

## XIX CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

### LA SALUD DE LOS NIÑOS

LIC, ENF. ISABEL GÓMEZ MIRANDA

Los niños y niñas son el reflejo de nuestra humanidad. La pobreza, la guerra, los malos gobiernos, el VIH/SIDA, la discriminación y la explotación, les excluyen y les hacen invisibles, negándoles la oportunidad de un crecimiento y desarrollo integral. Constituyen el 40% de la población mundial y el 50% en países menos adelantados en los que corren el riesgo de quedar apartados del desarrollo mundial: sin identidad oficial. Por otro lado, debido a que el 55 % de los nacimientos no se registra no se les reconoce oficialmente como miembros de la sociedad y carecen de servicios esenciales como la educación, la atención a la salud y la seguridad social.

Los niños que sufren la muerte de sus padres carecen de la primera línea de protección. En los países en desarrollo 1 de cada 13 son huérfanos; docenas de millones de niños viven en la calle a plena vista pero paradójicamente se encuentran entre los más invisibles y son vulnerables a todas las formas de explotación y abuso. A eso se debe que millones de niños y niñas no se benefician de las promesas de una vida digna.

La pobreza urbana concentra la privación y origina conflictos y otras amenazas para la infancia, agravada por el conflicto social; priva a los niños de su derecho a la educación,

a la provisión de agua potable, saneamiento básico y salud.

En la salud infantil interactúan múltiples factores: ambientales, biológicos, transición demográfica, transición epidemiológica, aspectos sociales, económicos y políticos.

La salud infantil es un asunto que a todos concierne. Valoramos a nuestros niños como el tesoro más preciado y por lo tanto deseamos asegurar que nazcan en un medio ambiente saludable y alcancen todo su potencial en su madurez como hombres y mujeres sanos y capaces.

También nos preocupa a todos porque cada uno de nosotros tenemos responsabilidades importantes que desempeñar, pues la protección a la salud infantil no es tarea exclusiva de los profesionales de la salud, de quienes formulan las políticas de salud pública o de quienes son responsables de la protección ambiental. Se trata más bien de un desafío que exige una estrecha y sostenida colaboración con la participación de un amplio abanico de grupos e individuos.

El desarrollo de políticas adecuadas, procesos eficientes de toma de decisiones y programas apropiados en escala nacional son la columna vertebral de los esfuerzos de cualquier país para proteger la salud de los niños.

Los logros obtenidos en nuestro país en morbilidad y mortalidad infantil son significativos gracias a las estrategias de saneamiento am-

biental, programa de agua limpia, programa nacional de vacunación, ampliación de la cobertura en salud, educación nutricional, tratamiento antiparasitario masivo y prevención de accidentes y lesiones.

Para obtener logros más significativos toda la población debe participar en la satisfacción de las necesidades de salud por medio de programas y estrategias de cobertura universal que incluyan: Saneamiento ambiental, atención al niño sano (búsqueda de problemas metabólicos y malformaciones congénitas), vigilancia de la nutrición (promoción de lactancia materna), manejo de diarreas e infecciones de vías respiratorias, inmunizaciones y determinación de riesgos relacionados con los estilos de vida.

La profesional de enfermería puede encontrar un amplio campo de desarrollo en el cuidado a la salud de los niños en la comunidad, como facilitadora de cambio, fortaleciendo el poder de las comunidades para detectar y dar soluciones viables a los problemas prioritarios.

### FACTORES DE RIESGO EN EL NIÑO DE BAJO PESO AL NACER

LIC. ENF. NORA CLARISSA CASTRO ESCUDERO

Dentro de 30 años, el quehacer diario de nuestra nación estará siendo

dirigido por los niños que están naciendo en la actualidad. Visto de tal manera, los pediatras y enfermeras especialistas neonatólogas estamos construyendo hoy las posibilidades futuras de nuestro país en cada uno de los recién nacidos que atendemos. Estos futuros ciudadanos que conformarán nuestra sociedad deberán ser productivos en los diferentes contextos en que se desarrollen, para alcanzar día a día las metas que permitan forjar un mejor país. Para ello cada uno requerirá de sus potenciales físicos y mentales íntegros, a fin de desarrollar las diferentes acciones que el entorno social les exija.

