6	16,2
Sepsis perinatal	5	13,5
Bronconeumonía adquirida	4	10,8
Enterocolitis necrotizante	2	5,4
Hemorragia subaracnoidea	1	2,7
Total	37	100,0

Fuente: historias clínicas.

En el servicio de neonatología del Hospital del Norte se registraron las afecciones que presentaron los recién nacidos a los que se les indicó el uso del catéter epicutáneo. La sepsis adquirida (32, 4%), la bronconeumonía congénita (18,9%) y la asfixia perinatal (16,2%) fueron las 3 causas más frecuentes.

Tabla 2.

Sitio de cateterización

Miembros	No. de casos	%
Miembro superior derecho	14	37,9
Miembro superior izquierdo	9	24,3
Miembro inferior derecho	6	16,2
Miembro inferior izquierdo	8	21,6
Total	37	100,0

Fuente: historias clínicas.

El sitio de cateterización preferentemente elegido fueron las venas de la extremidad superior, lugar donde los catéteres se colocan con mayor facilidad. En 14 neonatos (37,9%), el miembro superior derecho fue el más utilizado para este tipo de técnica.

Tabla 3.

Complicaciones del catéter epicutáneo

Complicaciones	No. de casos	%
No presentaron	31	83,7
Flebitis	3	8,1
Extravasación	2	5,4
Sepsis	1	2,8
Trombosis venosa	0	0,0
Total	37	100,0

Fuente: historias clínicas.

Las complicaciones que más se detectaron en los neonatos fueron las inflamatorias locales entre ellas la flebitis en 3 casos (8,1%) y la extravasación en 2 casos (5,4%). Se registró 1 neonato infestado (2,8%) debido al uso del catéter; se analizaron 9 catéteres con sospecha de gérmenes por el cuadro clínico que presentaron los bebés estudiados y por la permanencia prolongada que tuvieron los catéteres, en uno de ellos se detectó crecimiento bacteriano de estafilococo coagulasa positivo.

Tabla 4.

Motivo de retirada del catéter epicutáneo

Causas	No. de casos	%
Por elección	22	59,5
Complicaciones	6	16,2
Obstrucción	4	10,8
Rotura	3	8,1
Fuera de lugar	2	5,4
Total	37	100,0

Fuente: historias clínicas

El motivo de retirada del catéter venoso percutáneo que más se encontró en la mayoría de los casos estudiados fue la indicación de forma electiva bien por la necesidad de pasar a otra vía o bien por considerarse concluido el tratamiento, lo que aconteció en 22 neonatos para el 59,5 %.

Tabla 5.**Durabilidad del catéter epicutáneo**

Intervalos	No. de casos	%
Menos de 10 días	21	56,8
11 - 20 días	15	40,5
21 - 30 días	1	2,7
Más de 30 días	0	0,0
Total	37	100,0

Fuente: historias clínicas.

En la muestra estudiada el catéter epicutáneo duró un promedio de 12 días (con un máximo de 23 días y un mínimo de 3), menos de 10 días fue el tiempo de durabilidad más registrado. Hubo un solo neonato con duración superior a 21 días y con más de 30 días no fue necesario en ningún caso.

Al analizar la estadía del recién nacido en el servicio, la moda de los días de permanencia fue de 12 días con un máximo de 46 días en un solo paciente y un mínimo de 4, para un promedio de 18 días. Solo se reportaron 4 fallecidos de estos casos estudiados debido a su afección de base, 3 fueron por asfixia perinatal severa y 1 por una sepsis nosocomial.

4.- DISCUSIÓN

Debe existir siempre un criterio bien preciso para el uso del catéter epicutáneo, en neonatología se indica con mayor frecuencia en los prematuros de muy bajo peso, en los neonatos que presentan insuficiencia renal aguda, distrés respiratorios graves, diarreas, trastornos gastrointestinales o en aquellos neonatos a los cuales se les suspende la vía oral por cualquier motivo. Existen afecciones menos graves que en realidad no necesitan esta técnica, ya que con otras vías de administración de medicamentos mejoran su estado clínico, como son la vía intramuscular y la vía

oral. En este trabajo la indicación para el uso del catéter epicutáneo fue correcta coincidiendo con lo planteado por otros autores. No se debe hacer uso indebido de este proceder no sólo por ser un producto muy caro en el mercado internacional, sino porque se debe considerar que aunque sea una vía de fácil acceso, es un método invasivo y puede convertirse en una fácil puerta de entrada de gérmenes.

La vía de abordaje empleada inicialmente por Shaw fue la vía epicraneal aunque habitualmente, las venas más empleadas son las de la extremidad superior aunque se pueden utilizar también las venas de extremidades inferiores. En este trabajo fueron las venas de las extremidades superiores las empleadas mayoritariamente por la facilidad que tiene el personal de enfermería para su canalización y evitar numerosas punciones al neonato y también porque este sitio es el de más fácil acceso. La colocación correcta y final del catéter percutáneo debe ser en vena cava superior antes de su desembocadura en aurícula derecha no más de 2 cm por debajo de la línea de unión de los bordes de clavículas y también en la vena cava inferior, contando como vía de acceso periférico la vena mediana basílica, vena mediana cefálica, venas safena interna y externa, vena temporal y vena yugular externa (como última alternativa).

Seguidamente se utilizaron como última opción las venas de las extremidades inferiores. Aunque hay algunas unidades neonatales que utilizan casi exclusivamente las venas de las extremidades inferiores.

Los gérmenes pueden llegar al catéter a través de diferentes vías, pueden proceder de líquidos de infusión contaminados, vía hematogena; desde la piel que rodea la

entrada del catéter (modo más frecuente) y a través de las conexiones. Es de vital importancia que el personal de enfermería extreme las medidas de asepsia y antisepsia. Fue bastante frecuente la utilización de la llave de tres pasos unida al catéter y la protección más habitualmente empleada para la conexión y la llave fue la gasa estéril; en el servicio donde se realizó este estudio se registró un catéter epicutáneo colonizado por bacterias (estafilococo coagulasa positivo). De las complicaciones inflamatorias locales, la flebitis resultó ser la más habitual y es uno de los motivos para retirar el catéter, se presenta más frecuentemente cuando el catéter se inserta a través de venas de extremidades inferiores y en los neonatos con menor peso y edad gestacional, quizás debido a diferencias anatómicas en el sistema venoso que dificultan su progresión y favorece el daño endotelial. En este estudio la mayoría de los recién nacidos estudiados no presentaron complicaciones.

5.- CONCLUSION

El motivo más habitual por el que se retira el catéter es el electivo, como se demostró en este estudio lo que expresa los resultados favorables obtenidos con este tipo de catéteres en neonatos. Se han descrito complicaciones mecánicas y locales en relación con los catéteres epicutáneos, dentro de las mecánicas, las más frecuentemente detectadas han sido la obstrucción y la rotura. También se registra la salida accidental del catéter.

Se han publicado complicaciones como la trombosis venosa y otras más graves pero menos frecuentes como la perforación miocárdica, taponamiento cardíaco por derrame pericárdico, derrame pleural,

hidrotórax, parálisis hemidiafragmática, edema pulmonar y parada cardíaca. Muchas de estas complicaciones son debidas a malas posiciones del catéter. Se reitera que el catéter epicutáneo no se puede utilizar en la administración de sangre total, concentrado de hematíes, extracciones de sangre, medición de presión venosa central y macromoléculas en general. Evitar la rotura del catéter es importante, por ello hay que estar pendientes de que los equipos de infusión no se excedan de la presión establecida, y por los mismos motivos, las inyecciones deben ser lentas.

El tiempo de permanencia de los catéteres es variable, según las diferentes bibliografías consultadas la media está entre 10 y 20 días, aunque se han comunicado permanencias superiores a 150 días. La duración de la canalización depende fundamentalmente de las características del paciente (peso, gravedad, dificultad para la canalización y otras), por ello se describen las permanencias mayores en los neonatos de peso extremadamente bajo. En la muestra estudiada la permanencia fue más bien corta, en 21 neonatos duraron menos de 10 días, con una media de 12 días y un máximo de 23.

RECOMENDACIONES

La cateterización venosa mediante el catéter epicutáneo es una técnica que reporta numerosos beneficios para el recién nacido.

- Acorta la estadía del recién nacido en el servicio debido a sus múltiples usos, como en la administración parenteral de nutrientes, fármacos, sustancias vasoactivas y/o fluidoterapia prolongada en los neonatos.

- Por su longitud permite llegar a vasos de mayor calibre y de esta manera las infusiones que se producen causan menos fenómenos inflamatorios irritativos en el endotelio.

- Mayor permanencia en comparación con los otros catéteres, por lo que tiene menor frecuencia de cambio, lo que reduce el riesgo de infección bacteriana.

- Reduce el costo que conlleva un ingreso prolongado en un servicio de cuidados especiales de neonatología.

- Disminuye el tiempo de separación madre-hijo.

- Es un proceder de enfermería fácil y muy eficaz.

- Menor riesgo de bloqueo, lo que permite períodos de aplicación más largo.

- Por su flexibilidad permite la movilización del neonato lo que evita las úlceras por decúbito.

- Disminuye considerablemente la morbilidad y la mortalidad infantil debido a las complicaciones que pueden ser evitadas.

6. REFERENCIAS CONSULTADAS

1. Sasidharan P, Billman G. Cardiac arrest in an extremely low birth weight infant: complication of percutaneous central venous catheter hyperalimentation. *J Perinatal* 1996; 16:123-6.

2. Esque Ruiz M, Álvarez E. Microcatéteres percutáneos: experiencia en un centro de patología neonatal. *Anal Esp Pediatr* 1987;27:261-4.

3. Sitges-Serra, Linares J. Catheter sepsis: the clue is the hub. *Surgry* 1985;97:355-7.

4. Shaw JLC. Parenteral nutrition in the management of sick low birth weight infants. *Pediatr Clin North Am* 1973;20:333-58.

5. Neubaver AP. Percutaneous central iv in the neonate: experience with 535 silastic catheter in newborns. *J Parenter Nutrit* 1995;19:151-5.

6. Chathas MK, Paton JB; Fisher DE. Percutaneous central venous catheterization: three years experience in a neonatal intensive care unit. *Am J Dis Child* 1990;144:1246-50.

7. León A, Díaz R, Ibañez J. Factores de riesgo de infección por catéter en UCIO. Madrid: Semiuc; 1996.p.45-6.

8. Mupanemuda M. A life-threatening complication of percutaneous central venous catheters in neonates. *Am J Dis Child* 1992;146:1414-5.

9. Salzman MB, Rubin LG. Intravenous catheter-related infections. *Adv Pediatr Infect Dis* 1995;10:337-68.

10. Rodríguez Quiroga E. Utilización de catéteres percutáneos en neonatología: inserción de los catéteres. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1993;50:162-6.

11. Hernández R, Águila E. Estudio prospectivo de las complicaciones infecciosas en RN con catéteres de silicona utilizados para infusión de nutrición parenteral. *Anal Esp Pediatr* 1996; 45:626-30.

12. Durand M, Ramanathan R. Prospective evaluation of percutaneous central venous silastic in newborn infants with birth weight of 510 to 3920 g. *Pediatr* 1986;78:245-50.

13. Mc Donnell PJ, Qualman SJ, Hutchins GM. Bilateral hydrothorax as life-threatening complication of central venous hyperalimentation. *Surg Gycecol Obstet* 1984;16:285-96.

14. Colectivo de autores. Hemidraphagmatic paralysis as complication on central venous catheterization in neonate. *J Perinatol* 1995;15:386-8.

15. Carrera G. Edema pulmonare. Una rara complicaza del catetere siliconato venoso centrale ad inserzione percutanea. *Minerva Pediatr* 1989; 41:521-4.

ESTILOS DE VIDA DE LOS CHOFERES ENTRE EDADES DE 20 A 50 AÑOS DE LA CIUDAD INDUSTRIAL DE VIACHA DEL DISTRITO 1 Y 2.

Conde Cochi, W.¹; Yujra Quispe L.²

¹ Docente de la carrera de Enfermería, Sede Viacha, Universidad Pública de El Alto.

² Docente de la carrera de Enfermería, Sede Viacha, Universidad Pública de El Alto.

RESUMEN.

El presente artículo, es el resultado de una investigación, realizada a los choferes entre edades de 20 a 50 años, del distrito 1 y 2 de la Ciudad de Viacha, del Departamento de La Paz durante los meses de agosto septiembre y octubre, del año 2018. Objetivo: Determinar los estilos de vida de los choferes de la Ciudad Industrial de Viacha del distrito 1 y 2. Para el proceso de investigación se desarrolla aplicando el método de investigación descriptivo y transversal, para la recolección de datos se utilizó encuestas y observación directa, para la metodología de muestreo al no contar con una población total de los trabajadores del volante se realiza una muestra probabilística usando el muestreo aleatorio simple seleccionando a 100 personas como muestra, quienes fueron sujetos de investigación. Los resultados obtenidos indican el mayor porcentaje que es de 58% se encuentra en edades entre 25 a 40 años, los choferes tienen conocimientos sobre los estilos de vida saludable con un porcentaje de 72%, así también en un porcentaje de 55% manifiestan conocer que problemas conllevan los malos hábitos en salud. Si bien existe conocimiento y afirmaciones de buenos hábitos en salud, como personal de salud aun nos corresponde seguir fortaleciendo sus conocimientos, realizar promoción y prevención ya que los malos hábitos en salud a la larga pueden desencadenar enfermedades no transmisibles.

Los datos encontrados potencian las conductas de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, que pueden interferir para la disminución de discapacidad y mortalidad como consecuencia de estas patologías.

