

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

**DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN, DE UN MANUAL DE
ENFERMERÍA, PARA ORIENTAR EL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL
PACIENTE CON DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO**

**JEFFERSON LARA RODRIGUEZ
ENFERMERO**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA.
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO ADULTO
UNDECIMA PROMOCIÓN SEGUNDO CICLO
BOGOTÁ, 2015**

**DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN, DE UN MANUAL DE
ENFERMERÍA, PARA ORIENTAR EL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL
PACIENTE CON DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO**

REALIZADO POR:

**JEFFERSON LARA RODRIGUEZ
ENFERMERO**

ASESORAS

MYRIAM ABAUNZA DE G

GLORIA CARVAJAL CARRASCAL

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA.
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO ADULTO
UNDECIMA PROMOCIÓN SEGUNDO CICLO
BOGOTÁ, 2015**

AGRADECIMIENTO

A mi familia, a mi esposa Yenny Rodríguez por su amor, cariño, apoyo y comprensión; a mis hijos Juan Sebastián, Juan Pablo y María José por ser mi fuente de inspiración y el motor de mi vida; a mi hermano Brian Lara quien participo en el diseño del manual y la realización de este proyecto; a mis padres Inocencio y Elizabeth por su ejemplo de esfuerzo, trabajo y dedicación siendo mi ejemplo a seguir; y a mi docente asesor Myriam Abaunza por su apoyo y dedicación durante la ejecución de este proyecto.

DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN, DE UN MANUAL DE ENFERMERÍA, PARA ORIENTAR EL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO

Jefferson Lara Rodríguez
Enfermero
Especialista en cuidado crítico Adulto
Universidad de La Sabana

ABSTRAC

In the cardiovascular intensive care unit, there are no guidelines or a manual to guide nursing care for patients with physical deconditioning; therefore the need for a manual of nursing care, which contextualize personnel on the concepts that define this syndrome was found and also to establish nursing care to assist you.

For this educational program was established using the principles of Adaptation of Callista Roy theorist, indicating that "Human beings adapt by learning processes, acquired in time"; Conducting an educational session, where it is updated and sensitizes the personnel to perform timely care, targeted and appropriate to the patient with physical deconditioning; then track activities manually performing trained nursing staff, checking scales, notes and nursing records was performed; finding great acceptance and implementation of care focused on the manual.

RESUMEN

En la unidad de cuidado intensivo cardiovascular, no existen lineamientos o un manual que oriente la atención de enfermería al paciente con desacondicionamiento físico; por esta razón se encontró la necesidad de realizar un manual de atención de enfermería, que contextualice al personal, sobre los conceptos que definen este síndrome y además que establezca los cuidados de enfermería para atenderlo.

Para esto se estableció un programa educativo, utilizando los principios de Adaptación de la Teorista Callista Roy, que indica que "Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje, adquiridos en el tiempo"¹; Realizando una sesión educativa, donde se actualiza y se sensibiliza al personal, para que realice una atención oportuna, orientada y adecuada, al paciente con desacondicionamiento físico; posteriormente se realizó un seguimiento de las actividades del manual, que realizaba el personal de enfermería capacitado, verificando las escalas, notas y registros de enfermería; encontrando gran aceptación y aplicación de los cuidados orientados en el manual.

¹ Grupo de estudio para el desarrollo del modelo de adaptación, Facultad de Enfermería, Universidad de La Sabana; Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy; Aquichan, Octubre, 2002

Conclusiones

Se logro capacitar al 60.86% de los profesionales de de enfermería de la UCI cardiovascular de la FCI; realizando cambios en la idea conceptual de este síndrome y haciendo énfasis en la oportunidad de atención que se puede realizar desde el servicio de enfermería.

El personal entiende la importancia de contar con un manual de atención al paciente con desacondicionamiento físico en la UCI, para evitar complicaciones en los pacientes hospitalizados en ese servicio y reconoce su impacto positivo que puede generar en los indicadores de la UCI

El esquema de la presentación y el orden del manual, es secuencial y ordenado, garantizando la fácil comprensión de la temática por el personal asistente

Análisis

Hay interés del personal de enfermería por actualizarse, en estrategias que eviten las complicaciones del desacondicionamiento físico y disminuyan la estancia prolongada del paciente en UCI.

Palabras claves

Enfermera; Síndrome; Desacondicionamiento Físico Programa; Adaptación; Manual; Modos Fisiológicos.

Key Words

Nurse; Syndrome; Physical; Deconditioning; Program; Adaptation; Manual; Physiological modes.

Durante el seguimiento al personal de enfermería que recibió la actualización, se evidenció que realiza el 75% de las actividades descritas en el manual y además documenta la actividad en las notas de enfermería, las listas y escalas de la historia clínica electrónica.

Existe dificultad y resistencia para realizar las actividades correspondientes a la actividad física (ejercicios activos y pasivos), manifestando tiempos de intervención largos durante estas actividades; delegándolas al auxiliar de enfermería (no actualizado) o al fisioterapeuta de turno.

El 50% de las enfermeras actualizadas en el manejo del paciente con desacondicionamiento físico, delegan las actividades de la función respiratoria al fisioterapeuta de turno.

Todas las enfermeras realizan uso adecuado de las superficies de apoyo; se preocupan por mantener una posición ergonómica y utiliza estrategias para mantener la piel integra.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| ABSTRAC..... | 5 |
| TITULO..... | 9 |
| INTRODUCCION | 10 |
| PLATAFORMA DEL PROYECTO | 12 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 15 |
| ANÁLISIS DEL PROBLEMA | 16 |
| 4.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS..... | 20 |
| JUSTIFICACION | 21 |
| OBJETIVOS | 23 |
| GENERAL | 23 |
| ESPECIFICOS..... | 23 |
| ARBOL DE OBJETIVOS..... | 24 |
| SOPORTE TEORICO | 25 |
| MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY..... | 25 |
| Esquema de relación del modelo de adaptación de Callista Roy | 29 |
| MODELO EDUCATIVO: MODELO DE PROGRAMAS..... | 30 |
| SOPORTE CONCEPTUAL | 32 |
| DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO (DF) | 32 |
| ASPECTOS ÉTICOS | 34 |
| NEGOCIACIÓN..... | 36 |
| METODOLOGIA | 37 |
| MATRIZ DEL MARCO LÓGICO | 37 |
| PLAN DE ACCION | 39 |

| | |
|--|-----------|
| PLAN DE ACCION No 1 | 39 |
| PLAN DE ACCION No 2 | 40 |
| PLAN DE ACCION No. 3 | 41 |
| PLAN DE ACCION No 4 | 42 |
| ANALISIS | 43 |
| ANALISIS DE LOS RESULTADOS (Pre-Test)..... | 43 |
| ANALISIS RESULTADOS (Evaluación)..... | 46 |
| VERIFICACIÓN | 50 |
| CONCLUSIONES..... | 55 |
| RECOMENDACIONES..... | 56 |
| SOPORTE BIBLIOGRAFICO..... | 57 |
| ANEXOS | 61 |
| EVALUACIÓN..... | 62 |
| (PRE-TEST)..... | 62 |
| EVALUACIÓN..... | 63 |
| LISTA DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL “MANUAL DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO HOSPITALIZADO EN UCI”..... | 64 |
| 16.5 LISTA DE ASISTENCIA | 67 |
| EVALUACION..... | 67 |
| PRESUPUESTO..... | 68 |
| CRONOGRAMA | 69 |
| MANUAL DE ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO HOSPITALIZADO EN UCI | 70 |

TITULO

DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN, DE UN MANUAL DE ENFERMERÍA, PARA ORIENTAR EL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO

INTRODUCCION

El desacondicionamiento físico puede definirse como la pérdida de las adaptaciones fisiológicas y la reducción en el desempeño que ocurre cuando el individuo deja de participar en las actividades regulares, tanto de la vida diaria como durante el ejercicio².

Actividades que evidentemente se ven reducidas en la unidad de cuidado intensivo, donde el paciente se ve sometido a reposo prolongado, bien sea por su patología de base, generalmente cardiovascular, o por el tratamiento médico establecido, o por encontrarse en un estado postoperatorio, sin mencionar los pacientes que sufren de delirium o que se encuentra en estupor o sedados por indicación médica. Se convierten entonces en individuos cesantes y dependientes del personal y el equipo médico de la unidad.

De ahí que el abordaje del paciente críticamente enfermo hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), no se debe orientar solo al manejo de su patología de base, al control de sus dispositivos médicos, o a la administración y el control de medicamentos, en busca de su estabilidad; si no también al mantenimiento y recuperación de su condición física, para evitar una estancia prolongada, y evitar el síndrome de desacondicionamiento físico, ya que el cuerpo empieza a deteriorarse a las veinticuatro horas por la falta de actividad. Por eso el inicio de unas actividades de manera temprana, permite una pronta recuperación, y facilita la adaptación a la vida cotidiana luego del egreso a la casa.

El presente proyecto de gestión tiene como objetivo diseñar, implementar y evaluar un manual de enfermería que oriente al personal de enfermería en el cuidado y recuperación del paciente con desacondicionamiento físico. Para ello entre otros aspectos, se desarrolla una estrategia educativa donde se explica y

² FT. Alejandra Mondragón Barrera; Síndrome de desacondicionamiento físico del paciente crítico;
<http://es.scribd.com/doc/82493159/SINDROME-DE-DESACONDICIONAMIENTO-FISICO-EN-EL-PACIENTE-CRITICO#>

orienta al personal de enfermería para que conozca las actividades diseñadas en el manual y que puede realizar con este tipo de pacientes.

De esta manera los profesionales de enfermería pueden impactar de manera positiva en la recuperación del paciente y ser el primer eslabón en la rehabilitación del paciente antes de su egreso definitivo a casa.

Sin lugar a duda el mayor beneficiado de estas intervenciones, es el paciente, quien evitara la presencia de lesiones y complicaciones luego de su egreso, como atrofia muscular, contracturas y calambres secundarios a la inactividad, desnutrición, lesiones de piel, durante un largo tiempo.

La UCV (Unidad Cardiovascular) sitio donde se desarrolla este proyecto de gestión, brinda el espacio tanto para el desarrollo de las actividades educativas dirigidas al personal, como el desarrollo de las intervenciones de enfermería con los pacientes, gracias al espacio de cada una de las unidades o habitaciones, como los elementos que esta ofrece como superficie de apoyo, sillas tipo poltronas que ofrecen mayor confort al paciente y sistemas de monitoreo que permiten el desplazamiento seguro y cómodo dentro de la habitación y la realización de actividades que generen un impacto favorable en los indicadores que se manejan en la unidad, como disminución de la presencia de úlceras por presión, disminución de las infecciones respiratorias, días de estancia hospitalaria; generando una repercusión positiva en la institución gracias a la satisfacción del cliente o el paciente quien puede egresar tempranamente de la institución sin complicaciones.

Por lo anterior este proyecto de gestión busca entre otros aspectos, el orientar y preparar al personal de enfermería de esta UCV para que desarrolle y aplique las actividades descritas en el manual, que atienden las necesidades del paciente con reposo prolongado que pueden presentar desacondicionamiento físico; para esto se desarrollara un entrenamiento basado en un proceso educativo que se divide en cuatro fases; en la primera fase se explicara qué es y cuáles son las características el desacondicionamiento físico; la segunda fase es la sensibilización donde se mostraran las consecuencia que el desacondicionamiento físico trae para el paciente y lo lenta que sería su recuperación si no se interviene oportunamente; en la tercera fase se expondrán las actividades e intervenciones seleccionadas dentro del manual; y la cuarta fase que evaluara la aplicación de las actividades por parte del personal de enfermería.

PLATAFORMA DEL PROYECTO

La FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL es una institución privada sin ánimo de lucro, constituida en 1973, dirigida principalmente a la atención de niños con problemas cardiovasculares, que por sus escasos recursos, no pueden acceder a la calidad y tecnología de los servicios de salud que requieren. Dada la magnitud de los problemas cardiovasculares en otros grupos generacionales y con el fin de dar continuidad a la obra iniciada con los niños, en octubre de 1993 se creó el INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA, extendiendo la atención cardiológica a pacientes de todas las edades y ampliando su portafolio de servicios con 51 especialidades médico-quirúrgicas para brindar atención integral a todos sus pacientes.

En un área de 65.000 metros cuadrados conformado con un alto desarrollo tecnológico, modernos equipos, y un calificado equipo humano, la Fundación recibe aproximadamente un millón de visitantes al año, prestando atención mensualmente a un promedio de 1.100 pacientes hospitalizados, 9.000 consultas de urgencia, 9.500 consultas ambulatorias especializadas, cerca de 12.000 exámenes diagnósticos y 8.600 cirugías (de las cuales 1.200 corresponden a cirugías cardíacas), convirtiéndose así en uno de los complejos médicos de cuarto nivel más importantes del país y de Latinoamérica.

El servicio de hospitalización cuenta con 330 camas de las cuales 90 se encuentran en las unidades de cuidado intensivo, distribuidos en seis unidades de cuidado intensivo; cuenta con 4 salas de hemodinámica y 8 salas de cirugía.³

El marco estratégico de la institución se orienta a brindar atención especializada a niños y adultos a nivel nacional y regional, enfocados en atención cardiovascular y otros servicios de alta complejidad, a través de una práctica clínica integrada apoyada en programas de investigación y educación. El Plan Estratégico 2012-2014 definido en el 2011 ratifica la Misión y la Visión institucional y confirma la orientación a la alta complejidad conservando su vocación cardiovascular tanto para la población pediátrica como adulta, buscando un mayor posicionamiento como centro de referencia especializado a nivel regional por su excelencia clínica, humanizada y compasiva.

Para tal fin las prioridades van dirigidas al desarrollo integral del talento humano, a fortalecer las habilidades organizacionales para el aprendizaje y mejoramiento continuo que hagan de la Fundación una de las mejores instituciones para trabajar en el país, a la formación de nuevas generaciones médicas y paramédicas, a la

³ Fundación Cardioinfantil; Página Web; <http://cardioinfantil.org/index.php/historia>

generación de información relevante para la comunidad científica y para el sector en general, la evolución hacia un modelo de gestión clínica integral, al fortalecimiento del mercado local y la apertura de nuevos mercados internacionales, a conservar un modelo operación eficiente y autosostenible; y a seguir trabajando en pro de una mayor conciencia social para el desarrollo y mejor futuro del país.

Lo anterior con el fin de continuar haciendo de la Fundación, una Institución altamente competitiva, atractiva para el talento humano, segura para sus pacientes, confiable para sus clientes aseguradores y sobretodo reconocida por su gran calidad humana y compromiso social.

Misión

“Nuestra misión es atender niños colombianos de escasos recursos, con problemas cardiovasculares.”

Visión

“Continuar garantizando el cumplimiento de nuestra Misión, convirtiéndonos en líderes reconocidos nacional y regionalmente por la excelencia clínica, la atención humanizada y compasiva, y el mejoramiento de la salud y bienestar de nuestros pacientes y sus familias.”

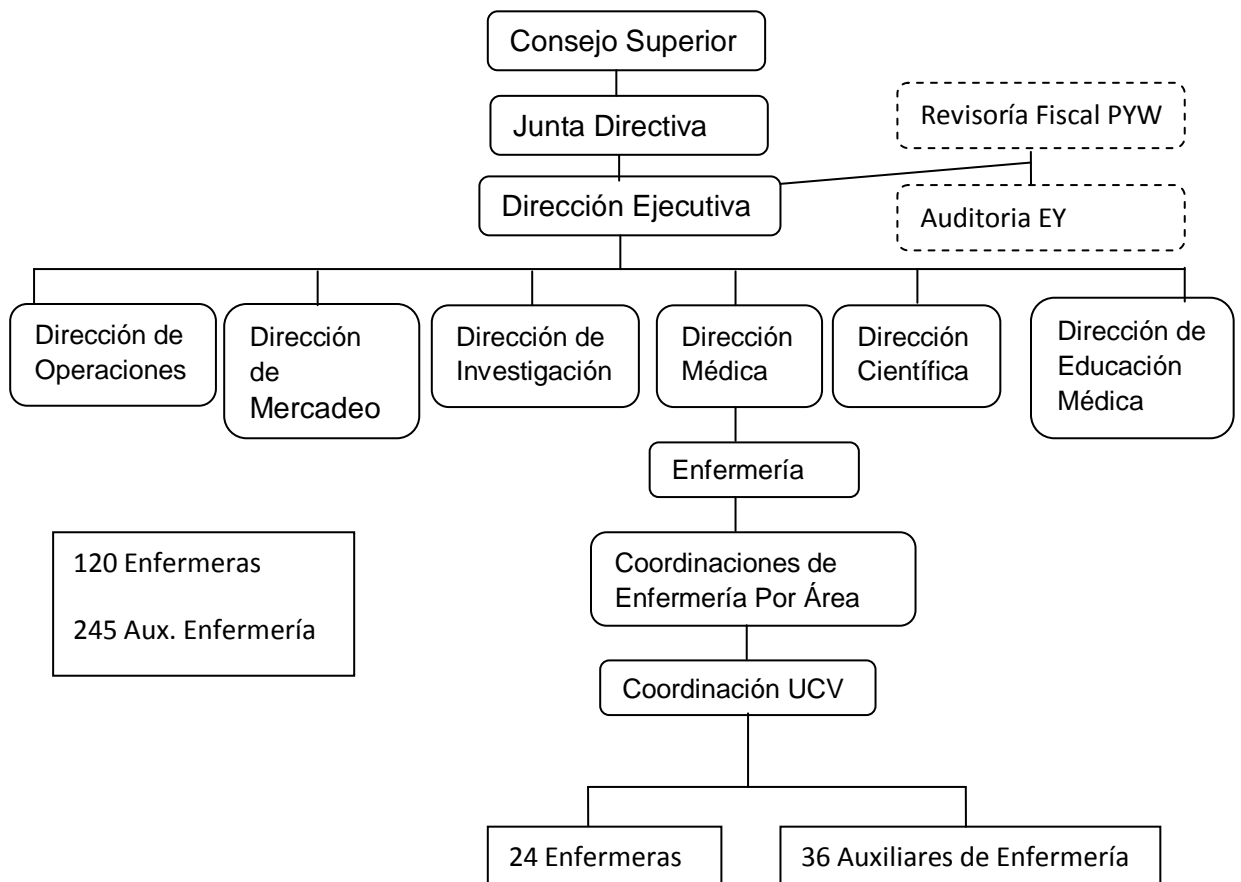
El área de enfermería, se fundamente en un contexto donde la asistencia, docencia, investigación y solidaridad sean los pilares fundamentales de trabajo en la Fundación cardioinfantil, y tiene como marco estratégico, en su misión ser un equipo humano comprometido en dar cuidado de enfermería mediante el proceso de atención al paciente, de todas las edades, su familia y/o cuidadores; teniendo como visión, ser centro de referencia a nivel nacional e internacional a 2014 para la práctica de enfermería segura, que genere mejoramiento en el cuidado, basada en la investigación y la experiencia del paciente⁴.