Para poder ofrecer al recién nacido una asistencia útil, necesitamos conocimientos sólidos que nos permitan contribuir a mantener la salud neonatal o restituirla en aquellos que tengan la desgracia de nacer con alguna enfermedad como es el bajo peso al nacer. Este trae consigo una serie de factores de riesgo de severidad variable que condicionan un elevado índice de mortalidad y morbilidad, lo que prolonga la estancia hospitalaria y exige un tratamiento especializado de alto costo. Esto representa un problema de salud pública por su magnitud y trascendencia, lo que se refleja en el estado, en la familia y en el individuo. Se calcula que anualmente nacen en el mundo más de 3.4 millones de niños con bajo peso, principalmente de países en desarrollo. El retraso del crecimiento intrauterino, afecta de 3 a 10% de todos los embarazos y la mortalidad perinatal es de 4 a 8 veces más alta para el feto. Desde principios del siglo XX se

ha clasificado a los recién nacidos. La OMS define como bajo peso al nacer a todo neonato con peso < de 2,500 g; a los niños a término a las 40 semanas, de 3 a 4 kg; al neonato de muy bajo peso, < 1,500 g; al neonato de extremadamente bajo peso o diminuto, < de 1,000 g; al neonato microprematuro < de 750 g al nacer. Con relación a la edad de gestación, clasifican como: A) pretérmino, los nacidos antes de 37 semanas; B) de término, entre 37 y 42 semanas; C) posttérmino, más de 42 semanas. Así, el neonato de bajo peso al nacer puede ser prematuro, a término o posttérmino.

En la actualidad es indispensable poder identificar la edad gestacional y las características tróficas de los neonatos para brindar los cuidados que permitan reducir los riesgos y el posible daño de cada caso en particular. El término factor de riesgo se define como una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos que conlleva mayor probabilidad de experimentar un daño a la salud. Por lo tanto, los factores de riesgo que afectan al niño de bajo peso al nacer son:

- riesgos demográficos: edad, raza, nivel socioeconómico, estado civil, educación;
- riesgos de la gestante: paridad, estatura, anomalías genitourinarias, factores genéticos;
- riesgos ambientales y conductuales;
- riesgos iatrogénicos;
- riesgos perinatales;
- riesgos fetales.

En los últimos 25 años, la mortalidad de los neonatos con bajo peso al nacer ha disminuido significati-

vamente gracias a las unidades de cuidado intensivo neonatal, a los avances en el conocimiento de la ciencia médica y a la tecnología, lo cual ha permitido la supervivencia y en muchos casos el mejoramiento en la calidad de vida.

## DIAGNÓSTICO PRENATAL Y PROBLEMAS QUIRÚRGICOS EN EL RECIÉN NACIDO

ENF. QCA. ANABEL CORTÉS ROSAS

Entre los avances de la cirugía pediátrica, a partir de 1980 destaca el desarrollo acelerado del diagnóstico y tratamiento prenatal. El feto dentro de la madre, hasta el momento del parto, difícilmente estaba al alcance del médico para efectuar estudios o acciones terapéuticas.

Debido a los nuevos recursos diagnósticos como la ultrasonografía, la fetoscopia, la amniocentesis, la aspiración placentaria, el cultivo de células coriónicas descamadas, entre otros, hoy en día se pueden detectar tempranamente diferentes enfermedades y en ocasiones modificar su curso natural. Sin embargo, las técnicas diagnósticas y terapéuticas con mayor penetración corporal conllevan riesgos significativos para la madre y su producto, que son aspectos de difícil decisión que requieren de ética profesional y del respeto a la individualidad y autonomía de las personas involucradas. También surge la dificultad de establecer cuáles son los derechos de la madre y cuáles los del feto.

Cuando se desarrollan programas prenatales adecuados se logra la atención de la madre y el

producto. Estos programas deben dirigirse, en su primera fase a las mujeres con mayor riesgo de procrear un niño con malformaciones. En este grupo se incluyen:

- Mujeres que han tenido un hijo con cromosomopatía.
- Mujeres portadoras de errores congénitos del metabolismo.
- Parientes en primer grado con defectos del tubo neural.
- Mujeres mayores de 35 años.
- Parejas que hayan tenido un hijo nacido muerto.
- Mujeres con aborto habitual.

A pesar de las campañas publicitarias de salud para la mujer embarazada, el conocimiento de las ventajas del suministro de ácido fólico y de las vitaminas en el periodo periconcepcional, para la prevención de los defectos del tubo neural, son muy limitados y sólo la mitad de las mujeres cumplen las recomendaciones.

El cuidado a la salud del binomio madre-hijo incluye: aspectos nutricionales, ejercicio, descanso, condiciones ambientales seguras intra y extra domiciliarias, así como evitar el consumo o el contacto con sustancias tóxicas.

Los estudios demuestran que si todas las mujeres cuidaran de su salud antes del embarazo las malformaciones graves del recién nacido se reducirían hasta en un 70%. Por eso es fundamental crear conciencia en la población, de la importancia de este sencillo tratamiento y es la enfermera quien tiene un papel importante como educadora para la salud en la prevención de estas anormalidades.