PALABRAS CLAVE:

- Enfermedades.
- Estilos de vida.
- Hábitos.
- Saludable
- Riesgo.

ABSTRACT.

This article is the result of an investigation carried out among drivers between the ages of 20 and 50 years old, from District 1 and 2 of the City of Viacha, of the Department of La Paz during the months of August, September and October, of the year. 2018. Objective: Determine the lifestyles of the drivers of the Industrial City of Viacha in district 1 and 2. For the research process is developed by applying the method of descriptive and cross-sectional research, for data collection was used surveys and observation direct, for the sampling methodology by not having a total population of the workers of the steering wheel a probabilistic sample is

made using simple random sampling selecting 100 people as a sample, who were subjects of investigation. The results obtained indicate the highest percentage that is 58% found in ages between 25 to 40 years, the drivers have knowledge about healthy lifestyles with a percentage of 72%, as well as a percentage of 55% manifest knowing that problems lead to bad health habits. Although there is knowledge and affirmations of good health habits, as health personnel we still have to continue strengthening their knowledge, promotion and prevention since bad health habits can eventually trigger noncommunicable diseases.

The data found enhance the risk behaviors for chronic noncommunicable diseases, which can interfere with the reduction of disability and mortality as a consequence of these pathologies.

KEYWORDS

• Diseases, Lifestyles, habits, Healthy, Risk.

1. INTRODUCCION

En la actualidad vemos que los estilos de vida han mostrado una fuerte relación con la morbimortalidad por enfermedad metabólica, esto sin duda es un dato alarmante en distintos grupos de riesgo y por qué no considerarlo así a los choferes.

Los estilos de vida se ven modificados por cambios de tipo social, económico, cultural y psicológico a los que se deben enfrentar durante su proceso de formación. Lo anterior, puede ocasionar diferentes problemas que se reflejan en el estado de salud y que a su vez puede repercutir en su rendimiento académico [1]

La ausencia de prevención y promoción de la salud, podría desencadenar un aumento en la incidencia de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, dislipidemia, os mismos que son considerados como Enfermedades No Transmisibles (ENT), lo cual nos llevó a investigar y de esa forma poder describir cuales son los estilos de vida de los choferes, siendo que este grupo podría ser considerado como sedentario.

Las enfermedades relacionadas con el estilo de vida comparten factores de riesgo semejantes a los de la exposición prolongada a conductas modificables que están relacionadas con el estilo de vida tales como el consumo de tabaco, alcohol, una dieta poco saludable y la

inactividad física y que estos hagan propensos a que las personas desarrollen enfermedades crónicas, especialmente enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares, diabetes, obesidad, síndrome metabólico, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y algunos tipos de cáncer.

Aunque practicar hábitos de vida saludable no garantiza el gozar de una vida más larga, definitivamente puede mejorar la calidad de vida de una persona [2].

Por tal motivo, llevar un estilo de vida saludable está relacionado con la disminución de la enfermedad crónica no trasmisible. Una etapa crítica en la adquisición de estos buenos hábitos ocurre en la infancia, pero la mayor cantidad de veces en los adultos esto se modifica ya que pasan de una rutina regular de actividad física, de buena alimentación a una rutina cargada de inactividad física, comidas poco saludables y a deshoras.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas generan una pesada carga de morbilidad en América Latina y el Caribe (ALC) [3]

Para la presente se toma como muestra a 100 choferes de la Ciudad de Viacha, a los cuales se les aplica encuestas, y como un medio de apoyo usamos la observación directa.

De acuerdo a los resultados que obtenidos se darán recomendaciones dirigidas a mejorar dichas prácticas, así también a través de estas buscar estrategias comunicativas ya sean individuales y grupales, que nos ayuden a realizar promoción y prevención en salud.

2. MATERIALES Y METODO.

Para dar respuesta a nuestro objetivo que se mencionó a un principio se lleva a cabo la aplicación de encuestas a la población de estudio.

La Investigación se realizó aplicando el método de investigación descriptivo, con este podremos describir las características particulares de la población de estudio, así también la investigación tiene un diseño transversal, ya que la información se recolecta en un solo momento para luego someterlo a un análisis respectivo.

I. Universo y muestra

El instrumento de recolección que se utilizó es la encuesta, con 10 preguntas cerradas, donde se busca indagar cuáles son sus hábitos o estilos de vida, y si tienen algún conocimiento sobre estilos de vida poco saludables.

Para la selección de la muestra de la investigación estilos de vida de los choferes entre edades de 20 a 50 años se utilizó el tipo de muestra probabilística, realizando una selección por muestreo aleatorio simple, ya que es una población amplia y además que no se contaba con una población total de choferes razón por la cual se seleccionó de forma aleatoria a 100 personas, dando así la oportunidad a toda la población del rubro de ser seleccionados.

II. Delimitación temporal.

La investigación tuvo una duración de tres meses (agosto, septiembre y octubre) del 2018.

III. Delimitación espacial.

El estudio se realizó a choferes comprendidos entre edades de 20 a 50 años de la Ciudad Industrial de Viacha, distrito 1 y 2.

IV. Instrumentos.

Para registrar la información son los siguientes:

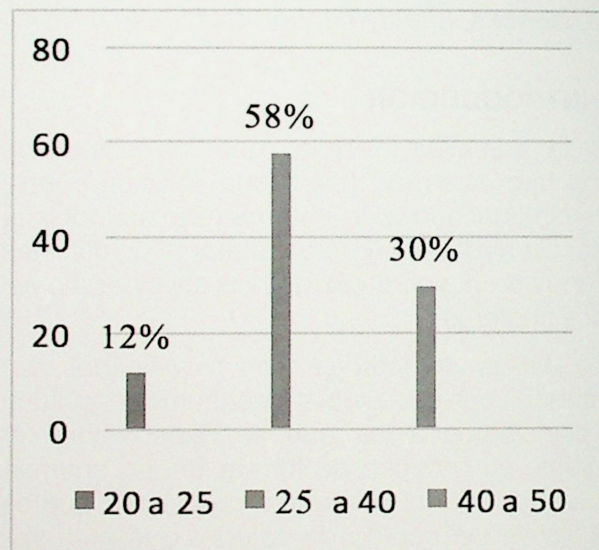
- Encuestas.
- Lista de sindicatos de choferes afiliados en la Ciudad de Viacha.

3. RESULTADOS.

GRAFICO N° 1

EDAD DE LOS CHOFERES

DE LA CIUDAD INDUSTRIAL DE VIACHA GESTION 2018



Fuente. Elaboración propia.

TABLA N° 1

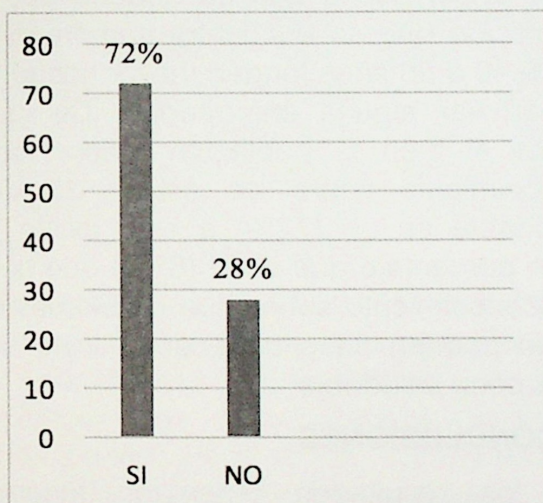
	INDICADOR	N°	%
1.	20 a 25 años.	12	12%
2.	25 a 40 años.	58	58%
3.	40 a 50 años.	30	30%
4.	TOTAL	100	100%

Interpretación.

De las personas encuestadas se observa que el mayor porcentaje se encuentra en edades de 25 a 40 años, representando un 58 %, a este le sigue la edad de 40 a 50 años con un 30 %, y de 20 a 25 con un 12%.

GRAFICO N° 2

CONOCIMIENTO SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, DE LOS CHOFERES DE LA CIUDAD DE VIACHA GESTION 2018



Fuente. Elaboración propia.

Fuente. Elaboración propia.

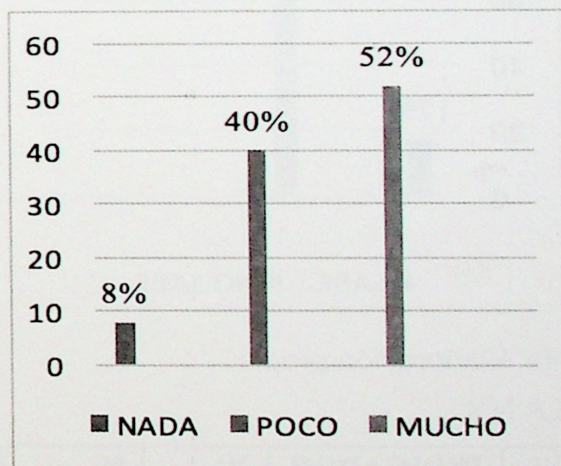
TABLA N° 2

	INDICADOR	N°	%
1.	SI	72	72%
2.	NO	28	28%
3.	TOTAL	100	100%

Interpretación. En el grafico se observa que un 72 % de la población afirma que tiene conocimientos sobre los estilos de vida saludables, y un 28 % desconoce.

GRAFICO N° 3

FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZAN LOS CHOFERES DE LA CIUDAD DE VIACHA GESTION 2018



Fuente. Elaboración propia.

TABLA N° 3

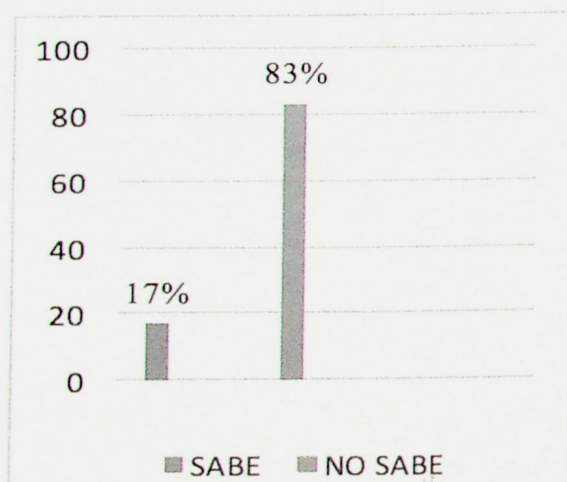
	INDICADOR	N°	%
1.	Nada.	8	8%
2.	Poco.	40	40%
3.	Mucho	52	52%
4.	Total	100	100%

Interpretación.

En el grafico se observa que un 52 % mantiene una actividad física, seguido de un 40 % que manifiesta que en ocasiones realiza actividad física, y en una menor cantidad que es un 8% que no realiza actividad física.

GRAFICO N° 4

CONOCIMIENTO SOBRE LOS PROBLEMAS DE UNA VIDA POCO SALUDABLE, EN LOS CHOFERES DE LA CIUDAD DE VIACHA GESTION 2018



Fuente. Elaboración propia.

TABLA N°4

	INDICADOR	N°	%
1.	SI	17	17%
2.	NO	83	83%
3.	TOTAL	100	100%

Interpretación.

En el grafico llama la atención que las personas encuestadas desconocen los problemas que pueden traer el no tener un estilo de vida saludable, representado así

un 83%, en comparación con los que sí saben que es un 17%.

4. DISCUSIÓN.

En el estudio realizado en los choferes de 20 a 50 años de la Ciudad Industrial de Viacha, del total de los choferes encuestados (100), se reporta que 58 personas (58%) están entre edades de 25 a 40 años, 30 choferes (30%) entre 40 a 50 años y un 12 % de 20 a 25 años, por lo que se deduce que la población que se encuentra comprendida entre 40 a 50 años tengan mayor riesgo de desarrollar alguna enfermedad. De igual forma si bien la población refiere tener conocimiento sobre los estilos de vida saludable en un (72%) a este existe un gran porcentaje que es el (83%) que tiene desconocimiento sobre qué problemas de salud podrían desencadenar el llevar una vida poco saludable.

5. CONCLUSIONES.

De los resultados obtenidos tenemos que un mayor porcentaje de la población estudiada esta entre las edades de 25 a 50 años, considerando que el tope estaría casi entrando a un grupo de riesgo, por lo que es importante trabajar en actividades preventivas, con el fin de evitar que estos a la larga desarrollen algún tipo de enfermedad, y si este fuera el caso brindar mayor información para de esta manera contribuir a que lleven un estilo de vida saludable.

Así también algo que nos llamó la atención es que la población desconoce

cuáles son los problemas de salud que podrían desencadenar al no llevar un estilo de vida saludable, poniendo así en mayor riesgo de desarrollar algún tipo de

enfermedad.

Es ahí que con los resultados obtenidos debemos de hacer un trabajo de promoción y prevención y de esta forma contribuir a que la población adopte estilos de vida saludables.