El departamento de enfermera depende administrativamente de la dirección médica de la FCI, y es junto con el área de educación quienes apoyan los proyectos de esta área; el departamento divide sus operaciones por áreas según la especialidad, donde se asigna una enfermera que coordinadora y esta a su vez organiza y distribuye su personal asignado; las coordinaciones son: Hospitalización Adulto y Pediatría, UCI Pediátrica y Neonatal, UCI Cardiovascular y Coronaria, UCI Médica, Urgencias y Gastroenterología, Consulta Externa,

⁴ Fundación Cardioinfantil-Enfermería; Página Web <http://cardioinfantil.org/index.php/enfermeria-217>

Transplantes, Esterilización, Hematología y vacunación, Cirugía Cardiovascular, y Educación

ORGANIGRAMA GENERAL FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL⁵ (Enfermería)



⁵ Organigrama General; Fundación Cardioinfantil IC; Dirección de Gestión Humana y Jurídica; Julio 2013

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Falta un manual de enfermería, que oriente el cuidado de enfermería al paciente con desacondicionamiento físico hospitalizado en UCI

ANÁLISIS DEL PROBLEMA

En la actualidad vemos como la estancia hospitalaria de los pacientes hospitalizados en UCI se prolonga, no hay datos estadísticos que nos indiquen las causas a esta hospitalización prolongada, solo interpretaciones de las situaciones particulares de los pacientes hospitalizados, que muestran que las causas asociadas a este fenómeno pueden ser las complicaciones por su enfermedad de ingreso, complicaciones postoperatorias, sedación prolongada, inmovilidad, efectos por las terapias como: Balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA), Terapia de remplazo renal continua (TRRC), Diálisis Peritoneal, y Ventilación Mecánica invasiva o no invasiva; llevando al paciente a un obligado reposo prolongado, buscando una mejor recuperación antes de su traslado a piso, esta situación se convierte en el común denominador de los pacientes que prolongan su estancia en UCI, y casi siempre egresan con secuelas, la principal de ellas el Descondicionamiento físico, visible en los pacientes por la pérdida de peso, pérdida de la masa magra, pérdida de fuerza, pérdida de apetito, cambios en el hábito gastrointestinal, dificultad para incorporarse y caminar.

Bolton y Colsen (1984) realizaron un estudio con pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo en estados unidos donde establecieron que la incidencia de la polineuropatía del paciente crítico detectada mediante estudio electrofisiológico fluctuaba entre un 50 y 70% siendo menor el hallazgo clínico debido a las condiciones generales del paciente y las dificultades del examen físico.⁶

En Colombia en el año 2009 la Doctora Tatiana Olier, en su trabajo de Tesis de postgrado en Cuidados Intensivos para la facultad de medicina de la Universidad del Rosario identificó que el 35 al 80% de los pacientes críticos que requieren ventilación mecánica por más de 28 días desarrollan debilidad muscular después del uso de bloqueadores neuromusculares no despolarizantes, más del 50% de los pacientes ventilados por un periodo mayor a 7 días desarrollan anomalías

⁶ Olga Lucia Amaya, Vilma María Ángel, Elizabeth Niño; Cuidado para el Bienestar de los Pacientes en Riesgo de Descondicionamiento Físico en la UCI Médica de la Clínica Foscal de Bucaramanga

electrofisiológicas, y el 25 al 33% desarrollan debilidad neuromuscular. El riesgo es del 5 al 10% cuando se usa relajante muscular por más de 24 horas⁷.

Esta situación es evidente en la Unidad de cuidado intensivo Cardiovascular (UCV), de la Fundación Cardioinfantil (FCI), presentándose gran incidencia de pacientes con desacondicionamiento físico por reposo prolongado, secundario a su patología de base principalmente enfermedad cardiovascular, y tratamiento médico instaurado, que incluye reposo en cama absoluto y ocasionalmente la utilización de medidas de sujeción terapéutica (si el paciente se encuentra en delirium), el uso de anestesia y sedación. Enfocando claramente como objetivo la estabilización del paciente, dejando de lado la recuperación a largo plazo del paciente, omitiendo actividades o intervenciones que lograrían favorecer la recuperación física del paciente a largo plazo y evitarían la presencia de desacondicionamiento físico en esta unidad de cuidado intensivo.

La unidad cardiovascular (UCV) donde se evidencia esta problemática se encuentra en el segundo piso de la torre A de la FCI, cuenta con veinticuatro camas distribuidas en dos secciones donde diez camas son asignadas a pacientes postoperatorio de cirugía cardiovascular, y la otras catorce camas son asignadas a pacientes con patologías cardiovasculares, en posoperatorio mediato o en manejo preoperatorio; el personal de enfermería asignado para esta unidad es de 6 enfermeras(os) y 9 auxiliares de enfermería por turno quedando en promedio 4 pacientes por enfermera y de 2 a 3 pacientes por auxiliar de enfermería, y en ocasiones según la necesidad lo amerite se cuenta con personal de apoyo por la presencia de pacientes de alta complejidad.

La unidad cardiovascular de acuerdo a los planteamientos y lineamientos de la FCI, desarrolla sus actividades dentro del marco de los principios, valores y gestión de calidad de la institución con personal médico y de enfermería altamente especializado y actualizado en conocimientos científicos para brindar altos estándares de calidad y seguridad en la atención y cuidado del paciente.

Como unidad especializada con énfasis en el área cardiovascular, su trabajo se articula integralmente con los departamentos de cirugía cardiovascular, anestesia y cardiología, quienes brindan apoyo diagnóstico, tratamiento electivo y de urgencia, las 24 horas del día, conformando un equipo multidisciplinario de manejo. Así mismo y ocasionalmente ofrece atención a pacientes de otras

⁷ Olier T, Dosis Ideal de Relajación Neuromuscular: Evitar Desacondicionamiento Físico en Niños Críticamente Enfermos. Facultad de Medicina; Tesis; Universidad del Rosario 2009

especialidades que requieren monitoria y estabilización inmediata en cuidado intensivo.

El objetivo de la UCI cardiovascular está orientado a pacientes con enfermedades cardiovasculares, en preoperatorio y postoperatorio inmediato y mediato de cirugía cardiovascular; con un plan de ser una unidad de transición antes del traslado a piso o llevar los pacientes a un tratamiento médico definitivo. Pero el tiempo de esta transición muchas veces se prolonga por situaciones asociadas a la situación clínica del paciente, propias de su enfermedad, o complicaciones como infecciones, o propias de su tratamiento como la TRRC (Terapia de remplazo Renal) en pacientes renales, o con VMNI (Ventilacion Mecanica no Invasiva) en pacientes con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva cronica), o difícil destete ventilatorio. Causando un reposo prolongado fuera del tiempo establecido, causando desacondicionamiento físico que a la larga extiende su estancia en UCI.

En la UCV se tiene un índice de ocupación hasta el mes de enero de de 2015 de 95.5%, con un promedio días de estancia por paciente de 4.5 días⁸, valor que se encuentra dentro de lo esperado para las metas de cumplimiento de la UCIV, pero este promedio podría mejorar si los pacientes de estancia prolongada por desacondicionamiento físico se intervinieran oportunamente disminuyendo las complicaciones que se presentan por este síndrome.

Esta unidad atiende a pacientes adultos, de cualquier género, pero la decisión de ingreso se basa en el estado fisiológico actual del paciente, la posibilidad de eventos agudos que comprometan la estabilidad de sistemas orgánicos vitales y si son pacientes críticamente enfermos.

Los pacientes ingresan a la Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular previa valoración por el médico encargado del servicio de traslado o remisión y presentación del caso al especialista en las unidades de cuidado intensivo Cardiovascular; estos pacientes pueden ingresar desde los servicios de: Urgencias, Hospitalización, Hemodinámica, Cirugía, Electrofisiología o de remisión Externa; y las patologías que se ingresan en las unidades suelen estar comprometidas dentro de los siguientes grupos los cuales se describen en la guía de admisión a UCI⁹.

⁸ Indicadores de Gestion UCV, Dias de estancia en UCI y giro cama, enero 2015

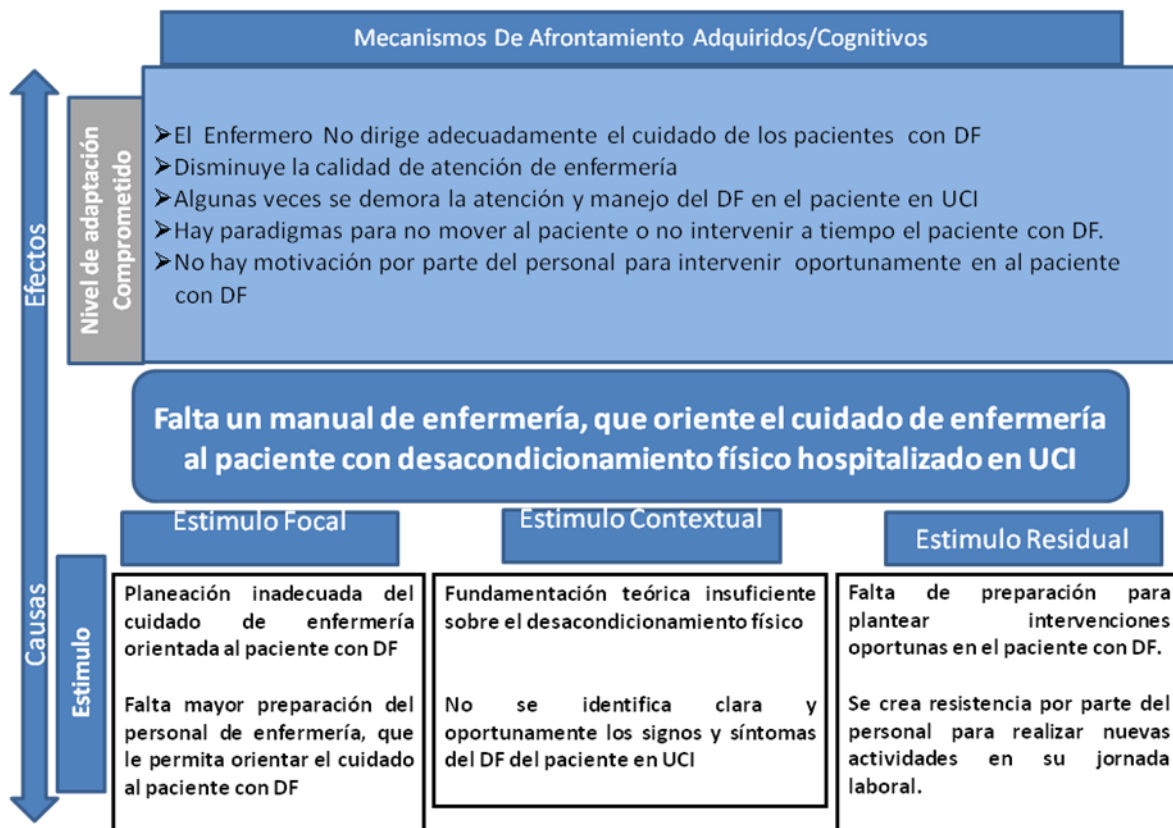
⁹ Proceso subproceso admisión a UCV

1. Dolor torácico con sospecha de patología cardiovascular.
2. Enfermedad Coronaria manifestada por síndromes coronarios agudos (Infartos y Anginas)
3. Infarto Agudo de Miocardio no complicado primeras 72 horas de instaurado el cuadro para observación por riesgo de complicaciones mayores.
4. Inestabilidad hemodinámica por cualquier causa (cardíaca o sistémica).
5. Inestabilidad eléctrica manifestada por el riesgo o la presencia de arritmias.
6. Alteraciones metabólicas agudas tales como desequilibrio hidroelectrolítico, emergencias dialíticas, etc.
7. Post operatorio inmediato de cirugías mayores (cardiovascular, neurológica, etc.)
8. Patología aórtica o vascular periférica aguda.
9. Pacientes con patología del sistema nervioso central que amerite observación estrecha transitoria.
10. Pacientes en estado post procedimiento de intervencionismo o quirúrgicos cardíacos o vasculares.
11. Pacientes con necesidades especiales de monitoria (intoxicados, cardiovascular, respiratorio, líquidos, etc.)
12. Politraumatismo.
13. Otras patologías que impliquen riesgo inminente para la vida del paciente.

Teniendo en cuenta las características de los pacientes hospitalizados en esta unidad podemos evidenciar que las actividades de cuidado de enfermería se orienta a través de actividades medico-delegadas, como la monitoria del paciente y la vigilancia y control de signos vitales, manejo y ajuste de medicamentos principalmente inotrópicos y vasodilatadores, buscando garantizar la perfusión adecuada de los órganos y sistemas vitales, se orienta también al manejo de dispositivos médicos ya mencionados; sin omitir las actividades propias de enfermería más relevantes en esta unidad como las medidas para evitar infecciones, caídas, lesiones de piel y demás complicaciones asociadas al cuidado, buscando el mejor beneficio del paciente y disminuir al máximo las complicaciones durante la hospitalización del paciente; pero también se ve claramente que no hay intervenciones ni actividades diseñadas a la rehabilitación del paciente o que busquen evitar el desacondicionamiento físico.

ÁRBOL DE PROBLEMAS

Para el desarrollo del árbol de problemas se involucra la teoría de adaptación de Callista Roy, para contextualizar la aplicación de esta teoría al desarrollo y solución del problema planteado.



10

¹⁰ Jefferson Lara, Enfermero, Proyecto de Gestión: DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN, DE UN MANUAL DE ENFERMERÍA, PARA ORIENTAR EL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO.

JUSTIFICACION

El desacondicionamiento físico afecta al 100% de los pacientes hospitalizados en UCI, viendo sus efectos o complicaciones, inclusive a las 24 horas después de su ingreso (De Jonghe, 2002); algunos funciones del individuo no se ven comprometidas gracias a los mecanismos de adaptación a su condición de salud, durante su hospitalización, gracias a una intervención y un diagnóstico temprano por el equipo médico.

La mayoría de las veces la inmovilidad o el reposo absoluto, se prescribe como orden médica en las UCI, causando un retraso en la recuperación de la persona hospitalizada. Los estudios realizados han demostrado que la actividad física moderada es benéfica en la reducción de los procesos inflamatorios asociado a la inmovilidad, y mejora los niveles de fuerza muscular. También han demostrado que la movilización en forma precoz durante la estancia en la UCI es segura y factible, causando una posible reducción de los daños físicos a corto plazo.

En un estudio de Truong y Cols en 2009, mostraron que aquellos pacientes movilizados, tienen 2.5 veces más probabilidades de deambular más prontamente que aquellos en los que no se realiza ningún tipo de movilización pasiva o activa¹¹; Sin embargo, este tipo de maniobras como la movilidad temprana, requiere un cambio significativo en la mentalidad y en los protocolos de manejo por parte de todo del personal de salud que labora en una UCI e influir en la reestructuración y modificación de protocolos y guías de manejo que disminuyan la incidencia del desacondicionamiento físico por el reposo prolongado.

No solo la adaptación física del paciente es importante, también se debe realizar especial énfasis sobre la preparación metabólica y el soporte nutricional del paciente durante su estancia en UCI, para garantizar el cubrimiento de la tasa metabólica Basal (TMB) y evitar desnutrición y sarcopenia; también es importante mantener la piel íntegra, libre de lesiones sin zonas de presión para evitar limitación de la movilidad y discomfort; también es importante evitar el dolor y mantener una posición durante los momentos de descanso y los periodos de sueño utilizando superficies de apoyo como almohadas, rollos y para mantener

¹¹ Daniela Charry Segura Gineth Viviana Lozano Martínez Yohana Paola Rodríguez Herrera; Efectos de la movilización y sedestación progresiva temprana en la duración de la Ventilación Mecánica y estancia en UCI en el paciente crítico adulto; Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Departamento del Movimiento Corporal Humano Bogotá, Colombia 2013

una posición ergonómica que mantenga al paciente cómodo y con sensación de descanso; como lo demostró el estudio de Thomas Peter J. y Cols en 2006, “Prácticas de Posicionamiento para Pacientes Ventilados en UCI”, demostraron que estas intervención favorecían el drenaje postural y movilización de secreciones, prevención de neumonía asociada al ventilador y úlceras por presión, mejora de la oxigenación de la sangre arterial y comodidad del paciente¹².

Por eso, es importante la participación del profesional de enfermería para ser parte activa de la formación y creación de estrategias que orienten la atención oportuna a los pacientes hospitalizados en estos servicios, con el objetivo de reducir su estancia de hospitalización, evitando así la aparición de complicaciones por el reposo prolongado, propiciando un estado de salud favorable para el alta al piso y posteriormente a su hogar.

Estableciendo la actuación de enfermería, como un agente de cuidado, activo y participativo, a través de actividades fundamentadas en una teoría de enfermería y conceptual bien estructurada a través de un programa educativo, es como se logrará disminuir la aparición de desacomodamiento físico y sus complicaciones en los pacientes hospitalizados en la UCI. Generando que el profesional de enfermería especialista en cuidados intensivos, desarrolle habilidades para manejo y prevención del desacomodamiento físico en su servicio. Viendo reflejado sus actividades en la evaluación de indicadores de calidad y lo más importante, aportar a la conservación y/ o recuperación del estado de salud de los pacientes que por su condición crítica, requieren estar hospitalizados en estas Unidades especializadas.

¹² Daniela Charry Segura Gineth Viviana Lozano Martínez Yohana Paola Rodríguez Herrera; Efectos de la movilización y sedestación progresiva temprana en la duración de la Ventilación Mecánica y estancia en UCI en el paciente crítico adulto; Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Departamento del Movimiento Corporal Humano Bogotá, Colombia 2013

OBJETIVOS

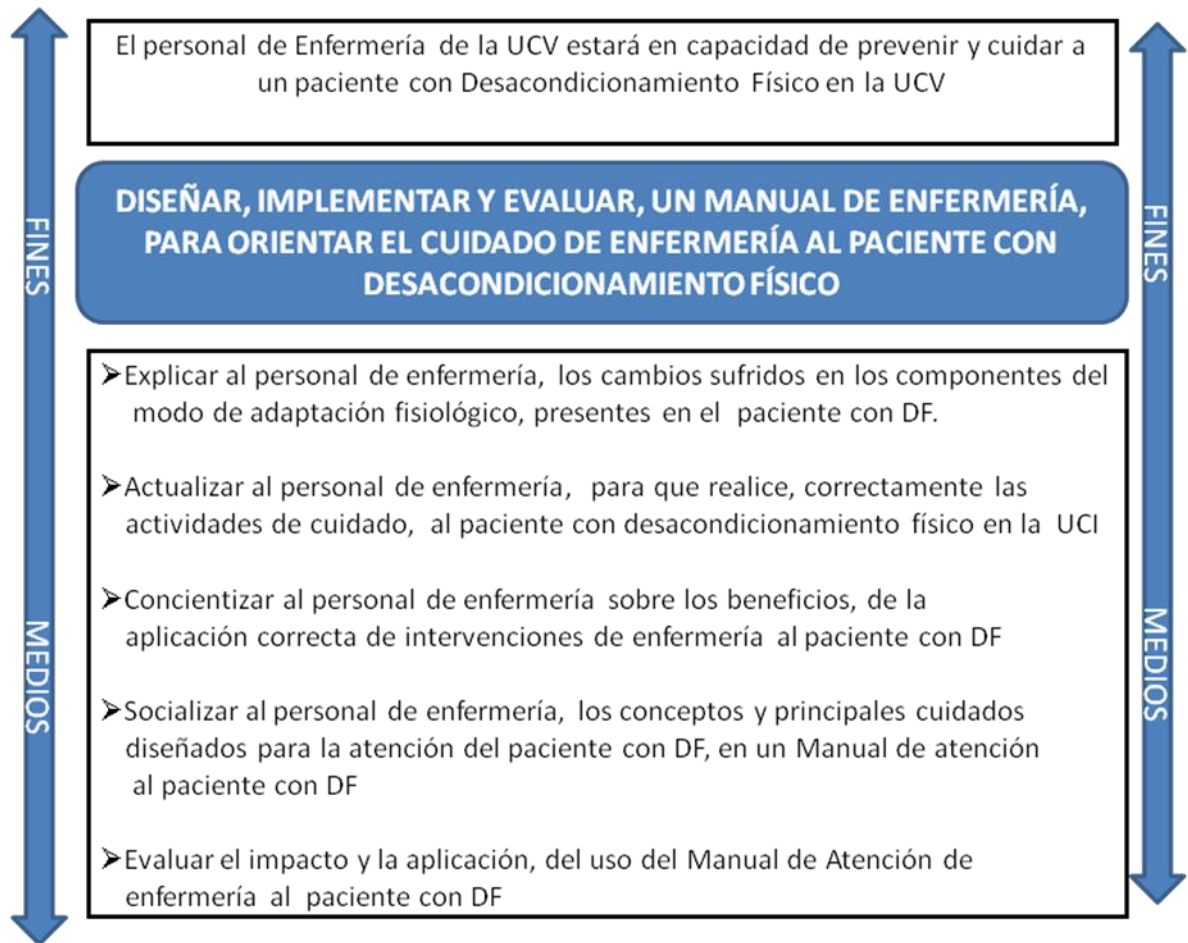
GENERAL

Diseñar, Implementar y Evaluar, Un Manual De Enfermería, Para Orientar El Cuidado De Enfermería Al Paciente Con Descondicionamiento Físico

ESPECIFICOS

1. Explicar al personal de enfermería, los cambios sufridos en los componentes del modo de adaptación fisiológico, presentes en el paciente con DF.
2. Actualizar al personal de enfermería, para que realice, correctamente las actividades de cuidado, al paciente con descondicionamiento físico en la UCI
3. Concientizar al personal de enfermería sobre los beneficios, de la aplicación correcta de intervenciones de enfermería al paciente con DF
4. Socializar al personal de enfermería, los conceptos y principales cuidados diseñados para la atención del paciente con DF, en un Manual de atención al paciente con DF
5. Evaluar el impacto y la aplicación, del uso del Manual de Atención de enfermería al paciente con DF

ARBOL DE OBJETIVOS



13

¹³ Jefferson Lara, Enfermero, Proyecto de Gestión: DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN, DE UN MANUAL DE ENFERMERÍA, PARA ORIENTAR EL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO.