## ESTUDIO DE CASO: LACTANTE MENOR CON HEMATOMA SUBDURAL SECUNDARIO A SACUDIMIENTO

*Lic. ALICIA SAUCEDO SOLÓRZANO*

**Objetivo:** Identificar las necesidades básicas no satisfechas en un lactante menor, con hematoma subdural secundario a sacudimiento, utilizando la filosofía de Virginia Henderson y el proceso de enfermería.

**Selección y descripción de un caso:** Producto de la gestación de madre de 23 años, quien cursó con embarazo normo-evolutivo, control prenatal regular, consultas a partir del 3er mes e ingesta de multivitamínicos. No se realizó ultrasonido. Cursó con cervicovaginitis a los cuatro meses de gestación; se le trató con óvulos por 6 días y mejoró. El producto nació a las 40 SDG por cesárea programada por falta de progresión de trabajo de parto. Se le alimentó con seno materno desde el nacimiento. Fijó la mirada a los dos meses; sostén cefálico a los dos meses. Refiere la madre que vio que la mollera del niño “estaba caída”, por lo que acudió con una curandera del pueblo, quien lo curó con flores y volteó al bebe de cabeza tomándolo de los pies y sacudiéndolo para que la mollera saliera. El niño fue llevado a urgencias del H. Del campo, en donde, según la madre, “la mollera estaba hinchada”. Fue hospitalizado y se realizó una TAC en la que se vio una zona de hemorragia subaracnoidea, con acentuado desplazamiento de la línea media, por lo que fue transferido al INP.

Mollera: En maya HA'AL o YA'AL. El término más usado en la actualidad es molleras o fontanelas “cada una de las partes blandas, depresibles y con latido, del cráneo del recién nacido y de los lactantes en los primeros meses de su vida y que, más adelante se cierran”. Esta, en forma de rombo, es la mollera por excelencia, que conoce la gente; la que se hunde o deprime cuando el niño tiene diarrea o se deshidrata por cualquiera otra vía. En el altiplano se dice que el niño “TIENE LA MOLLERA CAÍDA” y se recurre a una serie de maniobras sucias y peligrosas. Un hematoma es el acúmulo de sangre en el espacio subdural entre la aracnoides y la duramadre. Si ocurre una hemorragia, el espacio subdural es fácilmente expansible, a costa de colapsar el cerebro subyacente.

Sacudimiento: Maltrato cerebral y ocular producido por un mecanismo de aceleración y desaceleración craneal, por las sacudidas enérgicas a un menor, sin dejar huella externa de trauma craneal y ocular.

Necesidades alteradas:

1. Vivir según creencias y valores
2. Respirar con normalidad
3. Comer y beber adecuadamente
4. Eliminar los desechos del organismo
5. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
6. Descansar y dormir
7. Seleccionar vestimenta adecuada
8. Mantener la temperatura corporal

9. Mantener la higiene corporal

10. Evitar los peligros del entorno

11. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones

12. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud

#### **Intervenciones de enfermería:**

Una vez establecidas las necesidades de cuidado, se realiza el plan de intervenciones con la incorporación de la madre del niño y la familia. Los aspectos de creencias y valores en este caso causaron daños a la salud; por esta razón la labor de educación adquiere singular importancia.

### **PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL**

*LIC. ENF. SARA HUERTA GONZÁLEZ*

No existe una definición única del maltrato infantil. Según Wolfe es "la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención) por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal".

El maltrato a los niños es un problema que existe desde tiempos remotos. Actualmente y desde la declaración de los derechos de los niños en 1959 se considera como problema de profundas repercusiones psicológicas, sociales, éticas, legales y médicas.

Clasificación del maltrato:

Maltrato físico

Negligencia o abandono

Maltrato emocional

#### **Abuso sexual**

**Etiología:** Es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente y un estímulo disparador de la agresión. Diversos estudios señalan que la figura parental que más agrede es la madre, cuyo perfil muestra varias características: baja autoestima, con tendencia a la depresión, neurosis, ansiedad, alcoholismo, drogadicción, impulsividad, hostilidad, poca tolerancia a la frustración, percepción inadecuada respecto al niño y antecedentes de haber recibido maltrato en su niñez.

**Actuación del equipo de salud:** Los profesionales de salud que tienen mayor contacto con los niños son las enfermeras y los pediatras quienes para prevenir el maltrato infantil, además de establecer diagnósticos también, deben colaborar en su tratamiento y prevención en unión con un equipo multidisciplinario.

Esta prevención se establece en tres niveles de atención: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

En nuestro país el problema del maltrato infantil, es un reto sobre todo en cuanto a la interacción de los organismos encargados de la protección del menor y en recursos financieros y humanos destinados a programas de prevención. Se requieren estrategias de solución cada vez de mayor exigencia y calidad así como de la formulación de estrategias metodológicas más adecuadas para conocer la realidad de este problema.