6.REFERENCIAS CONSULTADAS

- [1] Vargas Zárate M, Becerra Bulla F, PrietoSuárez E. Evaluación de la ingesta dietética en estudiantes universitarios. Bogotá, Colombia. Rev. Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 22-11-2013]; 12(1):116-125. Disponible en:http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000100011 DOI .org/10.1590/S0124-00642010000100011
- [2] Vargas Zárate M, Becerra Bulla F, Prieto Suárez E. Evaluación de la ingesta dietética en estudiantes universitarios. Bogotá, Colombia. Rev. Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 22-11-2013]; 12(1):116-125. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642010000100011>
- [3] Bonilla, ME. (2012). Promoción de Estilos de Vida Saludables en América Latina y el Caribe, En Breve, 14, pp. 1 –
- [4] Vorvick LJ, Zieve D. Vida saludable. 2011). Medlineplus medicine encyclopedic; article 002393. (Online). Accesible: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanis/ency/article/002393.htm
- [5] Palomares, E. (2014). Estilos de Vida Saludable y su relación con el Estado nutricional. Universidad Peruana de Ciencia Aplicadas, Lima Perú.
- [6] Valejo Alviter, N. G. y Martínez Moctezuma, E. (2017). Impacto de la promoción de estilos de vida saludable para mejorar la calidad de vida. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(2), pp 225-235. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.2442>
- [7] Roque Garay, A. Segura Segura, M. (2017) Promoción de estilos de vida saludable en el entorno familiar. *Nutrición Clínica*, 37(4): pp. 183-188 DOI: 10.12873/374roquegaray.
- [8] Zambrano, T. Verdugo Castillo, (2016). Problemas de Salud Relacionados al Estilo de Vida de los Choferes de Taxis, (Proyecto de investigación para obtener Licenciatura en Enfermería.) Universidad de Cuenca, Ecuador- Cuenca.

CUIDADOS DE CATETERES SUBCUTANEO EN PACIENTES SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA EN LA CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA"

Espinal Charcas, A.Y.¹; Paxi Condori, W.M.²; Condori Cachaca, B.³

¹ Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

² Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

³ Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

RESUMEN

Propósito: Realizar un estudio retrospectivo cuyo objetivo principal es describir, estudiar los cuidados de implantables de carácter permanente, tipo Port-A-Cath (PAC), en pacientes oncológicos en la Caja de Salud de Banca Privada. Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal y retrospectivo. Durante las últimas décadas, estos dispositivos han experimentado una evolución tecnológica importante y actualmente permiten su utilización de forma repetida, en los servicios ambulatorios y de internación, para diferentes aplicaciones (administración de nutrición parenteral, administración de medicamentos o para extracción de muestras sanguíneas).

Al igual que en cualquier otra técnica médico-quirúrgica, libres de complicaciones derivadas bien del implante, utilización o mantenimiento en el tiempo de estos dispositivos y que es objeto principal de nuestra revisión.

Describiremos la estandarización de la técnica de implante y la unificación de acciones a la hora de realizar el manejo por parte del personal de Enfermería y esto reduce el número de complicaciones. Al realizar una revisión se ha comprobado que estamos dentro del rango de buenos y muy buenos, tras la revisión de las historias y seguimiento de pacientes sometidos a la instalación de estos catéteres (15 historias) tratados con fármacos quimioterápicos a través de este tipo de dispositivos. Entonces nuestra población será de 15 pacientes sometidos a implantación de catéteres subcutáneos. Los métodos empleados fueron la revisión y observación de los expedientes clínicos. Se tomaron en cuenta los siguientes datos: edad, sexo, complicación en la cicatrización, N° de intentos en la introducción de aguja tipo celcit, técnica, retorno venoso, tipo de tratamiento (quimioterápico, nutrición parenteral, antibioticoterapia, hemoderivados o tomas de muestra), tolerancia, heparinización para el cierre. Pudimos observar que el uso de estos catéteres fueron principalmente en un 90% para la administración de citostáticos. Del estudio realizado el 93% no hubo ninguna complicación por el catéter subcutáneo. Solo en un paciente fue difícil el acceso con aguja celcit y eso corresponde al 7%. En un 100% de los pacientes existe mejor tolerancia al tratamiento y proporciona mayor

seguridad al momento de administrarse el tratamiento antineoplásico. Con este estudio se pretende estandarizar un manejo por parte del personal de enfermería y con mayor seguridad en el tratamiento pacientes sometidos a tratamientos con drogas antineoplásicas.

Palabras clave: Catéter Port-a-Cath, quimiotepia, antineoplasico.

ABSTRACT

Purpose: To carry out a retrospective study whose main objective is to describe, study permanent implantable care, type Port-A-Cath (PAC), in cancer patients in the Private Banking Health Fund. A descriptive cross-sectional and retrospective study was conducted. During the last decades, these

devices have undergone an important technological evolution and currently allow their use repeatedly, in outpatient and internment services, for different applications (parenteral nutrition administration, medication administration or blood sample collection).

As in any other medical-surgical technique, free of complications derived from the implant, use or maintenance over time of these devices and which is the main object of our review.

We will describe the standardization of the implant technique and the unification of actions when carrying out the management by the Nursing staff and this reduces the number of complications. When conducting a review it has been proven that we are within the range of good and very good, after reviewing the stories and monitoring of patients undergoing the installation of these catheters (15 stories) treated with chemotherapeutic drugs through this type of device. Then our population will be 15 patients undergoing implantation of subcutaneous catheters. The methods used were the review and observation of the clinical records. The following data were taken into account: age, sex, healing complication, No. of attempts in the introduction of a celcit needle, technique, venous return, type of treatment (chemotherapy, parenteral nutrition, antibiotic therapy, blood products or sample taking), tolerance, heparinization for closure. We could observe that the use of these catheters was mainly 90% for the administration of cytostatics. Of the 93% study, there was no complication due to the subcutaneous catheter. Only in one patient was access with a celcit needle difficult and that corresponds to 7%. In 100% of patients there is better treatment tolerance and it provides greater safety at the time the antineoplastic treatment is administered. This study aims to standardize a management by the nursing staff and with greater safety in the treatment of patients undergoing treatments with antineoplastic drugs.

Keywords: Port-a-Cath catheter, chemotherapy, antineoplastic

1.- INTRODUCCION

Los últimos años se ha sufrido una transición de enfermedades que los datos de morbi mortalidad fueron en aumento y que las enfermedades oncológicas van en aumento. Nuestra institución no excluida de estos índices también aumento su crecimiento en este tipo de pacientes siendo que el área de Oncología Ambulatoria funciona desde el 23 de Julio del 2018 en la Caja de Salud de la Banca Privada. Nuestros pacientes son sometidos a este tipo de tratamientos invasivos y con efectos agresivos, la sola administración de estos medicamentos antineoplásicos, requiere una supervisión cercada por parte del personal de enfermería siendo que pueden ocurrir situaciones no esperadas como las extravasaciones por su toxicidad y el tiempo prolongado de tratamiento. Por la misma patología crónica llevara un tratamiento prolongado meses e incluso años por tal razón las venas se hacen más débiles y de mayor riesgo y se requiere de una vía segura sea central o periférica. Por esa razón es que actualmente se emplean los Catéteres Subcutáneos o cateter puerto.

Desde principios del siglo XX Bleichröder utilizara un tubo de hule a través de los miembros superiores hasta la axila, el uso de estos catéteres ha evolucionado rápidamente, en los años 70 se comenzaron a utilizar catéteres de silicona tipo Broviac implantados parcialmente para la alimentación parenteral. Posteriormente Hickman tras numerosas investigaciones ideó un acceso venoso permanente para disminuir las venopunciones repetidas en niños en tratamiento con quimioterapia y/o nutrición parenteral. En 1982, Neiderhuber coloca el primer sistema totalmente implantable cubierto en su totalidad por piel

del paciente, nace así lo que conocemos actualmente como reservorio subcutáneo venoso o Catéter Port-a-Cath® (CPAC). Actualmente existe una amplia gama de implantes permanentes que ofrecen diversas utilidades y ventajas para los pacientes. Un reservorio de acceso venoso subcutáneo (RVS) consiste en un catéter unido a un puerto de plástico o de metal, que se inserta en una vena central y después se sutura en un bolsillo subcutáneo creado quirúrgicamente, normalmente en el tórax del paciente. El catéter tipo Port-a-Cath® se implanta mediante técnica quirúrgica con un abordaje venoso a través de la vena subclavia según la técnica de Seldinger. Este dispositivo consiste en una pequeña cámara de titanio con una membrana de silicona conectada a un catéter de plástico de 2,8 mm de diámetro externo que llega hasta la aurícula derecha a través de la vena subclavia. Este tipo de catéter está indicado para pacientes con necesidad de infusión de medicación como agentes citotóxicos, antibioterapia, analgesia continua y otras soluciones como nutrición parenteral o hemoderivados, y mayoritariamente se utiliza para el tratamiento de pacientes oncológicos; y está contraindicado como cualquier técnica quirúrgica ante la existencia de fiebre de origen desconocido, neutropenia y trombosis profunda. Aunque la técnica de implantación es quirúrgica, la punción y mantenimiento del mismo es responsabilidad exclusiva del personal de enfermería que atiende a este tipo de pacientes, es un dispositivo fácil de utilizar, entre sus ventajas, encontramos la eliminación de las complicaciones a través de accesos venosos periféricos transitorios como la irritación, la esclerosis del endotelio vascular o la flebitis, también produce un aumento de la calidad de vida del paciente.

Este dispositivo posee ciertas limitaciones con respecto a su utilización, siendo la más importante la necesidad de punción con una aguja especial (aguja tipo Gripper), así como las complicaciones derivadas de la técnica, y su proceso de implantación; también la mala utilización del dispositivo y/o complicaciones que aparecen por el hecho de permanecer con el dispositivo implantado durante largos períodos de tiempo, ya sea para su uso de manera continuada o para utilizarlo de forma intermitente durante ciclos de quimioterapia; éstas complicaciones pueden ser: rechazo, infección, arritmias, neumotórax obstrucción, migración, trombosis venosa local, etc. (Gerson R, Rojas A, Serrano A, Flores F, Villalobos A., 1998)

El objetivo de esta revisión bibliográfica es unificar las técnicas sobre cuidados de enfermería para pacientes portadores del Port-a-Cath en pacientes sometidos a quimioterapia en la Caja de salud de la banca privada.

2.- MÉTODO Y MATERIAL

Estudio descriptivo de tipo transversal y retrospectivo, que estuvo dirigido a expresar las características más importantes del cuidado del catéter Subcutáneo. Los datos se recolectaron en el primer semestre de la gestión 2019. Los métodos que se emplearon fueron la revisión de historias clínicas de pacientes sometidos a quimioterapia portadores de (RSC) de la CSBP.

Las variables que se tomaron en cuenta se dan a conocer a continuación:

- Edad.
- Tipo de patología
- Indicaciones de (RSC).

- Sitio de ubicación.
- Complicaciones.
- Tipo de agentes administrados.
- Técnica empleada.

Se tomó como población de estudio todos los pacientes portadores de Reservorio sub Cutáneo sometidos a tratamiento quimioterápico. Se tomó como muestra a 15 pacientes portadores de (RSC).

Se excluyeron a pacientes que no portan LOS Reservorios Sub Cutáneos o Port-a-Cath

MATERIAL

Para la apertura de este dispositivo es muy importante contar con el material adecuado, mesa auxiliar con el material estéril que consta del Equipo de curación (Riñonera, apósito, gasas, torundas de gasa, pinza), la aguja Tipo Celcit o Gripper N°22 o N° 20, guantes estériles 6 ½ o 7, jeringas de 5 y 10 ml, la solución prescrita, equipo de venoclisis, equipo ambar, llave de tres, tegaderm, micropore antialérgico, los frascos de yodo povidona, de alcohol al 70 %.

Para el cierre del Reservorio Sub Cutáneo; equipo de curación, los frascos de yodo povidona, de alcohol al 70 %. Heparina sódica 1,5 ml sin dilución en jeringa de 5ml, micropore, guantes estériles.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

1. Realizar lavado de manos clínico para evitar infecciones.
2. Vestir la indumentaria correcta, gorros, barbijo, bata.
3. Valorar el hemograma por posibles trombocitopenias o neutropenias.
4. Descubrir la región torácica donde se encuentra el tambor o reservorio.
5. Palpar el Reservorio Sub Cutáneo.

6. Preparar la solución prescrita con los equipos correspondientes.
7. Abrir el equipo de curación.
8. Abrir la aguja tipo Celcit o Gripper y colocar en área estéril.
9. Cargar en una jeringa de 10 ml solución fisiológica.
10. Prepararse otra jeringa de 5 ml vacía y colocar en el área estéril.
11. Calzarse los guantes estériles.
12. Permeabilizar la aguja tipo Celcit o Gripper.
13. Colocar gasas alrededor del área a puncionar.
14. Desinfectar el área seleccionada con povidona yodada y luego con alcohol al 70%.
15. Sujetar la aguja Tipo Celcit unida con la jeringa de 5 ml, puncionar en el punto seleccionado, hasta sentir que tocamos el fondo del reservorio.
16. Inmediatamente extraer con la jeringa incorporada 2-4 ml de sangre que contiene heparina.
17. Realizar un enjuague con la solución preparada en la jeringa de 10 ml, al observar el ingreso sin eventualidades adaptar la llave o equipo de venoclisis seleccionado.
18. Cubrir la aguja con tegaderm a fijar las extensiones con micropore para su mejor sujeción.

RETIRO DE AGUJA TIPO CELCIT O GRIPPER

1. Realizar un buen lavado de manos clínico.
2. Calzarse los guantes estériles.
3. Preparar equipo de curación jeringa de 5 ml con 1,5 ml de heparina sódica pura.

4. Se clampa la aguja tipo celcit y se hace la desconexión de los equipos.
5. Se conecta la jeringa de 5 ml se desclampa y se administra la heparina.
6. Retirar la aguja tipo Celcit o gripper.
7. Colocar con una pequeña torunda de gasa y fijar con micropore.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL CATETER SUBUTANEO EN PACIENTES SOMETIDOS A QUIMIOTERPIA

1. Cuando son recientes Curar los puntos de sutura.
2. Observar presencia de sangrado o de signos de infección en la herida quirúrgica.
3. Retiro de los puntos cuando la herida quirúrgica esté completamente cicatrizada.
4. La cicatrización en pacientes pancitopenicos como es el caso de pacientes sometidos a quimioterapia es más lento por esa razón el retiro se realiza hasta los 20 días después.