SOPORTE TEORICO

MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY

Conceptualización

Callista Roy desarrolla el modelo teórico a partir de su experiencia personal como enfermera pediátrica, al observar que los niños se adaptaban a cambios ocasionados por la enfermedad. Sus principios científicos se basan en la teoría de los sistemas Von Bertalanffy y la teoría de adaptación del psicólogo fisiólogo Harry Helson.¹⁴

Basados en los principios filosóficos de la Teoría de Adaptación de Callista Roy encontramos que permite integrar fácilmente la acción del cuidado a partir de la adquisición de conocimientos que le permitan desarrollar habilidades encaminadas a un objetivo, en este caso facilitar la rehabilitación física de un paciente y evitar las complicaciones por el desacondicionamiento físico en la UCV.

La adaptación es el proceso y el resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental.

Teniendo en cuenta la transformación de las personas y del ambiente, que según Callista Roy esta creada en la conciencia humana o sea en la capacidad que tiene cada uno de interpretar el medio ambiente interno y externo, se puede modificar para obtener su mayor provecho y favorecer la adaptación propia y de un individuo en un ambiente hospitalario.

Para esto se debe considerar al individuo como un ser holístico y no fragmentándolo en un ser bio-psico-social y espiritual, como lo describe Roy “Se debe tener en cuenta que la persona está inmersa en el ambiente constituido por sus creencias, valores, principios, sentimientos, vivencias y patrones de relación, entre otros, que determinan la forma como el individuo se enfrentará a los estímulos del medio”¹⁵; teniendo en cuenta esto enfocamos el modelo teórico no al paciente sino al profesional, ya que durante la hospitalización de su paciente en UCI, orienta el cuidado a través de los conocimientos aprendidos y experiencias

¹⁴ Grupo de estudio para el desarrollo del modelo de adaptación, Facultad de Enfermería, Universidad de La Sabana; Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy; Aquichan, Octubre, 2002

¹⁵ Roy, Callista, y col. *El modelo de adaptación de Callista Roy*, Editorial Appleton y Lange, 2ª. ed. p. 32, 1999

vividas, apoyando a su paciente en su proceso de enfermería a las situaciones de UCI y evite las complicaciones por el desacondicionamiento físico (DF) secundario a su hospitalización.

El profesional de enfermería, al establecer una relación con el paciente, debe tener en cuenta la capacidad de autodeterminación de la persona, y los mecanismos que esta emplea para lograr la adaptación. Pero esta adaptación como lo describe Roy en autónoma del paciente, también se puede modificar a través del cuidado y los procesos de aprendizaje que se orienten, en primera instancia al profesional de enfermería para romper paradigmas ya adquiridos y aplique u oriente sus actividades a objetivos distintos en su quehacer diario para permitir en segunda instancia que el paciente, realice las actividades orientadas (si no hay limitación) para su recuperación a través de los conocimientos transmitidos, y de no ser posible se apoyo parcial o total para el desarrollo de sus actividades que ayuden a su recuperación, como lo define la teoría este sería el proceso de adaptación al ambiente.

Sistema Adaptativo Humano

“Roy describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones, y a la sociedad como un todo”.¹⁶

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por eso es difícil para un grupo de profesionales de enfermería realizar cambios en su manera y orden de trabajo, por sus preconcepciones y temores al cambio, inclusive a si estén protocolizados en guías o instructivos de manejo.

Debido a esto el proceso adaptativo para la aplicación de una nueva guía de manejo debe ser paulatino, no impuesto, orientado al beneficio del paciente con los conocimientos teóricos y bases científicas que justifiquen cada actividad, y de esta manera modificar, facilitar la adaptación del profesional a una guía de manejo y como consecuencia, facilitar los procesos adaptativos de un paciente enfrentado a situaciones de UCI.

Ambiente

“Son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos,

¹⁶ Roy, Callista, y col. *El modelo de adaptación de Callista Roy*, Editorial Appleton y Lange, 2ª. ed. p. 32, 1999

con particular consideración de la persona y de los recursos del mundo”¹⁷. El ambiente es todo aquello que rodea a la persona y lo que está dentro de ella. El ambiente no se limita al entorno, está constituido además por sus experiencias y los aspectos que constituyen su ambiente interno.

Teniendo en cuenta esto, la enfermera puede considerarse un ambiente de cuidado formado a partir de experiencias y de conocimiento adquirido en su formación, afectando directamente de manera positiva o negativa el proceso de adaptación de sus pacientes, a través de estímulos.

El ambiente está directamente relacionado con los estímulos, toda vez que estos desencadenan respuestas adaptativas, que promueven las metas de adaptación e integridad, y respuestas inefectivas, que no promueven la integridad, ni contribuyen a la meta de adaptación e integración de las personas con el mundo.

De esta manera podemos concluir que estimulando los estímulos del profesional de enfermería, modificamos su ambiente interno, a través de la orientación de las buenas prácticas de enfermería, se generaría en el paciente mejores respuestas efectivas de adaptación durante su hospitalización en UCI.

Estímulos

En el modelo, Roy define los estímulos como “todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente”¹⁸ Es el punto donde los nuevos conceptos y estrategias de cuidados piensan modificar el actuar de la enfermera generando nuevas experiencias de cuidado; Ella los clasifica así:

- Estímulo Focal. “Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo”. Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, en nuestro caso representa la falta de preparación del personal al momento de atender a un paciente con DF debido a su falta de planeación del cuidado.
- Estímulos Contextuales. Son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación. En este estímulo se enmarcan los conceptos o conocimientos previos, adquiridos en el proceso de formación del profesional de enfermería.

¹⁷ Grupo de estudio para el desarrollo del modelo de adaptación, Facultad de Enfermería, Universidad de La Sabana; Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy; Aquichan, Octubre, 2002

¹⁸ Grupo de estudio para el desarrollo del modelo de adaptación, Facultad de Enfermería, Universidad de La Sabana; Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy; Aquichan, Octubre, 2002

- Estímulos residuales. Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos. Dentro de este estímulo se identifican las creencias y hábitos del cuidado adquiridos a través de la experiencia

Nivel de adaptación

Según Roy, “el nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido”.

El nivel de adaptación integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. Este nivel de adaptación hace referencia al dominio estructurado de los cuidados de enfermería para cubrir las necesidades de adaptación en un paciente con DF.

En el nivel compensatorio los mecanismos reguladores y cognitivo se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema. Este estímulo se puede aplicar a esa situación donde la respuesta del paciente es la esperada pero sin la estructuración del cuidado.

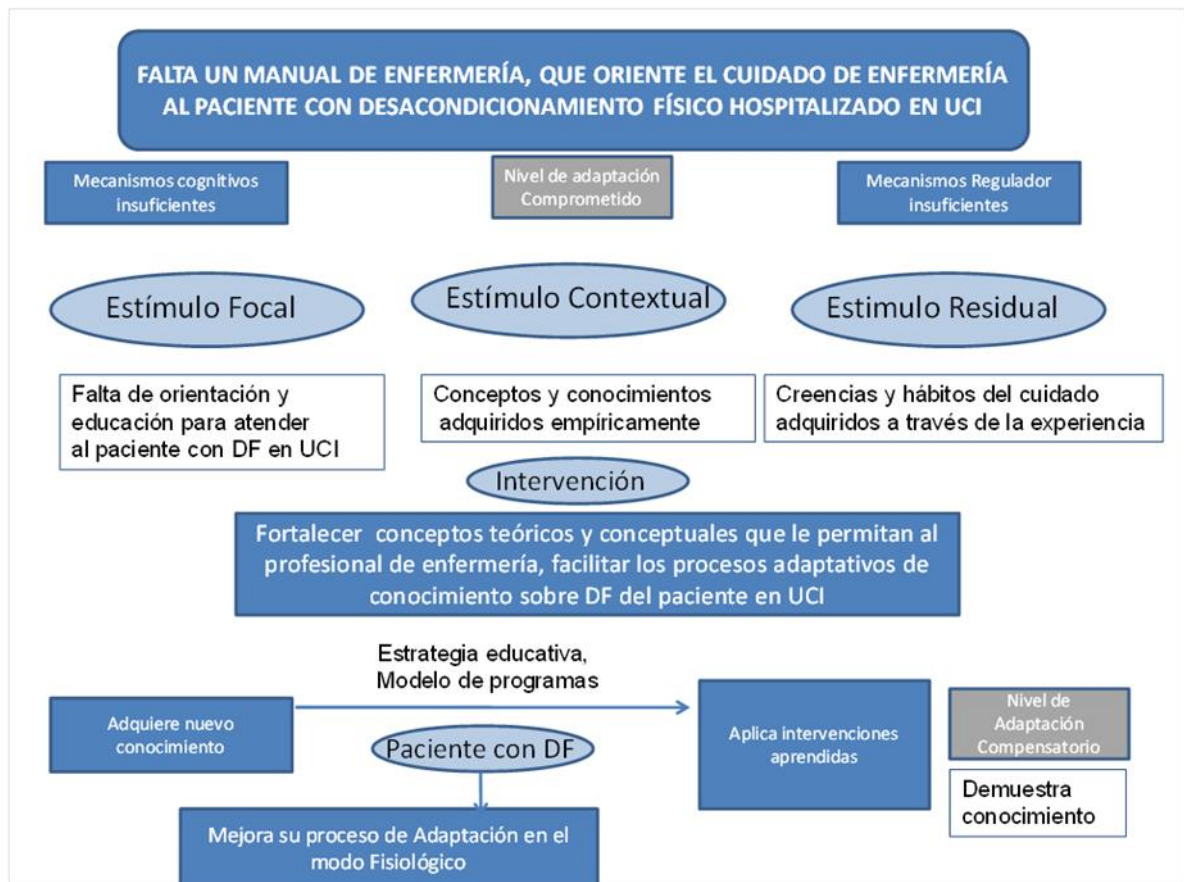
El nivel de adaptación comprometido se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación. En este nivel, el profesional de enfermería no estructura y no realiza actividades encaminadas a la rehabilitación de su paciente, causándole una hospitalización prolongada y una recuperación tardía.

Mecanismos de enfrentamiento

Dentro de este marco tendremos en cuenta el subsistema cognitivo, el cual es el que permite el enfrentamiento de los estímulos. Este proceso se fundamenta en las actividades complejas que desarrolla el sistema nervioso central, para interpretar los estímulos ambientales internos y externos. Según Roy, la cognición se relaciona con “las habilidades humanas de pensar, sentir y actuar”, donde los procesos de pensamiento son neuropsicológicos y la base del conocimiento tiene relación con la experiencia y la educación.

De esta manera si alimentamos el subsistema cognitivo del profesional de enfermería a través de procesos de aprendizaje, tendrá mejores herramientas para abordar al paciente con DF y contribuir a su recuperación.

Esquema de relación del modelo de adaptación de Callista Roy



19

¹⁹Jefferson Lara, Enfermero, Proyecto de Gestión: DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN, DE UN MANUAL DE ENFERMERÍA, PARA ORIENTAR EL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DESAJUSTO FÍSICO.

MODELO EDUCATIVO: MODELO DE PROGRAMAS

Según Espinar Rodríguez este modelo educativo se aplica para dar respuesta a las necesidades educativas de un grupo específico de personas, mediante el desarrollo de acciones sistemáticas, cuidadosamente planificadas, dentro de un contexto determinado, con objetivos concretos, luego de identificar las necesidades principales del grupo²⁰.

Plantea dar una orientación educativa, ajustándose a contextos contemporáneos, propios de una población o un grupo a intervenir, y aplicando estrategias didácticas adecuadas y de fácil aceptación y entendimiento para este.

La intervención debe ser directa sobre el grupo luego de identificar la necesidad, se puede apoyar esta intervención mediante la colaboración de cualquier agente facilitador para la educación, el elemento primario es el conjunto de necesidades diagnosticadas inicialmente, a partir de las cuales se planifican las acciones, sistematizándolas y contextualizándolas²¹.

La ventaja que presenta este modelo, es que permite establecer prioridades de intervención luego de realizar el diagnóstico de necesidades, fomenta la reflexión crítica basándose en los conocimientos previos del grupo a intervenir, creando un sistema de trabajo basado en la cooperación y la colaboración.

La evaluación hace parte del modelo de acción, ya que se debe realizar y garantizar el éxito de las intervenciones, de lo contrario se debe realizar un acompañamiento durante la aplicación de las intervenciones, con la posibilidad que sea una sola persona, parte o todo el grupo teniendo en cuenta donde se desarrolla el modelo educativo.

Se debe tener en cuenta el área donde se desarrollan las actividades, debido a que son áreas específicas puede existir la falta de recursos temporales y materiales para poder afrontar el cambio que exige este modelo y la aplicación continua de las intervenciones diseñadas; además se debe fortalecer el trabajo colaborativo, estableciendo un compromiso para la formación y autoformación, para tener un carácter programático de las actividades y la apertura de espacios para su desarrollo.

En otras palabras de existir compromiso del centro formativo o área donde se va a desarrollar el modelo educativo, de debe elegir la población a educar de manera

²⁰ Rodríguez Espinar, S., Álvarez, M., Echevarría, B., y Marín, M. A. (1993). *Teoría y práctica de la orientación educativa*. Barcelona: PPU.

²¹ Antonio Matas Terrón; Modelos de Orientación Educativa; 2007;
http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4713/modelos_de_orientacion_281207.pdf?sequence=1

programática; debe existir recurso humano que promueva la planificación de la acción, apoye su desenvolvimiento y su evaluación; los materiales deben ser suficiente y claros, para que permitan realizar una retroalimentación cuando el grupo lo necesite luego finalizar la aplicación del modelo.

Este modelo exige la aplicación de acciones sistemáticas, cuidadosamente planificadas, orientadas a unas metas u objetivos²²; por eso se estructura todo el marco conceptual del proyecto en un manual de atención de enfermería al paciente con desacondicionamiento físico, de una manera estructurada, iniciando por fijar los objetivos para población y el grupo a intervenir, seguido de la definición, complicaciones y la intervención de enfermería en cada modo de atención y así continuar la misma metodología aplicándola a diferentes grupos sin cambiar la estructura.

El producto final del programa educativo se registra en un manual de atención; el cual se define como el documento de gestión detallada de manera secuencial y detallada de todas las operaciones que se realizan, para ejecutar los procedimientos en cada órgano funcional dentro de una entidad²³; además es el medio para informar y orientar al personal que participa directa o indirectamente en la ejecución de los procedimientos; además ayuda a la evaluación y control interno así como a darse cuenta de si el trabajo y las actividades se realizan adecuadamente o no.

Para realizar la evaluación de la aplicación de las actividades descritas dentro del manual de enfermería elaborado; se realizó una lista de chequeo, para verificar su cumplimiento; ya que esta permite recoger la información de forma puntal y sencilla; esta herramienta describe de manera organizada criterios en relación al conocimiento o los procedimientos de determinadas acciones o intervenciones que realiza una persona; los ítems de esta herramienta, los dividimos según el modo de adaptación agrupando sus principales actividades. Además esta herramienta permite concentrar gran cantidad de información y conocimiento, de manera concisa, evitando en su aplicación errores de omisión, creando con ello un mecanismo fiable y reproducible, mediante evaluaciones que permiten mejorar normas de calidad y entender mejor los fenómenos sanitarios²⁴.

²² Rodríguez Espinar, S., Álvarez, M., Echevarría, B., y Marín, M. A. (1993). *Teoría y práctica de la orientación educativa*. Barcelona: PPU

²³ Definición de manual de Procedimientos <http://quees.la/manual/>

²⁴ MSC. Patricio Fabián Oliva Mella; Epidemiólogo Clínico; construcción de listas de chequeo en salud, La metodología para su aplicación; <http://www.sanfelipesalud.cl/Web/Doc/Biblioteca/Cuadernillos/24.pdf>

SOPORTE CONCEPTUAL

DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO (DF)

El síndrome de descondicionamiento físico se define como el deterioro metabólico y sistémico del organismo como consecuencia de la inmovilidad prolongada; las alteraciones metabólicas se comienzan a observar en las primeras 24 horas de inmovilización²⁵.

El paciente que se encuentra crítica o crónicamente enfermo, frecuentemente está sometido a un importante grado de inmovilización, el cual conlleva al Síndrome de Descondicionamiento Físico. Este síndrome se caracteriza por atrofia muscular de las fibras tipo I, fatiga muscular por menor capacidad oxidativa de la mitocondria, baja tolerancia al déficit de oxígeno y mayor dependencia de metabolismo anaerobio.

Si permanece inmovilizado por tres semanas pierde el 50% de la fuerza muscular; se acompaña de cambios metabólicos importantes consistentes en pérdida aumentada de nitrógeno ureico de 2 a 12 g/día, pérdida de calcio de hasta 4 g/día y balance negativo de sodio, potasio y fósforo; luego de 8 semanas de inmovilidad se desarrolla intolerancia a carbohidratos y pérdida del 16% de masa ósea; mayor riesgo para desarrollar trombosis venosa profunda, hipotensión ortostática, úlceras de presión y anquilosis articular por pérdida de agua, glucosaminoglicanos y aumento en la degradación y síntesis de colágeno periarticular²⁶.

En el paciente en estado crítico se desarrolla una polineuropatía periférica, responsable de una intubación prolongada y dificultad para destete del ventilador. Se ha descrito que se presenta con una frecuencia del 70 al 75% de los pacientes que cursan con sepsis y falla multisistémica. En la fisiopatología se ha encontrado cambios de degeneración axonal en los nervios sensitivos y motores, cromatolisis de las células del asta anterior, falta de autoregulación microvascular y alteraciones en el sistema de transporte axonal.

²⁵ Dra. Erika Cirus Barker TF; Síndrome de Descondicionamiento Físico por Inmovilización Prolongada; 22/05/2009 <http://terapiafisicaaplicada.blogspot.com/2009/05/sindrome-de-descondicionamiento-por.html>

²⁶ Jorge Pardo Ruiz, Jorge Luis Pardo Lang; Metabolismo, Nutricion y Shock; Capitulo 18; Síndrome de descondicionamiento Físico en el paciente en estado crítico. Pag 313; Cuarta edición 2006

Existen algunos factores que influyen sobre la magnitud del cambio dentro de los cuales los más sobresalientes son: Severidad de la enfermedad o lesión, Duración del período de reposo, Patología concomitante como diabetes, desnutrición, Reserva cardiovascular, Edad y sexo.

ASPECTOS ÉTICOS

Para la planeación, ejecución y evaluación de este proyecto de gestión, se tienen en cuenta los siguientes principios y valores de enfermería, por considerar que son pilar importante y garantiza el respeto por las personas que involucra este proyecto. Tomamos como referencia la Ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se describen los principios y valores de la práctica profesional y la ley 911 de 2004 por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; y establece el régimen disciplinario correspondiente.