### **PREVENCIÓN DE ESCOLIOSIS EN EL ESCOLAR**

*EEI. ALICIA HERNÁNDEZ CANTORAL*

La deformidad de la columna como la escoliosis, es un problema que está siendo abordado con terapéutica de vanguardia en las instituciones de salud en nuestro país, en su diagnóstico, su intervención quirúrgica de alto nivel y su rehabilitación. Existen clínicas especializadas para tratar niños o adultos.

Sin embargo, este problema no está siendo abordado con enfoque de prevención, sobre todo en la edad escolar. Esto es de suma importancia ya que el niño en esta etapa es capaz de adoptar una buena postura o de corregir malos hábitos posturales que originan la escoliosis idiopática.

La inquietud en este problema deriva de la visualización del problema en las instituciones educativas. No es raro observar niños de seis o siete años de edad que van a la escuela cargando una mochila con peso excesivo o practicar juegos bruscos en los que se golpean la espalda con el puño cerrado o niños con mala postura al sentarse, leer o escribir.

En la mayoría de los casos la responsabilidad de estos factores nocivos, no depende sólo de las instituciones educativas. En España, EE.UU., Brasil, entre otros, se llevan a cabo estudios epidemiológicos en centros escolares, en los que evalúa la postura de los escolares en las edades comprendidas entre 10 y 11 años, con objeto de diagnosticar de forma temprana las escoliosis. Esto ayu-

da en gran medida al tratamiento adecuado si se diagnostica una alteración o a su prevención. Los resultados en estos programas, demuestran la necesidad de continuar el perfeccionamiento de programas y estrategias, de modo que se favorezca el tratamiento de las escoliosis.

Si se tuviera que elegir el periodo óptimo de la vida del sujeto para la adquisición y modelado de conductas éste sería la infancia. Ruiz Pérez (1994) señala que éste es un periodo de *aprendizajes básicos*. Podríamos comparar a los niños/as en sus primeras edades con diamantes en bruto que deben pulirse desde sus círculos más cercanos, entre los que se destacan la familia y la escuela.

Si analizáramos la vida de un niño en edad escolar se observaría que gran parte del tiempo lo pasa en la escuela; es por ello que esta institución se considera como uno de los agentes primarios respecto a la socialización del individuo y a la adquisición de conductas.

Sería mucho menos costoso, en tiempo y esfuerzo, educar desde la base con un estilo de vida saludable que tener que corregir más adelante conductas desadaptadas en sujetos a pesar de su corta edad. Es por eso que esta investigación propone alternativas de solución para evitar que estas alteraciones se presenten o bien, para que se detecten oportunamente.

A continuación se presentan posibles líneas útiles de actuación para problemas de espalda y especialmente para su prevención.

- Casilleros: El hecho de que los alumnos/as dispusieran de

un casillero personal en la que pudieran dejar sus cosas evitaría que tuvieran que cargar con ellas todos los días desde su hogar hasta el centro escolar e incluso durante la propia jornada lectiva.

- Mochilas, carritos: Lo más adecuado son los carritos o las mochilas, pero también se debe tener en cuenta en el caso de las mochilas, que éstas deben colgar de los dos hombros para repartir el peso de forma equilibrada. Los carritos es mejor que se empujen.

- Mobiliario adecuado: No es raro que haya mesas y sillas totalmente inadecuadas para los alumnos/as que les obligan a guardar una postura poco higiénica durante muchas horas diariamente.

- Insistir en que la posición sentada sea lo más correcta posible, es decir, evitar giros repetidos y forzados de la columna.

- Escribir en el pizarrón a una altura adecuada, evitando la hiperextensión de la columna si se escribe demasiado alto o posturas muy forzadas si se hace en la parte baja.

- Libros de texto de menor tamaño: Todos hemos visto a escolares con mochilas que ocultan más de la mitad de su cuerpo, lo que se debe a la gran cantidad de material escolar que llevan al colegio.

- Control postural, control tónico y conciencia corporal: Toma de conciencia corporal, a través de sensaciones propioceptivas (Le Boulch, 1990). Estos elementos deben enseñarse en las clases de Psicomotricidad, de Educación Física o de ambas, no sólo como contenido específico y puntual,

sino como contenido transversal en el que se debe insistir diariamente.

- Realización de actividades que inciden directamente en la postura: Como señala King (2000) los pilates son ejercicios de bajo impacto, uno de cuyos fines el producir una buena postura.

- Las actividades en el medio acuático: Nadar, gimnasia en el agua, son las más indicadas para las patologías de la espalda. La ventaja principal que ofrece este medio comparado con otros es que permite los movimientos en una situación de ingravidez.