CUIDADOS DEL CATÉTER CENTRAL IMPLANTADO

1. La técnica que se emplea es completamente estéril
2. Limpiar la zona de inserción del catéter con técnica estéril.
3. Limpiar yodo povidona y alcohol al 70%.
4. Realizar con técnica estéril los cambios de sistemas de sueros y accesorios.
5. Aplicar antiséptico en las conexiones cuando se cambien los sistemas de sueros o se administre medicación en bolo junto con una gasa estéril.
6. Evitar las desconexiones de los sistemas por eso se debe emplear dispositivos con

sistemas huber loock

7. Envolver las conexiones con gasas estériles.

8. Evitar acodamientos o estiramientos.

9. Mantener las pinzas cerradas y usar conectores cerrados (bioconectores) para acceder al catéter, limitando el uso de llaves de tres pasos y alargaderas ya que representan un número mayor de puertas de entrada a las infecciones.

10. Los sistemas de sueros y llaves de tres pasos se cambiarán una vez cada 3 días, excepto los sistemas de solución parenteral cada día, transfusiones.

11. Se registrara la fecha del cambio en el sistema.

12. Cuando el paciente esté recibiendo quimioterapia intravenosa se pospondrá el cambio de sistema hasta que se finalice el tratamiento, para evitar derrames y exposiciones.

13. Si se observa, en la zona de inserción del catéter, enrojecimiento, inflamación, dolor o exudado se informara al médico y se realizara el reporte de enfermería.

14. No emplear jeringas menor de 5 ml para evitar someter al catéter a excesiva presión.

15. Realizar el lavado con solución fisiológica antes y después de administrar cada quimioterapia.

16. Para hemoderivados y soluciones viscosas lavar con 20ml de solución fisiológica.

17. Emplear técnica estéril para cada manipulación del catéter.

18. Emplear solamente agujas específicas, tipo Gripper o Huber.

19. Heparinizar el catéter siempre que no

se vaya a usar utilizando técnica de presión positiva. (cerrar la pinza mientras se inyecta el ultimo ml)

20. Asegurarnos de dejar completamente cerrado y clampando el catéter cuando no lo estamos usando.

3.- RESULTADO

Tabla 1

Edad del paciente

Edad	Cantidad	%
1- 10 años	3	20 %
11 – 20 años	1	7%
21 – 30 años	5	33%
31- 40 años	4	27%
Mayor de 40 años	2	13%
Total	15	100

Fuente: Expedientes Clínicos.

Esta tabla nos muestra que los pacientes oncológicos atendidos en la Caja de Salud de la Banca Privada de acuerdo a edad un 33% son portadores pacientes entre 21 – 30 años de edad; un 27% entre 31 a 40 años de edad; un 20% niños entre 1 a 10 años de edad; el 13% mayores de 40 años y solo el 7% entre 11-20 años. Esto significa que el indicador de 21 a 30 años de edad existe más cantidad de pacientes con Catéteres Sub cutáneos.

Tabla 2.

Sexo de pacientes

Sexo	Cantidad	%
Masculino	0	0%
Femenino	15	100%
Total	15	100 %

Fuente: Expedientes Clínicos.

Esta tabla nos muestra que los pacientes oncológicos atendidos en la Caja de Salud de la Banca Privada de acuerdo al sexo el 100% son de sexo femenino los portadores de catéter sub cutáneo. Esto significa que el solo las pacientes mujeres portan este

tipo de Catéteres Sub cutáneos.

Tabla 3.

Complicaciones en la Cicatrización de los Puertos

Complicaciones	Cantidad	%
No	13	87%
Si	2	13%
Total	15	100%

Fuente: Expedientes Clínicos.

Esta tabla nos muestra que los pacientes oncológicos atendidos en la Caja de Salud de la Banca Privada el 87% no presento complicación durante la cicatrización y el 13% presento específicamente dehiscencia de punto. Esto significa que el mayor porcentaje no presento dicha complicación tras la instalación del Catéteres Sub cutáneo.

Tabla 4.

Numero de Intentos para la Instalación de Aguja tipo Celcit o Gripper

N° de Intentos	Cantidad	%
Primer Intento	14	93%
Segundo Intento	0	0%
Tercer Intento	0	0%
Sin éxito	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Expedientes Clínicos.

Esta tabla nos muestra que los pacientes oncológicos atendidos en la Caja de Salud de la Banca Privada el 93% se logro introducir la aguja al primer intento solo un 7% no se tubo éxito. Esto significa que el mayor porcentaje se logro realizar el procedimiento con éxito la instalación de la aguja tipo Celcit en el Catéter Sub cutáneo.

Tabla 5.

Técnica Empleada para la manipulación del Catéter Subcutáneo

Técnica Empleada	Cantidad	%
Estéril	15	100%
No estéril	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Expedientes Clínicos.

Esta tabla nos muestra que los pacientes oncológicos atendidos en la Caja de Salud de la Banca Privada en el 100% se empleo una técnica estéril. Motivo por el cual no existieron complicaciones tras el abordaje con la aguja de tipo Celcit o Gripper en Catéter Sub cutáneo.

Tabla 6.

Observación del Retorno Venoso

Retorno Venoso	Cantidad	%
Si	14	93%
No	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Expedientes Clínicos.

Esta tabla nos muestra que los pacientes oncológicos atendidos en la Caja de Salud de la Banca Privada portadores de Catéter Sub Cutáneo el 97% se observo buen retorno venosos en las instalaciones de la aguja de tipo Celcit y el 7% que corresponde a un solo paciente no.

Tabla 7.

Tipo de Medicación a Infundir

Infusión	Cantidad	%
Quimioterapia	0	0%
Otros(hemoderivados,NPT,antibioticoterapias, tomas de muestra.	0	0%
Ambos	15	100%
Total	15	100%

Fuente: Expedientes Clínicos

Esta tabla nos muestra que los pacientes oncológicos atendidos en la Caja de Salud de la Banca Privada portadores de Catéter Sub Cutáneo emplean un 100% para tratamiento quimioterapico, administración de medicamentos, antibióticos, NPT administración de hemoderivados e incluso tomas de muestra.

Tabla 8.**Cantidad de Heparina que se administra en el catéter tras conclusión de tratamiento**

Heparina/ cantidad en ml	Cantid ad	%
10000 UI(2 ml)	15	100 %
5000UI (1 ml)	0	0%
1500UI(1 ml aforado en 10ml/ 3ml)	0	0%
Total	15	100 %

Fuente: Expedientes Clínicos.

Esta tabla nos muestra que los pacientes oncológicos atendidos en la Caja de Salud de la Banca Privada portadores de Catéter Sub Cutáneo tras la conclusión se hepariniza con 10000 UI de heparina. Con esta cantidad de heparina no se ha observado dificultades en la instalación de agujas tipo Celcit.

Al analizar la mortalidad de pacientes oncológicos portadores de Catéteres Sub cutáneos no se han reportado a causa de complicaciones por sepsis del catéter si no fallecieron por la misma patología de base el Cáncer.

4.- DISCUSIÓN

Hoy en día va en aumento el número de pacientes que requieren la colocación de un Catéter Sub Cutáneo porque pacientes diagnosticados con enfermedades neoplasicas va en aumento, este conlleva menores complicaciones en el tratamiento citostatico y disminuye el trauma de extravasaciones por medicamentos vesicantes. Actualmente los pacientes solicitan la instalación de las mismas ya que a través de estos catéteres se administran distintas drogas y se cumplen diferentes protocolos que muchos de ellos son prolongados los mas empleados entre estos quimioterapicos son doxorubicina,

cisplatino, ciclofosfamida e ifosfamida y actualmente los medicamentos conocidos como los anticuerpos monoclonales tales como el Rituximab, Trastuzumab, Bebacizumab. Nuestros pacientes portadores de estos catéteres dentro de la institución son de sexo femenino, si se emplea una técnica estéril no existirá complicaciones. Los datos bibliográficos indican que no debemos abusar del empleo de llaves de tres vías de manera innecesaria ya que estos aumentan el riesgo de proliferación de microorganismos patógenos que puede conllevar a una infección. El personal de enfermería juega un papel importante ya que es la que directamente realiza y ejecuta todo el procedimiento por eso su actualización y seguridad en estos procedimiento es de vital trascendencia y que extreme medidas de asepsia y antisepsia en estos pacientes portadores de este tipo de catéteres de largo uso y poder resolver eventualidades ante cualquier evento no esperado comunicar y reportar en registros que se cuenten dentro de la institución y del servicio. Del estudio realizado dentro de la institución no se presentaron complicaciones de magnitud, la ocasión donde no se obtuvo éxito en la apertura de catéter la posible causa fue la técnica en la heparinización, motivo por el cual estos catéteres se deben ser administrados una cantidad adecuada la cual es de 10000 UI, antes del retiro, el problema podría deberse a que la concentración de la heparina era en menor cantidad es por eso la unificación de criterios y manejos en este tipo de pacientes portadores de estos dispositivos.

5.- CONCLUSION

La edad para la colocación de estos catéteres de acuerdo a la investigación

realizada es entre 21 a 30 es una población joven y productiva, es mas caracterizado en el sexo femenino eso no descarta que también en pacientes al sexo masculino. Tras la instalación de este catéter en se pudo determinar que las complicaciones que se presentaron fue en dos pacientes que representan el 13% esta razón fue la dehiscencia de punto pos actividades que realizaron las pacientes y el resto pese a seguir con el tratamiento que causa pancitopenia no presentaron complicaciones. La técnica es importante mantener esterilidad en el procedimiento teniendo en cuenta que contamos con un espacio exclusivo para la atención de este tipo de pacientes y personal capacitado. Una de las ventajas de este tipo de dispositivo es el fácil acceso sin embargo en este estudio solo a una paciente que corresponde el 7% no se logro aperturar por la técnica en el cierre del dispositivo. En la mayor parte de los pacientes portadores de este catéter se observó salida de retorno venoso sin complicaciones. La medicación que se administro a estos pacientes en realizad especificaron quimioterapicos, nutrición parenterales, hemoderivados y en algunos de los casos se empleo para la tomas de muestras los mismos quedaron funcionantes. Tras el su uso de este es importante el lavado y el cierre previo heparinizacion como ya se menciona y se pudo ver en este estudio realizado

RECOMENDACIONES

No cabe duda de que este tipo de catéter ofrece múltiples ventajas tanto físicas (evitación de punciones repetidas, autonomía para realizar actividades de la vida diaria, uso de prendas cotidianas) como psicológicas (no produce deterioro de la imagen personal y

- Es necesaria una guía de práctica clínica basada en la evidencia en la que los profesionales de enfermería se puedan basar para redactar protocolos que unifiquen criterios de manejo, haciendo más efectivo el trabajo de los profesionales y asegurando una atención de calidad en estos pacientes. Por su longitud permite llegar a vasos de mayor calibre y de esta manera las infusiones que se producen causan menos fenómenos inflamatorios irritativos en el endotelio.
- Existe un mejor costo beneficio incluyendo la estadía del paciente.
- Disminuye riesgos de flebitis y extravasaciones.
- Pese a grandes ventajas se recomienda no realizar actividades que exijan esfuerzos físicos.
- Evitar algunos deportes que impliquen mucha movilidad y riesgo de contacto con la región donde se encuentra ubicado este catéter.

6.- REFERENCIAS CONSULTADAS

1. E. Freiré, A. De la Iglesia, C. Rodríguez, M. A. López, M. González, R. Peleteiro, M. A. Reservorios venosos centrales totalmente implantables, tipo Port-A-Cath, en pacientes oncológicos: Revisión de Complicaciones. Madrid 2008
2. Alexander HR: Vascular access and specialized techniques of drug delivery. En: DeVita VT, Hellman S: Rosenberg S. Cancer: Principles and Practice. Philadelphia: Lippincott-Raven 1997; 725-34.
3. Carrero, M.C Accesos vasculares. Implantación y cuidados de enfermería. Cuidados y manipulación del reservorio

subcutáneo. Enfermería Clínica Volumen 6. Sistemas de implantes. Laboratorio B.Braun Medical. Freytes Co. Indications and complication of intravenous devices for chemotherapy curro p Oncol 2000.

4.García MV. Cuidados y recomendaciones para la prevención de la infección relacionada con los catéteres venosos centrales. Nursing 2010 Nov; 28 (9):58-61

5.Gutiérrez Samaniego M, Pérez Zapata Al, Rodríguez Cuéllar E, Alcalde Escribano J, Sánchez Bustos F, de la Cruz Vigo F. Reservorios venosos subcutáneos tipo port-a-cath. Ventajas del acceso quirúrgico mediante venotomía cefálica. Rev Cir may amb. 2015[citado 18 Feb 2017]; 20(2): 58-62.

6.Rojas G, Gerson R, Cervantes J, Flores C, Villalobos A. Acceso vascular en el paciente oncológico. Experiencia de 200 casos. Cir 1999; 67: 200-204.

7.Pérez, Maquera, Soca et al (2018) Biofilm fúngico asociado a dispositivo intravascular de larga permanencia: Complicaciones y dificultades terapéuticas. Horiz Med 2018; 18(2): 86-91. UPSMP.

8.Cardeñosa, Gago, A; Cabezas Berdonces C. "Recomendaciones en el uso y mantenimiento del dispositivo port-a-cath" Revista AglInf (ágora de enfermería) enero-marzo 2017. 11(1): 1069-1071.