1. **Integralidad.** Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.²⁷
2. **Individualidad.** Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.
3. **Dialogicidad.** Fundamenta la interrelación enfermera-paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.
4. **Calidad.** Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos.
5. **Continuidad:** orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida en los estados de salud y de enfermedad.
6. **Beneficencia – No Maleficencia:** Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Indica que se debe hacer o promover el bien y prevenir,

²⁷ Ley 266 de 1996, Aspectos Éticos, Diario Oficial No 42.710, del 5 de Febrero de 1996

apartar y no infringir daño o maldad a nadie; lo anterior requiere realizar un balance riesgo-beneficio.

7. **Confiabilidad:** Significa que el profesional se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad, al transmitir información, dar enseñan/a, hacer un procedimiento y ofrecer un servicio o ayuda. El profesional debe mantener y acrecentar el conocimiento y la habilidad para dar seguridad en los cuidados que brinda a la persona o comunidad.
8. **Solidaridad:** Es la cohesión o integración ordenadora de las personas para asociar esfuerzos con el propósito de lograr determinados fines para algunos o para todos a nivel personal, familiar, comunitario, nacional e internacional. Este principio se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de unas raíces, unos medios y unos fines comunes de los seres humanos entre sí, sus igualdades en cuanto a que pertenecen a la misma especie y comparten un mismo medio natural que todos necesitan, deben respetar y conservar para las generaciones venideras.

La aplicación de estos principios éticos permitirá abordar en conjunto al individuo integrando la parte física, en pro de conseguir mejorar y mantener la calidad de vida disminuyendo su tiempo de hospitalización en UCI y preparándolo para el egreso.

NEGOCIACIÓN

En la reunión realizada con la coordinadora de enfermería de la UCV de la FCI, se socializó el planteamiento y análisis del problema; se permitió diseñar una estrategia de solución encaminada a planificar y organizar actividades de enfermería que permitieran dar solución a esta problemática (DF en UCI)

Luego de finalizar el contenido y la estructura del manual de atención de enfermería para la atención del paciente con DF en UCI se permitió la aplicación del plan de acción (Educación), para ser aplicado durante una semana a los turnos de la noche para facilitar su seguimiento; teniendo la precaución de no interferir con las actividades laborales de cada uno de ellos en su unidad.

Se informo al servicio de educación médica, en diálogo directo con la Jefe de enfermería del servicio; sobre la aplicación de este plan de acción quien indico que al no ser un proyecto dirigido al paciente, y por el tiempo de ejecución, podía contar solo con el aval de la coordinadora del servicio, donde se realiza el proyecto de gestión, como parte del proceso de formación educativa del profesional a cargo de su aplicación.

Y para cumplir con el propósito del proyecto (Institucionalizar el manual), luego de los ajustes realizados con la Coordinadora de Unidad cardiovascular, puede pasar a comité para definir su institucionalización en la UCV de la FCI, dado que el contenido del manual deben pasar por un proceso de verificación y de aprobación por el grupo de rehabilitación física y dar una publicación final en los procesos investigativos de la FCI.

METODOLOGIA

Para el desarrollo de este proyecto se utilizo la metodología del marco Lógico, gracias a su facilidad de aplicación, permitiendo el diseño, ejecución y evaluación de estrategias, de una manera coherente para alcanzar los objetivos planteados.

MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

| | INDICADORES | MEDIOS DE VERIFICACION | SUPUESTOS |
|--|---|---|--|
| <p>FIN</p> <p style="text-align: center;">El personal de Enfermería de la UCV estará en capacidad de prevenir y cuidar a un paciente con DF en la UCV</p> | <p>Número de Enfermeras que aplican correctamente el manual de atención al paciente con DF en la UCV</p> <hr/> <p>Total de enfermeras capacitadas</p> | <p>Las enfermeras identifican las manifestaciones clínicas del DF del paciente hospitalizado en UCI</p> <p>Lista de chequeo de las actividades que realizan las enfermeras actualizadas en la atención al paciente con DF</p> | <p>La percepción del personal sobre la utilidad del manual.</p> <p>El interés para la aplicación de las actividades descritas.</p> |
| <p>PROPOSITO</p> <p style="text-align: center;">Institucionaliza el manual de “Intervenciones de Enfermería para la Atención del Paciente con D.F. Hospitalizado En UCI</p> | <p>Personal actualizado en la atención del paciente con DF en UCI</p> <hr/> <p>Personal de enfermería de la UCV</p> | <p>Vinculación del manual al paquete de inducción de la UCV</p> <p>Lista de chequeo de comprensión de lectura de la cartilla.</p> | <p>La inasistencia del personal a la unidad por incapacidades, vacaciones, cambios de turno o traslado a otras unidades.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Diseño, Implementación y Evaluación, de un Manual de Enfermería, Para Orientar el Cuidado de Enfermería al Paciente con Descondicionamiento Físico</p> | <p>Elaboración del Manual de Atención de enfermería al Paciente con DF</p> <p>Personal de Enfermería que conoce el Manual Elaborado</p> <p>-----</p> <p>Personal de enfermería de la UCI</p> | <p>Lista de asistencia a la Sesión Educativa.</p> <p>Comprensión del: Manual de atención de Enfermería al paciente con D.F. Hospitalizado en UCI</p> | <p>El interés del personal de enfermería para asistir a la socialización del nuevo Manual de Atención al Paciente con DF</p> <p>Alto volumen de trabajo al momento de realizar las sesiones educativas</p> |
|--|--|--|--|

PLAN DE ACCION

PLAN DE ACCION No 1

1. Objetivo Especifico

Explicar al personal de enfermería los cambios sufridos en los componentes del modo de adaptación fisiológico presentes en el paciente con DF.

| ACTIVIDADES | INDICADOR | RECURSOS | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | SUPUESTOS |
|---|--|---|---|--|
| Socialización del tema utilizando el manual de atención al paciente con DF. | No de personas que asistentes a la socialización y presentación del tema ----- Personal de la UCV (14) | Orientador Presentación Test escrito (Evaluación) | Lista de asistentes Evaluaciones escritas del tema | Disposición de tiempo de personal Cambios de turno del personal Conocimiento previo sobre DF |

Plan de actividades:

| | |
|------------|--|
| Duración | 10 minutos |
| Lugar | Estar de enfermería |
| Temas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida y saludo 2. Desacondicionamiento Físico 3. Signos y síntomas del desacondicionamiento físico 4. Complicaciones del paciente con DF 5. Debate 6. Evaluación |
| Desarrollo | <p>Se explicaran los conceptos de desacondicionamiento físico.</p> <p>Se explicaran los cambios fisiológicos que el individuo sufre en la UCI por el desacondicionamiento físico.</p> <p>Se solucionaran dudas</p> <p>Se realizara la evaluación Cierre y refrigerio</p> |
| Evaluación | Se aplicara una evaluación de pregunta abierta. ¿Qué es el desacondicionamiento físico y que intervenciones recuerda? |

PLAN DE ACCION No 2

2. Objetivo Especifico

Actualizar al personal de enfermería, para que realice, correctamente las actividades de cuidado, al paciente con desacondicionamiento físico en la UCI

| ACTIVIDADES | INDICADOR | RECURSOS | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | SUPUESTOS |
|--|---|---|---|---|
| Presentación y explicación de las actividades de enfermería orientadas al manejo del paciente con DF | No de personas que asistentes a la de presentación ----- Personal de enfermería la UCV (14) | Orientador Presentación Test escrito (Evaluación) | Lista de asistentes Evaluaciones escritas del tema | Disposición de tiempo de personal Cambios de turno del personal Conocimiento previo sobre manejo del DF |

Plan de actividades:

| | |
|------------|---|
| Duración | 15 minutos |
| Lugar | Estar de enfermería oriental. |
| Temas | 1. Bienvenida 2. Manejo del desacondicionamiento físico en UCI 3. Principales intervenciones de enfermería (Generalidades) 4. Actividades de enfermería por cada modo de adaptación fisiológico |
| Desarrollo | Se presentara las actividades de enfermería que se pueden realizar para el manejo del desacondicionamiento físico, de manera organizada por cada componente del modo de adaptación fisiológica. Se realizara la lluvia de ideas para enriquecer las actividades por cada modo fisiológico. Y para estimular la participación del grupo de enfermería. |
| Evaluación | Sera el registro de las ideas aportadas por el grupo. ¿Mencione las intervenciones de enfermería que le hayan parecido más importantes? Y ¿Reconoce la importancia de realizar actividades de enfermería para prevenir el DF en el paciente en UCI? |

PLAN DE ACCION No. 3

Objetivo Especifico

Concientizar al personal de enfermería sobre los beneficios, de la aplicación de actividades y estrategias de atención al paciente con DF

| ACTIVIDADES | INDICADOR | RECURSOS | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | SUPUESTOS |
|---|---|--|--|--|
| <p>Explicar las consecuencias del DF en los pacientes que no reciben oportuna por parte de enfermería</p> <p>Socialización de experiencias vividas con los pacientes con DF en la UCV</p> | <p>No de personas que asistentes a la de presentación -----</p> <p>Personal de enfermería la UCV (14)</p> | <p>Orientador</p> <p>Presentación</p> <p>Test escrito (Evaluación)</p> | <p>Lista de asistentes</p> <p>Evaluaciones escritas del tema</p> | <p>Disposición de tiempo de personal</p> <p>Cambios de turno del personal</p> <p>Experiencias previa</p> |

Plan de actividades

| | |
|------------|---|
| Duración | 10 minutos |
| Lugar | Estar de Enfermería. |
| Temas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida 2. Complicaciones del DF en las pacientes hospitalizados en UCI 3. Beneficios para el paciente de aplicar el Manual. 4. Experiencias vividas |
| Desarrollo | <p>Se explicaran los cambios que sufre un paciente hospitalizado en UCI por sistemas: muscular, cardiovascular, respiratorio, digestivo, endocrino, metabólico y tegumentario.</p> <p>Se compartirán experiencias con el fin de generar conciencia sobre la necesidad de establecer una guía de atención al paciente con DF en UCI. Evaluación y refrigerio</p> |
| Evaluación | Se aplicara una evaluación con única pregunta abierta. ¿Que intervenciones no mencionadas, recomienda usted para prevenir o atender al paciente con DF en UCI? |

PLAN DE ACCION No 4

Objetivo Especifico

Socializar al personal de enfermería, los conceptos y principales cuidados diseñados para la atención del paciente con DF, en un Manual de atención al paciente con DF

| ACTIVIDADES | INDICADOR | RECURSOS | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | SUPUESTOS |
|---|--|---|---|--|
| Presentar al personal de enfermería de la UCIV, el Manual de atención al paciente con DF Hospitalizado En UCI | No de personas que asistentes a la de presentación ----- Personal de enfermería la UCV (14) | Expositor Manual de atención al paciente con DF hospitalizado en UCI | Lista de asistentes Evaluaciones escritas del tema | Disposición de tiempo de personal Cambios de turno del personal Conocimientos previos sobre DF y el modo de adaptación fisiológico |

Plan de actividades:

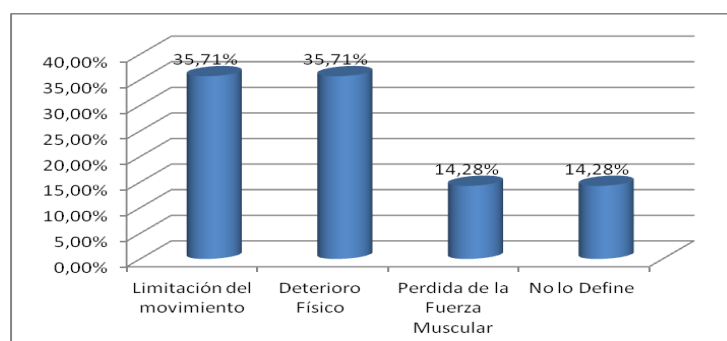
| | |
|------------|--|
| Duración | 20 minutos |
| Lugar | Estar de enfermería central |
| Temas | 1. Bienvenida 2. Exposición del Manual con su contenido, definiciones, conceptos, y las estrategias y actividades de cuidado; de manera sencilla y clara con la ayuda de graficas; para su mejor entendimiento y consulta continua Solución de interrogantes 3. Evaluación |
| Desarrollo | Se realizara la socializaran la cartilla; se explicara la manera de integración del modelo teórico y el marco conceptual. Evaluación, cierre y refrigerio |
| Evaluación | Se aplicara una evaluación de pregunta abierta. ¿Cree usted que puede realizar alguna de estas actividades durante su turno? |

ANALISIS

ANALISIS DE LOS RESULTADOS (Pre-Test)

¿Que es el desacondicionamiento Físico?:

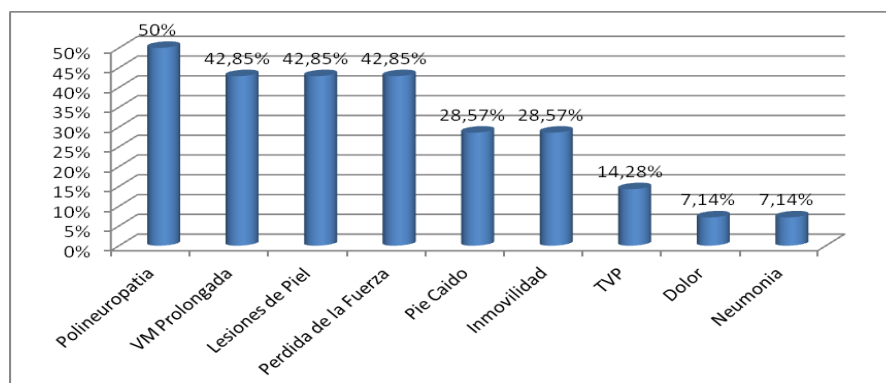
Antes del realizar la actualización del personal, no existía una definición clara sobre que es el desacondicionamiento físico. El concepto del grupo de enfermería encuestado estaba dividido, cinco personas (35,71%) lo definen como un deterioro físico; otras cinco personas (35,71%) creen que es una complicación por la limitación de la movilidad; dos personas (14,28%) refieren saber que es el desacondicionamiento físico pero no lo definen, las otras dos personas (14,28%) asocian su definición con la perdida de la fuerza muscular



Grafica. 10

¿Que complicaciones conoce relacionadas con el desacondicionamiento físico?:

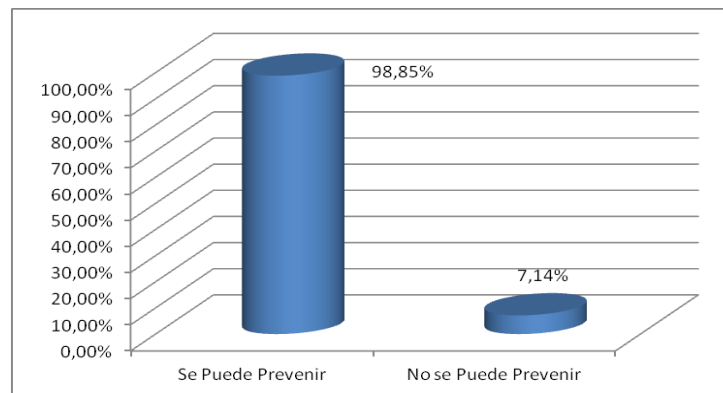
Existen variedad sobre las complicaciones del desacondicionamiento físico conocidas por los encuestados, pero no existe una complicación conocida en común en las 14 enfermeras encuestadas; siete enfermeras (50%) identifican que la complicación más conocida es la polineuropatía, seguida de esta, se identifica por seis enfermeras (42,85%) la ventilación prolongada, las lesiones de piel y la pérdida de fuerza muscular; con menor identificación por parte de los encuestados encontramos el síndrome de pie caído, dolor, neumonía y TVP



Grafica. 11

¿Cree que se puede prevenir el desacondicionamiento físico?

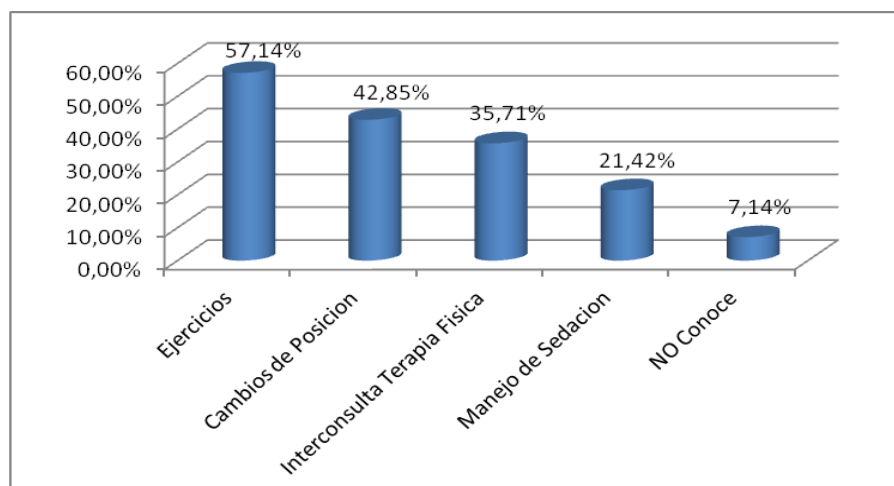
De las enfermeras encuestadas, trece (92.85%) afirmaron que el desacondicionamiento físico se puede prevenir por la intervención de enfermería; dos de ellas mencionan la importancia de identificar los síntomas del DF y del inicio temprano de las actividades de enfermería, una sola persona (7.14%) cree esta responsabilidad no depende de enfermería sino del grupo de fisioterapia.



Gráfica. 12

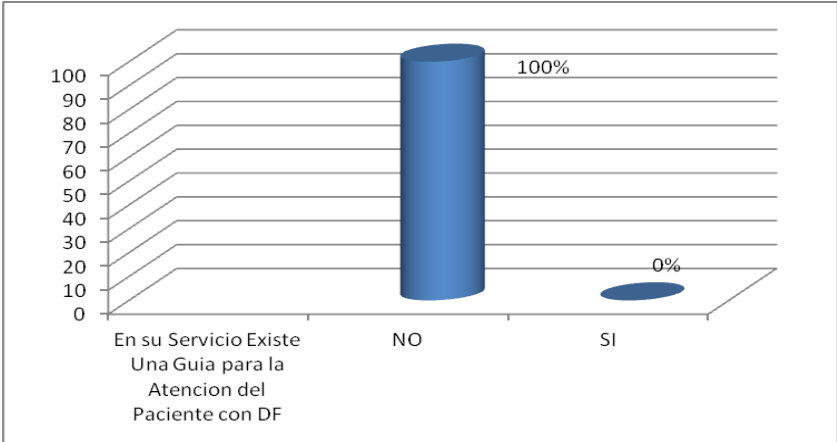
¿Que actividades de enfermería se pueden realizar?

Nueve enfermeras (64.28%) conocen o mencionan alguna actividad de enfermería que se puede realizar a un paciente con desacondicionamiento físico; la intervención que más se menciona es la de realizar ejercicios pasivos o activo por ocho de ellas (57.14%), seguida de realizar cambios de posición por seis enfermeras (42.85%) y tres enfermeras (21.42%) mencionan realizar ajustes a los medicamentos sedantes; cinco enfermeras (35.71%) encuestadas no menciona alguna intervención de enfermería y sugiere la interconsulta al grupo de fisioterapia; y una enfermera (7.14%) no refiere o menciona alguna intervención.



Gráfica. 13

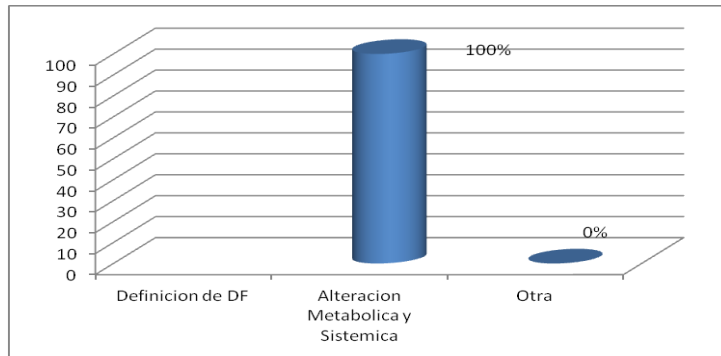
Las 14 enfermeras (100%) que respondieron el pre-test no identifican una guía, protocolo o manual de atención para prevenir o tratar el desacondicionamiento físico en los pacientes hospitalizados en UCI, ni para enfermería, ni para otra especialidad. Diez de las enfermeras (71.42%) mencionan que sería prioritario e importante para el bienestar del paciente contar con una guía de atención al paciente con desacondicionamiento físico.