MSc. Mireya Pérez Rodríguez DrC. Ulises Mestre Gómez. DrC. Marcos. Elpidio Pérez Ruiz mireyap2002@yahoo.es [http://www.efdeportes.com/Revista Digital - Buenos Aires - Año 10 -N° 90-Dic. 2005](http://www.efdeportes.com/Revista%20Digital%20-%20Buenos%20Aires%20-%20A%C3%B1o%2010%20-%20N%C2%BA%2090%20-%20Dic%202005)

Los programas escolares deben ser flexibles.

[www.cerebritito.com/espina-bifida.htm](http://www.cerebritito.com/espina-bifida.htm).

Deformidades de la columna vertebral; escoliosis cifosis: historia. [www.cuidelaespalda.com/enfermedades%espalda/información-contrainformación.html](http://www.cuidelaespalda.com/enfermedades%20de%20la%20espalda/informacion-contrainformacion.html).

Site.index 31:El camino Hospital

Caneers.special nursing programs <http://www.elcamino-hospital.org>.

Hoja informativa de escoliosis <http://www.sandi.net>.

San Diego City Schools <http://www.sandi.net>.

## FACTORES DE RIESGO DE LA NUTRICIÓN

Lic. GUILLERMINA MORALES GALVAN



Los trastornos nutricionales son graves alteraciones del comportamiento alimenticio que se originan por una extrema reducción de la ingestión de alimentos o por comer en exceso; en algunos casos se agrega una serie de conductas patológicas que ponen en riesgo la integridad física.

En la actualidad una parte importante de la población mundial presenta diversos grados de desnutrición con elevada mortalidad. Por otro lado, también se ha observado un incremento de la obesidad en la infancia.

El espectro clínico de los trastornos de conducta alimentaria es muy amplio e incluye entre otros, a la desnutrición energético-proteica infantil, la anorexia y la bulimia nerviosas; el trastorno por atracón, el síndrome de comer por la noche y la obesidad. Estos trastornos se acompañan de sentimientos de angustia o de excesiva preocupación acerca del peso y de la apariencia física. Estos trastornos por lo general ocurren en adolescentes y adultos jóvenes; sin embargo, se pueden presentar en niños a partir de los 10 o 12 años de edad. Las mujeres tienen mayor probabilidad de presentarlos que los hombres. La incidencia es del 5 al 15% de la población con anorexia y bulimia y el 35% de la población con datos de obesidad.

- En la anorexia existe un trastorno de la alimentación caracterizado por una distorsión de la imagen corporal, percepción de sí mismo como persona obesa o con mayor peso del que en realidad tiene.

- La bulimia, se caracteriza por periodos de restricción

alimentaria alternados con periodos de consumo de grandes cantidades de comida de forma compulsiva, seguidos de conductas compensatorias como vómitos autoinducidos, uso de laxantes o diuréticos, ejercicio exhaustivo y ayuno.

- La obesidad, es resultado de un aporte de energía a través de los alimentos que supera al consumo de energía por actividad física.

- El desorden alimenticio por atracón, es la ingestión de grandes cantidades de alimentos en un periodo corto con pérdida de control sobre lo que se ingiere.

Existen factores de riesgo que propician un desorden de la conducta alimentaria:

- Género. Las mujeres son más propensas que los hombres. Sólo 5 a 15% de las personas con anorexia o bulimia y 35% de los obesos son hombres.

- Factores biológicos. Neuroquímicos y genéticos. Se han encontrado alteraciones bioquímicas relacionadas con el neurotransmisor de la serotonina y otras sustancias químicas así como genes asociados a los desórdenes de la alimentación.

- Psicológicos. Personas perfeccionistas, con expectativas personales altas; baja autoestima; tendencia a complacer a los demás.

- Desórdenes emocionales. Depresión, desorden obsesivo-compulsivo, trastornos de ansiedad, dificultad para comunicar las emociones negativas. El 40 al 90% de las personas con desorden de la alimentación experimenta depresión o ansiedad.

- Influencia familiar. Padres sobreprotectores, ambiciosos, rígidos; que eluden los conflictos, preocupados por el éxito. Historia familiar de trastornos alimentarios. Aumenta el riesgo cuando los padres tienen desórdenes psiquiátricos o abusan del alcohol o las drogas.

- Presiones sociales y culturales. Sobrevaloración de la delgadez; los individuos centran el éxito en la juventud y el estar delgado; existe compulsión por la imagen corporal.

El incremento en la frecuencia y gravedad de los trastornos de la conducta alimentaria en la etapa escolar y la adolescencia, requiere la participación multidisciplinaria del equipo de salud: médicos, enfermeras, psiquiatra, nutriólogo, etc. La intervención de enfermería debe centrarse no sólo en el tratamiento de los daños a la salud y la rehabilitación sino en dirigirse primordialmente a participar en programas de prevención, en educación a la salud y al control de crecimiento y desarrollo del niño en sus diferentes etapas, para detectar a tiempo los factores de riesgo y limitar el daño producido por estas alteraciones.