9.Rodríguez-Barbero M.Tipo de Canalización de Acceso Venoso Central: el Port-a-Cath. ENE [Internet]. 2008 [citado 21 Feb 2017]; 2(4)

10.Meza A. El uso de Port-A-Cath en quimioterapia [internet]. España: Editor. Bachelor Of science, Bachelor Of science 2015. [Consultado 17 Agosto, 2017].

11. Díaz BA. Nivel de conocimiento de

la enfermera y calidad de técnica de la administración de medicamentos antineoplásicos [internet]. Mexico, 2014: [Consultado 17 Agosto, 2017].

12. Jaén M, Ramos MJ, Gómez R. Guía de salud: recomendaciones para personas con catéter reservorio subcutáneo elaborada con metodología de guía de práctica clínica. Rev Paraninfo Digital [internet]. 2008 [citado 27 Feb 2017]; (5).

13. Consejería de igualdad, salud y políticas sociales (2015) Procedimiento de enfermería sobre cuidados y mantenimiento del port-a-cath. Servicio andaluz de salud. Servicio Andaluz. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería Hospital "La Inmaculada" & Distrito A. P." Levante Alto Almanzora" Avda. Dra. Ana Parra, s/n.

14. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Cuidados y Mantenimiento de Accesos Venosos de larga duración (Reservorios). Hospital universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Junio 2012. (Consultado en Abril 2014).

15. Catéteres Venosos Centrales. Guía para Enfermería. Servicio de Salud del Principado de Asturias.2010. (Consultado Abril 2014).

APENDICE

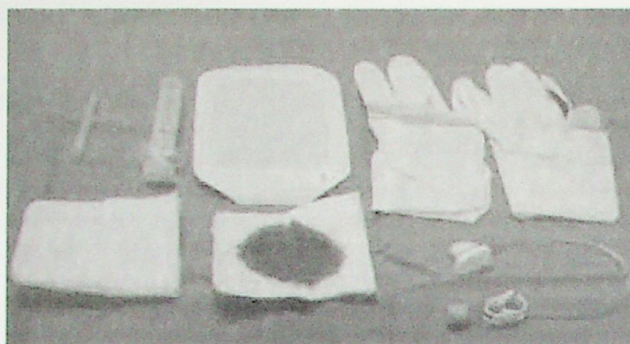


Fig.1. Material estéril.



Fig. 2. Preparación de material.



Fig.3. Inserción de la aguja tipo celcit al tambor.

CONOCIENDO LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON EN EL HOGAR "SAN MARTIN" DE LA CIUDAD DE EL ALTO

Laura Osco, A.V.¹; Quispe Mamani, E.O.²; Zeballos Callisaya, S.³

¹ Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

² Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

³ Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

RESUMEN.

Averiguar el nivel de conocimientos de la Enfermedad de Huntington (EH) del personal profesional que trabaja en el hogar "San Martín" de la Fundación Cuerpo de Cristo de la ciudad de El Alto en el primer trimestre de la gestión 2018.

La Enfermedad de Huntington (EH) es un trastorno cerebral hereditario que afecta a personas de todas las razas en todo el mundo. Toma su nombre del Dr. George Huntington, un médico de Long Island, Nueva York que describió lo que él llamó "corea hereditaria" en el año 1872. La Corea, de la palabra griega para danza, se refiere a los movimientos involuntarios que son un síntoma común de la EH. La Enfermedad de Huntington (EH), ha sido reconocida como una de las tres enfermedades neurodegenerativas de mayor impacto a nivel mundial, junto al Parkinson y al Alzheimer. El daño producido por la EH afecta principalmente zonas del Sistema Nervioso Central (SNC), como los ganglios basales y tiene una base genética, que es transmitida de generación en generación de manera autosómica dominante. El problema genético específico se localiza en un defecto del brazo corto del cromosoma 4, llamado IT15, que tiene repeticiones trinucleicas superiores a 38 duplicaciones.

Palabras Claves: Enfermedad de Huntington, conocimiento.

ABSTRACT

To determine the level of knowledge of Huntington's Disease (HD in the professional staff that works in the "San Martín" House, Fundación Cuerpo de Cristo, of the El Alto city in the first quarter of the 2018 management.

Huntington's Disease (HD) it is a hereditary brain disorder that affects people of all races around the world. It takes its name from Dr George Huntington, a physician from Long Island, New York who discovered what he called "hereditary chorea" in the year 1872. Chorea, from the Greek Word for dance, refers to the involuntary movements that are a common symptom of HD. Huntington's Disease (HD) has been recognized as one of the three neurodegenerative diseases with greatest impact around the world, beside Parkinson's disease and Alzheimer disease. The damage caused by HD primarily affects areas of the Central Nervous System (CNS), such as the basal ganglia and it has a genetic basis, which is transmitted from generation to generation in an autosomal dominant manner. The specific genetic problem is located on the short arm of chromosome 4, called IT15, which has tri-nucleic repetitions above 38 duplications.

Keywords: Huntington's Disease, knowledge.

1.- INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Huntington (EH) es una enfermedad neurodegenerativa devastadora, hereditaria, caracterizada por la presencia de síntomas progresivos motores, cognitivos y psiquiátricos. La corea y la pérdida de equilibrio son los primeros síntomas que los pacientes notan, aunque ha habido reportes de cambios de personalidad o alteraciones cognitivas previas que los familiares pueden notar(1). Debido a múltiples factores, entre ellos: herencia autosómica dominante, el inicio típico durante la vida adulta, curso progresivo, y una combinación de síntomas y signos motores, cognitivos y conductuales, se considera una condición devastadora para los pacientes y sus familias (2).

En nuestro país, al igual que en otros países utilizan la proporción 1 por 10000 habitantes, mientras que la prevalencia mundial es de 7-10 por 100 000 habitantes (3). A pesar que hasta la actualidad no existe cura para la EH, existen muchas opciones terapéuticas disponibles para manejo de los síntomas con el fin de mejorar la calidad de vida. Existen varios medicamentos ampliamente estudiados, pero no detienen el curso progresivo de la enfermedad, sin embargo, siempre hay algo que el médico puede hacer, además del tratamiento farmacológico para reducir la carga de los síntomas. Los Cuidados paliativos se plantean como la indicación ideal de manejo de la enfermedad crónica, durante las diferentes fases y el desenlace poco predecible que esta presenta, estos cuidados involucran diferentes aspectos como, evaluar el lenguaje, habla y deglución y con la ayuda de un terapeuta, reducir el riesgo de asfixia, determinar si la persona con EH ha completado un formulario de

instrucciones previas, o durante la etapa terminal de la enfermedad se asegura que cualquier dolor esté bien tratado y que se usen los servicios de cuidados paliativos apropiados (4,5).

2.- MATERIALES Y METODOS

La investigación realizada es un estudio descriptivo de tipo transversal, siendo la población objeto de estudio el personal profesional que trabaja en la institución "SAN MARTIN" perteneciente a la F.C.C.(Fundación Cuerpo de Cristo) de la ciudad de El Alto en el primer trimestre del 2018.

Para esta investigación el universo y muestra son similares porque se encuesta a todo el personal profesional de dicha institución.

La EH es un trastorno neurodegenerativo, descrito en 1872 por George Huntington, se transfiere entre las familias de generación en generación, con inicio variable, con más frecuencia en la edad media y que se caracteriza por movimientos coreicos no controlados, alteraciones conductuales y psiquiátricas. En 1983, se estableció una vinculación con el cromosoma 4q y en 1993 se encontró el gen de la enfermedad de Huntington, responsable de la proteína Huntingtina (HTT) . Actualmente conocemos que se trataría de la repetición anormal del trinucleótido CAG (>40 repeticiones), que codifica glutamina y que genera una forma mutante de la proteína multifuncional huntingtina. Su causa genética conocida permite pruebas genéticas predictivas y de diagnóstico para la enfermedad.

Los Cuidados Paliativos son definidos por la Organización Mundial de la Salud como «Un enfoque de atención que mejora la calidad de vida de las personas enfermas y de sus familias afrontando los problemas asociados

con enfermedades mortales a través de la prevención y alivio del sufrimiento. Todo ello, mediante la rápida identificación, y correcta valoración y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales». El objetivo fundamental es garantizar la calidad de vida del paciente, apoyo a la familia y cuidadores para enfrentar la enfermedad de forma integral, desde el diagnóstico, inicio de síntomas y el duelo. Los Cuidados Paliativos se pueden aplicar desde fases iniciales, paralelamente a otras terapias que intentan prolongar la vida.(6) La necesidad de cuidados paliativos en la enfermedad de Huntington comienza apenas se considera el diagnóstico (7).

A pesar de que todo el mundo nace con el gen de la EH, la enfermedad es causada por una copia anormal del gen que se transmite de padres a hijos. No es de ninguna manera contagiosa. Sólo la persona que nace con el gen anormal puede tener la enfermedad o transmitirla a sus hijos. Toda persona que es portador de una copia anormal del gen va a eventualmente, si viven lo suficiente, a desarrollar los síntomas. Todos los niños nacidos de un progenitor afectado tienen un 50% de probabilidad de nacer con el gen que causa la enfermedad. Los hombres y mujeres tienen las mismas probabilidades de heredar el gen anormal. Los que no han heredado el gen no desarrollan la enfermedad y no lo puede transmitir a sus hijos. La EH no "salta o omite" generaciones (8).

Aunque el gen anormal está presente desde el nacimiento, el diagnóstico clínico de la EH indica que los síntomas han comenzado. Un diagnóstico de la EH sólo se logra mediante una amplia evaluación neurológica que es mejor que sea realizada por un especialista

en la EH o en los trastornos neurológicos del movimiento. Una prueba genética se puede utilizar para ayudar a confirmar o descartar un diagnóstico, sin embargo, un resultado positivo, lo que indica la presencia del gen de la EH, no es suficiente, por sí misma, para confirmar el diagnóstico clínico de la EH (9).

Aunque los síntomas de la EH varían de una persona a otra, incluso dentro de la misma familia, la progresión de la enfermedad puede dividirse en unas tres etapas.

La etapa inicial de la EH por lo general incluye cambios sutiles en la coordinación, tal vez algunos movimientos involuntarios (corea), dificultad para pensar cuando hay problemas y, a menudo, depresión o un estado de ánimo irritable.

En la etapa intermedia, los trastornos del movimiento pueden convertirse en un problema mayor. Los medicamentos para la corea pueden ser considerados para proporcionar el alivio de los movimientos involuntarios.

En la etapa tardía, la persona con la EH se vuelve totalmente dependiente de otros para su cuidado. El atragantamiento se convierte en una preocupación importante. La corea se vuelve severa o puede cesar. En esta etapa, la persona con la EH ya no puede caminar y va a ser incapaz de hablar.

En todas las etapas de la EH, la pérdida de peso puede ser una complicación importante que puede corresponder con empeoramiento de los síntomas y debe ser contrarrestada mediante el ajuste de la dieta y el manteniendo el apetito (10).

Hacer frente a los trastornos de movimientos voluntarios en la EH requiere un enfoque amplio. Mientras no existen actualmente tratamientos que pueden detener el avance de la enfermedad, la terapia Física (TP),

la terapia ocupacional (TO), la terapia del Habla, nutrición y dispositivos de asistencia pueden hacer más fácil el ajuste al cambio de las capacidades y prolongar la calidad de vida.

3.- RESULTADOS. -

En recorrido en la ciudad de El Alto, se realizó una recolección de datos acerca de la EH, se hizo una visita a los pocos lugares de acogida de los adultos mayores y único en esta ciudad, el Hogar San Martín de la F.C.C. institución de acogida a este grupo etareo donde se realizó una encuesta y recolección de datos.

La institución San Martín con casi 8 años de funcionamiento, mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes internados, se acogió diferentes casos y entre ellas estaba la EH, recibió 2 casos en este tiempo uno de sexo masculino (2010) y otro de sexo femenino (2016), ambos confirmados mediante la sintomatología característica de esta enfermedad ambos ya fallecidos, actualmente no tienen pacientes con esa

Personal Profesional	SAN MARTIN	
	Cantidad (10)	%
Conoce la E.H.	6	60%
No conoce la E.H.	4	40%
Conoce el Tratamiento	5	50%
No conoce el Tratamiento	5	50%
Si necesita atención personalizada *	9	90%
No necesita atención personalizada	1	10%

* Luego de dar un resumen de la patología

Fuente. propia. 2018.

enfermedad.

GRAFICO 1

CONOCIMIENTO DE LA E.H. DEL PERSONAL PROFESIONAL



■ Conoce la E.H. ■ No conoce la E.H.

PERSONAL PROFESIONAL

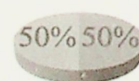
Fuente. propia. 2018.

INTERPRETACIÓN

Del personal encuestado fueron 10 conformados por: 1 médico, 1 fisioterapeuta, 2 licenciadas en enfermería y 6 auxiliares. Donde el 60% conoce la patología y el 40% no conoce esta patología.

GRAFICO 2

CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEL PERSONAL PROFESIONAL



■ Conoce el Tratamiento
■ No conoce el Tratamiento

Fuente. propia. 2018.

INTERPRETACIÓN:

Sobre el tratamiento y los cuidados de esta enfermedad, el 50% conocían y el 50% no.

GRAFICO 3

NECESITA ATENCION PERSONALIZADA

ATENCION PERSONALIZADA



■ Si necesita atención personalizada *

■ No necesita atención personalizada

LAE.H.PORELPERSONALPROFESIONAL

Fuente. propia. 2018.