Grafica. 14

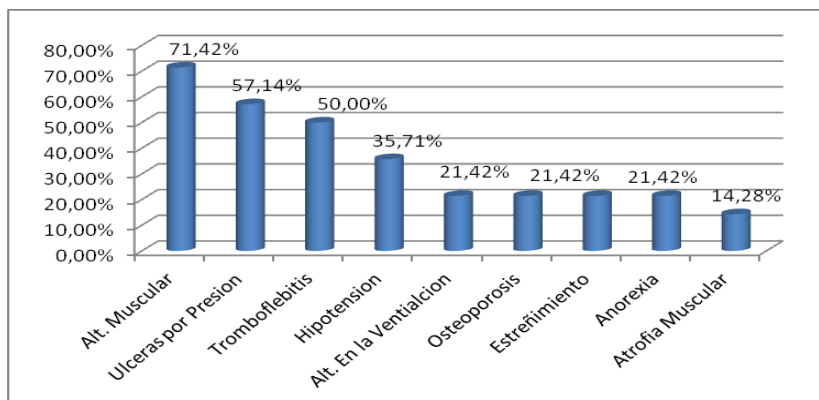
ANALISIS RESULTADOS (Evaluación)

Después de la socialización las catorce enfermeras (100%) unificaron el significado de Descondicionamiento físico como “deterioro metabólico y sistémico del organismo como consecuencia de la inmovilidad prolongada”²⁸



Gráfica. 15

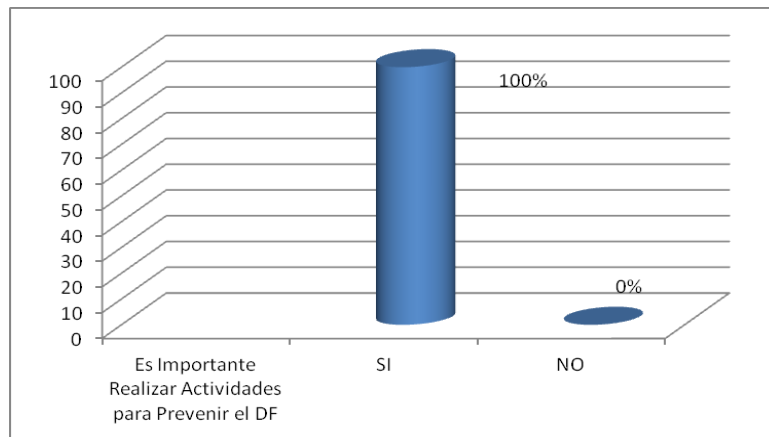
Las catorce enfermeras (100%) identifican con mayor claridad las complicaciones del descondicionamiento físico de los pacientes hospitalizados en UCI; diez enfermeras (71.42%) consideran de mayor prevalencia en los paciente las lesiones musculares; ocho enfermeras (57.14%) consideran que la complicación mas importante son las úlceras por presión; siete enfermeras (50%) consideran la tromboflebitis como una complicación importante; cinco enfermeras (35.71%) nombran la hipotensión; otras complicaciones como anorexia, estreñimiento, osteoporosis y complicaciones con la ventilación mecánica fueron mencionadas por tres enfermeras (21.42%). En comparación con el pre-test las enfermeras responden esta pregunta con mayor seguridad y cada una nombra más de tres complicaciones.



Gráfica. 16

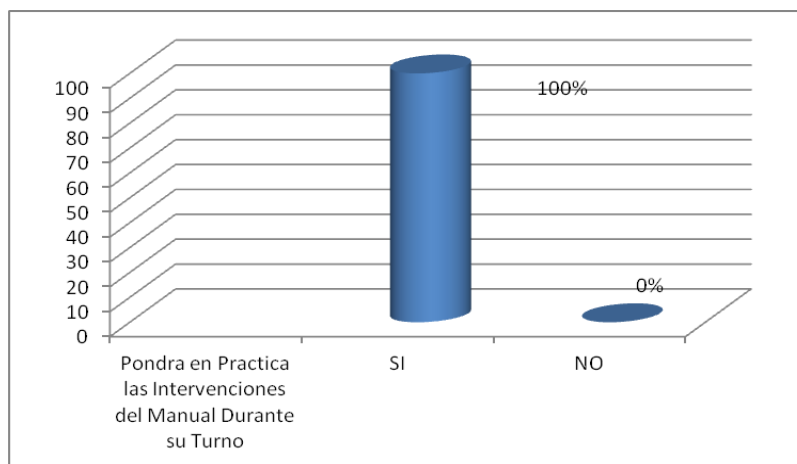
²⁸ Silvia P. Cuenca V. Médica Fisiatra; GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE: MANEJO DE SINDROME DE DESACONDICIONAMIENTO CÓDIGO: M-06-05-A-014 VERSIÓN: 2 Fundación Cardioinfantil

Las catorce enfermeras encuestadas (100%), creen que es muy importante realizar todas las actividades de enfermería diseñadas en la guía de atención de enfermería al paciente con desacondicionamiento físico en UCI; para de esta manera prevenir las complicaciones que prolongarían su estancia en UCI; además que estas intervenciones pueden impactar de manera positiva en los indicadores de la unidad (UCV)



Grafica. 17

Las catorce enfermeras encuestadas (100%); se comprometen a realizar las actividades de enfermería necesarias para atender al paciente con desacondicionamiento físico hospitalizado en UCI, ya que el personal cree que las actividades son factibles de poner en práctica y existe el tiempo suficiente para realizarlas. Se sensibiliza al personal de enfermería para intervenir al paciente oportunamente y no cuando este más complicado y las complicaciones sean mas severas.

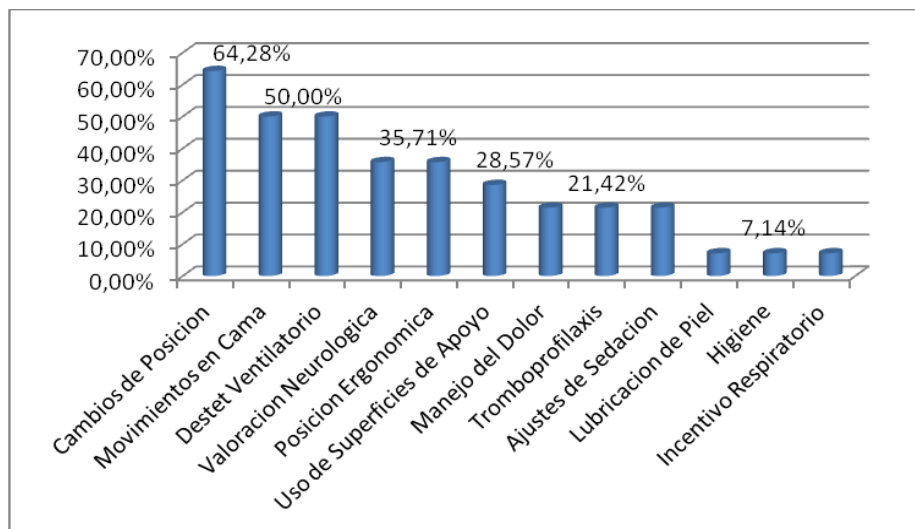


Grafica. 18

Los participantes en la socialización del Manual de atención de Enfermería al Paciente con Descondicionamiento Físico, creen que todas las intervenciones de enfermería descritas en el manual son importantes y se deben realizar según el modo fisiológico alterado.

De todas las intervenciones mencionadas la que mas recuerdan las enfermeras evaluadas es la actividad de cambios de posición siendo nombrada por nueve de ellas (64.28%); seguido en importancia de las actividades de movimientos en cama y destete ventilatorio para siete enfermeras (50%); en tercer lugar de importancia se mencionan por cinco enfermeras (35.71%) las actividades de valoración neurológica y el posicionamiento ergonómico del paciente en la cama a la hora de dormir; las intervenciones que menos se recuerdan son las de lubricación de la piel, mantener la higiene personal y el uso de incentivo respiratorio, actividades que son mencionadas una vez por una enfermera (7.14%) del grupo evaluado.

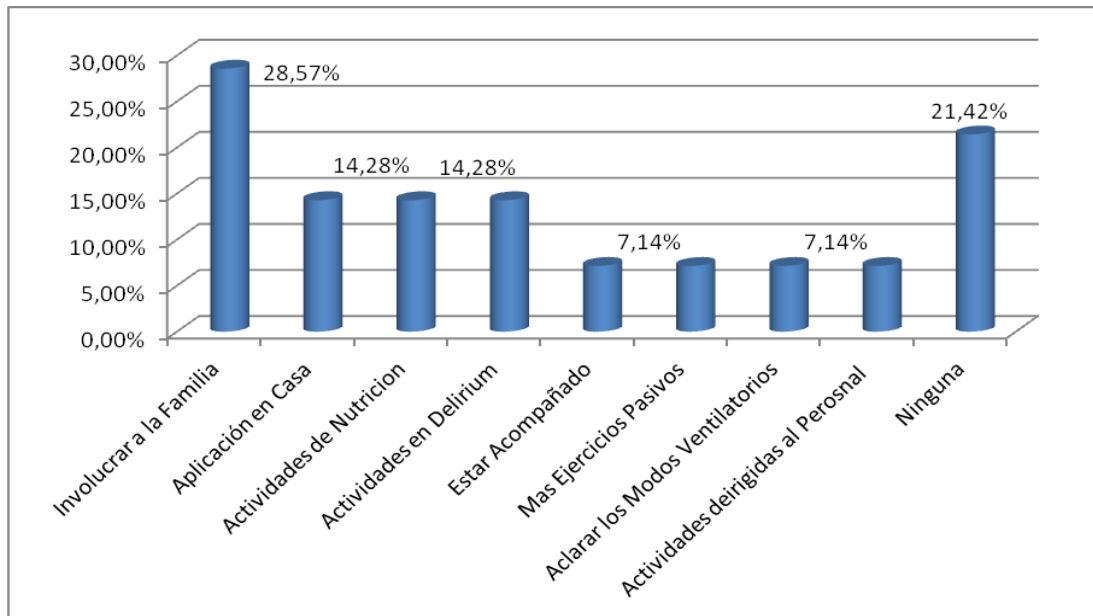
En comparación con el pre-test, evidenciamos que el personal identifica más actividades que puede realizar al paciente hospitalizado en UCI, según los modos fisiológicos de adaptación, y además reconoce que no depende de otra especialidad para actuar oportunamente; y entiende que estas actividades las puede realizar en cualquier momento de su jornada laboral.



Grafica. 19

Al finalizar la evaluación escrita, se solicitó a las enfermeras participantes, sobre que intervenciones hicieron falta incluir en el Manual socializado o si tenía alguna recomendación para tenerla en cuenta; la principal recomendación realizada por cuatro enfermeras (28.57%) es la de incluir a la familia para que realice algunas actividades del manual y participe del cuidado de su familiar y continúe realizando estas actividades en la casa; dos enfermeras (14.28%) mencionan que se deben incluir actividades en el modo nutricional metabólico y actividades al paciente que cursa con delirium; tres enfermeras (21.42%) refieren que el manual no necesita algún ajuste; otras actividades o recomendaciones mencionadas por un participante (7.14%) fueron las de estar acompañado durante la realización de los cambios de posición, se recomendó incluir más ejercicios pasivos; se menciona que se debe tener claridad en los modos ventilatorios apropiados para el paciente en la UCI; también se sugiere, tener en cuenta el desacondicionamiento físico del personal de enfermería, en cuanto a carga laboral, el desgaste físico y mental durante el turno

Grafica. 20



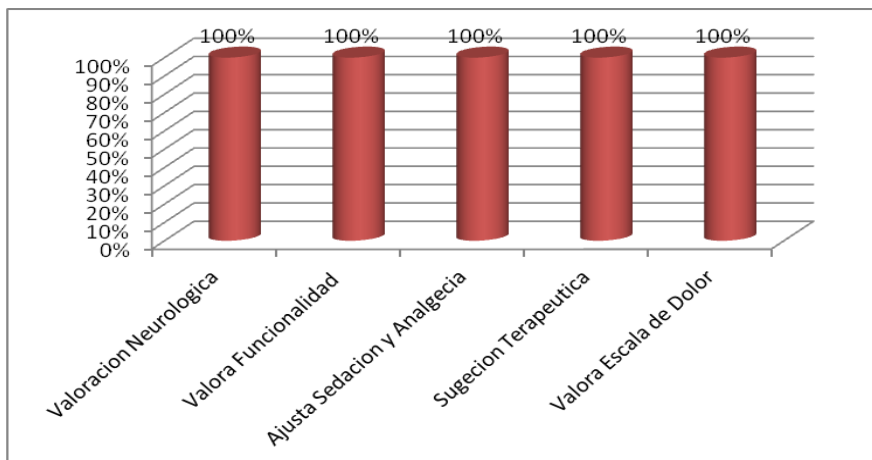
VERIFICACIÓN

Para realizar seguimiento a la aplicación del Manual de Atención de Enfermería y verificar el cumplimiento del FIN de este proyecto de gestión, el cual es: **“El personal de Enfermería de la UCV estará en capacidad de prevenir y cuidar a un paciente con DF en la UCV”**; se realizó la aplicación de una lista de chequeo teniendo en cuenta las actividades realizadas en cada modo de adaptación, mediante el seguimiento a los notas de enfermería y escalas de valoración, donde se registran las actividades realizadas y observación directa en casos específicos.

Mediante una revisión detallada de los registros de enfermería realizados en la historia clínica electrónica, a cada una de las enfermeras participantes; se realizó seguimiento a las actividades realizadas a un paciente asignado durante su turno; encontrando lo siguiente.

NEUROLÓGICO

Las catorce enfermeras actualizadas realizan la valoración neurológica de sus pacientes durante el turno; realizando los registros en las escalas de seguimiento neurológico, escala de Glasgow, fuerza muscular y movilidad del paciente; a los pacientes se les realizó un destete adecuado de la sedación y se realizó uso adecuado de los analgésicos; los pacientes manejaron RASS de 0 y su valoración en la escala análoga del dolor fue de 0; cinco enfermeras hicieron uso adecuado de las medidas de sujeción terapéutica, las cuales se retiraron posterior a la estimulación de los paciente.

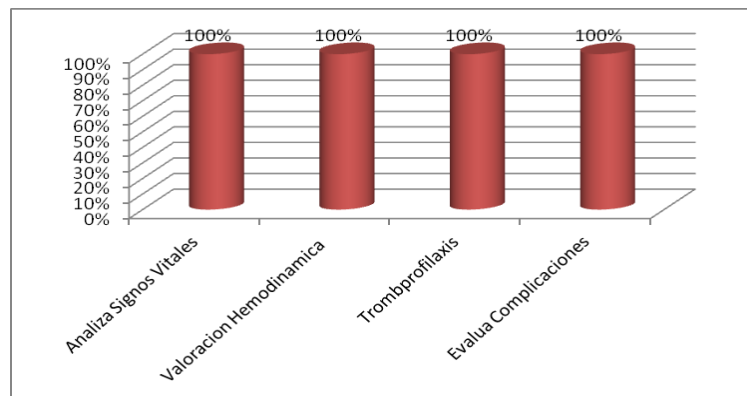


Grafica. 21

CIRCULATORIO

Se encuentran registros, análisis e interpretación de los signos vitales por parte de las enfermeras además de las acciones tomadas en caso de taquicardia e hipertensión, se mantiene reposo del paciente (en tres casos) por inestabilidad hemodinámica; en los pacientes se evalúan los cambios Hemodinámicos durante el traslado a la silla o de la silla a la cama y el comportamiento después de cada traslado; las enfermeras garantizaron el tratamiento trombotoproláctico de sus pacientes con el uso de heparina, medias antiembolicas y en cuatro de ellos sistema de compresión neumática; en los registros de enfermería, de las enfermeras se evidencia el seguimiento de las complicaciones de la Anticoagulación, ya que siete enfermeras registran que en los sitios de punción no se evidencias sangrado, equimosis o hematoma, las otras siete enfermeras registraron la presencia de equimosis en el uso de heparina subcutánea, y sangrado en el sitio de inserción de dispositivos intravenosos.

Grafica. 22

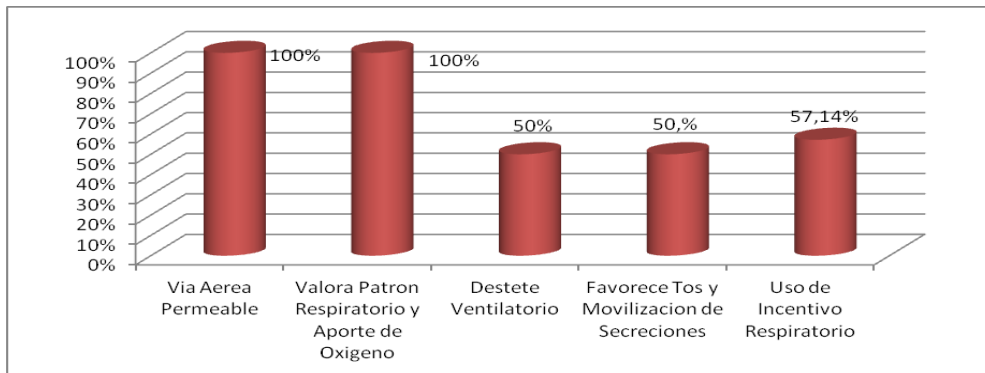


OXIGENACIÓN

Se encontró que las catorce enfermeras actualizadas (100%), realizan valoración del patrón respiratorio al inicio del turno, y garantizan siempre que su paciente mantenga la vía aérea permeable al inicio y al final del turno, realizando actividades como, mantener siempre la cabecera elevada, mantener posición cómoda y garantizar un aporte de oxígeno para mantener saturación de oxígeno sobre 90%.

Encontramos que solo siete enfermeras (50%) realiza aspiración de secreciones o favorece la expectoración de estas mientras que el otro 50% espera la intervención del fisioterapeuta de turno quien es el que realiza aspiración de secreciones o administra nebulizaciones para disminuir el bronco espasmo y favorecer la expectoración de secreciones.

Siete enfermeras (50%) esperan la intervención del fisioterapeuta para realizar destete ventilatorio o realizar ajustes al aporte de FIO₂; además solo ocho enfermeras (57.14%) registran el uso del incentivo respiratorio, mencionan la técnica que usan y el volumen de aire que moviliza el paciente; el restante 42.85% que corresponde a seis enfermeras no lo registran a pesar de estar indicado como orden medica.

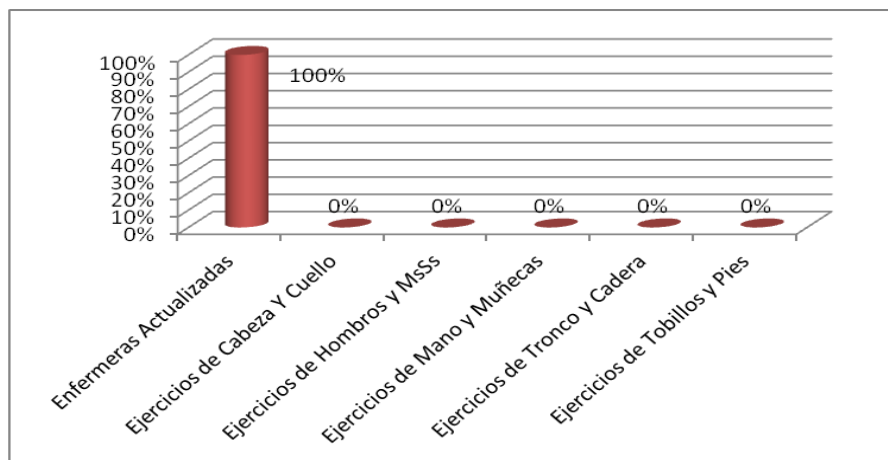


Grafica. 23

ACTIVIDAD Y EJERCICIO

En este modo de adaptación no se realiza ningún registro en las notas de enfermería, en referencia a los ejercicios pasivos o activos que puede realizar el paciente; se encuentran tres pacientes que reciben seguimientos por terapia física y solo son intervenidos por ellos, sin realizar la evaluación de esa actividad por parte de enfermería.