## **TOXICOMANÍAS Y PATOLOGÍA SOCIAL DEL ADOLESCENTE ¿UN DAÑO IRREVERSIBLE?**

*LIC. ADRIANA ROMERO SANDOVAL*

El complejo fenómeno de uso y abuso de sustancias nocivas es un tema ampliamente revisado por especialistas de diversas disciplinas que dan su particular punto de vista. El tema reviste especial

importancia cuando se trata de los jóvenes, e inclusive niños consumidores de sustancias tóxicas, por las consecuencias que se reflejan en un comportamiento poco favorable dentro de la sociedad.

La combinación adolescentes-tóxicos-delinuencia debe ser tema para el análisis y para la aplicación de medidas que rompan este círculo.

Entre las causas y consecuencias del problema hay factores relacionados con el ámbito de la salud, lo que hace necesario que el personal de enfermería en contacto con niños y jóvenes se familiarice con los conceptos sobre drogadicción, conozca las nuevas sustancias que se encuentran a su alcance y los impactos en la salud y en la comunidad en la que viven y se desarrollan; no se trata de estigmatizar un hecho de trascendencia internacional; tampoco de caer en el lado del consentimiento, explícito o implícito al no asumirlo como problema al que urge darle atención por todos los sectores de nuestra sociedad.

Las toxicomanías son un problema de salud, que en algunos países desarrollados superan en frecuencia la morbilidad por cáncer o por cardiopatías. La Organización de las Naciones Unidas, señala que el problema del tráfico y consumo de drogas, alcanza a 190 millones de personas y es responsable de más del 50% de la delincuencia en el todo el mundo.

El uso del alcohol y otras drogas tiene relación con el aumento de mortalidad en adolescentes y jóvenes menores de 25 años y es

causa de accidentes, suicidios y homicidios.

El problema debe ser analizado desde la perspectiva de la salud integral: paciente- familia- entorno ya que tiene serias consecuencias en la salud física, mental, familiar y social que son más graves cuanto más temprano se inicie el consumo y adicción de sustancias tóxicas.

Por otro lado, para comprender la delincuencia juvenil debe atenderse al infractor, pero sobre todo, al medio en el que realiza sus actividades diarias y las oportunidades de realizar otras que eran constructivas; pues para muchos jóvenes, al verse excluidos de su familia, de la escuela y de la sociedad, el delito se convierte en una alternativa inaceptable de sobrevivencia.

La enfermera en muchas ocasiones es quien tiene oportunidad de interactuar con los pacientes de manera más directa; por tanto debe, aprovechar esta oportunidad para conocer aspectos de la vida personal de los niños y jóvenes a su cuidado, que pueden ser focos de alerta para evitar que sean presa de este fenómeno; o bien, en el caso de atender a quienes ya están inmersos en él, buscar alternativas de tratamiento y rehabilitación que permitan la participación del paciente, a fin de lograr el compromiso del autocuidado y la corresponsabilidad de los padres, tutores o instituciones de asistencia con el apoyo del equipo multidisciplinario, creado para tal fin.

## **PREVENCIÓN DEL VIH EN ADOLESCENTES**

**LIC. ENF. A. ADRIANA GRANADOS MÉNDEZ**

La adolescencia es un periodo maravilloso en la vida de los seres humanos; sin embargo, paradójicamente es una etapa rica en experiencias, descubrimientos y aventuras y a la vez, causa una mezcla de pánico ante lo desconocido, que la convierte en una experiencia individual, irreplicable y fascinante por misteriosa y fugaz. Todos los adolescentes luchan, (aunque pocos se den cuenta de ello), por cumplir varias tareas básicas, como lograr conocerse a sí mismos y a su entorno; ser aceptados por su comunidad; identificarse con su sexo; conseguir una pareja o aún más, adquirir los valores socialmente compartidos y a la larga introyectar aspectos ético-filosóficos que los acompañarán el resto de su vida.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se debe a la inmunodepresión provocada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), frente al cual el organismo no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones.

El estudio formal sobre SIDA se inició el 5 de junio de 1981, cuando el Center for Disease Control (Centro para el control de enfermedades) de los Estados Unidos convocó a una conferencia de prensa en la que se describieron cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii*, en la ciudad de los Ángeles.

A comienzos del siglo XXI, el SIDA se ha convertido en una pandemia, que afecta a personas

de todos los continentes y en la mayoría de los países no muestra signos de disminución. En México el mayor porcentaje (78.80%) de casos de SIDA, es del grupo de edad de 15 a 44 años, de acuerdo a CENSIDA.