INTERPRETACIÓN

Luego de dar un resumen de la patología Se les pregunto si estos pacientes necesitan una atención personalizada, el 90% respondieron que sí.

4.- DISCUSION

¿Existirá más casos de este tipo de patologías en la ciudad de el Alto?

Al parecer existen, pero están ocultos o encerrados sin ser percibidos por la sociedad, solamente son exhibidos en su etapa final de su enfermedad en los centros hospitalarios o internándolos por los familiares en centros de acogida como "SAN MARTIN" de la F.C.C. de El Alto para los cuidados que conlleva este tipo de pacientes.

Los dos casos en esta institución tanto

el masculino como femenino tenían descendencia, el primero con cuatro hijos con sus respectivos nietos, la segunda también cuenta con descendencia, de la misma manera con hijos y nietos, con esto nos hace reflexionar y prepararnos en un tiempo no muy lejano la presencia de mas casos y la falta de instituciones especializadas para tratar este tipo de pacientes.

5.- CONCLUSIONES

La enfermedad de Huntington presenta consecuencias físicas, emocionales, cognitivos, sociales y económicas devastadoras. La mayoría de las personas afectadas por la enfermedad abandonan sus trabajos de forma temprana, se convierten en padres y parejas improductivas, consumen recursos médicos y terminan sus vidas en residencias de atención a largo plazo. Las familias están agotadas por las necesidades de cuidado entre generaciones superpuestas causadas por la naturaleza hereditaria de la enfermedad. Hay una gran oportunidad para planificar y coordinar la atención y servicios de apoyo para las personas con la EH y sus familias.

Es importante tener en cuenta que no existe un paciente típico con EH, cada paciente es complejo y tiene necesidades particulares, Mejorar la atención al final de la vida es un reto moderno que requiere de incrementar la formación de los profesionales de la salud en cuidados paliativos.

Mayor información para la atención para este tipo de pacientes y desarrollo de políticas

pertinentes para la atención en instituciones especializadas.

6.-REFERENCIAS CONSULTADAS

1. Novak M, Tabrizi S. Huntington's disease. *BMJ*. 2010; 340:3109.
2. Bates G, Dorsey R, Gusella J, Hayden M, Kay C, Leavitt B, et al. Huntington disease. *Nature Reviews*. 2015; 1: 1-21.
3. Torres L, Cosentino C, Mori N. Actualización sobre la enfermedad de Huntington y experiencia de 30 años en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. *Diagnóstico*. 2008; 47(2):0-0. (Citado el 30 de noviembre del 2016) Disponible en: <http://www.fhu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2008/abr-jun/65-69.html>
4. Ross R. Huntington's disease: a clinical review. *Orphanet J Rare Dis*. 2010; 5: 40.
5. Nance M. Team Care for Huntington's Disease. In: Nance M, Paulsen J, Rosenblatt A, Wheelock V. *A Physician's guide to the management of Huntington's disease*. United States of America: Huntington's Disease Society of America; 2011. p.30.
6. Aldasoro E, Mahtani V, Sáenz de Ormijana A, Fernández E, González I, Martín R, et al. Necesidades en cuidados paliativos de las enfermedades no oncológicas: Un estudio cualitativo desde la perspectiva de profesionales, pacientes y personas cuidadoras. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2012.
7. Mark S, Hung S, Rosielle D. Palliative Care for Patients with Huntington's Disease #201. *Journal of Palliative Medicine*. 2011; 14(5): 655-656.
8. La oficina nacional de la Asociación Americana de la Enfermedad de Huntington 505 Eighth Avenue, Suite 902 New York, NY 10018, 2014.
9. Johnson A, Paulsen J. Understanding behavior. In: *Huntington Disease Society of America Huntington's Disease. A guide for professionals*. New York: Huntington Disease Society of America; 2014.
10. Saavedra A. Sobre un caso de Corea de Huntington. *Rev Neuropsiquiatría* 1950; 2:232-239.
11. I.N.E., Bolivia, Catalogo del Archivo Nacional de datos(ANDA) 2017

GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE CANCER CERVICO UTERINO EN MUJERES EN EDAD FERTIL ENTRE LAS EDADES DE 15 A 45 AÑOS EN LA ZONA VILLA INGAVI DE LA CIUDAD DE EL ALTO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DE LA GESTION 2018

Nina Calle, N.¹; Mamani Apaza, R.R.²; Laguna Mamani, Y.S.³

¹ Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

² Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

³ Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

RESUMEN:

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) ha sido identificada como el principal factor de riesgo del cáncer cervical. La hipótesis sobre una posible relación entre el virus del papiloma humano y el desarrollo del cáncer de cuello uterino fue postulada en el año 1976 por el Prof.Dr. Harald zur Hausen. Con el fin de demostrar su hipótesis, el Dr. zur Hausen examinó y, ulteriormente, demostró la presencia de ADN del virus del papiloma humano en las células cancerígenas ubicadas en el cuello uterino. Además logró identificar dos cepas de dicho virus (la cepa 16 y 18), implicadas en el 70% de los cánceres de cérvix.

Los virus del papiloma humano son pequeños virus de doble hebra, sin envoltura, que infectan el epitelio de la piel y de las mucosas.

Los virus del papiloma se transmiten por contacto directo (a través del contacto genital).

La gran mayoría de los virus del papiloma humano son combatidos con éxito por nuestro sistema inmune, aunque en ocasiones el virus consigue evitar el control de éste, provocando alteraciones celulares en el cervico uterino.

En la mayoría de casos, las personas contagiadas con el VPH no presentan síntomas. No obstante, ciertos tipos del VPH pueden causar verrugas genitales en hombres y mujeres. Otros, como dicho anteriormente, pueden causar cáncer de cuello uterino así como cánceres menos comunes como el de vulva, vagina, ano y pene.

En función de su potencial oncogénico, los virus del papiloma humano se pueden clasificar en dos grupos: VPH de bajo riesgo (aquellos cuyo riesgo de provocar cáncer es bajo – p.ej. VPH 6 o 11) y VPH de alto riesgo (aquellos que constituyen un factor de riesgo en el desarrollo de cáncer – p.ej. VPH 16 y 18).

La prevención de la infección como por ejemplo mediante el uso de preservativos y la detección precoz del VPH o de células anormales mediante pruebas regulares son esenciales en la prevención del cáncer cervico del útero.

Consideremos la revelante que las mujeres en edad fértil de la zona de Villa Ingavi conozcan la

importancia del examen de Papanicolaou (PAP) y sus complicaciones.

Esperamos que este artículo los haya servido como una base para entender mejor las infecciones por el VPH y sus consecuencias.

ABSTRACT:

Human papillomavirus (HPV) infection has been identified as the main risk factor for cervical cancer. The hypothesis about a possible relationship between human papillomavirus and the development of cervical cancer was postulated in 1976 by Prof. Dr. Harald zur Hausen. In order to demonstrate his hypothesis, Dr. zur Hausen examined and subsequently demonstrated the presence of human papillomavirus DNA in the cancer cells located in the cervix. In addition, it managed to identify two strains of the virus (strain 16 and 18), involved in 70% of cervical cancers. Los virus del papiloma humano son pequeños virus de doble hebra, sin envoltura, que infectan el epitelio de la piel y de las mucosas.

Papilloma viruses are transmitted by direct contact (through genital contact).

The vast majority of human papillomavirus are successfully fought by our immune system, although sometimes the virus manages to avoid control of it, causing cellular alterations in the uterine cervix.

In most cases, people with HPV have no symptoms.

However, certain types of HPV can cause genital warts in men and women. Others, as mentioned above, can cause cervical cancer as well as less common cancers such as vulva, vagina, anus and penis.

Depending on their oncogenic potential, human papillomavirus can be classified into two groups: low-risk HPV (those whose risk of cancer is low – e.g. HPV 6 or 11) and high-risk HPV (those that are a risk factor in the development of low-risk HPV) cancer – e.g. HPV 16 and 18).

Preventing infection, such as through condom use and early detection of HPV or abnormal cells through regular testing, are essential in preventing cervical cancer of the uterus.

Consider the revealor that women of childbearing potential in the Villa Ingavi area know the importance of the Pap test and its complications.

We hope this article has served as a basis for better understanding HPV infections and their consequences.

1. INTRODUCCION

El cáncer cervical o carcinoma de cérvix o cáncer cervico de útero es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres y también el más frecuente en países en vías de desarrollo.

Es producido por el virus de papiloma humano (VPH) el cáncer cervico uterino es una enfermedad que mata a muchas mujeres atacando al cuello del útero y que puede ser mortal, las causas más frecuentes son: relaciones sexuales a temprana edad, relaciones sexuales con múltiples parejas, elevado número de partos, uso de nicotina, infecciones por ITS, SIDA.

De acuerdo a la encuesta de demografía y Salud ENDSA 2010. Las mujeres con bajo nivel educativo, las que se encuentran en bajos de riqueza, las más jóvenes, las mujeres solteras y las que residen en el área rural son las que en menor proporción se realizan la prueba. Un análisis comparativo realizado entre las poblaciones de las ciudades de La Paz y El Alto revela -tomando en cuenta todos los tipos de cáncer- que la incidencia de cáncer de cuello uterino en la primera fue de 32.2% y de 43.8% en la segunda, esto probablemente por las condiciones de mayor pobreza y extracción social más deprimida de las mujeres de El Alto (Castro y Ríos Dalenz, 2001). Con todo lo expuesto anteriormente es evidente el cáncer de cuello uterino es un problema prevalente, con consecuencias graves y en el que la intervención es ineficiente, de ahí la importancia de detectar e identificar a los pacientes en fases tempranas para intervenir lo antes posible y así intentar evitar las cronificaciones y por tanto las

implicancias a largo plazo como es la muerte.

Una de las estrategias para prevenir los casos de cáncer cervico uterino es el conocimiento sobre el tema que las mujeres tengan. El presente trabajo investigará cuantas mujeres conocen sobre esta enfermedad.

2. MATERIAL Y METODO

El presente trabajo se realizó en la ciudad del El Alto a las mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud German Busch de la zona Villa Ingavi de la Ciudad de El Alto.

El método de investigación que se utilizó fue cualitativo que se llevó a cabo en la web, donde hay información científica sobre los problemas de salud que puede aquejar a la mujer en edad fértil que no se hacen realizar dicho examen.

Ya que es una de las causas de mortalidad en mujeres es el cáncer de cervico uterino en Bolivia cada día mueren 5 mujeres por el cáncer de cervico uterino, multiplicamos por 365 días, nos da un total de 1825 mujeres son muchas mujeres que mueren al año.

Otro método de investigación fue cuantitativa donde las encuestas nos permiten saber si las mujeres en edad fértil, que acuden al Centro de Salud German Busch, tienen el conocimiento sobre cáncer cervico uterino.

Las técnicas de investigación fueron realizadas a través de encuestas, páginas web, periódicos, con personas que acuden a mencionado Centro de atención de salud de primer nivel.

El presente trabajo se desarrolló mediante las siguientes etapas:

3. RESULTADOS

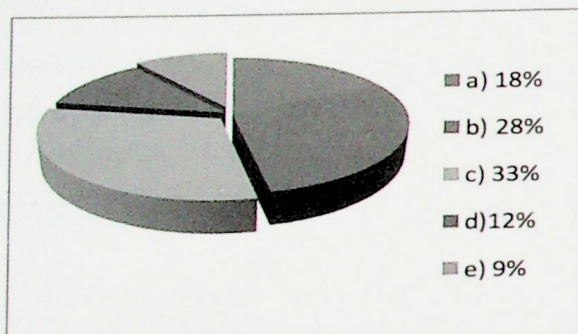
ENCUESTA REALIZADA A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

TABLA N° 1

OCUPACION ACTUAL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS

Estudiante	20	18%
Ama de casa	31	28%
Comerciante	36	33%
Universitaria	13	12%
Otros	10	9%
TOTAL	110	100 %

GRAFICO N° 1



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION

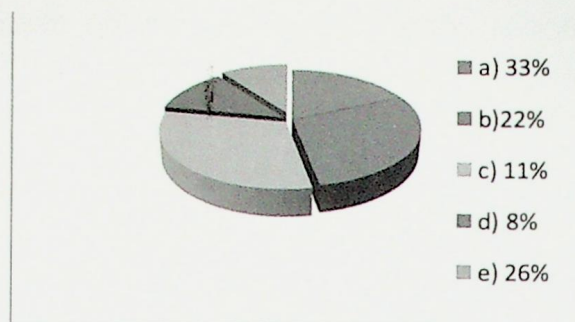
Un 33% de las mujeres encuestadas tienen la ocupación de comerciantes, 28% son ama de casa, un 18% son estudiantes, un 12% son universitarias y un 9% tienen otras ocupaciones.

TABLA N° 2

NIVEL DE EDUCACION DE LAS MUJERES ENCUESTADAS

Primaria	36	33%
Secundaria	24	22%
Técnico medio	12	11%
Otros	9	8%
ninguno	29	26%
TOTAL	110	100 %

GRAFICO N° 2



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION

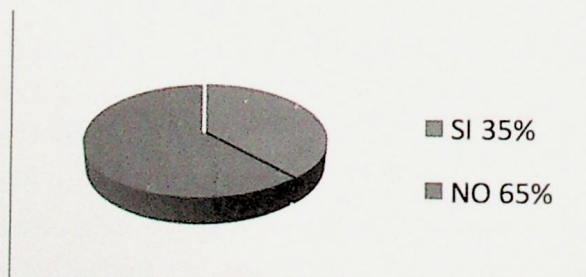
Un 33% de las encuestadas tienen un grado de estudio hasta primaria, un 26% no asistieron al colegio, un 22% estudio hasta secundaria, un 11% hasta técnico medio y un 8% estudiaron hasta otro nivel.