Se realizo la retroalimentación a siete enfermeras y manifiestan que algunos de estos ejercicios si se realizan, específicamente en los cambios de posición, pero no se registra en la nota de enfermería; dos de ellas mencionan que el volumen de trabajo no les permite realizar algún ejercicio con el trabajo

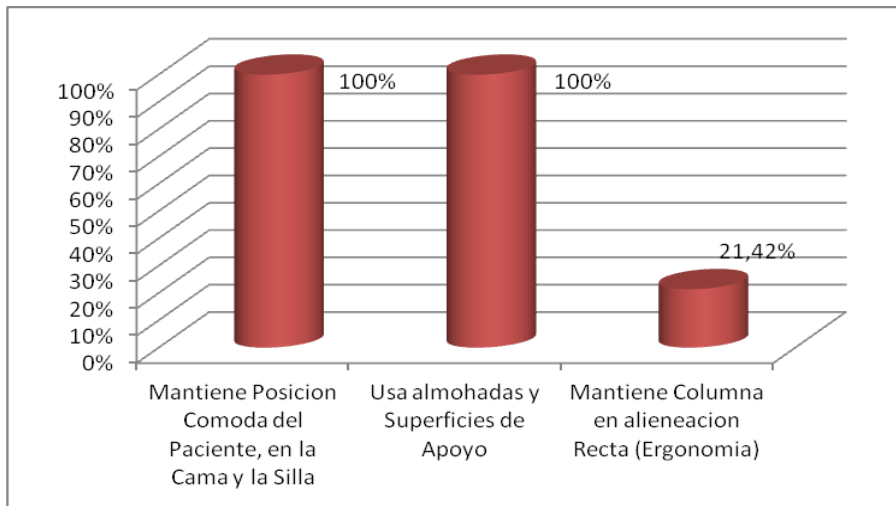


Grafica. 24

SUEÑO Y DESCANSO

Cada enfermera registra en sus notas de enfermería, que el patrón de sueño de su paciente es normal o adecuado, se encuentra registro que indica que el paciente mantuvo posición cómoda o de confort durante los periodos de sueño o de descanso en la silla; todas las enfermeras actualizadas realizan registros relacionados con el uso de almohadas o superficies de apoyo para mantener un mejor patrón de sueño; solo tres enfermeras (21.42%), describen notas como “posición ergonómica” o “espalda recta”, en sus registros de enfermería que evidencian la adecuada alineación del cuerpo durante los periodos de descanso.

Se realizó observación a dos pacientes en los que se destacó el correcto posicionamiento de las extremidades y el adecuado uso de las almohadas.



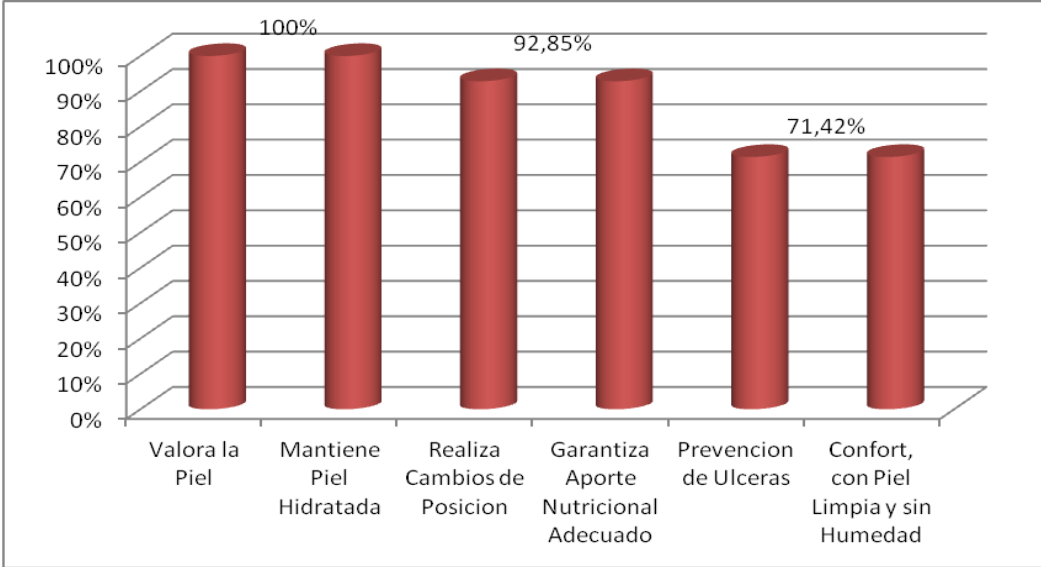
Gráfica. 25

PROTECCION

Se encontró que todas las enfermeras realizan valoración de la piel en sus pacientes, describen las características de ésta y especifican si esta integra, mencionan que presenta riesgo de lesión y si no se encuentra integra, describen con detalle la lesión que presenta; las catorce enfermeras (100%) realizan al menos un registro donde se menciona la lubricación de la piel; trece enfermeras (92.85%) realizan al menos un registro de cambio de posición asistido o independiente del paciente, durante su turno haciendo claridad de en qué posición queda el paciente.

En cuanto al aporte nutricional se encuentra que trece enfermeras realizan algún registro sobre la dieta que consume el paciente y las características de esta y se realiza un control metabólico con el seguimiento de las glucometrías; diez

enfermeras (71.4%) realizan alguna actividad orientada a prevenir la aparición de úlceras por presión, como utilización de apósitos de alta eficiencia (Duoderm o Tegaderm), uso de superficies de apoyo; otras diez enfermeras (71.4%) realizan actividades como orientadas a mantener la piel limpia, uso de ropa cómoda, baño o higiene personal



Grafica. 26

CONCLUSIONES

1. Se Logro, la actualización del 60.86% de las enfermeras de la UCV, sobre la importancia de realizar actividades al paciente con desacondicionamiento físico en UCI
2. El personal que recibió la actualización, comprende y entiende las complicaciones que causa el Desacondicionamiento Físico en los pacientes hospitalizados en UCI.
3. Las enfermeras reconocen la importancia de realizar actividades de enfermería al paciente con Desacondicionamiento Físico en UCI de manera oportuna
4. El personal reconoce la importancia de contar con un manual de atención al paciente con desacondicionamiento físico en la UCI, para evitar complicaciones en los pacientes por la hospitalización prologada y su impacto positivo en los indicadores de la UCI
5. El esquema de la presentación y el orden del manual, es secuencial y ordenado, garantizando la fácil comprensión de la temática por el personal asistente

RECOMENDACIONES

1. Realizar la actualización en un espacio fuera de la unidad, cuando el personal no se encuentre de turno, permitiendo una mayor atención y participación por parte del personal asistente
2. Involucrar a la familia en la atención del paciente y explicarle las actividades que puede realizar en casa para contribuir a su recuperación
3. Enviar el manual al comité de educación, para contar con el aval para su institucionalización oficial en la FCI
4. Fortalecer las actividades del modo actividad y ejercicio para que sean realizadas por el personal
5. Incentivar al personal de enfermería para que registre todas las actividades que realice al paciente y así queda plasmado el trabajo realizado en el turno
6. Medir el impacto de las intervenciones en la evolución del paciente

SOPORTE BIBLIOGRAFICO

1. Alejandra Mondragón Barrera. Especialista en Fisioterapia en Cuidado Crítico. Candidata a Magister en Epidemiología. Docente Facultad de Fisioterapia, Universidad CES SÍNDROME DE DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO EN EL PACIENTE CRÍTICO.
2. Antonio Matas Terrón; Modelos de Orientación Educativa; 2007; http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4713/modelos_de_orientacion_281207.pdf?sequence=1
3. Arévalo AC, Barahona Y, Cruz C, Gómez Y, Soler Y, Ochoa M, Quiroga A, Sautana M. Estudiantes Diplomado en Terapia Enterostomal. Departamento Educación Continuada Fundación Universitaria Ciencias De La Salud;
RECOMENDACIONES EDUCATIVAS PARA CUIDADORES DE PERSONAS POSTRADAS CON RIESGO DE PRESENTAR ULCERAS POR PRESION.
<http://teofucs.blogspot.com/2012/05/recomendaciones-educativas-para.html>
4. Barbara Martinez Pintado Complicaciones Asociadas a la Inmovilidad; ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CRITICO
<http://enfermeraenuci.blogspot.com/2013/03/complicaciones-asociadas-la-inmovilidad.html>
5. Ceballos Ramirez Laura Maria; Rodriguez Ramirez Diana Marcel; Cuidados de enfermeria en UCI al paciente con reposo prolongado susceptible a desacondicionamiento cardiovascular;
<http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/handle/10495/1354>
6. Daniela Charry Segura Gineth Viviana Lozano Martínez Yohana Paola Rodríguez Herrera; Efectos de la movilización y sedestación progresiva temprana en la duración de la Ventilación Mecánica y estancia en UCI en el paciente crítico adulto; Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Departamento del Movimiento Corporal Humano Bogotá, Colombia 2013
7. Ejercicios suaves para los pacientes encamados ayuda a combatir la pérdida de masa muscular
<http://www.news-medical.net/news/20090922/83/Spanish.aspx>

8. Erika Cyrus Barker, TF M.Sc.; SINDROME DE DESACONDICIONAMIENTO POR INMOVILIZACION PROLONGADA 22/May/2009
<http://terapiafisicaaplicada.blogspot.com/2009/05/sindrome-de-desacondicionamiento-por.html>
9. Felipe Erazo Ángel, Sebastián Oquendo Toro, Santiago Oquendo Toro; EFECTIVIDAD DE LAS MODALIDADES CINÉTICAS Y EL POSICIONAMIENTO SOBRE EL DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO;; UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES; CONVENIO CES - UAM PROGRAMA DE FISIOTERAPIA MEDELLÍN 2010
http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/1032/2/DESACONDICIONAMIENTO_FISICO.pdf
10. Fundación Cardioinfantil; Página Web;
<http://cardioinfantil.org/index.php/historia>
11. Fundación Cardioinfantil-Enfermería; Página Web
<http://cardioinfantil.org/index.php/enfermeria-217>
12. Grupo de estudio para el desarrollo del modelo de adaptación, Facultad de Enfermería, Universidad de La Sabana; Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy; Aquichan, Octubre, 2002
13. Instituto Gente Natural; LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE QUE SUFRE PARÁLISIS
<http://www.gentenatural.com/medicina/manual/paralisis-cerebral.html>
14. Javier Crespo; Ejercicios Prácticos de Estiramiento para las Personas con Esclerosis Múltiple. 30/07/2011
15. Javier Nieto. Ana Delgado. Pilar Peralta. M^a de Gracia Torres; Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Santa Bárbara; PREVENCIÓN DE SECUELAS EN PACIENTES ENCAMADOS. TRATAMIENTO POSTURAL.
<http://www.gapllano.es/enfermeria/guias/PREVENCIÓN%20DE%20SECUELAS%20EN%20PACIENTES%20ENCAMADOS.pdf>

16. Jorge Pardo Ruiz, Jorge Luis Pardo Lang; Metabolismo, Nutrición y Shock; Capítulo 18; Síndrome de descondicionamiento Físico en el paciente en estado crítico. Pag 313; Cuarta edición 2006
17. Katherine Marín D., Rebeca Laude P. Y Cecilia Morales D; ENTRENAMIENTO FÍSICO Y EDUCACIÓN COMO PARTE DE LA REHABILITACIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON EPOC;. *versión On-line* ISSN 0717-7348 Rev. chil. enferm. respir. v.24 n.4 Santiago dic. 2008
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482008000400003
18. Ley 266 de 1996, Aspectos Éticos, Diario Oficial No 42.710, del 5 de Febrero de 1996
19. Marisa Manzano, Gemma Pérez, con la colaboración de Carmen Caballero, Gloria Nicolás, Merche Marco. Enfermería de UCI Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu Úlceras por presión en los ECM.
<http://www.guiametabolica.org/consejo/ulceras-por-presion-en-los-ecm?enfermedad=414>
20. Olga Lucia Amaya Torres; Vilma Maria Angel Cruz; Elizabeth Niño Mosquera; CUIDADOS PARA EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES EN RIESGO DE DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO EN LA UCI MÉDICA DE LA CLÍNICA FOSCAL DE BUCARAMANGA; Facultad de Enfermería, Universidad de La Sabana, Especialización en Cuidado Crítico Adulto, proyecto de gestión, Bogotá 2011.
<http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/4931/1/Vilma%20Marina%20%20C3%81ngel%20Cruz.pdf>
21. Olier T, Dosis Ideal de Relajación Neuromuscular: Evitar Descondicionamiento Físico en Niños Críticamente Enfermos. Facultad de Medicina; Tesis; Universidad del Rosario 2009
22. Pardo Ruiz Jorge, Medicina Ac Col; Síndrome de descondicionamiento físico en el paciente en estado crítico y su manejo. Pardo Ruiz Jorge, Medicina Ac Col, 2001; 23(1): 29-34
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=186&id_seccion=3053&id_ejemplar=5008&id_articulo=49452

23. Patricio Fabián Oliva Mella; MSC Epidemiólogo Clínico; construcción de listas de chequeo en salud, La metodología para su aplicación; <http://www.sanfelipesalud.cl/Web/Doc/Biblioteca/Cuadernillos/24.pdf>
24. Rodríguez Espinar, S., Álvarez, M., Echevarría, B., y Marín, M. A. (1993). *Teoría y práctica de la orientación educativa*. Barcelona: PPU.
25. Roy, Callista, y col. *El modelo de adaptación de Callista Roy*, Editorial Appleton y Lange, 2ª. ed. p. 32, 1999
26. Silvia P. Cuenca V. Médica Fisiatra; GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE: MANEJO DE SINDROME DE DESACONDICIONAMIENTO CÓDIGO: M-06-05-A-014 VERSIÓN: 2 Fundación Cardioinfantil.
27. Síndrome de Inmovilización, terapia física <http://www.terapia-fisica.com/sindrome-de-inmovilizacion.html>

ANEXOS

EVALUACIÓN

(PRE-TEST)

Responda por favor las siguientes preguntas de forma clara y sencilla.

1. Sabe usted, que es el desacondicionamiento físico?

2. Nombre 3 complicaciones que conozca, relacionadas con el desacondicionamiento físico

3. Cree usted que se puede prevenir?

4. Cree que enfermería puede realizar actividades para prevenir el desacondicionamiento físico?

SI___ No___

Cuales:

5. En su área de trabajo existe un manual o guía de enfermería para la prevención y atención al paciente con desacondicionamiento físico

EVALUACIÓN

Después de haber participado en la charla de sobre “Atención de Enfermería al paciente con Descondicionamiento Físico en UCI, responda las siguientes preguntas.

1. Que es el descondicionamiento físico? _____

2. Que Complicaciones recuerda? _____

3. Reconoce la importancia de realizar actividades de enfermería para prevenir el descondicionamiento físico en el paciente hospitalizado en UCI

4. Cree usted que puede realizar alguna de estas actividades durante su turno? _____

5. Mencione las intervenciones de enfermería que le hayan parecido más importantes. _____

6. Que intervenciones no mencionadas, recomienda usted para prevenir o atender al paciente con descondicionamiento físico en UCI.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL “MANUAL DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO HOSPITALIZADO EN UCI”

Marque con una equis (X), Si realiza o No realiza la actividad y se encuentra registrada en las notas y/o registros de enfermería

| NEUROLOGICO | SI | NO |
|---|-----------|-----------|
| La enfermera realiza registro en la escala de valoración neurológica | | |
| La enfermera valora funcionalidad del paciente | | |
| La enfermera ajusta dosis de sedación para mantener RASS de 0 | | |
| Usa medidas de sujeción terapéutica correctamente | | |
| Valora escala de dolor y mantiene nivel de dolor del Menor a 2 | | |
| CIRCULACION | SI | NO |
| Registra y analiza los signos vitales | | |
| Limita el esfuerzo físico en caso de variabilidad hemodinámica | | |
| Garantiza manejo tromboprolifáctico al paciente | | |
| Valora la presencia de equimosis o hematomas en la piel | | |
| OXIGENACION | SI | NO |
| Valora función respiratoria y mantiene aporte de oxígeno necesario | | |
| Favorece tos y movilización de secreciones | | |
| Orienta al paciente el uso del Incentivo Respiratorio | | |
| Realiza terapia respiratorio y mantiene vía aérea permeable | | |
| Realiza destete Ventilatorio progresivo (Si usa Ventilación Mecánica) | | |
| ACTIVIDAD Y EJERCICIO | SI | NO |

| | | |
|--|-----------|-----------|
| Realiza ejercicios de cabeza y cuello | | |
| Realiza ejercicios de hombros codos y antebrazos | | |
| Realiza ejercicios de mano y muñecas | | |
| Realiza ejercicios de tronco y cadera | | |
| Realiza ejercicios de tobillos y pies | | |
| SUEÑO Y DESCANSO | SI | NO |
| Mantiene posición cómoda en la cama y la silla | | |
| Mantiene columna en alineación recta | | |
| Usa almohadas y superficies de apoyo | | |
| PROTECCIÓN | SI | NO |
| Valora piel, sus características y su integralidad | | |
| Realiza cambios de posición cada 2-3 horas | | |
| Usa medidas de protección sobre los puntos de apoyo susceptibles de ulceración | | |
| Mantiene estado de confort, con piel limpia y sin humedad | | |
| Mantiene piel hidratada (vaselina) | | |
| Garantiza aporte nutricional adecuado | | |

Realizado por: _____

LISTA DE ASISTENCIA

Pre-test

PREPARACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LA APLICACIÓN DE ACTIVIDADES ORIENTADAS AL CUIDADO DEL PACIENTE EN UCI CON DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO

| | NOMBRE | FIRMA |
|----|--------|-------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |
| 11 | | |
| 12 | | |
| 13 | | |
| 14 | | |
| 15 | | |
| 16 | | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| 21 | | |
| 22 | | |
| 23 | | |
| 24 | | |

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRITICO ADULTO
BOGOTÁ, 2015

LISTA DE ASISTENCIA

EVALUACION

PREPARACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LA APLICACIÓN DE ACTIVIDADES ORIENTADAS AL CUIDADO DEL PACIENTE EN UCI CON DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO

| | NOMBRE | FIRMA |
|----|--------|-------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |
| 11 | | |
| 12 | | |
| 13 | | |
| 14 | | |
| 15 | | |
| 16 | | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| 21 | | |
| 22 | | |
| 23 | | |
| 24 | | |

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRITICO ADULTO
BOGOTÁ, 2015

PRESUPUESTO

| RECURSOS HUMANOS | | | |
|----------------------------|--------------|-------------|------------|
| | Valor Hora | Total Horas | Valor |
| Investigador | 20.000 | 320 | 6.400.000 |
| Asesor | 250.000 | 16 | 4.000.000 |
| Diseñador Grafico | 16.000 | 12 | 192.000 |
| Modelo | 50.000 | 2 | 100.000 |
| Fotógrafo | 50.000 | 2 | 100.000 |
| PAPELERÍA | | | |
| | Valor Unidad | Cantidad | Valor |
| Esferos | 1200 | 25 | 30.000 |
| Impresiones | 250 | 200 | 50.000 |
| Manual (Impresión) | 50000 | 3 | 150.000 |
| SERVICIOS | | | |
| | Valor Hora | Total Horas | Valor |
| Internet (Hora) | 1000 | 50 | 50.000 |
| Auxilio Servicios Públicos | | | 100.000 |
| VARIOS | | | |
| Refrigerios | 2.500 | | 75.000 |
| Transporte | | | 120.000 |
| | | | |
| | TOTAL | | 11.367.000 |

CRONOGRAMA

| | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Planteamiento del Problema | ■ | ■ | | | | | | | | | | |
| Árbol de Problemas | | ■ | | | | | | | | | | |
| Planteamiento de Objetivos | | | ■ | ■ | | | | | | | | |
| Diseño de Soporte Teórico | | | | ■ | | | | | | | | |
| Diseño matriz del marco lógico y plan de Acción | | | | | ■ | ■ | | | | | | |
| Elaboración del Manual de Atención | | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | |
| Socialización del proyecto | | | | | | | | ■ | ■ | | | |
| Negociación | | | | | | | | | | ■ | | |
| Aplicación | | | | | | | | | | | ■ | |
| Evaluación | | | | | | | | | | | ■ | |
| Conclusiones | | | | | | | | | | | ■ | |
| Diseño final del Manual | | | | | | | | | | | | ■ |
| Socialización Final | | | | | | | | | | | | ■ |

**MANUAL DE ATENCION DE
ENFERMERIA AL PACIENTE CON
DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO
HOSPITALIZADO EN UCI**

**ELABORÓ: JEFFERSON LARA RODRÍGUEZ
ENFERMERO
CUIDADO CRITICO ADULTO
UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

DIRIGIDO A: PERSONAL ENFERMERÍA

Tabla de Contenido

| | Pagina |
|------------------------------|--------|
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| OBJETIVOS | 4 |
| DEFINICIÓN Y CAUSAS | 5 |
| MANIFESTACIONES CLÍNICAS | 6 |
| COMPLICACIONES | 8 |
| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | 12 |
| NEUROLÓGICO | 12 |
| CIRCULATORIO | 13 |
| OXIGENACIÓN | 14 |
| ACTIVIDAD Y EJERCICIO | 17 |
| SUEÑO Y DESCANSO | 24 |
| PROTECCIÓN | 28 |
| BIBLIOGRAFIA | 30 |

INTRODUCCION

El desacondicionamiento físico puede definirse como la pérdida de las adaptaciones fisiológicas y la reducción en el desempeño, que ocurre cuando el individuo deja de participar en las actividades regulares, tanto de la vida diaria, como durante el ejercicio²⁹.