En la actualidad se ha visto la relación de dos grandes fenómenos: adolescencia y SIDA. Por este motivo se trata de evitar esta unión a través de la *Prevención*, con diversos programas creados por instituciones como IMIFAP, CONASIDA. Se debe tener presente que la mejor manera de prevenir está en la formación que nos dan los principios.

#### **A.Q.U.A. APLICACION DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA**

*E.E.O. GUADALUPE CRUZ MACÍAS*

La medicina moderna ha permitido prolongar la vida de los enfermos con padecimientos crónico degenerativos, que es la causa principal de muerte en los países desarrollados y de aquellos con patrones epidemiológicos de transición, como México.

El cáncer es la segunda causa de muerte en nuestro país; abarca segmentos de población desde la edad escolar hasta la etapa post-productiva. En la edad preescolar es una de las primeras diez causas de muerte. Esto ha generado un incremento en la necesidad de atención médica especializada y de hospitalización difícil de satisfacer, por la insuficiente infraestructura y los altos costos que implica.

La esperanza de vida de un enfermo con diagnóstico temprano

de cáncer ha aumentado considerablemente, gracias al tratamiento oportuno y a un control médico periódico.

Los internamientos de un paciente por períodos prolongados o frecuentes, desequilibran el núcleo familiar, ya que el enfermo requiere apoyo emocional y físico de su familia. La desintegración familiar produce desajustes emocionales, en el paciente y en la familia. El padecimiento genera depresión y angustia por el impacto que produce permanecer en un hospital.

Con las exigencias del tiempo y desplazamiento impuestas por la vida moderna, ya no es viable el modelo de atención médica hospitalaria, para la aplicación de esquemas de tratamiento médico periódico, prolongado o ambos.

De ahí surge la necesidad de crear la Unidad de Aplicación de Quimioterapia Ambulatoria, que ofrece al paciente la posibilidad de permanecer en su núcleo familiar y desarrollar una vida normal durante su tratamiento, con estabilidad emocional y una mejor calidad de vida.

El modelo de atención médica ambulatoria, es una filosofía de hacer medicina para preservar una calidad de vida que valga la pena vivir. Además, reduce los riesgos de complicaciones propias de la hospitalización, los costos y el desgaste emocional de la familia.

#### **VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

*E.E.E.I. NORMA AIDEE LAZCANO ORTEGA*

Los servicios médicos de urgencias en nuestro país tienen una demanda que rebasa su capacidad de proporcionar una atención adecuada, en las instituciones públicas. Es necesario que los profesionales de la salud tengan el conocimiento y capacitación para valorar problemas de salud que requieren atención urgente y darles solución pronta con objeto de satisfacer las necesidades de los usuarios y desahogar los servicios de urgencias, entre otros.

La valoración del paciente pediátrico es fundamental no sólo en los servicios de urgencias, sino en los de consulta externa, hospitalización, de procedimientos de diagnóstico y de tratamiento. El profesional de enfermería es el responsable de recibir, trasladar, detectar alteraciones y proporcionar asistencia.

La valoración inicial puede considerarse una acción preventiva, ya que si el médico o la enfermera realizan una valoración adecuada, disminuye el riesgo de complicaciones para el paciente y se reducen la carga de trabajo para el personal y los costos para la institución. Sin embargo, muchas veces los pacientes llegan a los servicios médicos de urgencias con problemas graves que ponen en riesgo su vida. Por esta razón hay que optimizar el tiempo, con lo que puede ser una guía básica para la valoración inicial del paciente pediátrico, a saber:

- Interrogar para obtener la mayor información sobre lo que



sucedió o lo que sucede al niño; así como sobre enfermedades y alergias.

- Observar el estado de conciencia y permeabilidad de la vía aérea.

- Palpar los pulsos central y periférico, llenado capilar; temperatura de la piel y su coloración.

- Identificar contusiones, heridas o pérdidas orgánicas.

- Valorar el gasto urinario y fecal, determinar los niveles de glicemia.

Estos pasos son básicos, ya que con esta valoración, se determina el tratamiento inicial que puede salvar la vida y evitar complicaciones al niño.

La enseñanza continua del profesional de enfermería es indispensable para adquirir las bases científicas y prácticas y así brindar atención inmediata y eficaz para reducir secuelas, recuperar la salud e incorporar a los niños a su núcleo familiar y social. Así podrá llegar a la etapa adulta en óptimas condiciones físicas e intelectuales.

Estas acciones aunque parecen repetitivas, han sido y son día a día elementos indispensables que los profesionales del área de la salud deben conocer y aplicar en su quehacer profesional, donde enfermería, por estar en constante interacción con los pacientes, tiene el compromiso de brindar asistencia individualizada, oportuna, con calidad y calidez.