TABLA N° 3

CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL SOBRE EL CÁNCER CERVICO UTERINO

SI	38	35%
NO	72	65%
TOTAL	110	100%

GRAFICO N° 3



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION

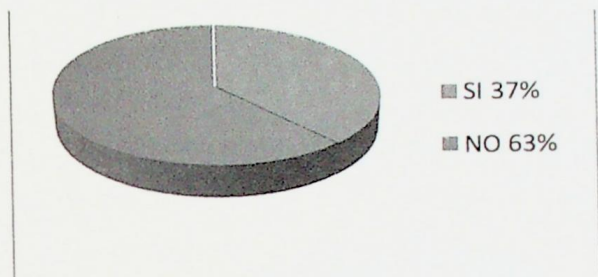
Un 65% no saben que es el cáncer cervico uterino y un 35% si saben que es el cáncer cervico uterino.

TABLA N° 4

**CONOCIMIENTO DE LA MUJERES ES
EDAD FERTIL SOBRE EL MEDIO DE
DIAGNOSTICO DEL CANCER CERVICO
UTERINO**

SI	41	37%
NO	69	63%
TOTAL	110	100%

GRAFICO N° 4



Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACION

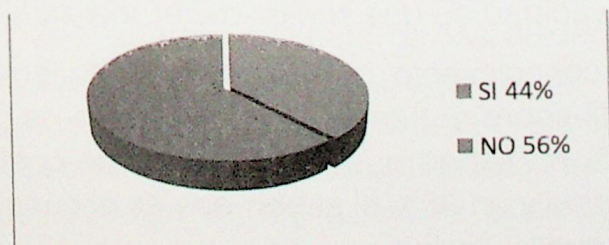
Un 63% no saben cómo se diagnostica el cáncer cervico uterino y un 37% si saben cómo se diagnostica el cáncer cervico uterino.

TABLA N° 5

**CONOCIMIENTO DE LA MUJERES ES
EDAD FERTIL SOBRE EL PAPANICOLAU
(PAP)**

SI	48	44%
NO	62	56%
TOTAL	110	100%

GRAFICO N° 5



Fuente: Elaboración Propia.

INTERPRETACION

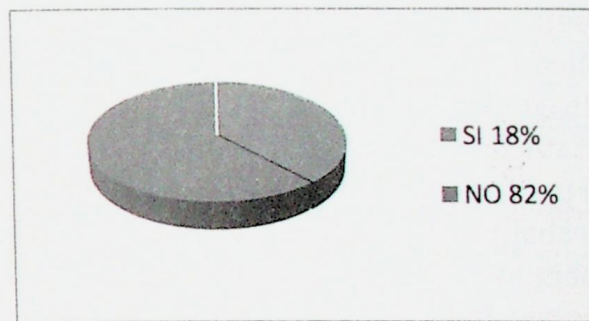
Un 56% no saben que es el Papanicolaou (PAP) y un 44% si saben que es el Papanicolaou (PAP)

TABLA N° 6

**NÚMERO DE ANTECEDENTES FAMILIARES
QUE TENGAN CANCER CERVICO UTERINO**

SI	20	18%
NO	90	82%
TOTAL	110	100%

GRAFICO N° 5



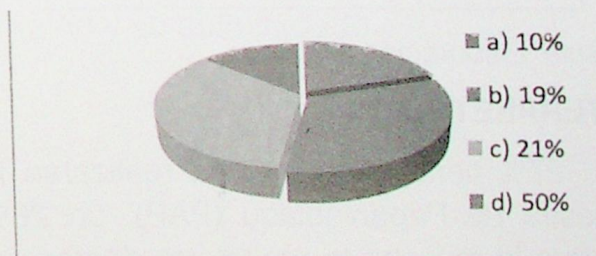
Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION

Un 82% no tienen familiares con cáncer cervico uterino y un 18% si tienen familiares con cáncer de cuello uterino.

**PERIODO DE TIEMPO QUE LAS MUJERES
EN EDAD FERTIL TOMAN EN CUENTA
PARA REALIZARSE LA PAPANICOLAU
(PAP)**

GRAFICO N° 7



Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACION

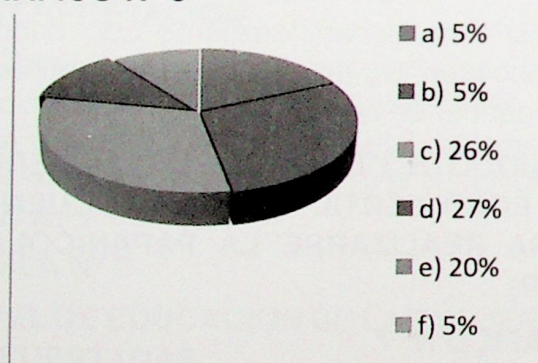
Un 50% no se lo realizan, un 21% se realizan más de 2 años, un 19% se lo realiza cada 2 años y un 10% se lo realiza cada año la muestra de Papanicolaou (PAP)

TABLA N° 8

FACTORES QUE INFLUYEN PARA LA TOMA DE MUESTRA DEL PAPANICOLAU (PAP)

tiempo	6	5%
costoso	5	5%
Porque la muestra lo realiza un doctor	29	26%
Miedo	30	27%
No conoce	22	20%
Trato inadecuado por el personal de salud	5	5%
Trabajo	10	9%
Tiempo de espera de los resultados	3	3%
TOTAL	110	100 %

GRAFICO N° 8



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION

Un 27% tienen miedo para realizarse la muestra de Papanicolaou (PAP), un 26% porque la muestra lo realiza un doctor, un 20% no conocen de la muestra, un 9% por

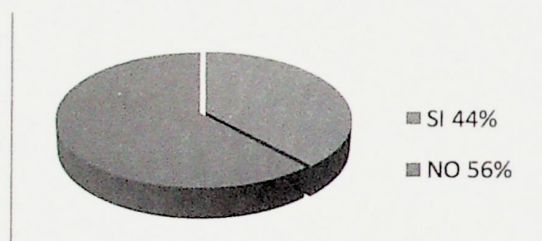
trabajo, un 5% por falta de tiempo, un 5% porque piensan que es costoso, un 5% por el trato inadecuado por el personal de salud y un 3% por tiempo de espera de dos resultados.

TABLA N° 9

CONOCIMIENTO SOBRE LA GRATUIDAD DEL PAPANICOLAU (PAP) EN MUJERES EN EDAD FERTIL

SI	48	44%
NO	62	56%
TOTAL	110	100%

GRAFICO N° 9



Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACION

Un 56% no conocen que es gratuita la muestra de Papanicolaou (PAP) y un 44% si conocen que es gratuito la muestra de Papanicolaou (PAP).

4. DISCUSION

Determinar la prevalencia y la mortalidad que deriva, el cáncer cervico uterino en mujeres en edad fértil bajo la sospecha del personal médico o por las condiciones de privacidad en que suelen hacer realizarse.

El conocimiento de las mujeres en edad fértil sobre el cáncer cervico uterino es un 65% no saben que es el cáncer de cuello uterino y un 35% si saben que es el cáncer de cuello uterino.

El conocimiento de las mujeres en edad fértil sobre el medio de diagnóstico del cáncer cervico uterino es un 63% no saben cómo se diagnostica el cáncer cervico uterino y un 37% si saben cómo se diagnostica el cáncer cervico uterino.

Conocimiento de las mujeres es edad fértil sobre el Papanicolaou (PAP) es un 63% no saben cómo se diagnostica el cáncer de cervico uterino y un 37% si saben cómo se diagnostica el cáncer cervico uterino.

El número de antecedentes familiares que tengan cáncer cervico uterino, un 82% no tienen familiares con cáncer cervico uterino y un 18% si tienen familiares con cáncer cervico uterino.

Es importante considerar el origen de los datos, que, asimismo, la población que acude a dicha Institución es heterogénea y muy representativa no solo de la población Alteña, sino también del área rural del departamento de La Paz.

Además de educar a la población sobre cómo prevenir el Cáncer cervico uterino, es importante también explicar los cuidados que deben ser realizados por las mujeres antes de someterse al examen, como por ejemplo: no utilizar duchas o cremas en el interior de la vagina y evitar relaciones sexuales durante 48 horas antes de la recolección y no estar menstruando, ya que la negligencia de esos detalles interfiere tanto en la realización del examen, como en su resultado. Además de los cuidados citados anteriormente, la realización de higiene íntima antes del examen, a pesar de que no es un cuidado obligatorio, facilita la inspección de los genitales externos e internos por parte del profesional en salud.

5. CONCLUSION

Llegando a la conclusión del presente trabajo y debido al poco conocimiento de las mujeres en edad fértil y la delicada situación de conversar del tema.

Tomando en cuenta los resultados de las encuestas realizadas como medio de investigación para llegar a determinar los factores que influyen para la toma de muestra del Papanicolaou (PAP) en mujeres en edad fértil.

Los factores que influyen para la toma de muestra del Papanicolaou (PAP) son:

- Por falta de tiempo de las mujeres
- Porque las mujeres piensan que es costoso o caro
- Porque la muestra lo realiza un doctor y las mujeres no quieren realizarse la muestra de Papanicolaou (PAP)
- Por miedo
- El periodo de tiempo a realizarse la toma de Papanicolaou(PAP)

Finalmente, ante un problema de salud como es el cáncer cervico uterino es importante que las mujeres en sentido general, se apropien de una cultura del autocuidado de la salud; es en los procesos de comunicación entre los distintos actores sociales que se deben coordinar acciones que garanticen el desarrollo de la cultura de la salud y su autocuidado.

6. REFERENCIAS CONSULTADAS

- PARDO, Zapata Higor, Adolfo Zarat, Haide Padilla, Abel Ajururo Mamani "PLAN NACIONAL PREVENCIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE CÁNCER CUELLO UTERINO 2009 - 2015" Ministerio de Salud y Deportes. La paz- Bolivia.
- VISCARRA, Oscar Holanda Vargas Susy Vargas: Cori Andia: PROCEDIMIENTOS: DE ATENCIÓN ADECUADOS Y PRINCIPIOS SAFCI Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR. Ministerio de salud y Deportes. La Paz – Bolivia prisa 2009.
- L. Casas, "Medicina General", edición 2008, pág. 330-334.
- Dr. S. Rosales, V. Quadras y Dra. L. de Cáceres, "Guía Médica", edición 2010, pág. 410-412.
- PAGINAS WEW
- www.rinomodel.com/colegio de prueba de papanicolau, Elisa, año 2012.
- www.buenastareas.com/monografias/ papanicolau, San José, Willy, año 2010

CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES DE EDAD, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD LOTES Y SERVICIOS DE LA CIUDAD DE EL ALTO

Ríos Fuertes, M. M.¹; Ramos Fernandez, D.²

¹ Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

² Docente de la carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto.

RESUMEN:

La leche materna provee casi todos los nutrientes necesarios, factores de crecimiento y componentes inmunológicos que un niño saludable necesita, disminuir la incidencia y severidad de enfermedades. Identificando todo lo que la madre posee en conocimiento, la actitud de cómo y porque es importante la buena posición de dar de lactar el niño.

Por lo que se determina el conocimiento de la lactancia materna exclusiva en madres con niños menores de 6 meses de edad en el Centro de Salud Lotes y Servicios del municipio de la ciudad de El Alto en la gestión 2016.

La población en estudio son madres de familia con niños menores de 6 meses de edad, siendo el diseño de investigación de tipo descriptivo de cohorte transversal con un universo que comprende a 217 madres a través del muestreo aleatorio simple, está compuesto de 450 madres de familia a quienes se realizó la encuesta.

Palabra clave: conocimiento lactancia materna exclusiva.

Abstract

Breast milk provides almost all the necessary nutrients, growth factors and immune components that a healthy child needs, reducing the incidence and severity of diseases. Identifying everything that the mother has in knowledge, the attitude of how and why the good position of breastfeeding is important.

Therefore, knowledge of exclusive breastfeeding in mothers with children under 6 months of age is determined in the Lots and Services Health Center of the municipality of the city of El Alto in the 2016 management.

The study population are mothers with children under 6 months of age, being the descriptive research design of a transversal cohort with a universe comprising 217 mothers through simple random sampling, it is composed of 450 mothers to whom the survey was conducted.

1. INTRODUCCIÓN

La alimentación al seno materno es el método más eficaz de alimentar a un niño. La leche materna provee casi todos los nutrientes necesarios, factores de crecimiento y componentes inmunológicos que un niño saludable necesita, además de disminuir la incidencia y severidad de enfermedades infecciosas, prevenir enfermedades alérgicas, una posible mejora del desarrollo cognitivo y prevención de la obesidad, hipertensión y diabetes insulínica dependiente.

Desde el punto de vista económico, la alimentación al seno materno es más barata que la alimentación con fórmula. Diversos estudios, muestran que estos beneficios se incrementan con la exclusividad y duración de la alimentación al seno por arriba de los seis meses.

El calostro es un líquido secretado por las glándulas mamarias durante el embarazo y los primeros días después del parto compuesto por inmunoglobulina, agua, proteínas, grasas y carbohidratos en un líquido seroso y amarillo y que el niño debe mamar frecuentemente las primeras 48 horas de nacido para extraer todo el calostro que ha preparado la glándula mamaria para esos primeros días.