Actividades que evidentemente se ven reducidas en la unidad de cuidado intensivo, donde el paciente se ve sometido a reposo prolongado, bien sea por su patología de base, o por el tratamiento médico establecido, o por encontrarse en un estado postoperatorio, sin mencionar los pacientes que sufren de delirium o que se encuentra en estupor o sedados por indicación médica. Se convierten entonces en individuos cesantes y dependientes del personal y el equipo médico de la unidad.

Por esto, basado en los principios filosóficos de la Teoría de enfermería de Adaptación de Callista Roy, se encontró que permite integrar fácilmente la acción del cuidado, a partir de la adquisición de conocimientos que le permitan desarrollar habilidades encaminadas a un objetivo, en este caso facilitar la rehabilitación física de un paciente y evitar las complicaciones por el desacondicionamiento físico.

De esta manera se diseñan actividades independientes y específicas para cada modo fisiológico de adaptación y de esta manera facilitar el aprendizaje del personal de enfermería o estudiantes para realizar una mejor valoración del paciente y atender oportunamente a las principales necesidades del paciente para tratar o evitar el desacondicionamiento físico.

²⁹ FT. Alejandra Mondragón Barrera; Síndrome de desacondicionamiento físico del paciente crítico; <http://es.scribd.com/doc/82493159/SINDROME-DE-DESACONDICIONAMIENTO-FISICO-EN-EL-PACIENTE-CRITICO#>

OBJETIVOS

1. Actualizar al personal de enfermería para que brinde un adecuado cuidado y atención al paciente hospitalizado en UCI y que presenta desacondicionamiento físico o está en riesgo de presentarlo.
2. Orientar al personal de enfermería, para que identifique fácilmente los signos y síntomas del desacondicionamiento físico
3. Disminuir las complicaciones que puede presentar el paciente hospitalizado en UCI, secundarios al desacondicionamiento físico.
4. Disminuir el tiempo de hospitalización del paciente que requiere atención en UCI.

DESACONDICIONAMIENTO FISICO

QUE ES?

El síndrome de des acondicionamiento físico se define como, El deterioro metabólico y sistémico del organismo como consecuencia de la inmovilidad prolongada; las alteraciones metabólicas se comienzan a observar en las primeras 24 horas de inmovilización³⁰.

CAUSAS:

- El reposo prolongado en cama.
- Enfermedades o lesiones músculo esqueléticas. (Paresias, plejias o fracturas).
- Uso de férulas, corsés, o inmovilizaciones.
- Delirium
- Permanencia prolongada en una sola posición
- Uso de medicamentos que producen sedación y relajación.
- Movilización tardía del paciente, por parte del equipo de salud.



³⁰ Dra. Erika Cirus Barker TF; Síndrome de Des acondicionamiento Físico por Inmovilización Prolongada; 22/05/2009 <http://terapiafisicaaplicada.blogspot.com/2009/05/sindrome-de-desacondicionamiento-por.html>

MANIFESTACIONES CLÍNICAS³¹:

Sistema nervioso central:

- Alteración de la sensibilidad
- Disminución de la actividad motora
- Labilidad neurovegetativa
- Incoordinación
- Tendencia a la depresión

Sistema muscular:

- Disminución de la fuerza muscular
- Disminución de la resistencia a la actividad
- Debilidad Muscular
- Atrofia muscular
- Déficit en la coordinación
- Reducción de la capacidad de ejercicio
- Disminución de la síntesis proteica

Esqueleto:

- Osteoporosis
- Atrofia del cartílago articular
- Disminución de la fuerza de tendones y ligamentos
- Fibrosis de las articulaciones
- Aumento de la frecuencia Cardíaca en reposo

Aparato cardiovascular:

- Aumento de la frecuencia cardíaca en reposo
- Disminución de la reserva cardíaca
- Disminución del consumo de oxígeno
- Hipotensión ortostática
- Tromboflebitis

³¹ Silvia P. Cuenca. V. Médica Fisiatra. V GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE: MANEJO DE SÍNDROME DE DESACONDICIONAMIENTO CÓDIGO: M-06-05-A-014 VERSIÓN: 2 Fundación Cardioinfantil ELABORADO POR.

Aparato respiratorio:

- Disminución de la capacidad vital
- Disminución de la ventilación voluntaria máxima
- Variaciones de la ventilación/ perfusión
- Alteración del mecanismo de la tos
- Incoordinaciones Neumofónicas

Aparato digestivo:

- Anorexia
- Estreñimiento
- Reflujo gastroesofágico
- Aumento de la excreción de nitrógeno
- Aumento de la excreción de calcio
- Aumento de la excreción de fósforo

Efectos endocrinos y renales:

- Aumento de la diuresis y desplazamiento del líquido extracelular
- Resistencia a la Insulina
- Aumento de la natriuresis
- Hiper calciuria
- Desequilibrios hidroelectrolíticos
- Litiasis renal
- Incontinencia por rebosamiento
- Aumento de infecciones Urinarias
- Disminución de la Filtración Glomerular

Piel:

- Atrofia cutánea
- Úlceras de decúbito
- Edema

COMPLICACIONES

➤ SISTEMA MUSCULAR

En este sistema se producen los signos más evidentes; y las manifestaciones más comunes son:

Reducción de la fuerza muscular
Cuando no se efectúa una actividad física moderada en la vida diaria, se reduce de manera significativa la fuerza muscular; porque en la posición en cama la actividad muscular es mínima y la fuerza que ejerce la gravedad sobre el hueso y los tejidos de sostén están reducidas; esto conlleva a una disminución de la fuerza muscular del 10% hasta un 20% por semana en promedio; y esto tiene grandes implicaciones en el proceso de rehabilitación; pues solo se logra un aumento de la fuerza del 10% por semana³².



Los primeros músculos que se afectan son aquellos que se utilizan para resistir la gravedad, como son los de los miembros inferiores y tronco.

Otros efectos de este proceso son el dolor muscular, el dolor lumbar, la inestabilidad de la marcha y las caídas.

Reducción de la resistencia

³² Silvia P. Cuenca. V. Médica Fisiatra. V GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE: MANEJO DE SÍNDROME DE DESACONDICIONAMIENTO CÓDIGO: M-06-05-A-014 VERSIÓN: 2 Fundación Cardioinfantil ELABORADO POR.

La resistencia se define como la capacidad de mantener un esfuerzo físico en un período de tiempo determinado; y su reducción se produce por la pérdida de la fuerza.

Atrofia muscular

La pérdida de la masa muscular es una de las manifestaciones más visibles de la inmovilización prolongada y a su vez es responsable de la reducción de la fuerza y la resistencia muscular.

Se ha demostrado que hay una disminución del volumen muscular hasta la mitad en aproximadamente dos meses.

Mal condicionamiento

La combinación de la atrofia, fuerza reducida y resistencia limitada conduce a una mala coordinación de los movimientos conllevando a la pérdida de capacidad de realizar las Actividades básicas de autocuidado.

➤ SISTEMA CARDIOVASCULAR

Hipotensión ortostática:

La posición en decúbito produce un cambio en el volumen sanguíneo dentro del tórax, contrariamente, la posición de pie aumenta el volumen sanguíneo en las extremidades inferiores. Esto causa una caída inmediata del retorno venoso con la consecuente disminución del volumen de eyección y del gasto cardíaco³³. En una persona normal se produce una vasoconstricción, un aumento de la frecuencia cardíaca y un aumento de la presión arterial sistólica compensatorias. La persona que ha estado inmovilizada pierde esta capacidad de adaptación y desarrolla hipotensión ortostática, puede deberse en parte a alteración del reflejo barorreceptor carotídeo. Cuando una persona desacondicionada se levanta hay un aumento anormal de la frecuencia cardíaca hasta de 37 latidos por minuto sobre la frecuencia cardíaca basal y esto se acompaña de signos y síntomas de hipotensión ortostática como mareo, náusea, sudoración, palidez, taquicardia y caída de la presión sistólica. En casos severos puede ocurrir síncope y angina. La mayoría de

³³ Dr Jorge Luis Pardo; Sección de Rehabilitación; Fundación Santa Fe de Bogotá; Artículo: Síndrome de Desacondicionamiento Físico El Paciente En Estado Crítico y su Manejo

estos efectos ocurren en los primeros 4 a 7 días de inmovilización y se desarrollan más rápidamente en pacientes ancianos.

Tromboembolismos:

La triada de Virchow señala tres factores que contribuyen a la formación de coágulos: Factores intrínsecos de la sangre, Lesión de la pared del vaso, Estasis del flujo sanguíneo.

➤ **SISTEMA RESPIRATORIO**

Se observa una disminución de la capacidad vital con un patrón restrictivo por compromiso de la musculatura intercostal y contracturas en articulaciones costoesternales. Hay una disminución de la ventilación voluntaria máxima y cambios regionales en el patrón de ventilación perfusión que predisponen a infecciones respiratorias y a atelectasias³⁴. También se presenta alteración del mecanismo de la tos, siendo esta inefectiva para la movilización de secreciones e incoordinación neumofónica, responsable de la disfonía algunas veces observada en estos pacientes.

➤ **SISTEMA GASTROINTESTINAL**

La inmovilidad aumenta el riesgo de constipación dado por una disminución del peristaltismo, posiblemente por un aumento en la actividad adrenérgica. Se disminuye el apetito, y se aumenta el reflujo gastroesofágico.

➤ **SISTEMA ENDOCRINO**

La inmovilidad prolongada causa una disminución en la tolerancia a la glucosa, por cambios en la sensibilidad muscular periférica a la insulina circulante.

Existe un aumento en la excreción de hidrocortisona urinaria, aumento de la actividad plasmática de la renina, aumento en la secreción de aldosterona,

³⁴ Dr Jorge Luis Pardo; Sección de Rehabilitación; Fundación Santa Fe de Bogotá; Artículo: Síndrome de Descondicionamiento Físico El Paciente En Estado Crítico y su Manejo

alteración en la producción de hormona del crecimiento y alteración en la espermatogénesis y en la secreción de andrógenos³⁵.

➤ **METABOLISMO Y NUTRICIÓN**

Hay una disminución en la masa corporal magra y un aumento en el contenido graso. En un estudio luego de 5 semanas de inmovilización se observó que la masa magra corporal se disminuyó en un 2,3% y el contenido graso aumentó 12%³⁶.

➤ **SISTEMA TEGUMENTARIO**

La formación de Úlceras por presión, en los pacientes inmovilizados se considera un problema de salud pública por su alta incidencia y sus altos costos sociales y económicos.

Los pacientes con alteraciones sensitivas en la piel o con estados mentales alterados tienen mayor riesgo para desarrollar Úlceras por presión.

³⁵ FT Isabel Sánchez Rojas; Artículo: El reposo Prolongado en Cama como Agente Potencializa el Incremento del Riesgo Cardiovascular;
<http://www.efisioterapia.net/articulos/el-reposo-prolongado-cama-como-agente-que-potencializa-el-incremento-del-riesgo-cardiovasc>

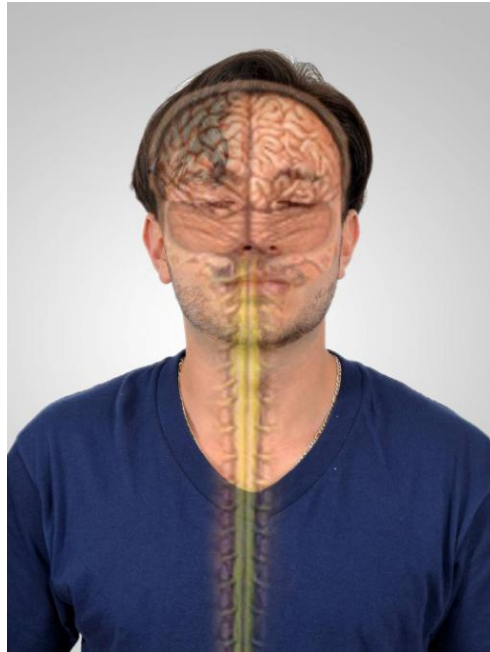
³⁶Dr Jorge Luis Pardo; Sección de Rehabilitación; Fundación Santa Fe de Bogotá; Artículo: Síndrome de Descondicionamiento Físico El Paciente En Estado Crítico y su Manejo
<http://www.encolombia.com/medicina/academedia/academia-demedicina23155art-sindrome2.htm>

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Las siguientes intervenciones son orientadas a la prevención y al manejo del desacondicionamiento físico del paciente hospitalizado en cuidados intensivos; según las funciones del modo fisiológico del modelo de adaptación de Callista Roy

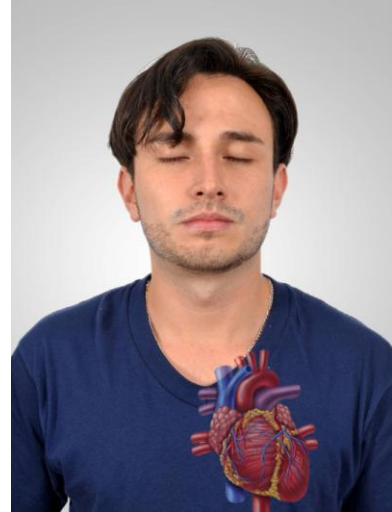
NEUROLOGICO

1. Valore siempre el estado de conciencia y analice que actividades que el paciente puede realizar.
2. Evalúe la pérdida de sensibilidad de los pacientes en cualquier parte de su superficie corporal, para disminuir el riesgo de lesión en la piel.
3. Identifique la necesidad de mantener el paciente en la cama, si no es así, realice actividad cama, silla y permita traslados si no hay contraindicación.
4. Evalúe la funcionalidad del paciente y permitirle ser independiente en sus actividades de la vida diaria siempre y cuando sea posible (Atención, higiene personal, cepillarse los dientes)
5. Si el paciente necesita estar bajo efectos de sedación, evite su uso prolongado y recuerde siempre ajustar la dosis del medicamento al peso del paciente; (Si no hay contraindicación mantenga RASS de 0)
6. Evite al máximo el uso de medidas de sujeción terapéutica; y si las usa, evite realizar tracción muscular excesiva y ahorcamiento de la extremidad.
7. Valorar el umbral del dolor, y disminuir los estímulos dolorosos al paciente; en caso de dolor crónico hacer uso de analgésicos según orden medica



CIRCULACION

1. Evalúe e interprete los signos vitales, del paciente de manera continua, e identifique los comportamientos de las constantes vitales. (En reposo en cama, sentado y en actividad)
2. Limite el esfuerzo físico en caso de presentar, arritmia, taquicardia, hipertension o hipotension.
3. Limite el esfuerzo físico y el alto consumo de oxigeno en paciente con IAM sin haber recibido tratamiento.
4. En caso de que el paciente presente dolor torácico o anginoso suspender la actividad que esté realizando, e informe al médico.
5. Garantizar que el paciente tenga manejo trombotoprolifáctico (Uso de medias antiembólicas, con sistema de compresión neumática y el uso de anticoagulante)
6. El uso de anticoagulantes no limita la realización de actividades pero se debe tener precaución, ya que existe el riesgo de sangrado³⁷ (vigilar la presencia de equimosis o hematoma)



³⁷ F. Javier Nieto. Ana Delgado. Pilar Peralta. M^a de Gracia Torres; Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Santa Bárbara; PREVENCIÓN DE SECUELAS EN PACIENTES ENCAMADOS. TRATAMIENTO POSTURAL

<http://www.gapllano.es/enfermeria/guias/PREVENCIÓN%20DE%20SECUELAS%20EN%20PACIENTES%20ENCAMADOS.pdf>

OXIGENACION

1. Valore siempre la función respiratoria de su paciente; en caso de presentar signos de dificultad respiratoria o desaturación de oxígeno (saturación de menor a 90%), suspenda cualquier actividad y mantenga al paciente en reposo y descanso
2. Garantice un aporte de oxígeno, para mantener una saturación adecuada. (saturación de oxígeno superior a 90%)
3. Analice si el paciente necesita aporte de oxígeno suplementario; procurando evitar su uso, si lo necesita adminístrelo de inmediato.
4. Favorezca la tos y la movilización de secreciones al exterior.
5. Evite el uso de la cama durante el día, permita al paciente permanecer sentado y deambular (si es posible) por periodos cortos dentro de habitación o cubículo.
6. Permita periodos de respiración profunda y espiración lenta



7. Si el paciente requiere oxígeno suplementario; use un sistema y flujo de oxígeno adecuado (cánula nasal, ventury o máscara de no reinhalación). Evite sobresaturación.
8. Realice destete paulatino del aporte de oxígeno del paciente, monitorizando siempre saturación de oxígeno (pulsoximetría) y si es posible interprete gases arteriales, y suspenda oxígeno suplementario si la PAFI es mayor a 300
9. Si existe la posibilidad indique el uso de incentivo respiratorio o la respiración con labios fruncidos cada hora.



http://img.youtube.com/vi/D1Z_vvFXN8o/0.jpg

Si tiene incentivo respiratorio, Indíquelo al paciente que debe estar sentado, tan erguido como pueda, que sostenga el espirómetro en una posición vertical; coloque la boquilla en su boca y apriete los labios alrededor de la misma, luego Inhale lenta y profundamente por la boquilla para hacer subir el indicador hasta el nivel de volumen deseado, luego exhale normalmente.

El paciente debe repetir el ejercicio de 10 a 12 veces cada hora mientras esté despierto; limpie la boquilla después de cada uso y registre el nivel de volumen alcanzado durante el ejercicio

10. Administre un protector de la mucosa gástrica, para evitar el reflujo gastroesofágico y disminuir el riesgo de bronco aspiración y/o microaspiraciones.