## FACTORES DE RIESGO A LA SALUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

LIC. EN ENF. JUDITH BARRIENTOS SÁNCHEZ

Las profesiones de ayuda se caracterizan por el hecho de que no son algo externo al individuo, sino que abarcan la totalidad de la persona. Entre estas profesiones de ayuda se encuentra la de enfermería. La actividad que desarrolla comporta un compromiso personal y una interacción directa con las personas a las que se atiende y por tanto, suele trabajar con los aspectos más intensos del cuidado del paciente: sufrimiento, ira, frustración, miedo, muerte. Todo ello, sumado a pequeñas, medianas o grandes dosis diarias, pueden hacer que esté expuesto a sufrir cierto grado de desgaste profesional que puede generar actitudes y sentimientos desfavorables tanto para el profesional como para la persona a la que ofrece su servicio.

Aunado a esto los profesionales de enfermería se encuentran rodeados de factores de riesgo que día a día repercuten directamente en su salud. Entre ellos se encuentran:

- Factores psicológicos. Por la atención que brindan a los pacientes a su cargo, las enfermeras están situadas en un espacio intermedio de las relaciones humanas gracias al cual ejercen una función de mediadoras entre los pacientes y los médicos

- Exposición a contaminantes químicos. El número de agentes químicos disponibles y su uso ha aumentado considerablemente en los últimos años. En consecuencia, ha surgido una preocupación en los trabajadores de la salud sobre los posibles peligros ocupacionales asociados con la manipulación de estos productos.

- Exposición a contaminantes biológicos. Las medidas de bioseguridad deben ser una práctica rutinaria en las unidades médicas, para ser cumplidas por todo el personal, independientemente del grado de riesgo y de las diferentes áreas que componen el hospital. La bioseguridad es una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo de adquirir infecciones.

- Exposición a radiaciones. El personal que trabaja en estas áreas, recibe radiación por tiempo prolongado, por lo que deben protegerse usando delantales de plomo.

- Otros. Sobreesfuerzos, turnos de trabajo, cursos, relaciones interpersonales.

En este trabajo, se presenta un panorama general acerca de estos riesgos, así como la forma de evitarlos, con medidas sencillas, pero no menos importantes a fin de preservar la salud del grupo responsable del cuidado de la salud de la población; por lo tanto debe ser ejemplo al cuidar de su propia salud.

## 9 CLAVES PARA EL CAMBIO

LIC. ENF. CECILIA DORA LUENGAS SALAZAR

Para impulsar la gestión de calidad y dar seguimiento a las acciones de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, se han diseñado varios programas que integran el Plan Nacional de Capacitación entre los cuales se encuentra “

La aplicación de 9 Claves para el cambio". Se trata de un método con el cual se busca integrar a los trabajadores de la Secretaría de Salud para dar lo mejor de sí mismos en su propio beneficio y en el de la Institución donde se labora; asimismo, para reforzar los hábitos, valores y actitudes personales, realizar el trabajo en equipo y el compañerismo para que de esta manera se adquiera el compromiso de acuerdo a los estándares establecidos por ellos mismos.

Las 9 claves para el cambio ordenan de forma sistemática

principios universales de orden y limpieza, de ninguna manera es una moda. El mérito de este programa es que crea una disciplina en los lugares de trabajo desarrollando una actitud de respeto y coordinación por el mantenimiento de los espacios físicos donde desarrollan sus actividades. Es un conjunto de valores, actitudes y hábitos que complementados con el uso de prácticas y herramientas, generan un entorno de calidad que permite mejorar la imagen de servicio ante los usuarios.

Numerosos estudios señalan cómo los ambientes laborales

influyen en el buen desempeño de las labores y cómo por el contrario, un ambiente sucio y desordenado genera condiciones físicas y psicológicas adversas para el desempeño laboral y propicia los accidentes, la lentitud, la improvisación, los conflictos y la calidad deficiente en el desarrollo del trabajo. En las Instituciones que han adoptado este programa se ha observado que hay una relación directa con la productividad y la prevención de accidentes, por la disminución de los factores de riesgo.

Las 9 claves para el cambio se dividen en tres grupos.

<i>Relación</i>	<i>Clave</i>	<i>Propósito.</i>
Relación con las cosas.	Clasificación. Organización Limpieza.	Mantener sólo lo necesario en orden y limpio.
Relación con usted mismo	Bienestar personal Disciplina Constancia Compromiso	Cuidar su salud Comportamiento fiable Perseverar en buenos hábitos. Ir hasta el fin de las tareas.
Relación con la empresa.	Coordinación Estandarización	Trabajo en equipo. Llegar a las metas con los estándares establecidos

medigraphic.com