La OMS sugiere “mantener como patrón fundamental la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses y luego, junto con otros alimentos, hasta los dos años de vida”, pero hay países lejanos a esta meta. Chile logro aumentar la LME al sexto mes de 16% en 1993 a 43% el 2002 en el sector público, según encuestas nacionales. En forma más reciente, las estadísticas regulares

del MINSAL, muestran un descenso de la prevalencia de LME al sexto mes de vida de 49,0 a 43,5% entre 2008 y 2010.

La lactancia materna (LM) es una de las estrategias más costo efectivas para prevenir la morbilidad y mortalidad infantil. Así mismo, la lactancia natural se asocia con menor riesgo de sufrir cáncer de mama o de ovario y de diabetes en la mujer. Además la LM está relacionada con ahorros familiares sustanciales asociados con la compra de fórmula y parafernalia y por consultas médicas y medicamentos.

Las empresas se benefician económicamente por un menor ausentismo laboral materno y una mayor productividad de madres lactantes. Adicionalmente las mejoras en las prácticas de lactancia se asocian con ahorros millonarios para los gobiernos por la morbilidad y mortalidad prevenida. La OMS recomienda que la LM sea exclusiva hasta los 6 meses de edad y continuando dos años o más, si el niño y la madre así lo desean.

A pesar de los múltiples beneficios que ofrece la lactancia materna, tales como la disminución en la mortalidad y morbilidad infantil, parece ser un elemento suficiente para hacer que las madres prolonguen la duración de la misma, ya que solamente 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida. De acuerdo con los datos proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud, en el año 2006, la prevención en México fue de 22,3%, mientras que Bolivia (60%), Argentina (55%), y Brasil (38%) presentaron tasas superiores.

La tasa de abandono de la lactancia materna exclusiva se puede tomar en cuenta los conocimientos deficientes sobre la lactancia materna, el uso del biberón, el estrato socioeconómico bajo, la información recibida durante la estancia hospitalaria.

Las bajas frecuencias de lactancia materna exclusiva están presentes en todo el mundo. Según la OMS tan solo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida.

La UNICEF publicó que, para el periodo 2003-2008, solo el 38% de los niños y niñas de cero a cinco meses del mundo en desarrollo y un 41% de niños de Latinoamérica y el Caribe se alimentan exclusivamente de leche materna.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el conocimiento de la lactancia materna exclusiva en madres con niños menores de 6 meses de edad en el Centro de salud Lotes y Servicios del municipio de El Alto, gestión 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar el grado de conocimiento que poseen las madres de los beneficios del amamantamiento sobre lactancia materna exclusiva.

Determinar la actitud de las madres sobre la lactancia materna exclusiva.

Conocer el buen agarre, posición y succión adecuada de la lactancia materna.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál será el conocimiento de la lactancia

materna exclusiva en madres con niños menores de 6 meses de edad, atendidos en el centro de salud Lotes y Servicios del municipio de El Alto, gestión 2006?

2. MATERIAL Y MÉTODO:

La presente investigación es de tipo descriptivo explicativo porque se presentan los hechos tal cual se presentan porque estudia la variable en un determinado momento

POBLACIÓN

La población en estudio son madres de familia con niños menores de 6 meses de edad que asisten al Centro de Salud Lotes y Servicios, la cual se encuentra ubicado en la zona del mismo nombre, pero es más conocido con el nombre de Mercado El Carmen.

La zona Lotes y Servicios se encuentran en el Distrito 4.

La población de la zona comprendida en el área Lotes y Servicios es de 21.946 habitantes.

UNIVERSO

El universo está comprendido de 217 madres de familia con niños menores de 6 meses de edad que acuden para sus controles al Centro de Salud Lotes y Servicios.

MUESTRA

La muestra será obtenida a través del muestreo aleatorio simple, estará compuesta de 50 madres de familia con niños menores de 6 meses de edad que asistan al Centro de Salud Lotes y Servicios. Ya que en nuestro ejercicio la muestra a encuestar sale

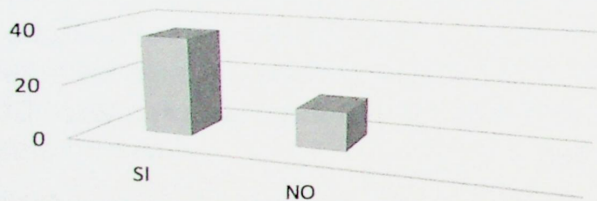
137 madres, con muestra representativa del 63% de acuerdo al universo, pero como es un muestreo aleatorio simple se tomara solo 50 madres de familia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El instrumento de recolección de datos empleado será la encuesta

3. RESULTADO

GRAFICO 1
CONOCIMIENTO DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA



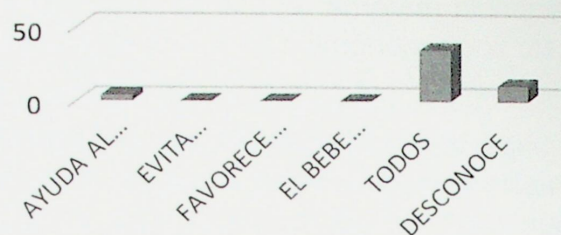
CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	Nº ABSOLUTO	%
SI	36	72%
NO	14	28%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

El grafico 1 nos muestra que las madres que tiene hijos de 6 meses de edad un 72% tienen conocimiento sobre la lactancia materna, un 28% desconoce.

GRAFICO 2
BENEFICIO DE LME



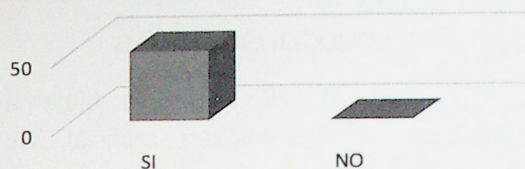
BENEFICIO DE LME	Nº ABSOLUTO	%
Ayuda al crecimiento y desarrollo	4	8%
Evita enfermedades	0	0%
Favorece la unión madre- hijo	0	0%
El bebe come lo que necesita	0	0%
Todos	35	70%
Desconoce	11	22%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

El grafico 2 nos muestra que un 25% tiene conocimiento sobre los beneficios de la LME, 22% desconoce y un 8% sabe sobre el beneficio para el crecimiento y desarrollo del bebe.

GRAFICO 3
SABE AMAMANTAR AL BEBE



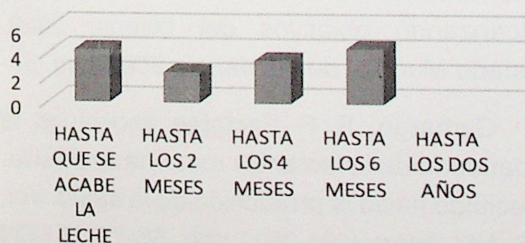
SABE AMAMANTAR AL BEBE	N° ABSOLUTO	%
SI	50	100%
NO	0	0
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

El grafico 3 nos muestra que un 100% sabe amamantar a su bebe.

GRAFICO 4
HASTA QUE EDAD SE DEBE DAR LME



HASTA QUE EDAD SE DEBE DAR LME	N° ABSOLUTO	%
Hasta que se acabe la leche	0	0%
Hasta los dos meses	0	0%
Hasta los cuatro meses	1	2%
Hasta los seis meses	48	96%
Hasta los dos años	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

El grafico 4 nos muestra que un 96% amamanto a su bebe hasta los seis meses de nacido y 2% hasta los cuatro meses y un 2% hasta los dos años.

4. DISCUSIÓN

En países como en Chile que logro aumentar la lactancia materna exclusiva al sexto mes de 16% en 1993 a 43% al 2002 en el sector público. En España las madres que dan de lactar durante los 3 primeros meses de vida oscilan entre el 68,4% que salen de las maternidades dando pecho, al 24,7% que mantiene la lactancia materna exclusiva a los 3 meses y según aumenta la edad del bebe el porcentaje continua descendiendo. Pero en Colombia el panorama sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses es desalentador, pues no alcanzo los niveles requeridos, llegando

solo a 26,1% en niños entre 4 y 5 meses de edad para el 2005.

En Bolivia, mas propiamente en la zona donde se realizó la investigación, en el centro de Salud lotes y servicios de la ciudad de El alto. Se obtuvo que el 96% dio lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, el 2% hasta los 4 meses de edad, el otro 2% refieren que hasta los 2 años y con el 0% hasta que se acabe la leche y un 0% los dos meses de edad. Y que también tienen conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva un 72% y un 28% no tiene conocimiento. Lo cual indica que va subiendo el fomento a la lactancia materna exclusiva. Y después de la información que se dio en el transcurso de la investigación las madres de familia comprendieron el cómo amamantar a su niño menor de 6 meses de edad tanto en el buen agarre, succión y deglución del niño obteniendo el 100% en resultados.

5. CONCLUSIÓN

La población de madres encuestadas con niños menores de 6 meses de edad, un 72% tiene conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva y un 28% no tiene conocimiento.

Un 70% de madres de familia encuestadas conoce los beneficios de la lactancia materna exclusiva, un 22% lo desconoce, un 8% dice que solo ayuda al crecimiento y desarrollo del bebe.

Sobre el conocimiento del buen agarre, posición y succión adecuada en la lactancia materna exclusiva, el 100% respondió que conoce como amamantar a un niño.

De las mismas un 96% dio hasta los seis

meses leche materna exclusiva, un 2% hasta los cuatro meses de edad y un 2% refieren amamantado a sus hijos hasta los 2 años de edad.

6. REFERENCIA CONSULTADAS

1.- Gutiérrez. R. H. Lactancia Materna prolongada y alimentación artificial. Su relación con la ganancia de talla durante el segundo semestre de vida. Vol. IV N° 3 septiembre-diciembre 2012.pp 121-130 pág. 122.

2.- Manual de Lactancia Materna. Ministerio de Salud. 2da edición R.E. N° 109 del 2 de marzo de 2010. pág. 118.

3.- Aguilar. P.M. etal. Lactancia Materna Exclusiva. Rev. Fac. Med. UNAM Vol. 50 N° 4 julio-agosto, 2007.pag 174.

4.-Gonzales.T.etal.Prácticas dealimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Versión impresa ISSN 0036-3634. Vol.55. supl. 2 Cuernavaca 2013.

5.- UNICEF OPSOMS. Retornando el tema de la lactancia materna en la región de América Latina y El Caribe. Patrón Internacional de Crecimiento Infantil 2006. Alcanzando objetivos del Milenio 2008. Estado Mundial de la infancia 2009.pag. 5.

6.- Camargo. F. F. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Recibido hacia la promoción de la salud. Vol. 16. N°1 enero-julio 2011.pag. 56-72. UISSN 0121-7577 marzo 8 de 2011.

solo a 26,1% en niños entre 4 y 5 meses de edad para el 2005.

En Bolivia, mas propiamente en la zona donde se realizó la investigación, en el centro de Salud lotes y servicios de la ciudad de El alto. Se obtuvo que el 96% dio lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, el 2% hasta los 4 meses de edad, el otro 2% refieren que hasta los 2 años y con el 0% hasta que se acabe la leche y un 0% los dos meses de edad. Y que también tienen conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva un 72% y un 28% no tiene conocimiento. Lo cual indica que va subiendo el fomento a la lactancia materna exclusiva. Y después de la información que se dio en el transcurso de la investigación las madres de familia comprendieron el cómo amamantar a su niño menor de 6 meses de edad tanto en el buen agarre, succión y deglución del niño obteniendo el 100% en resultados.

5. CONCLUSIÓN

La población de madres encuestadas con niños menores de 6 meses de edad, un 72% tiene conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva y un 28% no tiene conocimiento.

Un 70% de madres de familia encuestadas conoce los beneficios de la lactancia materna exclusiva, un 22% lo desconoce, un 8% dice que solo ayuda al crecimiento y desarrollo del bebe.

Sobre el conocimiento del buen agarre, posición y succión adecuada en la lactancia materna exclusiva, el 100% respondió que conoce como amamantar a un niño.

De las mismas un 96% dio hasta los seis

meses leche materna exclusiva, un 2% hasta los cuatro meses de edad y un 2% refieren amamantado a sus hijos hasta los 2 años de edad.

6. REFERENCIA CONSULTADAS

- 1.- Gutiérrez. R. H. Lactancia Materna prolongada y alimentación artificial. Su relación con la ganancia de talla durante el segundo semestre de vida. Vol. IV N° 3 septiembre-diciembre 2012.pp 121-130 pág. 122.
- 2.- Manual de Lactancia Materna. Ministerio de Salud. 2da edición R.E. N° 109 del 2 de marzo de 2010. pág. 118.
- 3.- Aguilar. P.M. etal. Lactancia Materna Exclusiva. Rev. Fac. Med. UNAM Vol. 50 N° 4 julio-agosto, 2007.pag 174.
- 4.-Gonzales.T.etal.Prácticasdealimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Versión impresa ISSN 0036-3634. Vol.55. supl. 2 Cuernavaca 2013.
- 5.- UNICEF OPS7OMS. Retornando el tema de la lactancia materna en la región de América Latina y El Caribe. Patrón Internacional de Crecimiento Infantil 2006. Alcanzando objetivos del Milenio 2008. Estado Mundial de la infancia 2009.pag. 5.
- 6.- Camargo. F. F. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Recibido hacia la promoción de la salud. Vol. 16. N°1 enero-julio 2011.pag. 56-72. UISSN 0121-7577 marzo 8 de 2011.



DIRECCION DE INVESTIGACION CIENCIA Y TECNOLOGIA (DICYT)
Av. Sucre "A" s/n Zona Nueva Esperanza
Edif. Emblematico Piso 3
www.upea.edu.bo