11. Si su paciente se encuentra ventilado³⁸:

- Use el menor aporte de FIO₂ para mantener saturación de oxígeno sobre 90%.
- Realice reclutamiento alveolar.
- Realice higiene bronquial para mantener vía aérea permeable, cada vez que sea necesario.
- Use enjuague antiséptico para realizar higiene oral.
- Mantenga al paciente con la cabecera elevada, con un ángulo mayor a 30 grados.
- Realice Extubación temprana, para evitar la ventilación mecánica prolongada.
- Evite el uso de sedación de manera prolongada, y si la usa, mantenga RASS de 0 (Si no existe contraindicación)
- Use el modo ventilatorio, con los parámetros adecuados, según su peso ideal del paciente; controle a través de gases arteriales con el objetivo de mantener equilibrio ácido base.



http://emergencia23drvillegas.blogspot.com/2012_07_28_archive.html

³⁸ Entrenamiento físico y educación como parte de la rehabilitación pulmonar en pacientes con EPOC; KATHERINE MARÍN D., REBECA LAUDE P. y CECILIA MORALES D. *versión On-line* ISSN 0717-7348 Rev. chil. enferm. respir. v.24 n.4 Santiago dic. 2008 http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482008000400003

ACTIVIDAD Y EJERCICIO

En este modulo se orientan los siguientes ejercicios, para ser realizados de manera cefalocaudal. Estos ejercicios se pueden realizar de manera activa o pasiva; hasta dos veces por día; teniendo en cuenta la estabilidad hemodinámica; el estado nutricional metabólico y oxigenación del paciente.

1. Ejercicios de la cabeza y del cuello

Realice despacio los siguientes ejercicios:

Mueva la cabeza lentamente; sin hacer movimientos repentinos y manteniendo los hombros relajados en todo momento.^{39,}

Permanezca en la posición que se indica un tiempo mínimo de 20 segundos

Incline la cabeza hacia atrás (mirando hacia arriba). Incline la cabeza hacia delante (mirando hacia abajo).






Incline la cabeza en dirección al hombro (como si intentara alcanzar con la oreja el hombro y sin levantar éste).



³⁹ Carmen Santoyo Medina; Ejercicios de Fisioterapia para personas con EM; Federación Española para la lucha con la EM

<http://www.esclerosismultiple.com/pdfs/Comprender%20la%20EM/EJERCICIOS%20DE%20FISIOTERAPIA%20PARA%20PERSONAS%20CON%20EM.pdf>

| | |
|--|--|
| <p>Gire la cabeza para mirar sobre el hombro.</p> |  |
| <p>Precaución: Vértigo: Sensación de desmayo o de sentir que la “habitación se está moviendo.” Si este movimiento le causa mareo, desmayo o náuseas, suspenda el ejercicio.</p> | |
| <p>2. Ejercicios de los hombros</p> | |
| <p>Acuéstese de espaldas, brazos a los lados, con las palmas de la mano hacia arriba. Levante un brazo sobre la cabeza (como levantando la mano en una clase), manteniendo el codo y el antebrazo lo más rectos posible. Mientras está en esta posición, respire profundamente y expire una vez en forma rítmica. Baje el brazo a la posición original como comenzó y repita 2-3 veces. Repita este ejercicio con el otro brazo.</p> |  |
| <p>Acuéstese de espaldas con los brazos a los lados. Gire las palmas hacia arriba. Estire un brazo y levántelo recto hacia fuera, hasta que llegue al lado de su cabeza (como un movimiento de títere). Vuelva el brazo a la posición original y repita 2-3 veces. Repita con el otro brazo.</p> |  |

3. Ejercicios del codo y del antebrazo

Acuéstese en la cama o sobre una colchoneta con los brazos “pegados” al cuerpo y las palmas de las manos hacia arriba. Manteniendo el codo sobre la cama o colchoneta, flexione el codo llevando la mano tan cerca del hombro como pueda. Mantenga esta posición. Vuelva a la posición original. Repita 3 veces este ejercicio con cada brazo.



Acuéstese de espaldas con los brazos al lado y las palmas hacia el costado (o bien siéntese en una mesa con el antebrazo sobre la mesa). Levante el antebrazo recto. Si está recostado, mantenga el codo y el brazo superior tocando la cama. Gire suavemente la mano con la palma hacia su cara, y luego gire su mano poniendo la palma hacia afuera. Repita 2-3 veces. Repita el ejercicio con el otro brazo.



4. Ejercicios de la mano y de la muñeca

Primero: Doble los dedos hacia la palma (haga un puño).
Segundo: Estire los dedos.



| | |
|---|--|
| <p>Primero: Doble todas las articulaciones del pulgar. Segundo: Descanse el pulgar.</p> |  |
| <p>Primero: Separe los dedos extendiéndolos. Segundo: Junte los dedos.</p> |  |
| <p>Primero: Con la palma hacia arriba, mueva el pulgar hacia arriba. Segundo: Doble el pulgar. Tercero: Mueva el pulgar hasta que toque el dedo meñique.</p> |  |
| <p>Primero: Empiece con el brazo y muñeca en una posición cómoda, los dedos apuntando hacia el techo. Segundo: Doble solamente los nudillos grandes de los dedos (excepto el pulgar), formando un ángulo de 90° con la palma de la mano. Suba los dedos rectos. Trate de mantener la muñeca relajada.</p> |  |

5. Ejercicios del tronco y de la cadera

Siéntese en una silla o a un lado de la cama, con los pies tocando el suelo. Doble la cadera levantando la rodilla hacia el pecho. Mantenga ésta posición, luego vuelva a poner el pie en el suelo. Repita.







Enderece la rodilla levantando un pie. Vuelva a la posición con la rodilla doblada.



En posición boca abajo, doble la rodilla. Vuelva a la posición original.



| | |
|---|--|
| <p>Con las piernas juntas y rectas, extienda las piernas para que estén separadas y vuelva a la posición original (también puede realizar este ejercicio extendiendo primero una pierna, volviendo a la primera posición y luego extendiendo la otra).</p> |  |
| <p>Recostado sobre su espalda con las rodillas dobladas y los pies plantados, baje las rodillas suavemente de lado a lado. La idea es estirar el tronco y la cadera, sin que las rodillas toquen el suelo o la cama.</p> |  |
| <p>Estire una rodilla primero y luego la otra hacia el pecho para estirar la región lumbar. Mantenga esta posición durante al menos 15 segundos. Después, baje un pie primero y luego el otro para evitar una lesión en la espalda.</p> |  |
| <p>6. Ejercicios del tobillo y de los pies</p> | |
| <p>Primero: Doble el pie hacia arriba.</p> <p>Segundo: Doble el pie hacia abajo. Este ejercicio debe hacerse despacio. Si siente como si fuera a tener un espasmo, entonces repita el primer paso y mantenga la posición suavemente.</p> <p>Luego deje de hacer el ejercicio.</p> |  |

| | |
|--|--|
| <p>Primero: Mueva el pie con la planta hacia afuera.</p> <p>Segundo: Mueva el pie con la planta hacia adentro.</p> |  <p>The image shows two feet from a top-down perspective. The top part is labeled 'PRIMERO' and shows four curved arrows pointing outwards from the center of the feet. The bottom part is labeled 'SEGUNDO' and shows four curved arrows pointing inwards towards the center of the feet.</p> |
| <p>Primero: Doble los dedos del pie hacia adentro.</p> <p>Segundo: Extienda los dedos del pie hacia arriba y atrás tanto como pueda.</p> |  <p>The image shows two feet from a side perspective. The top part is labeled 'PRIMERO' and shows a foot with a curved arrow pointing inwards towards the midfoot. The bottom part is labeled 'SEGUNDO' and shows a foot with a curved arrow pointing upwards and backwards from the toes.</p> |

SUEÑO Y DESCANSO

Los cambios posturales y la movilización adoptada por una persona acostada en cama, contribuyen al buen funcionamiento del organismo, y restablece las funciones físicas, y previenen las complicaciones ocasionadas por posturas incorrectas y proporciona confort⁴⁰.

Es importante evaluar las condiciones de la persona, si se encuentra postrada en cama antes de movilizarla, cerciórese si necesita ayuda, alterne los puntos de presión del colchón, evitando contracturas y úlceras por decúbito mejorando la comodidad y el bienestar del paciente encamado⁴¹

POSICION: DECUBITO DORSAL



⁴⁰ Posiciones Cómodas para la persona cuidada;

<http://thales.cica.es/rd/Recursos/rd99/ed99-0026-01/posiciones.html>

⁴¹ Úlceras por presión en los ECM; Marisa Manzano, Gemma Pérez, con la colaboración de Carmen Caballero, Gloria Nicolás, Merche Marco. Enfermería de UCI Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu

<http://www.guiametabolica.org/consejo/ulceras-por-presion-en-los-ecm?enfermedad=414>

1. Ponga la cama en posición horizontal
2. Coloque al paciente con la columna vertebral en alineación recta.
3. Coloque una almohada debajo de su cabeza.
4. Coloque los brazos del paciente a lo largo de su cuerpo con las manos en pronación.
5. Mantenga las piernas rectas.
6. Coloque rollos en los tobillos para evitar la fricción de la piel con la ropa de cama.
7. Coloque los pies con las puntas de los dedos hacia arriba.
8. Asegúrese que la persona encamada este cómoda y confortable.

RECOMENDACIÓN

En ausencia de movimiento, colocar entre las manos un rollo de tela, papel o cualquier material flexible.

POSICION: DECUBITO PRONO



1. Ponga la cama en posición horizontal. (Busque ayuda si el paciente no colabora)
2. Coloque al paciente sobre el costado derecho o izquierdo, manteniendo una alineación equilibrada para evitar la tensión y el esfuerzo muscular innecesario.
3. Voltéelo sobre el abdomen suavemente manteniendo la alineación corporal.

4. Coloque la cabeza en rotación lateral sin almohada.
5. Coloque los brazos horizontales a cada lado del cuerpo o flexionados cerca de la cabeza.
6. Coloque los pies del paciente en el espacio que queda entre el colchón y los pies de la cama o utilice rollos bajo los tobillos, para evitar la hiperextensión del pie.

RECOMENDACIÓN:

El manejo de las partes del cuerpo debe ser firme y suave, proporcionando apoyo a la cabeza extremidades y articulaciones.

POSICION: DECUBITO LATERAL



1. Ponga la cama en posición horizontal.
2. Voltee al paciente sobre el costado izquierdo o derecho.
3. Coloque una almohada bajo su cabeza y otra a lo largo de la espalda para sostener cabeza, cuello y columna vertebral.
4. Coloque el brazo de abajo flexionado hacia delante del cuerpo, para favorecer la circulación sanguínea en el brazo.
5. Flexione el brazo de arriba y apóyelo sobre una almohada frente al cuerpo, para permitir la expansión pulmonar.
6. Flexione la pierna de arriba a la altura de la cadera y coloque una almohada debajo de la pierna, apoyando el peso en la cara lateral del iliaco y la escápula.



POSICION: FOWLER



1. Ponga la cama en posición horizontal, proporcionando una correcta alineación corporal y distribución uniforme del peso del cuerpo.
2. Coloque al paciente de espalda en la cama.
3. Eleve la cabecera de la cama a un ángulo de mayor de 30°, permitiendo la expansión pulmonar.
4. Coloque una almohada debajo de la cabeza del paciente.
5. Coloque una almohada en los pies para apoyarlos y evitar así que el paciente se deslice.

PROTECCION

La presión continua sobre un punto de apoyo de la superficie corporal, disminuye su aporte sanguíneo y oxigenación, dando lugar a la aparición de la úlcera⁴².

Medidas para evitar su aparición:

Permanecer encamado el menor tiempo posible.

1. Realizar cambios de posición cada 2-3 horas, para cambiar los puntos de apoyo.



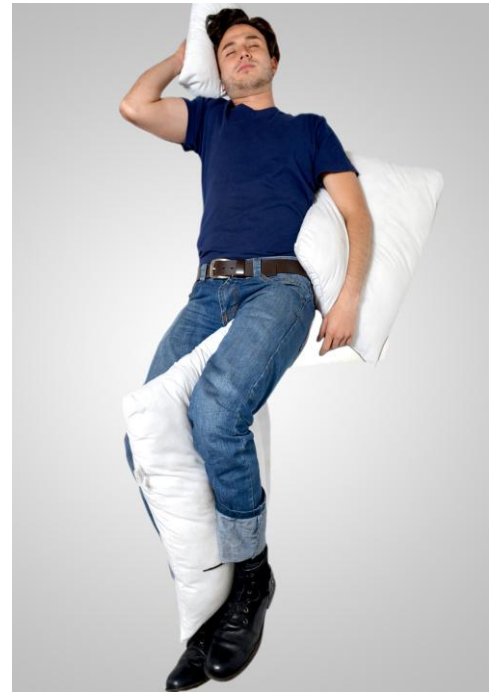
- Los cambios posturales deberán realizarse levantando o rotando lentamente al paciente, nunca arrastrándolo (por la fricción que provoca).
- La mejor posición para evitar las úlceras es colocar al paciente en decúbito lateral. Es preferible adoptar esta posición por la noche ya que favorece la respiración y el sueño del encamado.

⁴² Complicaciones Asociadas a la Inmovilidad; Enfermería en el Paciente Crítico; Barbara Martinez Pintado

<http://enfermeraenuci.blogspot.com/2013/03/complicaciones-asociadas-la-inmovilidad.html>

2. Vigile los puntos de apoyo susceptibles de ulceración (talones, codos, rodillas, sacro, espalda, genitales, caderas, orejas, etc.) incluso los apoyos de una zona del cuerpo con otra (caras internas de las rodillas).

➤ Coloque almohadas en diferentes sitios para descargar zonas de mayor riesgo de ulceración.



3. Utilice medidas protectoras que reduzcan la presión sobre la superficie corporal (protectores de talones, arcos de cama, colchones de aire, colchones antiescaras, almohadillas, rodetes, rulos y toallas).
4. Realice baño diario del paciente, mantenga la piel limpia y realice secado perfecto, evitando humedad en los pliegues.
5. Las sábanas de la cama, la bata o la ropa del paciente debe estar siempre seca, limpia y sin arrugas; procure utilizar ropa liviana.
6. Hidrate la piel, sobre todo después del baño en cama, realice masaje suave para estimular la circulación. No aplicar alcohol ni colonia en la piel del paciente.
7. Garantizar un aporte nutricional adecuado, seleccione una dieta según los antecedentes del paciente, y de una consistencia adecuada según la necesidad del paciente; y lleve control de ingesta.
8. Si administra nutrición enteral, por sonda gástrica, administre la fórmula y el volumen indicado, evitando periodos de pausa prolongados; valore tolerancia y mida residuo gástrico.

SOPORTE BIBLIOGRÁFICO

1. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE: MANEJO DE SÍNDROME DE DESACONDICIONAMIENTO CÓDIGO: M-06-05-A-014 VERSIÓN: 2 Fundación Cardioinfantil ELABORADO POR Silvia P. Cuenca V. Médica Fisiatra
2. Ejercicios Prácticos de Estiramiento para las Personas con Esclerosis Múltiple. Javier Crespo 30/07/2011
3. SÍNDROME DE DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO EN EL PACIENTE CRÍTICO. FT. Alejandra Mondragón Barrera. Especialista en Fisioterapia en Cuidado Crítico. Candidata a Magister en Epidemiología. Docente Facultad de Fisioterapia, Universidad CES.
4. Úlceras por presión en los ECM; Marisa Manzano, Gemma Pérez, con la colaboración de Carmen Caballero, Gloria Nicolás, Merche Marco. Enfermería de UCI Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu

<http://www.guiametabolica.org/consejo/ulceras-por-presion-en-los-ecm?enfermedad=414>
5. PREVENCIÓN DE SECUELAS EN PACIENTES ENCAMADOS. TRATAMIENTO POSTURAL F. Javier Nieto. Ana Delgado. Pilar Peralta. M^a de Gracia Torres; Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Santa Bárbara

<http://www.gapllano.es/enfermeria/guias/PREVENCIÓN%20DE%20SECU ELAS%20EN%20PACIENTES%20ENCAMADOS.pdf>
6. RECOMENDACIONES EDUCATIVAS PARA CUIDADORES DE PERSONAS POSTRADAS CON RIESGO DE PRESENTAR ULCERAS POR PRESION. Arévalo AC, Barahona Y, Cruz C, Gómez Y, Soler Y, Ochoa M, Quiroga A, Sautana M. Estudiantes Diplomado en Terapia Enterostomal. Departamento Educación Continuada Fundación Universitaria Ciencias De La Salud.

<http://teofucs.blogspot.com/2012/05/recomendaciones-educativas-para.html>

7. LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE QUE SUFRE PARÁLISIS
Instituto gentenatural

<http://www.gentenatural.com/medicina/manual/paralisis-cerebral.html>

8. Ejercicios suaves para los pacientes encamados ayuda a combatir la pérdida de masa muscular

<http://www.news-medical.net/news/20090922/83/Spanish.aspx>

9. Entrenamiento físico y educación como parte de la rehabilitación pulmonar en pacientes con EPOC; KATHERINE MARÍN D., REBECA LAUDE P. y CECILIA MORALES D. *versión On-line* ISSN 0717-7348 Rev. chil. enferm. respir. v.24 n.4 Santiago dic. 2008

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482008000400003

10. Síndrome de descondicionamiento físico en el paciente en estado crítico y su manejo. Pardo Ruiz Jorge, Medicina Ac Col, 2001; 23(1): 29-34

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=186&id_seccion=3053&id_ejemplar=5008&id_articulo=49452

11. SÍNDROME DE DESACONDICIONAMIENTO POR INMOVILIZACIÓN PROLONGADA 22/May/2009 por [Dra. Erika Cyrus Barker TF, M.Sc.](#)

<http://terapiafisicaaplicada.blogspot.com/2009/05/sindrome-de-desacondicionamiento-por.html>

12. EFECTIVIDAD DE LAS MODALIDADES CINÉTICAS Y EL POSICIONAMIENTO SOBRE EL DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO; Felipe Erazo Ángel, Sebastián Oquendo Toro, Santiago Oquendo Toro; UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES; CONVENIO CES - UAM PROGRAMA DE FISIOTERAPIA MEDELLÍN 2010

[http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/1032/2/DESA
CONDICIONAMIENTO FISICO.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/1032/2/DESA_CONDICIONAMIENTO_FISICO.pdf)

13. Cuidados de enfermería en UCI al paciente con reposo prolongado susceptible a desacondicionamiento cardiovascular; Ceballos Ramirez Laura Maria; Rodriguez Ramirez Diana Marcel

<http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/handle/10495/1354>

14. Complicaciones Asociadas a la Inmovilidad; Enfermería en el Paciente Crítico; Barbara Martinez Pintado

[http://enfermeraenuci.blogspot.com/2013/03/complicaciones-asociadas-la-
inmovilidad.html](http://enfermeraenuci.blogspot.com/2013/03/complicaciones-asociadas-la-inmovilidad.html)

15. Cuidados Para El Bienestar De Los Pacientes En Riesgo De Desacondicionamiento Físico En La UCI Medica De La Clínica Foscal De Bucaramanga; Olga Lucia Amaya Torres; Vilma Maria Angel Cruz; Elizabeth Niño Mosquera; Facultad de Enfermería, Universidad de La Sabana, Especialización en Cuidado Crítico Adulto, proyecto de gestión, Bogotá 2011.

[http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/4931/1/Vil
ma%20Marina%20%81ngel%20Cruz.pdf](http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/4931/1/Vilma%20Marina%20%81ngel%20Cruz.pdf)

16. Síndrome de Inmovilización, terapia física

<http://www.terapia-fisica.com/sindrome-de-inmovilizacion.html>

17. Las imágenes hacen parte del archivo digital del estudio de fotografía Fotogr@fica (Calle 106 No 130-12, Bogotá); Modelo: Jairo Monroy Garzón (Publicista); Director de Fotografía: Jefferson Lara (Enfermero) Fotógrafo: Brian Lara Rodríguez (Diseñador Grafico); quienes autorizan su publicación de las imágenes en este manual.